

半構造化面接法を用いた歩行の動作観察に対する比較検討

～ 理学療法士の経験年数による比較 ～

山田整形外科病院 リハビリテーション科 大桐 将

要旨:

本研究では現職の PT を対象に、実際の患者の歩行動画観察から PT の思考過程としてどのように動作を捉え、問題点を予測し治療を実施しているかを明らかにして、さらに PT の動作観察時の客観的データを蓄積していくことを目的とした。現職の PT3 名を対象に、患者の歩行動画を観察させ、観察した動画からどのように問題点予測及び治療プログラム立案を実施しているか等について、1対1の半構造化面接法を用いてインタビュー調査を実施した。

歩行動画の対象モデルは実際の患者とした。当院にて動画撮影時点でリハビリテーションを実施しており、撮影時に安全に歩行することができることを条件に 5 名の患者に協力を依頼した。臨床で治療する機会の多い変形性関節症から頸部、下肢の術後症例を中心に選定した。そこから理学療法思考過程に関する発話データを抽出し、それを同一または類似カテゴリーに分類した。インタビュー調査で得た発話データを理学療法思考過程に関連させながらラベル付けを実施した。ラベル付けは基本的には、①部位、②歩行相、③身体機能、として実施したが複数の部位や身体機能が複合する場合には上位カテゴリーを優先するなどして適宜対応した。

被調査者 3 名 (15 症例数分) の発話時間は 185 分、1 人平均 61.7 分 (1 症例平均 12.3 分) であった。理学療法思考過程に関する発話内容からは分析対象として 716 個の意味単位が抽出された。これらをカテゴリー化した結果、3 つのメインカテゴリーと 8 つのサブカテゴリーに分類された。本研究からも経験年数によって動作観察時の思考過程が異なっていることが示唆された。さらに本研究での図表の科学的妥当性を高めていくことで動作観察における自己の着眼点におけるフィードバック、他者との比較におけるフィードバックは実施していきやすくなっていくのではないかと考える。科学的妥当性が高まりフィードバックしていきやすくなることで経験の少ない PT や養成校学生についての指導においてもより有用な動作観察における図表となっていくのではないかと考える。

1.はじめに

「理学療法士及び作業療法士法」第 2 条には、理学療法とは「身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう」と定義されている。定義にも述べられているように我々理学療法士(以下 PT)は、患者の基本的動作能力を改善することが必要であり、基本的動作を観察し分析することは臨床において限られた時間の中で患者の状態を把握する手段として非常に重要である。

白田¹⁾によれば理学療法の臨床における運動・動作分析は、評価・治療の中核を占める PT の目と手による行為であり、一般には運動パターンの質的・定性的な分析を中心に実施され、観察された現象からトップダウン思考により、運動・動作の原因となる機能障害を推論していると述べている。また、福井²⁾によれば、理学療法を applied science(応用科学)と捉え、その還元対象に常に強い関心を寄せながら経験知を積み上げる動作分析こそが良き治療者となる道筋であると述べている。

しかしながら、現状では動作を観察する能力や方法は各 PT により異なり、さらには動作観察から導き出された問題点に対する治療アプローチも各 PT により様々で、動作観察の精度により治療効果が異なることも十分に考えられる。このことは理学療法が診療報酬の観点から科学性のある治療行為であるとは言い難いのではないだろうか。さらに動作を観察する方法についての標準化がされていないことは、理学療法臨床実習を受ける学生の混乱を招いていることも事実である。これら問題を解決するため、理学療法の動作観察における標準化を検討し、理学療法における動作観察の科学的妥当性を高めていくことは、根拠に基づく理学療法(EBPT)の実践になり、また PT を志望している学生に対しての指導においても有用なことではないかと考える。

鈴木ら³⁾は動作観察のポイントとして、ただ見るだけでなく、「動作(関節運動)の順序性」「関節運動の相対的な関係」「動作における各関節角度の変位」を理解しながら観察することが重要であると述べている。動作観察のポイントを把握することが重要なことは当然ではあるが、臨床経験の少ない PT や PT 養成校学生に伝達しにくい暗黙知の領域が多いこともまた事実である。ただ、臨床において患者の動作を観察し迅速に問題点を抽出できて、かつ治療効果が高い PT は存在しており、一般的に称される熟練した観察眼をもつ PT がいることもまた事実である。PT として未熟で臨床経験の少ない時期や治療対象患者の動作における問題点が抽出しにくい場合には、臨床経験の豊富な熟練した PT に指導を仰ぐことで対象患者に有益となる治療を展開していくことができるようになることは PT 誰しもが経験しているのではないだろうか。

しかし、熟練した PT の存在を認識する一方で、盆子原⁴⁾によれば歩行の各相の各関節角度を読み取る能力、すなわち見て識別する能力には PT の経験年数の影響はなかったという報告もされている。また、MacGinly⁵⁾によれば、基本的な観察の能力には PT の経験の差は無いという報告もされている。

本研究においては、PT としての動作観察技術向上及び動作観察の科学的妥当性向上を目的に、質的研究法であるインタビュー調査の手法を用いて臨床における動作観察時の着眼点について客観的データを蓄積していき、それらを比較検討していくことで動作観察能力の要因を検証していこうと試みた。

2.方法

本研究では現職の PT を対象に、実際の患者の歩行動画観察から PT の思考過程としてどのように動作を捉え、問題点を予測し治療を実施しているかを明らかにして、さらに PT の動作観察時の客観的データを蓄積していくことを目的とした。現職の PT 3 名を対象に、患者の歩行動画を観察させ、観察した動画からどのように問題点予測及び治療プログラム立案を実施しているか等について、1対1の半構造化面接法を用いてインタビュー調査を実施した。そこから理学療法思考過程に関する発話データを抽出し、それを同一または類似カテゴリーに分類した。

2-1.被調査者

本研究の被調査者は一般病院勤務 2 名、PT 養成校専門学校教員 1 名の計 3 名であり、臨床経験

年数は6年目から11年目(平均8.6年)である現職のPT3名である。被調査者の属性については表1に示す通りである。本研究においては一般的なPTの動作観察時の思考過程から客観的データを蓄積することが目的であるため山田⁶⁾らの研究を参照し上記経験年数を有する3名を選出した。各PTには口頭にて研究の趣旨を説明し、研究協力の内諾を得た。

表1 被調査者の属性

PT ID	勤務先	年齢	性別	経験年数
①	一般病院	27	女	6年
②	一般病院	33	男	9年
③	専門学校教員	40	男	11年

2-2. 歩行動画モデル

歩行動画の対象モデルは実際の患者とした。当院にて動画撮影時点でリハビリテーションを実施しており、撮影時に安全に歩行することができることを条件に5名の患者に協力を依頼した。対象モデルである患者の疾患名、発症経過等については表2に示す通りである。当院は整形外科単科の病院であるため、臨床で治療する機会の多い変形性関節症から頸部、下肢の術後症例を中心に選定した。患者に対しても研究の趣旨を十分に説明し研究協力の内諾を得た上で、患者の安全性・耐久性についても十分に配慮し歩行動画撮影を実施した。撮影は当院リハビリテーション室にて実施した。デジタルカメラ(Nikon製)を定点固定し、患者の前額面歩行4mを2往復、矢状面歩行4mを2往復撮影した。

表2 歩行動画モデル

患者ID	主病名	年齢	性別	発症からの経過
①	変形性脊椎症	52	男	2ヶ月
②	変形性膝関節症	75	男	14年
③	頸椎椎弓形成術後	66	男	1年
④	大腿骨骨幹部骨折	40	男	9ヶ月
⑤	膝関節内骨折	64	女	3ヶ月

2-3. データ収集

患者の歩行動画をPT3名に観察させ、観察後各PTに対して第三者のPTがインタビュー調査を実施した。インタビュー調査者は、PTの臨床経験8年を有する本稿の筆頭著者1名である。本研究は動作観察から治療プログラム立案までの思考過程についての研究であるため、動画を観察する被調査者のPTには先入観を持たせないように、患者の診断名やリハビリテーション経過等といった情報は事前に一切開示しなかった。PTの動画観察機会は前額面・矢状面共に2試行ずつとした。また、順番効果等による影響がPTの思考過程に影響しないように観察順についてはインタビュー調査者が無作為に決定した。

被調査者であるPTへのインタビュー調査は、半構造化面接法を用いたインタビュー調査とした。本研究では1人当たり約10~15分程度のインタビュー調査を実施した。各PTへのインタビュー時間については表3に示す。半構造化面接法とは、事前に大まかな質問事項を決めておき、会話の流れを踏まえて詳細な質問を行っていく方法である。利点は質問事項に対する自由な回答が得られる点で、また短時間で調査を行うことが可能である。今回は被調査者であるPTの思考過程をできる限り多く抽出すべく、あらかじめ準備した質問項目について順番を全く変えずに実施する構造化面接法ではなく、上記利点が得られ流れに応じて追加質問も可能である半構造化面接法を採用した。

インタビュー調査内容は、「この動画を観察してPTとして、どのような動作に注目してどのように治療アプローチをしていきますか？」という質問に対して、できる限り詳細に回答してもらい会話の流れに応じて「他に何か気になる点がありますか？」という追加質問を実施した。インタビュー調査中の会話は被調査者の了解のもと、デジタル IC レコーダーで録音した。録音中に個人情報特定できる発言があった場合には、その部分は削除し理学療法思考過程に関係する発話内容を筆頭著者が書き起こした。

表3 インタビュー時間

患者ID	主病名	PT①	PT②	PT③
①	変形性脊椎症	14分13秒	10分38秒	11分33秒
②	変形性膝関節症	13分24秒	12分30秒	17分29秒
③	頸椎椎弓形成術後	14分13秒	11分20秒	14分02秒
④	大腿骨骨幹部骨折	13分47秒	12分30秒	7分59秒
⑤	膝関節内骨折	10分31秒	8分50秒	12分13秒
	計	66分8秒	55分48秒	63分16秒

2-4. カテゴリー化

インタビュー調査で得た発話データを理学療法思考過程に関連させながらラベル付けを実施した。ラベル付けは基本的には、①部位、②歩行相、③身体機能、として実施したが複数の部位や身体機能が複合する場合には上位カテゴリーを優先するなどして適宜対応した。例として、「立脚初期のアライメントも股関節外転・外旋が強い」という発話データは【股関節(①部位)、立脚初期(②歩行相)、アライメント(③身体機能)】となり【股関節・立脚初期・アライメント】を1つの意味単位と規定した。また、「左遊脚での中殿筋出力弱体化している」という発話データは【股関節・遊脚・筋】とラベル付けされ1つの意味単位と規定された。

1つの発話データからラベル付けされた1つの意味単位を類似性に従い分類してグループ化を実施した。さらにグループ間の類似性を基にカテゴリー化を実施した。上記の抽出過程を経て形成されたカテゴリーについて①部位×②歩行相、①部位×③身体機能、②歩行相×身体機能の3パターンで図表化し、各々構成される意味単位数についても算出した。

3. 結果

被調査者3名(15症例数分)の発話時間は185分、1人平均61.7分(1症例平均12.3分)であった。理学療法思考過程に関する発話内容からは分析対象として716個の意味単位が抽出された。これらをカテゴリー化した結果、3つのメインカテゴリーと8つのサブカテゴリーに分類された。

以下、本稿においては発話内容を「」、メインカテゴリーを《 》、サブカテゴリーを< >、さらにサブカテゴリーより低位の低位カテゴリーについては□で示す。

メインカテゴリーは《 部位 》、《 時間 》、《 機能 》の3つに分類された。《 部位 》とはPTが動作観察した際の身体部位についての発話を示している。さらにこの《 部位 》のメインカテゴリーは< 上肢部 >、< 体幹部 >、< 骨盤部 >、< 下肢部 >といった4つのサブカテゴリーに分類することができた。4つのサブカテゴリーは[上肢全体]、[頭頸部]、[肩甲帯]、[肩関節]、[手指]、[体幹]、[骨盤]、[下肢全体]、[股関節]、[膝関節]、[足関節]の11の低位カテゴリーに分類された。

《 時間 》とはPTが動作観察した際の歩行相について限局された発話を示している。さらにこの《 時間 》のメインカテゴリーは< 遊脚相 >、< 立脚相 >といった2つのサブカテゴリーに分類することができた。2つのサブカテゴリーは[遊脚全体]、[遊脚初期]、[遊脚後期]、[立脚全体]、[立脚初期]、[立脚中期]、[立脚後期]の7つの低位カテゴリーに分類された。

《 機能 》とはPTが動作観察した際の身体機能の状態についての発話を示している。さらにこの《 機能 》のメインカテゴリーは< 解剖生理機能 >、< 運動機能 >といった2つのサブカテゴリーに分類

することができた。2つのサブカテゴリーは[筋]、[関節可動域]、[感覚]、[反射]、[クローヌス]、[痙性]、[皮膚]、[運動方向]、[アライメント]、[クリアランス]、[転倒傾向]、[安全性]、[安定性]、[接地状態]、[立脚時間]、[タイミング]、[トレーニング]、[重心]、[運動連鎖]、[分離性]、[慣性力]の21の低位カテゴリーに分類された。

3-1. 部位について

《部位》に関する意味単位数は総数716個の内、551個であった。サブカテゴリーレベルにおいては<下肢部>に関する意味単位が354個で最も多く、次いで<体幹部>に関する意味単位が106個で<骨盤部>に関する意味単位は31個で非常に少ない結果となった。《部位》についての低位カテゴリーレベルにおいては[股関節]に関する意味単位が149個で最も多く、次いで[膝関節]が115個であり、[肩関節]に関する意味単位は5個で非常に少ない結果となった。

PTレベルにおいての意味単位数は、PT①が164個、PT②が136個、PT③が251個抽出された。PTレベルにおいての部位に関する意味単位総数を以下表4に示す。PTレベルにおいても<下肢部>に関する意味単位が多いという分布は基本的に同じであったが、PT②においては[股関節]についての意味単位が[体幹]、[膝関節]についての意味単位より少なく、PT①、PT②と比較して異なる傾向となった。

表4 部位に関する意味単位総数(PT別)

	PT①	PT②	PT③
上肢部	14	20	26
体幹部	26	33	47
骨盤部	12	9	10
下肢全体	14	9	19
股関節	56	20	73
膝関節	35	32	48
足関節	7	13	28

3-2. 時間について

《時間》に関する意味単位数は総数716個の内、215個であった。サブカテゴリーレベルにおいては<立脚相>に関する意味単位が164個で、<遊脚相>に関する意味単位が51個であった。《時間》についての低位カテゴリーレベルにおいては[立脚全体]に関する意味単位が74個で最も多く、次いで[遊脚全体]が41個であり、[遊脚初期]や[遊脚後期]に関する意味単位は5個で非常に少ない結果となった。

PTレベルにおいての意味単位数は、PT①が81個、PT②が40個、PT③が94個抽出された。PTレベルにおいての時間に関する意味単位総数を以下表5に示す。PTレベルにおいても[立脚全体]に関する意味単位が多いという分布は基本的に同じであったが、PT③においては<遊脚相>についての意味単位が32個抽出されており、PT①8個、PT②11個に比較して非常に多く抽出される結果となった。

表5 時間に関する意味単位総数(PT別)

	PT①	PT②	PT③
遊脚全体	8	6	27
遊脚初期	0	5	0
遊脚後期	0	0	5
立脚全体	26	7	41
立脚初期	3	4	8
立脚中期	29	3	3
立脚後期	15	15	10

3-3.機能について

《機能》に関する意味単位数は総数716個の内、503個であった。サブカテゴリーレベルにおいては<運動機能>に関する意味単位が338個で、<解剖生理機能>に関する意味単位が165個であった。《機能》についての低位カテゴリーレベルにおいては[運動方向]に関する意味単位が160個で最も多く、次いで[筋]が102個であり、[感覚]、[クローヌス]、[慣性力]に関する意味単位は各2個で非常に少ない結果となった。

PTレベルにおいての意味単位数は、PT①が166個、PT②が117個、PT③が220個抽出された。PTレベルにおいての機能に関する意味単位総数を以下表6に示す。PTレベルにおいても<運動機能>に関する意味単位が多いという分布は基本的に同じであったが、PT③においては[筋]についての意味単位が[運動方向]についての意味単位より多く、PT①、PT②と比較して異なる傾向となった。

表6 機能に関する意味単位総数(PT別:一部抜粋)

	PT①	PT②	PT③
筋	17	18	67
関節可動域	15	14	14
反射	0	0	10
運動方向	64	48	48
アライメント	23	15	40
クリアランス	6	1	7
重心	9	9	4

4-1.部位と時間の関連性について

《部位》と《時間》に関する意味単位数は総数716個の内、166個であった。全体の意味単位数の分布を以下表7に示す。サブカテゴリーレベルにおいては<下肢部>×<立脚相>に関する意味単位が103個で最も多く、<骨盤部>×<立脚相>や<上肢部>×<遊脚相>に関する意味単位は2~3個で非常に少ない結果となった。

PTレベルにおいての意味単位数は、PT①が63個、PT②が30個、PT③が73個抽出された。PTレベルにおいての部位と時間に関する意味単位総数を以下表8~10に示す。PTレベルにおいても<下肢部>×<立脚相>に関する意味単位が多く、<骨盤部>×<立脚相>や<上肢部>×<遊脚相>に関する意味単位が少ないという分布は基本的に同じであったが、PT③においては<上肢部>×<遊脚相>、<下肢部>×<遊脚相>についての意味単位が27個抽出されており、PT①7個、PT②9個と比較して非常に多く抽出される結果となった。

表7 部位と時間に関する意味単位総数(全体)

部位	全体	時間							時間以外	計
		遊脚	遊脚初期	遊脚後期	立脚	立脚初期	立脚中期	立脚後期		
上肢部	全体	26	2			3	1			32
	頭頸部	1								7
	肩甲帯	2								10
	肩関節	2	1			1		1		5
	手指									6
体幹部	体幹	7	3	1		4	1	5	2	83
骨盤部	骨盤		6	2	1	1			1	20
	全体	5	5			7		1		24
下肢部	股関節	6	10			23	6	12	6	86
	膝関節	5	8		4	14	6	3	10	65
	足関節	7				3			12	26
部位以外			6	2		18	1	13	9	116
計		61	41	5	5	74	15	35	40	440

表8 部位と時間に関する意味単位総数(PT①)

			遊脚	遊脚初期	遊脚後期	立脚	立脚初期	立脚中期	立脚後期	時間以外		
部位	上肢	全体	6			3					9	
		頭頸部									1	
		肩甲帯									2	
		肩関節	1						1		2	
		手指									0	
	体幹		1				1		5		19	
	骨盤						1				11	
	下肢	全体		4			1		1		8	
		股関節	1	1			9	3	11	2	29	
		膝関節		2			8		1	6	18	
		足関節					1			2	4	
	部位以外			1			2		10	5	44	
	計			9	8	0	0	26	3	29	15	136

表9 部位と時間に関する意味単位総数(PT②)

			遊脚	遊脚初期	遊脚後期	立脚	立脚初期	立脚中期	立脚後期	時間以外	
部位	上肢	全体	10				1				11
		頭頸部	1								4
		肩甲帯	1								3
		肩関節									0
	手指									0	
	体幹		2		1		1	1		2	26
	骨盤			3	2						4
	下肢	全体	2								7
		股関節	1				2	1		2	14
		膝関節	3	3				1	1	2	22
足関節									7	6	
部位以外				2		4		2	2	36	
計			20	6	5	0	7	4	3	15	122

表10 部位と時間に関する意味単位総数(PT③)

			遊脚	遊脚初期	遊脚後期	立脚	立脚初期	立脚中期	立脚後期	時間以外	
部位	上肢	全体	10	2							12
		頭頸部									1
		肩甲帯	1								3
		肩関節	1	1			1				3
		手指									6
	体幹		4	3			2				38
	骨盤			3		1				1	5
	下肢	全体	3	1			6				9
		股関節	4	9			12	2	1	2	43
		膝関節	2	3		4	6	5	1	2	25
		足関節	7				2			3	16
部位以外			5			12	1	1	2	36	
計			32	27	0	5	41	8	3	10	182

4-2. 部位と機能の関連性について

《部位》と《機能》に関する意味単位数は総数716個の内、473個であった。全体の意味単位数の分布を以下表11に示す。サブカテゴリーレベルにおいては<下肢部>×<運動機能>に関する意味単位が208個で最も多く、<上肢部>×<解剖生理機能>や<骨盤部>×<解剖生理機能>に関する意味単位は7~8個で非常に少ない結果となった。

PTレベルにおいての意味単位数は、PT①が150個、PT②が114個、PT③が209個抽出された。PTレベルにおいての部位と機能に関する意味単位総数を以下表12~14に示す。PTレベルにおいても<下肢部>×<運動機能>に関する意味単位が最も多く、<上肢部>×<解剖生理機能>や<骨盤部>×<解剖生理機能>に関する意味単位は少ないという分布は基本的に同じであった。

表11 部位と機能に関する意味単位総数(全体)

			筋	関節可動域	感覚	反射	クローヌス	痙性	皮膚	運動方向	アライメント	クリアランス	転倒傾向	安全性	安定性	接地状態	立脚時間	タイミング	トレーニング	重心	運動連鎖	分離性	慣性力	機能以外			
部位	上肢部	全体	26																					6	32		
		頭頸部	1	2								4														7	
		肩甲帯	2								3	4	1													10	
		肩関節	2								1	1														5	
		手指					6																			6	
	体幹部	体幹	7	22	8		2		2	2	33	14				2				1	9		3		1	106	
	骨盤部	骨盤	1	1	6						17	5				1						1				31	
	下肢部	全体	5	10								2	8		1	2				5	7					2	42
		股関節	6	41	17	2					47	20	1				6			5	1	1				2	149
		膝関節	5	23	8						39	25	3				1	2	1	2	5					1	115
		足関節	7	3	4		2	2	2		20	1	1					1		1						4	48
	部位以外											2		4		3	5	9			5			2	135	165	
	計			61	102	43	2	10	2	4	2	160	78	14	4	1	15	8	10	3	16	22	2	3	2	152	716

表12 部位と機能に関する意味単位総数(PT①)

			筋	関節可動域	感覚	反射	クローヌス	痙性	皮膚	運動方向	アライメント	クリアランス	転倒傾向	安全性	安定性	接地状態	立脚時間	タイミング	トレーニング	重心	運動連鎖	分離性	慣性力	機能以外		
部位	上肢	全体	6																						3	
		頭頸部										1														
		肩甲帯									1	1														
		肩関節	1																							1
		手指																								
	体幹	1	2	2						11	4					1				1	3		1			
	骨盤		1	2						6	2											1				
	下肢	全体		1								2	4		1					4	2					
		股関節	1	7	9						25	6	1							5		1				1
		膝関節		6	2						15	5	1				2			4						
足関節										6							1									
部位以外											2		3					6		4			1	44		
計			9	17	15	0	0	0	0	0	64	23	6	3	1	1	3	6	0	14	9	2	1	1	49	

表13 部位と機能に関する意味単位総数(PT②)

			筋	関節可動域	感覚	反射	クローヌス	痙性	皮膚	運動方向	アライメント	クリアランス	転倒傾向	安全性	安定性	接地状態	立脚時間	タイミング	トレーニング	重心	運動連鎖	分離性	慣性力	機能以外	
部位	上肢	全体	10																					1	
		頭頸部	1	1								3													
		肩甲帯	1								1	2													
		肩関節																							
		手指																							
	体幹	全体	2	5	2						13	6									3		2		
		骨盤			1						8														
	下肢	全体	2	1																1	5				
		股関節	1	6	4						7	1									1				
		膝関節	3	3	6						11	3	1			1		1	2	1					
足関節			2	1						8								1						1	
部位以外																1	2							36	
計			20	18	14	0	0	0	0	0	48	15	1	0	0	1	1	3	3	2	9	0	2	0	38

表14 部位と機能に関する意味単位総数(PT③)

			筋	関節可動域	感覚	反射	クローヌス	痙性	皮膚	運動方向	アライメント	クリアランス	転倒傾向	安全性	安定性	接地状態	立脚時間	タイミング	トレーニング	重心	運動連鎖	分離性	慣性力	機能以外	
部位	上肢	全体	10																					2	
		頭頸部		1																					
		肩甲帯	1								1	1	1												
		肩関節	1								1	1													
		手指					6																		
	体幹	全体	4	15	4		2	2	2	9	4					1					3				1
		骨盤			3					3	3					1									
	下肢	全体	3	8									4			2									2
		股関節	4	28	4	2				15	13					6									1
		膝関節	2	14						13	17	1													1
足関節		7	1	3		2	2	2	6	1	1													3	
部位以外													1		3	4	1			1			1	36	
計			32	67	14	2	10	2	4	2	48	40	7	1	0	13	4	1	0	0	4	0	0	1	46

4-3.時間と機能の関連性について

《時間》と《機能》に関する意味単位数は総数716個の内、179個であった。全体の意味単位数の分布を以下表15に示す。サブカテゴリーレベルにおいては<立脚相>×<運動機能>に関する意味単位が125個で最も多く、<遊脚相>×<解剖生理機能>に関する意味単位は7個で非常に少ない結果となった。

PTレベルにおける意味単位数は、PT①が74個、PT②が31個、PT③が74個抽出された。PTレベルにおける時間と機能に関する意味単位総数を以下表16~18に示す。PTレベルにおいても<立脚相>×<運動機能>に関する意味単位が多いという分布は基本的に同じであったが、PT③においては<遊脚相>×<解剖生理機能>、<遊脚相>×<運動機能>についての意味単位が23個抽出されており、PT①8個、PT②9個に比較して非常に多く抽出される結果となった。

表15 時間と機能に関する意味単位総数(全体)

			筋	関節可動域	感覚	反射	クローヌス	痙性	皮膚	運動方向	アライメント	クリアランス	転倒傾向	安全性	安定性	接地状態	立脚時間	タイミング	トレーニング	重心	運動連鎖	分離性	慣性力	機能以外		
時間	遊脚	全体	4	3	3					13	4	7	1	1										5	41	
		遊脚初期	2							3																5
		遊脚後期			1					1	3															5
	立脚	全体	6	8	3					24	9		2		4	7	2			1					8	74
		立脚初期		2						3	7				1					1					1	15
		立脚中期	4		1					18	1	1	1		1		2			5					1	35
		立脚後期	2							25	3						5							2	3	40
時間以外			89	35	2	10	2	4	2	73	51	6		9	1	1	3	16	15	2	3		177	501		
計			18	102	43	2	10	2	4	2	160	78	14	4	1	15	8	10	3	16	22	2	3	2	195	716

表16 時間と機能に関する意味単位総数(PT①)

			筋	関節可動域	感覚	反射	クローヌス	痙性	皮膚	運動方向	アライメント	クリアランス	転倒傾向	安全性	安定性	接地状態	立脚時間	タイミング	トレーニング	重心	運動連鎖	分離性	慣性力	機能以外		
時間	遊脚	全体									1	5	1	1												
		遊脚初期																								
		遊脚後期																								
	立脚	全体		2	2						12	1		1		1	2				1				4	
		立脚初期									1	2														
		立脚中期	2		1						16	1	1	1				2			4				1	
		立脚後期									10							4						1		
時間以外			15	12						25	18					1			14	4	2	1		44		
計			2	17	15	0	0	0	0	64	23	6	3	1	1	3	6	0	14	9	2	1	1	49		

表17 時間と機能に関する意味単位総数(PT②)

			筋	関節可動域	感覚	反射	クローヌス	痙性	皮膚	運動方向	アライメント	クリアランス	転倒傾向	安全性	安定性	接地状態	立脚時間	タイミング	トレーニング	重心	運動連鎖	分離性	慣性力	機能以外		
時間	遊脚	全体		1						5																
		遊脚初期	2							3																
		遊脚後期																								
	立脚	全体	2		1						2						1	1								
		立脚初期									1	1									1				1	
		立脚中期	2								1															
		立脚後期	2								12							1								
時間以外			18	12						24	14	1			1	1	1	3	3	2	8	2		36		
計			8	18	14	0	0	0	0	48	15	1	0	0	1	1	3	3	2	9	0	2	0	37		

表18 時間と機能に関する意味単位総数(PT③)

			筋	関節可動域	感覚	反射	クローヌス	痙性	皮膚	運動方向	アライメント	クリアランス	転倒傾向	安全性	安定性	接地状態	立脚時間	タイミング	トレーニング	重心	運動連鎖	分離性	慣性力	機能以外		
時間	遊脚	全体	4	3	2					8	3	2													5	
		遊脚初期																								
		遊脚後期			1						1	3														
	立脚	全体	4	6							10	8		1		3	4	1								4
		立脚初期		2							1	4				1										
		立脚中期									1					1					1					
		立脚後期	1								3	3												1	2	
時間以外			56	11	2	10	2	4	2	24	19	5			8					3					36	
計			9	67	14	2	10	2	4	2	48	40	7	1	0	13	4	1	0	0	4	0	0	1	47	

5.考察

本研究は現職のPT3名を対象に、5症例の歩行動画を観察させ、観察した動画からどのように問題点予測及び治療プログラム立案しているか等について、1対1の半構造化面接法を用いてインタビュー調査を実施し、その結果を分析したものである。以下に抽出されたカテゴリー及び意味単位数及び意味単位の分布について考察する。

インタビュー時間については5症例合計で55分から66分であり、インタビュー調査者が時間調整していることを考慮してもPTによる顕著な時間差はみられなかった。また、分析対象となった意味単位数については716個の内、PT①が226個、PT②が182個、PT③が306個となっており、意味単位数だけをみてもPT毎で顕著な差がみられた。さらに全カテゴリーにおいて最も多くの意味単位を抽出した「部位」の[股関節]についての149個の意味単位数についてはPT①が56個、PT②が20個、PT③が73個となっており、PT③が過半数近くなりPT毎でより顕著な差がみられた。以下本稿では最も多くの意味単位を抽出した[股関節]のカテゴリーについて考察していく。

[股関節]について部位×時間の関連性についてPT毎に考察していくと、PT①は[遊脚]が1個、[立脚]が9個、[立脚初期]が3個、[立脚中期]が11個、[立脚後期]が2個の分布となった。PT②は[立脚]が2個、[立脚初期]が1個、[立脚後期]が2個の分布となり、PT①でみられた[股関節]における[遊脚]、[立脚中期]といった低位カテゴリーはみられなかった。PT③は[遊脚]が9個、[立脚]が12個、[立脚初期]が2個、[立脚中期]が1個、[立脚後期]が2個の分布となった。他2名と比較すると[遊脚]に関する意味単位数は明らかに多く抽出される結果となった。[遊脚]についてはPT①が1個、PT②は0個、PT③は9個の意味単位数であった。[遊脚]についての発話例としては「気になるのは右振り出し時の股関節屈曲が出にくいこと」や「左遊脚が出れば左股関節内転で保持できる」といったものである。PTは[股関節]の[立脚]、[立脚初期]、[立脚後期]を注視してはいるが、それらをふまえた上で[遊脚]についても観察していることはそれだけ観察対象範囲が広がっていることが考えられる。

[股関節]について部位×機能の関連性についてPT毎に考察していくと、PT①は[筋]が7個、[関節可動域]が9個、[運動方向]が25個、[アライメント]が6個、[クリアランス]が1個、[トレーニング]が5個、[運動連鎖]が1個の分布となった。PT②は[筋]が6個、[関節可動域]が4個、[運動方向]が7個、[アライメント]が1個、[重心]が1個の分布となり、PT①でみられた[股関節]における[クリアランス]、[トレーニング]、[運動連鎖]といった低位カテゴリーはみられなかった。PT③は[筋]が28個、[関節可動域]が4個、[感覚]が2個、[運動方向]が15個、[アライメント]が13個、[安定性]が5個の分布となった。他2名と比較すると[筋]、[運動方向]、[アライメント]に関する意味単位数は明らかに多く抽出される結果となった。

PT3名の低位カテゴリーとして[立脚]、[立脚初期]、[立脚後期]、[筋]、[関節可動域]、[アライメント]、[運動方向]の7つは共通した低位カテゴリーであった。[股関節]についての動作観察において上

記 7 カテゴリーは着眼点としての客観性が高いと考えられる。歩行動作で遊脚に比較してより支持性が必要とされる[立脚]において大殿筋、中殿筋といった股関節周囲の[筋]についての活動や股関節屈曲伸展、内旋外旋、内転外転といった[関節可動域]や[運動方向]についてはどのPTにおいても注視していることが明らかになった。

次に PT3 名において共通性のみられなかった低位カテゴリーについて考察していく。PT①においては[トレーニング]という意味単位が抽出された。発話例としては「股関節屈曲位からの伸展といった動作の切り替わりにおいてのトレーニングを行う」や「片脚でのブリッジ動作など片脚支持でのトレーニングを取り入れる」といったものである。これは治療プログラム立案で[股関節]の[筋]や[運動方向]を評価した上で必要な治療として[トレーニング]を選択していると考えられる。PT③においては[安定性]や[感覚]という意味単位が抽出された。[安定性]についての発話例としては「股関節の stability が低い」や「股関節 stability へのアプローチをしていく」といったものである。これは[股関節]の[筋]や[運動方向]、[アライメント]を評価した上で[股関節]の[安定性]という観点から動作観察を実施していることが考えられる。また、[感覚]についての発話例としては「股関節の感覚系は低い」や「股関節の意識づけも重要になってくる」といったものである。これは[股関節]の[筋]、[関節可動域]、[運動方向]、[アライメント]をふまえた上で動作観察の段階で[感覚]について評価していることが考えられる。

全体としてこれらのカテゴリー内における意味単位の分布については歩行動作観察における思考過程についてのインタビュー調査であることから《部位》や《機能》といったメインカテゴリーが出現することは想像でき、また本研究における対象疾患が股関節疾患 1 例(大腿骨骨幹部骨折)、膝関節疾患 2 例(変形性膝関節症、膝関節内骨折)、脊椎疾患 2 例(頸椎椎弓形成術後、変形性脊椎症)であることから《部位》において[股関節]、[膝関節]、[体幹]についての低位カテゴリーが上位に出現することもまた想像できうる結果であると考えられる。

ただ、本研究においてはこれらカテゴリー内における意味単位数の分布を、図表から検証していったことに新規性があると考えられる。これまで PT の動作観察における質的研究は散見される程度であり、さらに動作観察における質的データを量的データとして捉えていこうとしている研究はみられない。インタビュー調査という質的データを量的データとして図表化していき比較していこうという点に、本研究の新規性があると考えられる。

さらに図表化していったことで PT 毎の共通した低位カテゴリーが明らかになり、PT①でみられた[トレーニング]、PT③でみられた[安定性]、[感覚]、[遊脚]といった共通性の少ない低位カテゴリーも明らかになった。Brunnekreef⁹⁾らによれば、30名の整形外科疾患患者の動画を経験年数の異なる10名のPTに観察させ、その結果を構造化された歩行分析フォームに記入させることによって検者内・検者間信頼性を分析した結果、その程度は観察者の臨床経験の程度によって影響を受けると報告している。本研究からも経験年数によって動作観察時の思考過程が異なっていることが示唆された。さらに本研究での図表の科学的妥当性を高めていくことで動作観察における自己の着眼点におけるフィードバック、他者との比較におけるフィードバックは実施していきやすくなっていくのではないかと考える。科学的妥当性が高まりフィードバックしていきやすくなることで経験の少ないPTや養成校学生についての指導においてもより有用な動作観察における図表となっていくのではないかと考える。

本研究の限界としては被調査者であるPTが3名と少なく、臨床経験も6年から11年と幅が狭い。さらに歩行動画モデルについても5名であるため、一般化されたものであるとは言い難い。今後は被調査者であるPTの数、経験年数及び歩行動画モデル数についても増加させていき、科学的妥当性を高めていく必要があると考える。本結果のみではまだ不十分であるが、今回のように動作観察における質的データから量的データとして図表化していき比較検討した研究は現在まで無い。このため、今回の結果はPTの動作観察における思考過程を理解する一助となりうると考えられる。

6.引用文献

- 1) 臼田滋, 対馬栄輝他:臨床における運動・動作分析の科学的検証. 理学療法学. 2004. 31(8): 483-488
- 2) 福井勉:臨床動作分析と運動連鎖. 理学療法学. 2009. 36(8):472-474
- 3) 鈴木俊明, 西守隆:動作観察・動作分析. 関西理学療法. 2003. 3:33-39
- 4) 盆子原秀三, 山本澄子:観察による歩行分析の信頼性と正確性について. 理学療法科学. 2008. 23(6):742-752
- 5) MaGinly JL, Glodie PA, et al: Accuracy and reliability of observational gait analysis data:Judgments of push-off in gait after stroke. Phys Ther. 2003. 83:146-160
- 6) 山田洋一, 丸山仁司:理学療法士の自己認識から抽出した今後の育成課題—医療機関に勤務する理学療法士の調査—. 理学療法科学. 2012. 27(4):385-389
- 7) Brunnekreef JJ, van Uden CJ, et al:Reliability of video-taped observational gait analysis in patients with orthopedic impairment. BMC Musculoskeletal Disorders. 2005. 6(17):1-9

精神障害を中心とした地域活動支援事業における就労体験が及ぼす効果

～動機付けを意識したスモールステップの取り組みから～

社会福祉法人さわらび福祉会 支援センターこのゆびとまれ所長 ○金子秀明
滋賀県立リハビリテーションセンター支援部 藤田京子

I 研究報告書の主旨

平成 17 年に障害者自立支援法が成立し、平成 25 年 4 月より障害者総合支援法が施行され、障害に関わる支援が市町村を中心に展開されている。そのなかで障害者の地域生活を支援する「支援センター」では、個別の相談支援、住居確保の支援、通院・服薬の支援等、地域生活の基盤となる支援を行っている。また、「相談支援事業」とともに、「地域生活支援事業」の委託を市町村から受け活動している。「地域生活支援事業」の担う役割は幅広く、「サロン活動」の集団に入れられない利用者へは個別対応のケースワークを、小グループ・SST プログラム(集団援助技術を活用した)としてグループワークを展開している。

地域活動支援事業の利用者のなかには、就労経験挫折体験を持ち、自己肯定感の弱まりと、失敗体験(対人関係における被害感を含む)の強い刷り込みにより、ひきこもりがちな生活を送る者も少なくない。また、就労へのステップアップの場として、「福祉的就労の場」が位置づけられているが、そのステップできせも、生活リズムと最低でも半日程度の集中力と体力、他者とのコミュニケーション技術が求められ、チャレンジをためらう利用者がいる現状である。

そこで、「スモールステップアップを意図した短時間就労の機会の創設」と、インテーク面接からの対象者の心的葛藤と、就労体験を通じての心理的变化をモニタリングしながら、現状の支援体制では関わるのが困難な対象者への支援の在り方を考察した。

11名の対象者にインテーク面接を行い、過去の就労体験における、「強い負の出来事」の聞き取りや、「賃金を得る」ことに対するイメージを説明提供した。その結果、7名(うち2名は事業途中からの参加)が短時間就労体験の対象者となった。対象とならなかった4名の心的背景も考察し、今後の支援の在り方に結び付けて行く。

7名の対象者については、障害特性や発症時年齢が異なることから、個別アセスメントを短時間就労体験(以下より、メンテナンス事業と呼ぶ)終了ごとに、継続して行い、心的変化を調査した。その結果、7名全員が最後までメンテナンス事業に継続参加できた。

これまで、支援センターに自らの意思で来所することもなく、自宅以外に社会参加の場が無かった対象者が、なぜ就労継続できたのか、「就労支援」と「心理的不安への支援」の両面から考察し、その効果を検証した。また、対象者の1名は、長期間のひきこもりがちな生活から、今回のメンテナンス事業参加により、就労への動機づけと、自信を回復し、現在、福祉的就労にチャレンジするに至った。

この研究事業は、利用者への働きかけとともに、社会的働きかけを伴わなければならない。週1回1

時間程度でも雇用対象にしていく、「労働機会の創設」と「社会参加の場」づくりが認知、啓発される契機としていかなければならない。

II 研究事業に取り組む背景・現状

平成17年に障害者自立支援法が成立し、平成25年4月より障害者総合支援法が施行された。現在の障害に関わる支援は、市町を実施主体として、「介護給付」「訓練等給付」「自立支援医療」「補装具」「地域生活支援事業」の5つのカテゴリを軸に、利用者のニーズに応じた支援が構成されている。その中でも、「地域生活支援事業」の担う役割は幅広く、個別の相談対応、対象者の居場所の提供、社会参加に向けたきっかけづくりなど、その後の地域生活における基盤となる支援を行っている。また、地域生活支援事業利用者の特徴として、利用者の障害受容の状況やニーズなどの個別性が高く、利用者が求める地域生活や社会参加のあり方をなかなか見出すことができず、地域生活支援事業から、それぞれのニーズ・持つ力に応じた自立に向けた取組を行うことが難しい。その結果、何らかの支援につながったものの、その場で状態が滞る、「支援内での滞留」が生じている。

さらに、精神障害を中心とした地域生活支援事業では、対象者を「心の悩みがある方」と幅広く受け止めているため、精神病圏の対象者はもちろんであるが、発達障害や神経症圏、要因が不明確であるが対人関係不安等で社会との接触が希薄となっていた者まで利用している。地域活動支援事業では、活動として、集団になじみにくい方へのマンツーマンのケースワークから、小グループ活動、グループ活動と、集団援助技術を活用して SST プログラムを展開している。しかし、利用者の多くは就労挫折体験を持ち、自己肯定感の弱まりと、失敗体験の強い刷り込みにより、ひきこもりがちな生活を送る者も少なくない。福祉的就労がステップアップの場として位置づけられるが、そのステップさえも、生活リズムと最低でも半日程度の集中力と体力、他者とのコミュニケーションが求められ、高い壁に感じざるを得ない利用者がある現状である。

そこで、「スモールステップをイメージした就労機会の創設」と、「そこに導くまでのプロセス、対象者の心的葛藤、体験を通じての心理的变化」をモニタリングし、現状の支援体制では関わるのが難しい対象者への支援のあり方を考察していく。就労機会は、「どのような作業内容・作業時間が望ましいか」を設定し、さらにその作業が実践できるよう「作業の構造化」を図る。対象者に対しては、トークンを用いることで「動機付けの強化」を図り、本研究を通じて成功体験構築ができた対象者には次のステップの導入を、中断した対象者には、できたことの評価と継続するための条件づくりを考察する。また、この研究を通じ、就労体験を提供する事業所が「新しい形の、障害者雇用を検討し、将来的な雇用を生み出すための働きかけ」を考えるきっかけともなろう。つまり、対象者側と提供者側の、双方向への効果が本研究で期待できるのではないだろうか。

III 支援センター利用者の現状と作業の選定

支援センターこのゆびとまれの(以下、支援センターと呼ぶ)地域活動支援事業では、SST(生活技術訓練)・集団プログラムとして、プログラムを実施している。センターに併設する、通所事業では、その利用者は近年、発達障害が増加しているものの、多くは統合失調症の陽性期(多くは入院)を経て、慢性期に入った段階の利用者が多い。

支援センターの利用者は、人格障害・発達障害・不安障害・未受診の利用者も多く、自宅以外の属性を持たない方が多い。また、地域活動支援事業として運営する「サロン」の利用も継続的には出来ない、ひきこもりがちな生活を送る方も居る。発症時年金加入しておらず、障害者年金の受給要

件がない、神経症領域の疾病である等から年金支給されていない方も見うけられ、複雑な思いを持ちながらも、親から小遣をもらって生活している現状がある。

そのような現状から、本研究事業では、対価を支払う作業の提供を基本とした。また、作業の提供だけでなく、その際の心的変化を面談してアセスメントする、トークンエコノミー法を意図したものである。その際の、作業の条件として(①作業時間は1時間を目途とする。②複数でのコミュニケーションを苦手とする人の参加を意図して、単独作業ないしペアでの作業であることとする。③賃金は最低賃金の730円を基本とする。)をあげた。作業内容としては、支援センター内のメンテナンス作業を選定した。また、通常のメンテナンス作業とは別に、ゴミステーションからのトラックへの積み込み、ステーションの清掃作業については、時間・体力的な負担・臭いがきつい等の労働環境を考慮し、1回あたり1,095円(通常作業賃金の1,5倍)に設定し、作業参加の動機付けを行った。

IV 対象者の選定

今回の就労体験(以下より、メンテナンス事業と呼ぶ)の対象者として、福祉的就労やデイケア参加等の活動属性を持たない人、精神症状が安定せず他の活動への参加が困難であると思われる11名を対象群としてあげた。当然ながら、選定した対象者の多くは、ひきこもりがちな生活を送っており、支援センターが唯一の社会との接点である人も含まれた。

メンテナンス事業への参加の困難が予測される人についても、対象者として選定していくことで、事業の説明を目的に、訪問・面談をおこなうことを、本人への働きかけの重要な「きっかけ」として位置付けた。

V 「不参加」を示した対象者のアセスメント

対象者群には支援センタースタッフが、個別に訪問ないし、来所での面談を行った。そのインターク面接において、今回のメンテナンス事業への不参加を示したのは以下の4名である。

Aさん(40代前半 男性 統合失調症 年金受給有)

事業の説明の面談には来所。発症後、家業において正規従業員として働いてきたが、兄弟との折り合いが悪く昨年、退職。その後、アルバイト、派遣を数カ月単位で行うが、継続は出来なかった。現在、抑うつ状態にあり、「身体がしんどい。」「トイレ掃除等、汚れに対する抵抗感の訴え」があり、今回は不参加となった。正規従業員の時には、月20万円以上の給与をもらっていた経験をも10年近くあり、短時間労働では動機付けにはならなかった。

Bさん(40代前半 女性 未受診 年金受給無)

高校卒業後、就職するも対人関係と身体の不調から退職。自宅での引きこもりがちな生活が続いて、家族からの就労の相談で支援センターにつながったケース。訪問しての、事業説明の訪問面談は拒否感なく受け入れ。説明に対し、明確な意思表示はなく、2度目の面談で意思表示していただくこととした。2度目の面談でも、明確な意思表示はなかったが、面談は続けていくことを確認した。不定期の訪問面談であるが、これまでも訪問拒否はなく、就労への関心と不安はあるが、「関わりの希求」が推察され、継続して訪問面談をしていく。

Cさん(20代後半 男性 発達障害 年金支給無)

大学中退後、アルバイトを短期間するも続かず、自宅にて、ひきこもりがちな生活。支援センターサ

ロンに数回来所され、個別対応(本人の好きなゲーム)したケース。事業説明の訪問面談は拒否感無し。「僕には、無理です。働きたいけど、今の僕では・・・考えさせて下さい。」その後2回の面談を加え、「断ると、支援センターに行けなくなるかもと思った。」「面談は続けてほしい。」と今後のかかわりを、明確に求められた。

Dさん(30代後半 男性 数回の受診のみ 年金支給無)

高校卒業後、就職するも、人間関係に悩み退職。その後、アルバイト経験があるが、続かず自宅にて、ひきこもりがちな生活。月1回程度、自宅近くで週1回開催している、支援センターのサテライトサロンを月1回程度利用中。サテライトサロンにて面談。「今は、働きたくない。メンテナンスのアルバイトをした時、わざと汚す人がいた。嫌がらせの様に汚された。誰がやったかもわかっている。他人が汚した物を掃除するのは嫌だ。」と、明確に拒否の理由を答えられた。仕事に対しての関心が無いというより、仕事を想起した時、経験した他者から言動を強く想起されている印象を受けた。就労の挫折による、負の感情の刷り込みが、自宅生活10年以上を経ても軽減していない事が推察された。今後も、サテライトサロン利用でのかかわりを持っていく。

VI 事業参加者の概要とインタビュー面接からのアセスメント

Eさん(40代後半 男性 躁うつ病 年金支給有)【本人の病状に合わせた環境設定の事例】

就労経験あり、発症により退職。1ヶ月に満たない短期間で、そううつ状態を繰り返している。躁状態は4～5日程度で、その状態の時のみサロン利用。躁状態時は、活動が活性し、多弁、声も大きくなり、他の利用者から敬遠されがち。躁状態から急激に、うつ状態に変容し、布団から出られず、外出もできない。本人は、働きたいと強い意欲を持つが、会話や活動が可能な期間が極めて短期間である。そこで、Eさんの状態に合わせ、来所できたときにメンテナンス作業をしてもらうことにした。

Fさん(50代後半 男性 てんかん 年金支給有)【賃金を得ることを目的とした事例】

中学時代、てんかん発作に起因したことでいじめにあい、不登校気味であった。高校卒業後、アルバイト経験あり。作業所を20年程度利用してきたが、長年のてんかんの影響による、手の震え・歩行の不安定さが強くなり退所。現在は、ケアホームでの生活。対人関係において、易怒性が高く、支援者や他の利用者に対し、急に激高する場面もホーム、作業所では見られた。本人は、作業所での下請け作業では、1日400～500円程度しか工賃がない実態も知っており、「お金を稼ぎたい。」と参加を即決された。

Gさん(30代後半 男性 統合失調症 年金支給無)【賃金を得ることを目的とした事例】

大学中退後、家族と連絡を絶ち、職を転々としていた。入院を経て自宅での生活。工場で働いたことがあると、アルバイトにチャレンジするが腰が痛いとして1日で辞める。事業説明の面談時は、「掃除は家でやっているから大丈夫です。3～4時間なら自信があります。」と積極的に参加を意思表示された。年金受給条件が無く、家族から小遣をもらっている状況で、自分で稼ぐことも動機付けの条件であったと推察される。

Hさん(30代後半 男性 統合失調症 年金支給無)【活動参加を目的とした事例】

高校卒業後、就労経験があるが続かず、ひきこもりがちな生活。事業説明の前に、家族から、以前

に掃除の仕事をしていて続かなかったので、参加しないと思うと連絡があった。しかし、本人は、拒否感なく、参加の意思表示をされた。面接場面の設定に時間がかかり、途中からの参加となった。

Iさん(40代前半 男性 パニック障害 年金支給無【活動参加を目的とした事例】

高校卒業後、製造・管理の仕事をしていましたが、人間関係のストレスから、パニック障害を発症。身体表現性の症状として失語、退行症状が見られた。ストレス過多時は、言語が不明瞭になる。その後、転職するも続かず、家事の役割を担っている。経済的な困窮と、「働いていない」ことを、子どもがどう感じているかに悩んでいる。そのストレスから、抑うつ状態が続き、サロン参加頻度も落ちていた。少しでも、自分で稼げれば、子どもにお菓子でも買ってやれることを動機付けとして、外出の機会・社会参加につなげることを目的とした。本人は、意欲低下の時期であったが、短時間であることから参加を決めた。

Jさん(30代前半 男性 統合失調症 年金受給無【活動参加を目的とした事例】

大学中退後、ひきこもりがちな生活。デイケアも続かなかったことから、家族が本人を促して、サロンに連れてきている状態。本人は、明確に意思表示されることはなく、働いたことはあると答えるが不明。メンテナンス事業については、表情変化することもなく、「いいことですね」と答える。サロン活動では、スタッフとマンツーマンでの対応であり、主体的参加は困難と思われたが、活動参加を目的とした。

Kさん(30代前半 脳外傷・高次脳機能障害 年金支給有【活動参加を目的とした事例】

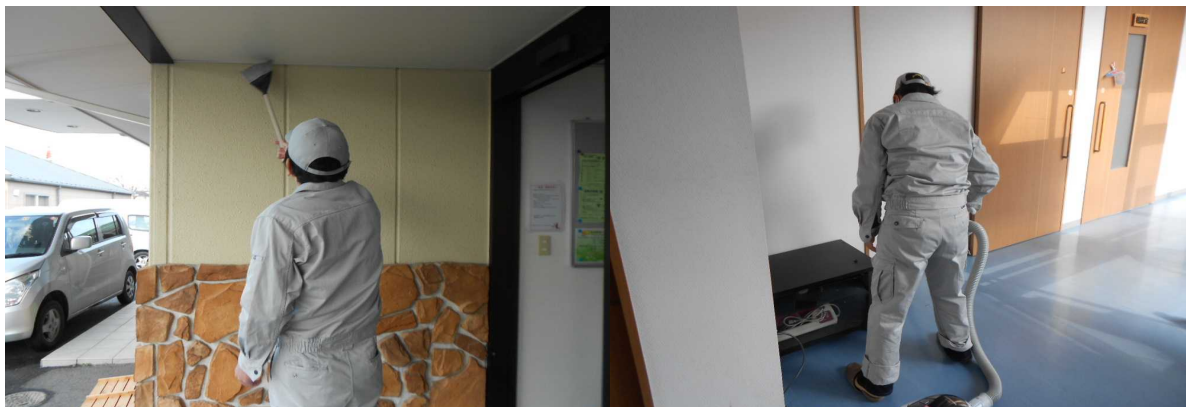
高校在学時、交通事故により受傷。リハビリを経て、進学するが通学順路の記憶が困難となり中退。その後、就労にチャレンジするが続かない。支援センターは定期的な訪問で関わりを持ってきた。面談では、「自分のリハビリになるから行こうと思う。」「高次脳の研究につながるなら。」と「働く」ことを具体化している様子は見られなかったが、「活動に参加してもよい」と判断していること自体が、社会参加を望んでいると推察された。

Ⅶ 作業場面からの考察

メンテナンス事業実施にあたり、全参加者を集めて「メンテナンス作業に関する説明会」を行った。仕事をする意識を高めるため、「クリーンスタッフ」と明記されたユニフォームに着替え、「仕事の時間」の意識付けを行った。作業工程については、トイレ、玄関・窓・喫煙室・ゴミステーションの種類に分けて「作業手順書」を作成した。初回は、作業順番に従いスタッフが作業をやって見せ、参加者が続けてやってみる、「モデリング」を行った。



(メンテ作業の様子)



作業場面での考察対象として、Kさん(高次脳機能障害)に焦点を当てたい。Kさんは障害特性として、記憶障害・遂行障害があり、手順書で作業工程順に具体的作業内容を示し、確認しながら作業できるよう構造化した。初回のスタッフとのモデリングを経て、Kさん自身で女性用トイレのメンテナンス作業を進めて行った。スタッフが手順書を手渡すが、Kさんは手順書を意識化できず、視覚的刺激が強かったと思われる「本人が気になる汚れ・ゴミ」に注意が向けられ、作業手順がバラバラになる。また、ひとつの工程(例:便器をみがく)に集中するあまり、次の工程に移ることができなかった。スタッフが助言しながら作業を進め、1時間で設定した作業時間の1.5倍が係ることになった。しかし、毎週連続して、同じ作業に入っていくなかで作業時間は1時間15分、4回目から1時間で全作業工程を終えることができるまでに至った。

作業手順の習慣化の困難な原因として、メンテナンス作業の特性から、作業工程を数値化できづらいことがあげられる。(例:便器は〇回磨いてください。)また、本人の障害特性として、視覚刺激・聴覚刺激に思考が反応しやすいことがあげられる。つまり、作業(労働)は視覚で汚れの度合いを情報として取り入れ【受信】、作業をすることで、綺麗になったと判断【処理】し、次の工程に進むことを自らに指示する【送信】という情報処理の流れを、自らで【統合】するものである。Kさんは、「綺麗になりましたね」というスタッフの助言があれば、その言葉を持って「次の工程に移る」ことの判断基準としていると推察された。

メンテナンス事業参加者のみならず、施設内での作業場面でも、ひとつの作業工程を続ける、支援者側から見れば「こだわり」ととれる行為は、「これでよし」と自己判断することの困難性も要因としてあげられるのではないかと推察した。長期の入院や、指示通りに遂行できることを繰り返すなかで、自己判断(自己決定)能力が弱められているのではないかと推察した。

また、作業時間が短縮できた要因として、リボーの法則に、学習的記憶より体験的記憶は忘れにくいとあるが、まさに、連続して体験することで習慣として、その体験は保持されていったと推察する。

次に、仕事を続ける能力としての「コミュニケーション技術」についての考察へと進めたい。メンテナンス事業では、個別作業を基本としながらも、ゴミステーション作業は複数で行った。この作業をKさんは、Fさん(てんかん:易怒性++)と行った。Fさんは、個別作業場面では作業技術は高く、大きな問題は見られなかった。しかし、作業中、他の利用者が作業場面を通った(支援センターの開所時間内)ことで、「邪魔するな。」と声を荒げた場面があった。KさんとFさんのメンテナンス作業場面で、「そこは作業範囲じゃない。」と主張するFさんと、「汚れているから作業すべき。」と、主張するKさんが問答を繰り返し、Fさんが「うるさい。」と感情的表現をしてしまった。スタッフが介入し、Fさんも作業

から抜けることなく終えることは出来た。Kさんは、作業後の面談のなかで「あそこまでこだわることじゃなかったですねー。」と振り返っていた。

Fさんは、作業所では同様のぶつかりがあると、「もう帰る。」と、その場から離脱し、しばらく休むことが多かった。今回の参加者のなかには、人と付き合うのが苦手と認識している、発達障害の方もいる。個で行う作業とは言え、誰かに報告したり、聞いたり、他者を意識しない作業はない。コミュニケーション技術は出勤・退勤の報告に始まり、意見が対立した時の感情処理まで、様々な場面の対処技術である。ひきこもりがちな生活では決して獲得することのできない、集団から学び取る技術なのである。仕事を支えるための技術を学ぶためにも、集団の場への活動参加が必要であることを示した「意味ある、ぶつかり」であった。

VIII メンテナンス事業がもたらした心理的効果の考察と事業評価

今回、途中からの参加者も含め7名がメンテナンス事業に参加した。振り返りの会は参加者全員で行い、アンケート記入も実施した。メンテナンス事業に参加してよかったことという質問に対して、「お金がもらえたこと」を一番にあげた人が3人。主体的な発言が見られなかったJさんは、「きれいになったことが嬉しかった。」、Kさんは、「きれいになりましたね。ありがとう、と、ほめられたことが嬉しかった。」を一番にあげた。参加者それぞれが、就労での挫折体験や、発症・受傷してから他者から、ほめられたり、評価される場面がいかに少なかったかを知らされる。信楽学園を創設した、池田太郎氏は障害があっても四つの願があるとして、その一番目に「働きたい」(誰かの役に立ちたい、有用の存在でありたい。)との願いをあげた。有用の存在や評価は「ひとのなか」でこそ存在するものである。参加者にとって、仕事は社会参加そのものである。

また、途中からの参加となったHさん(発達障害)は、こう振り返った。「人とかかわるのが苦手なので、来る時は緊張する。少し、しんどい。でも、仕事を始めると、時間がたつのが早い。目的があるのは、いいこと。」Hさんは、今回のメンテナンス事業参加で、「働いていた時の感覚が戻った」と自信を持ち、作業所にチャレンジしたいと相談され、作業所実習に展開するに至った。

当然ながら、参加者の誰もが「お金を稼いだこと」をよかったこととしてあげたわけであるが、「自分で稼いだお金で、買い物に行くことができた。」の声は、仕事で賃金を得たことが、次の活動に立ち向かうエネルギーになったと言える。長期間の、ひきこもりがちな生活を送ってきた参加者にとって、週1回仕事に行くことだけでも大変なエネルギーを要することであると思われるのに、さらに次の活動に展開したのは、「正(プラス)体験の構築」が次へのステップへの移行を促すのではないかという仮説を証明したと考察する。

また、支援センターの相談支援活動は、不安や悩みを強く言動で発信してくる利用者への対応に追われている現状にある。不安や深い悩みを抱えながらも自ら発信することもなく、自宅で一見静かに引きこもりがちな生活を送る、今回の対象者11名と支援関係の再構築のきっかけを得たことが大きな効果としてあることをあげておきたい。

さらに、メンテナンス事業の評価・効果を支援者と参加者の関係性でのみの評価にとどめてはならない。社会的評価とあえて記すが、その効果と今後の環境創設を視野に入れた評価を加えることが必要ではないか。ICF(国際生活機能分類)の示す、「活動」と「参加」の促進は「個人因子」への働きかけと、「環境因子」への働きかけが並列して示されている。今回のメンテナンス事業に関し、法人理事会において、概要説明を行った。理事会では、職員の負担を減らすこと、対費用効果の面からも「メンテナンス事業」での雇用や委託の検討は前向きな方向を得るに至った。本研究事業に関わ

ったものとして、仕事の工程を細分化・構造化することで、参加が可能になる障害者があること。活動参加の場づくりが、さらに求められていることを発信していきたい。

最後に、本研究の企画・実施・評価にご協力いただいた、滋賀県立リハビリテーションセンターの皆様、対象者との再度の結びつきの機会をいただいたことへの感謝をこめて、深くお礼申し上げます。

IX 引用参考文献

小林正幸(1984). 登校拒否治療における継時近接法およびトークン・エコノミー法の役割について
行動療法研究、10, 44-51

ICF(国際生活機能分類)の構成要素の相互作用(2001)

「パーキンソン病患者の健康教室」

～神経筋疾患患者に対するヘルスプロモーションアクションの検討～

○宮本昌寛¹⁾、澤井のどか¹⁾、中井秀昭¹⁾、藤田京子¹⁾、小林享子¹⁾、乙川亮¹⁾、高松滋生¹⁾
赤田直軌²⁾、吉田仁美²⁾、平川圭子²⁾、本城誠²⁾、中馬孝容²⁾

¹⁾滋賀県立リハビリテーションセンター

²⁾滋賀県立成人病センター

【要旨】

[目的] パーキンソン病患者については、早期から薬物療法や適切な運動(活動)を実施する事で、運動機能や日常生活上の動作を維持・改善する事ができると言われている。そのため、早期からリハビリテーション(以下、リハ)介入することの必要性とその効果検証、あわせて外来リハで実施した内容を生活場面に有機的につながるための工夫を検討し、神経難病患者自身が自らの病気に応じたケアや自分でリハに取り組めるための動機付けと啓発が必要と考えた。

[方法] 今回、滋賀県内の特定の神経内科開業医、滋賀県立成人病センター神経内科・リハビリテーション科を通じて、パーキンソン病患者に「パーキンソン病患者の健康教室」の案内を行った。参加者は週 1 回程度(計 8 回)のプログラムに参加した。疾患知識を得る機会として、専門職種からの必要な運動指導や、気持ちの面のサポートとして同じ症状の者同士のグループワークの場を通して、患者自身が自らの症状や生活状況について他者と共有し、個々の状況に応じた能力維持や生活維持に主体的に向き合えるプログラムを実施した。

[結果] 参加者は9名で、PDQ-39における情動面の健康、恥辱感、社会的支援の項目において概ね維持・向上の結果が得られ、バウムテストにおいても達成欲求を表現されるなどパーキンソン病患者自身が主体的にヘルスプロモーションに取り組めるための動機付けを行えた。

[考察] 今回の取組を通じて、パーキンソン病患者自身が症状の理解を深められるよう、教育的指導等を含む早期からのリハ介入と、患者自身が日々の不安を解消でき、主体的にヘルスプロモーションに取り組めるための動機付けが行える場の提供が必要ではないかと考えられた。

【はじめに】

パーキンソン病患者で、特定疾患医療を受給している者は全国的にも年々増加傾向にある¹⁾。パーキンソン病患者については、早期から薬物療法や適切な運動(活動)を実施する事で、運動機能や日常生活上の動作を維持・改善する事ができると言われている^{2)~5)}。しかし、これらのエビデンスについてはまだ当事者には広く浸透しておらず、若年層患者においては日々の生活の営みに追われ、生活の中でケアが十分に行われていなかったり、介護保険該当者においては、状態が悪くなってからのリハ導入が大半である。また、滋賀県立成人病センター・リハビリテーションセンター医療部(以下、医療部)においても、現在 3 か月コースの神経難病患者の外来リハを行っているが、医療部で行ったことの結果を患者個々の生活場面にどのようにつながったかの取組については行えていないのが現状である。

そのため、早期からリハ介入することの必要性とその効果検証、あわせて外来リハで実施した内容を生活場面に有機的につながるための工夫を検討し、神経難病患者自身が自らの病気に応じたケアや自分でリハに取り組めるための動機付けと啓発が必要と考えた。

【方法】

滋賀県内の特定の開業神経内科、滋賀県立成人病センター神経内科・リハビリテーション科を通じて、パーキンソン病患者に「パーキンソン病患者の健康教室」の紹介をもらった。参加者には週1回程度(計8回)のプログラムに参加し、疾患知識を得る機会や、専門職種からの必要な運動指導や、気持ちの面のサポートとして同じ症状の者同士のグループワークの場を提供するなどし、患者自身が自らの症状や生活状況について他者と共有し、個々の状況に応じた能力維持や生活維持に主体的に向き合えるプログラムを実施した。

また、行ったプログラムを振り返り、難病患者自身が地域で過ごすために必要なリハに焦点を当て、当センター外来リハの在り方など医療機関の関わりについても検討を行った。

【プログラムの目的】

パーキンソン病患者自身がその症状を正しく理解し、能動的にヘルスプロモーションに向けた取組を実践できるようになること。

・運動プログラムにおいて

個々の日常生活の中で行える運動や活動効率を上げる工夫を学び、疾病の進行予防に取り組める。

・グループワークにおいて

個々が困難に感じていることや不安に感じていることに対して、参加者皆で共有し、解決策や新たな考え方の糸口を見出し、明日からの生活の中で自身の健康づくりに向けた取組を実践できる。

【プログラム対象者】

1. パーキンソン病と診断を受けている者。重症度はHoehn-Yahr重症度分類にてⅠ、Ⅱ。
2. 日常生活がほぼ自立している。認知症は合併していない。
3. 滋賀県立成人病センターリハビリテーション科もしくは、特定の神経内科開業医の主治医の判断によりプログラムへの参加が望ましいと考えられた者。
4. 上記を満たし、本プログラムの趣旨に同意された者。

【プログラム概要】

・日時:10月～12月において、週1回、14:00～16:00の7回と2月の最終評価の1回で計8回。

・内容:疾患に関する研修機会、運動指導や参加者同士のグループワーク等。

(運動プログラム)

運動メニューの実施と参加者個々の日常生活に取り入れられる運動(活動)要素を指導。

具体的な運動メニューは、深呼吸、両腕を拳上し背中を伸ばす運動、両腕左右に開き胸を張る運動、肩をまわす運動、首をすくめる運動、体幹をひねる運動、背筋、腰部の伸展ストレッチ、首まわし、アキレス腱のばし、あいうえお体操(発声)等を実施。

以下、運動プログラムの指導において、留意した事項

- ・楽しんで行える運動
- ・大きな動きを意識した基本的な運動(複雑でないもの)

・日課表をもとに個々の日常生活の中に取り込める運動
(グループワーク)

グループワークにおいては、円形に椅子だけを持ち寄りスタッフと参加者が入り交ざった状態でセッティングし、特にテーマ設定は設けずスタッフはファシリテーターの役割を担うこととした。

滋賀県立リハビリテーションセンター パーキンソン病の方のための健康教室 スケジュール								
日時	10月29日(火)	11月5日(火)	11月12日(火)	11月19日(火)	11月26日(火)	12月3日(火)	12月10日(火)	2月4日(火)
14:00～14:15	オリエンテーション	オリエンテーション	オリエンテーション	オリエンテーション	オリエンテーション	オリエンテーション	オリエンテーション	オリエンテーション
前半 14:15～14:45	講義 「パーキンソン病について」 初期評価 担当スタッフ: 中馬医師 支援部: 宮本・澤井・藤田・ 中井・小林	運動プログラム 担当スタッフ: 支援部: 澤井・小林・宮本	運動プログラム 担当スタッフ: 支援部: 小林・澤井	運動プログラム 担当スタッフ: 支援部: 澤井・小林・宮本	運動プログラム 担当スタッフ: 支援部: 小林・澤井・宮本	運動プログラム 担当スタッフ: 支援部: 澤井・小林・宮本	中間評価 生活目標の設定 個別運動メニュー の提示 担当スタッフ: 支援部: 宮本・澤井・藤田・ 中井・小林	最終評価と振り返り 担当スタッフ: 中馬医師 支援部: 宮本・澤井・藤田・ 小林
14:45～15:00	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩	休憩
ミニ講座 15:00～15:15	(前半の続き)	テーマ: 「パーキンソン病の 姿勢の特徴」 担当スタッフ: 医療部 赤田	テーマ: 「パーキンソン病の 言語障害に対する リハビリテーション」 担当スタッフ: 医療部 平川	テーマ: 「パーキンソン病の 歩行障害の特徴」 担当スタッフ: 医療部 吉田	テーマ: 「パーキンソン病の 嚥下障害に対する リハビリテーション」 担当スタッフ: 医療部 平川	テーマ: 「パーキンソン病患 者の公的支援制 度について」 担当スタッフ: 医療部 本城	(前半の続き)	(前半の続き)
後半 15:15～16:00		グループワーク 担当スタッフ: 支援部 藤田・乙川・宮本	グループワーク 担当スタッフ: 支援部 藤田・中井	グループワーク 担当スタッフ: 支援部 藤田・宮本	グループワーク 担当スタッフ: 支援部 藤田・宮本	グループワーク 医師との座談会 担当スタッフ: 中馬医師 支援部 藤田・宮本		
備考	評価項目: ・1日の過ごし方聞 き取り ・困りごとに関する 質問紙 ・PDQ-39 ・Rosenberg ・バウムテスト	評価項目: ・姿勢写真					評価項目: ・困りごとに関する 質問紙 ・PDQ-39 ・Rosenberg ・姿勢写真 ・運動チェック表 ・バウムテスト	評価項目: ・困りごとに関する 質問紙 ・PDQ-39 ・Rosenberg ・最終アンケート

【プログラム運営スタッフ】

前半の運動プログラムは、滋賀県立リハビリテーションセンター支援部(以下、支援部)の理学療法士(以下、PT)・作業療法士(以下、OT)が行い、中段のミニ講座については、医療部の PT・OT・言語聴覚士(以下、ST)が行い、後半のグループワークは支援部の保健師(以下、PHN)・OTで行った。プログラム初回の疾患に係る講義やプログラム6回目の中締め、最終8回目等の節目毎のまとめについては医師に依頼した。

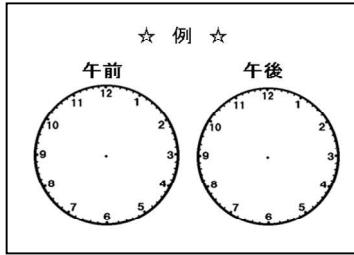
【プログラム参加者】

参加者	年代	性別
A	70代	男性
B	60代	男性
C	60代	男性
D	60代	男性
E	60代	男性
F	60代	男性
G	60代	女性
H	50代	女性
I	70代	女性

【プログラムに用いた評価指標の概要】

(1)1 日の日課表(以下、日課表)

1 日の過ごし方を自己記載するの(1 週間分)。



(2)困りごとに関する質問紙(以下、質問紙)

地域生活を送るパーキンソン病患者の困りごとに関するアンケート結果から項目を抽出し、その困り感の度合いをパーセンテージで示してもらった指標。点数が高いほど日常生活に占める困り感が高いことを示す。

日常生活における非運動症状	今日の曜日がわからなくなったり、物をどこに置いたかわからなくなる事がありましたか？
	現実的な生々しい夢を見たり、実際そこにはない物が見えたりする事がありましたか？
	気分が落ち込んだり、悲しくなったり、何をしても楽しくなかったりした事がありましたか？
	わけもなく心配したり不安になったりして、いつも通りに過ごせなかった事がありましたか？
	今まで関心があったのに、関心がなくなってしまうような事がありましたか？
	なかなか寝付けなかったり、夜中に目が覚めたりした事がありましたか？
	日中、突然の眠気に襲われ、起きてられない事がありましたか？
	体に痛みを生じた事がありましたか？
	急に尿意をもよおしたり、何度も排尿したくなったりする等、頻尿の症状がありましたか？
	便秘の症状がありましたか？
日常生活で経験する運動症状の側面	座った状態や寝ころんだ状態から立ち上がった時に、立ちくらみの症状がありましたか？
	普段、疲れやすいと感じる事がありましたか？
	会話をする際、小声になってしまったり、聞き手から繰り返すよう頼まれたりする事がありましたか？
	唾液が口からこぼれてしまうような事がありましたか？
	食事に際に、食べ物飲み込みにくい事がありましたか？
	食事に際に、食器や箸等が使いづらい事がありましたか？
	服を着替える際に時間がかかる等、着替えづらい事がありましたか？
	洗顔や入浴、髭剃り、歯磨き、髪をとかす等、身だしなみを整える動作に時間がかかったり、動作がやりづらい事がありましたか？
	文字を書く際、文字が小さくなってしまったり、書きづらい事がありましたか？
	あなたの趣味や楽しみにしている事をしようとした時にやりづらい事がありましたか？
	寝返りをする時に時間がかかる等、やりづらい事がありましたか？
	手や足がふるえる事がありましたか？
	椅子から立ち上がる時に、一度で立ち上がれなかったり、肘置きに手をつかないと立てない事がありましたか？
歩いている時に前傾姿勢になったり、左右どちらかに傾いたりすることがありましたか？	
歩いている時に、足がすくんでしまったり、前方へ突進することがありましたか？	

(3)QOL 評価スケール PDQ-39

運動能力、日常生活活動、情動面の健康、恥辱感、社会的支援、認知能力、コミュニケーション、身体的苦痛の 8 つの領域における 39 項目について 5 段階で回答を求める指標。点数が高いほど QOL の低下を示す。

運動能力	余暇活動を行うことがむずかしかった	恥辱感	パーキンソン病のことをかきさなければならぬと感じた	
	家庭のために何かすることがむずかしかった		人前で食べたり飲んだりすることを避けた	
	買い物袋を運ぶことがむずかしかった		パーキンソン病であることで恥ずかしかった	
	1キロメートル程度歩くことがむずかしかった		人が自分に対してどのように反応するかが気がかりだった	
	100メートル程度歩くのがむずかしかった		社会的支援	人と親しくつきあうのに困ることがあった
	家の中を歩き回ることがむずかしかった			夫や妻から支えてもらえなかった
	人が大勢いる公共的な場所を歩き回ることがむずかしかった			友人や家族から支えてもらえなかった
	外出する時に誰かに付き添ってもらわなければならなかった			認知能力
人前で転ぶのではないかと恐れたり心配した	注意を集中することができなかった			
外出したいのにできなかった	記憶力が悪いと思った			
自分の体をうまく洗えなかった	いやな夢を見たり幻覚が現れたりした			
日常生活活動	着がえがうまくできなかった	コミュニケーション	会話がうまくできなかった	
	ボタンをとめたりヒモを結んだりすることがむずかしかった		正しく思っていることを伝えることができなかった	
	はつきりと字が書けなかった	身体的苦痛	みんなから無視されていると感じた	
	箸がうまく使えなかった		痛みをとまなう筋肉のけいれんやこむらがりがあった	
湯飲みやコップがうまく持てなかった	からだのほうぼうが痛んだ			
気がめいっていた	不快なほど暑かったり寒かったりした			
情動面の健康	ひとりぼっちであると感じた			
	過ぎたいような気持ちだった			
	腹をたてていた			
	不安であった			
	将来のことが心配であった			

(4)リハビリ自律度(自己肯定感尺度)

対象者が今の自分をどの程度肯定的に受け止めているかを知るための指標。5段階の点数をつけ、点数が高いほど自己の肯定を示す。

私は、一度決めた目標はなかなか変えない
私は、“自分でできない”と決めつけるのは嫌いだ
私は、むやみに人を頼るより、できるだけ自分で頑張る
私は、自分なりの意見を持っている
私は、自主的に行動するほうだ
私は、どんな環境にあっても自分のベストを尽くす

(5)バウムテスト

木を描くことを通して無意識に能動的に自分の存在(理想像 or 不安像)を木に投入し、検査者は投入された被験者の自己像を読み取ってアセスメントに役立てる。

【プログラムの経過】

1回目:10月29日(火)

出席者:9名

内容:疾患理解を深める講義と初期評価(机上検査)の実施

2回目:11月5日(火)

出席者:8名

内容:運動プログラム、ミニ講座、グループワークの実施

概要:前半の運動プログラムにおいては、参加メンバー全員が意欲的に取り組まれるが、伸長時の体の痛みを訴える方や、前傾姿勢が習慣づいている方が多く、“顔を上げる”や“背中を伸ばす”など、スタッフから度々声かけをしながら自己修正を促した。後半のグループワークにおいては、参加者自身の自己紹介からそれぞれの発症時のエピソードが語られた。初発症状の自覚から診断を受けるまでのタイムラグであったり、症状の自覚とともに徐々に日常生活上の役割が減ってきていることを話された。

3回目:11月12日(火)

出席者9名(うち1名は遅れて参加)

内容:運動プログラム、ミニ講座、グループワークの実施

概要:1回目のプログラムの際に自宅課題として手渡した日課表を提出してもらった。参加者の多くが、定期的な運動習慣があること、自宅での趣味活動があることが把握できた。ミニ講座においては、前回のグループワークで声が小さくなることの困りごとが挙げられていたこともあって、参加者自らが質問をするなど前回よりも主体的な学びの場になった。グループワークでは、各々が外出時に困る事柄について触れ、“いつ動けなくなるかわからない不安”をほぼ参加者全員が感じていることを共有し、個々が実践されている工夫や普段の心持ちを出しあった。

4回目:11月19日(火)

出席者:7名(欠席者2名のうち、1名は腰痛のため以降欠席される。)

内容:運動プログラム、ミニ講座、グループワークの実施

概要:運動プログラムにおいては、参加者を2グループにわけ、前回提出した日課表をもとに参加者個々の日常生活における運動機会や趣味活動の内容に沿った形で、疾患の進行予防につながる運動や日常生活の工夫等の助言をスタッフから行った。後半のグループワークにおいては、薬の効き具合で体調が変わることや、日常生活上の歩きにくさや動きにくさ、細かな動作のしづらさ等の話

題が出された。それに対して、「好きな事をしている時間は薬が切れているはずなのに体が動いていることもある。」「単純に体を動かすだけじゃなくて、好きなことをしたりするのもリハになっていると思う。」という意見等が出された。

5回目:11月26日(火)

出席者:8名(うち1名は遅れて参加)

内容:運動プログラム、ミニ講座、グループワークの実施

概要:運動プログラムでは、前回口頭指示した工夫点について、実践の経過報告を参加者にいただいた。スタッフや他の参加者から客観的な賞賛を受けるとともに、さらに自分で取り組めるリハを進めるために、個々の実践メニューを図示したものを参加者に手渡した。グループワークにおいては、これまでのディスカッション内容を振り返り、疑問に感じている事柄について医師も交えた座談会を次回に企画することとし、その際に聞いてみたいことを参加者で出しあった。

6回目:12月3日(火)

出席者:8名(うち1名は遅れて参加)

内容:運動プログラム、ミニ講座、グループワークの実施

概要:運動プログラムにおいては、前回に続き、自分で取り組めるリハを継続実施できるよう、スタッフと参加者でモニタリングを行い、運動プログラムの中締めを行った。グループワークにおいては、医師との座談会を設け、薬に関する悩み事や日常生活の中で何か工夫できること、意識できることはないか等、自分自身が取り組めることについて模索しようとする意見が多く出された。

7回目:12月10日(火)

出席者:8名(うち1名は遅れて参加)

内容:中間評価(机上検査)、参加者全員の姿勢の写真撮影の実施

概要:中間評価を行い、次回までの約2か月間、自分で取り組めるリハを行うに当たり、目標設定を参加者個々に行っていただいた。挙げられた目標は、「お正月に着物を着れるようになること」、「指導してもらった生活の中でできることを少しずつやる」、「(発声のかわりに)毎日家でお経をあげる」、「ストレッチをすると楽になるので、飲まなくてもいい時間を作る」等、具体的な目標もあれば、なかなか具体的な生活が描き切れてない方も多々見られた。それぞれが立てられた目標については、参加メンバーの前で公表していただいた。また、2か月間の取組状況を自己確認するためのチェック表を配布した。

8回目:2月4日(火)

出席者:8名

内容:最終評価(机上検査)、グループワークの実施

概要:最終の評価を行い、7回目の健康教室以降の自分で取り組むリハの実施状況と、参加者個々の目標の達成度や感想について参加者から報告があった。目標の達成はもとより、初回と比較して明らかに声の大きさや、姿勢、歩くスピードなど、各々の課題に対する様子の違いを参加者が相互に認識されるほどであった。(参加者アンケートの結果参照)。

【対象者本人による自己記入式評価指標(質問紙、PDQ-39、Rosenberg、バウムテスト)における結果】

(評価日:初回・・・10月29日、中間・・・12月10日、最終・・・2月4日)

A氏		初回	中間	最終
質問紙	日常生活における非運動症状	300		
	日常生活で経験する運動症状の側面	350		
	総得点	650		
PDQ-39	運動能力	17		
	日常生活活動	5		
	情動面の健康	2		
	恥辱感	0		
	社会的支援	0		
	認知能力	4		
	コミュニケーション	0		
	身体的苦痛	3		
	総得点	31		
リハビリ自律度				

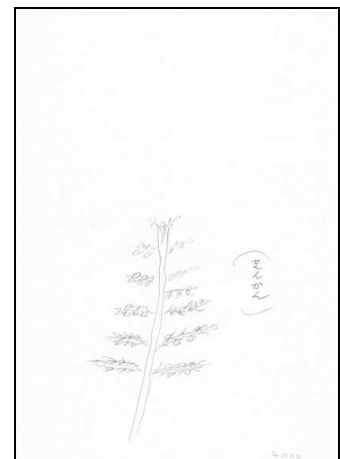
初回



B氏		初回	中間	最終
質問紙	日常生活における非運動症状	50	60	
	日常生活で経験する運動症状の側面	200	140	
	総得点	250	200	
PDQ-39	運動能力	12	13	
	日常生活活動	3	4	
	情動面の健康	0	0	
	恥辱感	3	1	
	社会的支援	0	0	
	認知能力	0	1	
	コミュニケーション	0	0	
	身体的苦痛	3	3	
	総得点	21	22	
リハビリ自律度		26	19	

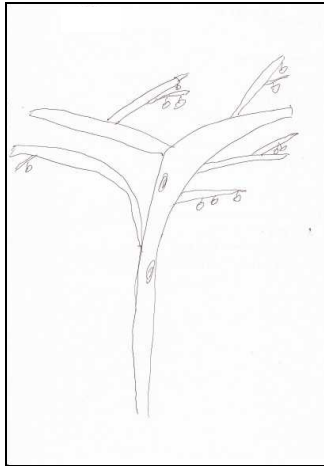
初回

中間

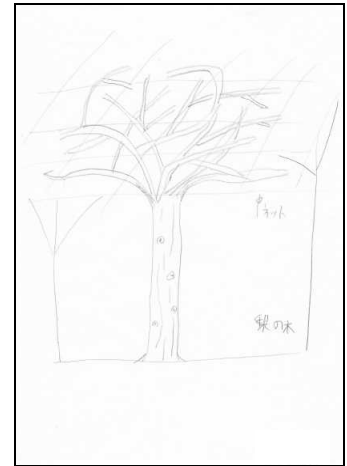


C氏				
項目		初回	中間	最終
質問紙	日常生活における非運動症状	125	300	375
	日常生活で経験する運動症状の側面	250	550	735
	総得点	375	850	1110
PDQ-39	運動能力	0	0	7
	日常生活活動	0	3	7
	情動面の健康	0	0	1
	恥辱感	0	2	2
	社会的支援	0	1	1
	認知能力	2	3	2
	コミュニケーション	0	2	2
	身体的苦痛	0	0	0
	総得点	2	11	22
リハビリ自律度		14	22	16

初回

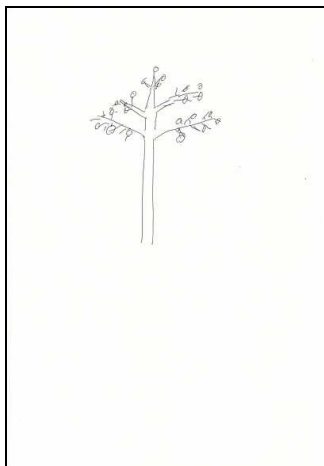


中間

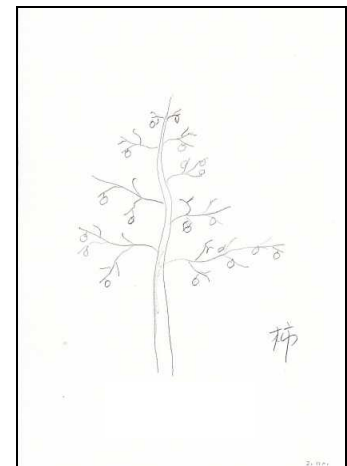


D氏				
項目		初回	中間	最終
質問紙	日常生活における非運動症状	300	300	350
	日常生活で経験する運動症状の側面	350	690	525
	総得点	650	990	875
PDQ-39	運動能力	15	12	10
	日常生活活動	4	4	2
	情動面の健康	5	8	3
	恥辱感	2	3	1
	社会的支援	2	3	1
	認知能力	2	3	5
	コミュニケーション	2	2	4
	身体的苦痛	3	3	3
	総得点	35	38	29
リハビリ自律度		26	26	24

初回

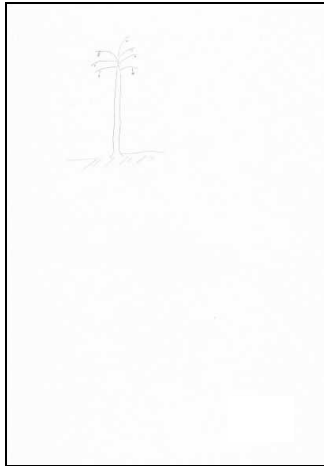


中間

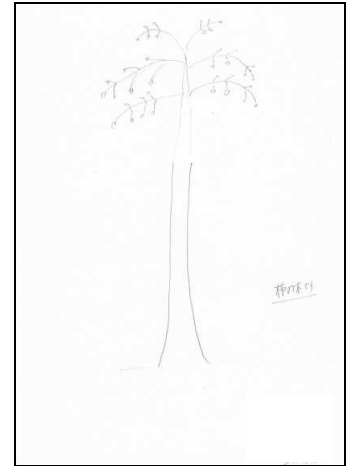


E氏				
項目		初回	中間	最終
質問紙	日常生活における非運動症状	100	80	70
	日常生活で経験する運動症状の側面	325	265	250
	総得点	425	345	320
PDQ-39	運動能力	0	1	1
	日常生活活動	4	4	3
	情動面の健康	0	1	0
	恥辱感	0	0	0
	社会的支援	0	0	0
	認知能力	2	3	0
	コミュニケーション	2	2	1
	身体的苦痛	1	1	0
	総得点	9	12	5
リハビリ自律度		25	23	21

初回

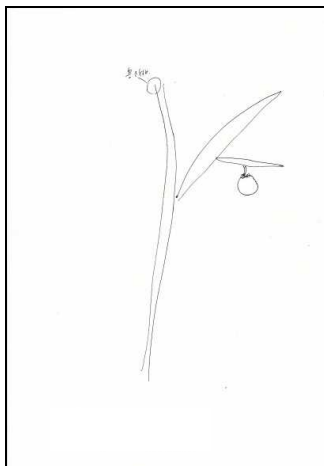


中間

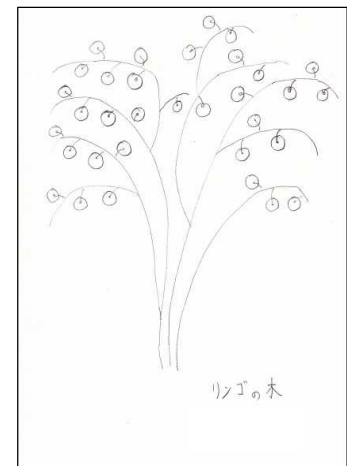


F氏				
項目		初回	中間	最終
質問紙	日常生活における非運動症状	200	140	155
	日常生活で経験する運動症状の側面	325	350	380
	総得点	525	490	535
PDQ-39	運動能力	5	3	2
	日常生活活動	5	5	3
	情動面の健康	0	1	1
	恥辱感	5	3	2
	社会的支援	0	0	0
	認知能力	2	4	3
	コミュニケーション	1	2	1
	身体的苦痛	8	2	1
	総得点	26	20	13
リハビリ自律度		14	28	22

初回

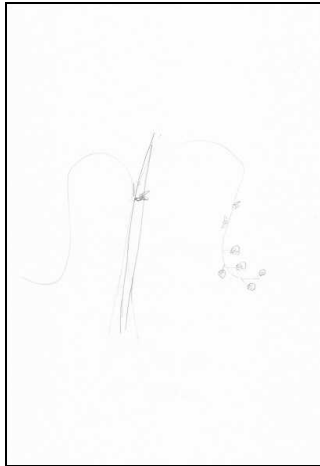


中間

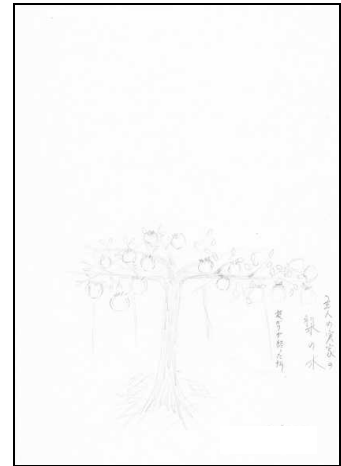


G氏		初回	中間	最終
質問紙	日常生活における非運動症状	375	520	580
	日常生活で経験する運動症状の側面	375	800	890
	総得点	750	1320	1470
PDQ-39	運動能力	20	27	25
	日常生活活動	8	13	12
	情動面の健康	6	7	7
	恥辱感	0	0	0
	社会的支援	0	0	0
	認知能力	7	5	10
	コミュニケーション	2	2	2
	身体的苦痛	4	5	6
	総得点	47	59	62
リハビリ自律度	30	30	30	

初回

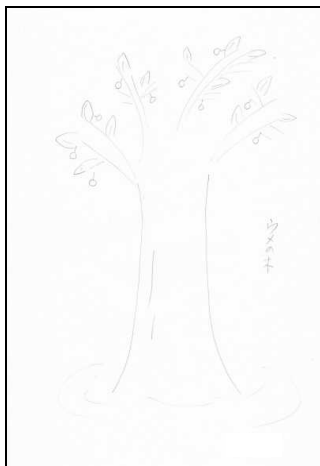


中間

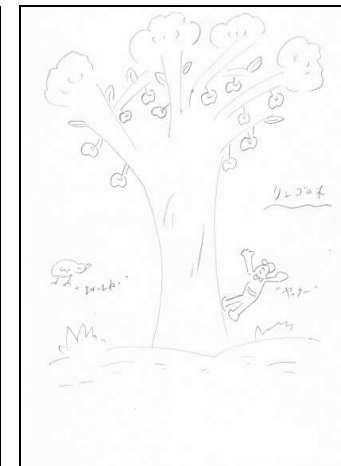


H氏		初回	中間	最終
質問紙	日常生活における非運動症状	350	315	300
	日常生活で経験する運動症状の側面	575	780	675
	総得点	925	1095	975
PDQ-39	運動能力	18	19	27
	日常生活活動	8	14	15
	情動面の健康	5	5	0
	恥辱感	2	5	1
	社会的支援	2	1	1
	認知能力	0	4	2
	コミュニケーション	3	8	6
	身体的苦痛	2	5	3
	総得点	40	61	55
リハビリ自律度	23	21	22	

初回

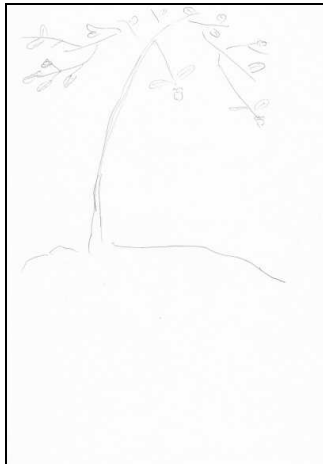


中間

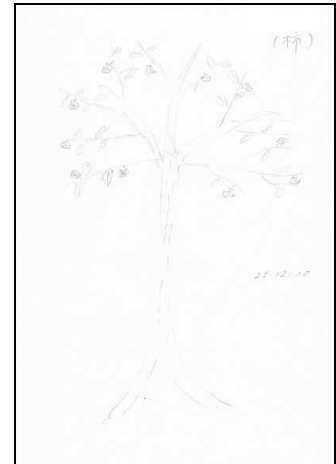


I氏		初回	中間	最終
質問紙	日常生活における非運動症状	350	370	250
	日常生活で経験する運動症状の側面	350	410	550
	総得点	700	780	800
PDQ-39	運動能力	19	21	20
	日常生活活動	4	4	4
	情動面の健康	3	5	9
	恥辱感	2	2	3
	社会的支援	6	0	3
	認知能力	2	2	3
	コミュニケーション	0	0	0
	身体的苦痛	6	3	5
	総得点	42	37	47
リハビリ自律度	24	19	22	

初回



中間



【参加者アンケートの結果】

健康教室はあなたにとって良かったか？

良かった	6名
まあまあ良かった	1名
あまり良くなかった	0名
良くなかった	0名

提供されたリハビリはご自身で実施できましたか？

実施できた	4名
だいたい実施できた	3名
あまり実施できなかった	0名
実施できなかった	0名

できた理由

自分にとって大切な運動なので。
リハビリの意欲が出てきた。
毎夜、実施している。
リハビリの大切さ(効果)は十分に理解しています。今後も、より良いリハビリ内容に発展させて行きます。

今後、自分で継続して出来そうか？

出来ると思う	7名
まあまあ出来ると思う	0名
あまり出来ないと思う	0名
出来ないと思う	0名

出来ると思う理由

やる事で自分の体が硬くならずスムーズに動くようになるはずだから。
以前より症状が良くなってきた。
実行すると気持ちがすっきりするため、続けていけます。
絶対に寝たきりになりたくない。リハビリの効果を十分理解しています。
誰の為でもない自分の為に頑張ります。
リハビリの成果を感じているし、少しでも良くなりたいから。
日常の生活の中に取り入れていきます。

健康教室に参加して生活面の変化はありましたか？

少しずつ病気が進行しているのを感じる中で、少しでも遅らせるように忘れられるようにリハビリで頑張っています。
良い状態の時を少しでも長く保つ方法を学んだ。(スキー、カラオケやっています)。
また旅行に行ってみたい、近場から実践したい。
自分の生活リズムが出来るようになった。
必ず体を動かす時間をもつようになった。
寒くなったためか体の動きが悪くなりましたが、運動していたために、あまりひどくならなくて良かった。

健康教室に参加して気持ちの変化はありましたか？

同じ病気の人の話を聞いて気持ちが楽になった。
仕事出来る為に、背中を伸ばし歩くのを気付けている。
明るくなった。心が豊かになった。
明るくなった。
仲間がいるという連帯感。
明るくなったように感じる。

今回の取組を通じてのご意見等

このまま延長はありえないのは当然です。OB会としてまた声かけして下さる予定とか。我々は滋賀県支部として、お願いする時によりよく頼みます。
OB会、またお会いしたいです。
参加できて良かった。
私たち10人のために時間をお取りいただき、ありがとうございました。感謝申し上げます。
指導して頂いた内容を自分の力にしていきたいと思います。
楽しく参加させていただき、勉強になりました。
リハビリの時間には、書くこと、話すことが中心だった。センターにいる時間にも実際に時間を使って発声やストレッチをしたい。
今後もこのような教室を希望します。いろいろありがとうございました。

【考察とまとめ】

パーキンソン病患者については、神経保護、神経可塑性および変性の進行抑制の観点からもより早期からのリハ介入が有用であることが報告されている⁶⁾。しかし、当センター医療部の外来リハをはじめ、他の医療機関においてもリハが関わるタイミングの多くはADLの低下が目立ってきてからである。今回の取組を通じて、改めてパーキンソン病患者が地域で過ごすために必要なリハについて、以下のように考察をした。

① 早期からリハ介入することの必要性について

パーキンソン病に限らず、他の神経筋疾患についても医療機関で診断を受けられた直後からリハの処方が出されることは極めて少ないのが現状である。疾患に対する初期治療としては薬物投与が主流であり、その効果も実証されている。また、リハが効果的に作用するためのベースラインは、服薬管理が必須となることは事実である。しかし、薬物療法は重要であるものの、その対応のみでは日常生活における ADL、QOL を向上させるには、不十分な場合がある。適切な疾患理解を早期より行うことで疾患とうまく付き合う事ができると考える(表 1)。今回のグループワークの中で、参加者の多くが不安に感じていたことは、体が動けなくなることである。その不安に対する対処法について、参加者の多くが薬を飲むタイミングや服薬量に執着されている傾向が伺えた。しかし、薬効には時期的な限界もあり、ある程度症状が進行してからリハが介入することはあまり効率的な対策ではないと考えられる。そのため、診断早期からパーキンソン患者自身が服薬以外に自らの疾患進行予防に取り組めるための疾患特性を理解する機会や、服薬以外の対処方法等を知れる機会が必要であり、能力維持するための選択肢が早期から提示されるべきであると考ええる。

② 生活場面にリハが取り入れられるための工夫について

今回、プログラム開始時の個々の身体機能や ADL 能力に関する情報収集や評価が十分に行えていなかった事や、プログラム全般において客観的指標を用いなかったこともあり、取組における介入効果の測定については、不十分な点が否めない。しかしながら、スタッフだけでなく、参加者同士が賞賛し合えるほど、声の大きさや姿勢、歩くスピードの速さなど、初回と最終の集団場面の明らかな様子の違いについては、個々の参加者が自分で取り組めるリハを実践できたことの結果であると考えられる。通常、外来リハで PT や OT から提供されるプログラムは画一化されたものである場合が多い。しかし、今回のプログラムにおいては、運動プログラムを提供するのではなく、個々の参加者の日課に対して運動要素を加えたり、すでに実践されている運動機会をさらに効果的なものにするための工夫点を付加する指導を行った。また、自身で取り組んだことに対する自己チェックを行う事や、期限を設けたことによって、今回の集団場面と自宅での取組の間で程よい緊張感を保てた事も有用であった一因ではないかと考えられる。

③ 患者自身が自分取り組めるリハビリについて

パーキンソン病患者自らが自分で取り組めるリハビリを実践するには、その動機付けが必要であると考えられる。在宅パーキンソン病患者の主観的幸福感を高めるためには、患者が自己を認め、積極的な態度であること、役割をもつこと等の必要性が挙げられている⁷⁾。今回の集団場面においては、同じ症状のある方

表1 【早期からリハ介入することの必要性について】

例	患者の認識	症状進行 (ON-OFF、すくみ足など)	感情の変化
早期リハ介入無	「治療は薬。」	体が動けない。	⇒ 「薬の使い方どうすればいいの？」 不安が高まる。
早期リハ介入有	「治療は薬だけでなく、早くから体を動かそう。」	体の動かし方は理解できている。 運動や体操をしていると調子がいい。	⇒ 「工夫すればできる。」 不安は軽減。

から参加者が学ぶ機会であったり、自分自身の症状に関する認識を深めたり、その症状と付き合いながら生活するための手立てに関する情報を得られるなどのメリットがあったと思われる。加えて、PDQ-39 において、情動面の健康、恥辱感、社会的支援の項目で比較的維持・向上している結果が得られていることや、バウムテストの結果においても、ほぼ参加者全員において初回よりも「より具体的な」「しっかりと書かれた」ものになっており、「何かをやり遂げたい気持ち」が表現されている。これは、同じ症状のある方同士の関わりと、医師やセラピスト等の専門職の適度な関わりが、参加者の不安の処理につながり、主体的に日々の生活を送るための動機づけを与えることができたと考えられる。

④ 外来リハの在り方について

最終のアンケート結果において、最終回に参加された全員が今後も自分で取り組めるリハを継続できると回答している。外来リハで行っている症状に対処するための関わりと、患者自身の日々の生活能力が直結できるよう、個々の生活状況を外来リハに関わるセラピストから積極的に本人や家族、関係職へ情報収集する工夫が必要であると思われる。

【結論】

今回、集団場面を用いたプログラムを実施することで、在宅生活を送るパーキンソン病患者自身が、疾患進行予防に向けた取組を実践するために必要な要素がいくつか確認することができた。

今後、パーキンソン病患者が能動的にヘルスプロモーションに向けた取組を実践できるように必要な事柄として、以下の2点が挙げられる。

- ① パーキンソン病患者自身が症状の理解を深められるよう、教育的指導等を含む早期からのリハ介入。
- ② パーキンソン病患者が日々の不安を解消でき、主体的にヘルスプロモーションに取り組めるための動機付けが行える場の提供。

【謝辞】

今回の取組にご参加いただきました9名の参加者の方々、また今回の実践に対して、快くご協力くださいました守山さくら内科クリニック院長様、滋賀県立成人病センター神経内科の先生方にこの場をお借りして深く感謝いたします。

【参考・引用文献】

- 1) 難病情報センター . 国の難病対策 特定疾患医療受給者証交付件数 < <http://www.nanbyou.or.jp/entry/1356> >
- 2) 阿部和夫,他:パーキンソン病に対する姿勢改善と身体認識向上を目的とした集団運動プログラムの試み リハビリテーション科診療(10):15-19,2010.
- 3) 藤原瑞穂・他:脳血管障害患者とパーキンソン病患者の self-esteem に関する研究 羅病期間と障害の影響. 大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要,4:37-44,1998
- 4) 中馬孝容・他:パーキンソン病に対するリハビリテーション. 脳の科学, 26:393-399, 2004
- 5) 中馬孝容:EBM に基づくりハビリテーション. Medical Rehabilitation, 76:31-36, 2007
- 6) 羽鳥浩三,他:パーキンソン病の最新のリハビリテーション ModernPhysician32:213-216,2012.
- 7) 池田恭敏:在宅パーキンソン病患者・家族の QOL 向上に影響を及ぼす要因の多面的分析
- 8) 平成13年度厚生労働省特定疾患「特定疾患患者の生活の質(QOL)向上に関する研究班」神経難病患者

におけるサポートマニュアルー心理的サポートと集団リハビリテーションー.

- 9) 大熊泰之、他：日本人パーキンソン病患者における疲労：ParkinsonFatigueScale を用いた試験 MovementDisordersVol.3No.4:2-7, April2010.
- 10) 阿部和夫：治療の最前線.パーキンソン病-リハビリテーションの役割-, Brain Medical,14:45-54,2002
- 11) 河野奈美,他：パーキンソン病に対する運動療法の開発と評価・検討 脳 21Vol.12(3):392-392,2009.
- 12) 山田規央,他：難病デイケアを利用する在宅パーキンソン病患者の PDQ-39 と運動機能の関連 第 46 回日本理学療法士学会抄録集,2011.
- 13) 河野奈美,他：パーキンソン病患者に対する集団運動プログラムの実施状況と介入効果-開発した姿勢運動改善運動プログラムを用いて-第 46 回日本理学療法士学会抄録集,2011.
- 14) 山田大介,他：パーキンソン病の薬剤療法とリハビリテーション OT ジャーナル 47(6):516-521,2013.
- 15) 和田直樹：リハビリテーションの進め方 JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol.22 No.4,2013.
- 16) 川南勝彦,他：難病患者のベース・こほーと研究：ベースライン調査結果(QOLと保健福祉サービス) 厚生 生の指標,2001;48(7):1-8.
- 17) 藤井千枝子,他：難病患者 Quality of Life の一考察;パーキンソン病患者の主観的満足感を通して.看護研究,1997;30(4):11-20.
- 18) 赤松智子,他：在宅パーキンソン病患者の主観的幸福感を高めるための条件,健康人間学,2001;13:21-27
- 19) 内田知宏、他：Rosenberg 自尊感情尺度の信頼性および妥当性の検討-Mimura&Griffiths 訳の日本語版を用いて- 東北大学大学院教育学研究科研究年報 第 58 集・第 2 号(2010 年)
- 20) 杉江拓也：特定疾患と QOL J.Natl.Inst.Public Health,53(3):2004
- 21) 三徳和子、他：難病疾患患者における包括的 QOL の特徴と類似点 川崎医療福祉学会誌 Vol.17 No2 2008 333-341
- 22) 伊藤博明、他：パーキンソン患者への心理的アプローチ 神経疾患の予防・診断・治療に関する臨床研究 平成 12-14 年度 総括研究報告書 2003
- 23) パーキンソン病 QOL 評価スケール PDQ-39 実施経験 神経変性疾患に関する研究班 2000 年度研究報告書 2001 年

パーキンソン病の 健康教室 ～みなさんからの名言集～



平成25年10月29日

～

平成25年12月10日

滋賀県立リハビリテーションセンター

話合いの意味って？

話合いをしても、別になんにも変わらないし・・・と思いませんか？

確かに「その通り！」なんです。人と話すことで、病気を治すことはできません。ただし、病気と一緒に生活することに、力を貸してくれることがあります。

ここに書かれている言葉は、病院の先生の言葉ではない、リハビリの先生の言葉でもない、参加しているみなさんが考えた言葉です。

薬を飲んだり、病院の先生に何かしてもらったり・・・それはもちろん大切なこと。でも、みなさんと話をすることでも、大切なことがたくさん出てきました。

これからの暮らしの工夫に、是非生かしてください。

リハビリテーションの主役はみなさんです★



ぱっと見て「病気がある」ってわからない。でも、実は困っている人がたくさんある。どうしようかな？



- 杖をもっていると、いろんな人が配慮してくれる。
- 周りの人は、意外と助けてくれる。ケガするくらいなら、助けを求めよう！
- 周囲に理解してもらうことが大切。病気であることを打ち明けたら、心が軽くなった。
- 近所には、困ったときに助けてもらえるように病気のことを伝えている。
- 困ったら「助けてください」って言えばいい。「すまんね」「ありがとう」で大丈夫。

病気のことを考えるとつらくなってしまふ。精神的な気持ちの支えもあるといいよね。



- つらいことでも笑顔でいることが大事！自分がふさぎ込んでいると家族まで暗くなってしまふ。
- 考えてもしかたないから、考えないようにしている。初めてパーキンソン病といわれた時は涙が出たけど・・・。ずっと考えていても仕方ない！
- 周りに病気のことを言うことができると楽になった。
- 周りから「そんな性格悪いわ」と言われたって、今やれることをやらないと！
- 外に出るのはいいこと。外に出ないと気が機嫌に。すると、ますます動けなくなる。
- ストレスはドーパミンを出すことを止めてしまふ。楽しいことをするとドーパミンが出るんだ！
- 周りが「手伝おうか？」と言ってくれる。周りが言ってくれるなら、「ありがとう」で甘えていいのかも。

具合の悪いことが目立つけど・・・。
そういえば、体の調子がいい時もあるよね！



- 好きなことをやったり、嬉しいことがあったりすると、薬が切れている時間のはずなのに、ちゃんと体が動いている。
- ドーパミンが足りなくなるのが、パーキンソン病。「好きなこと・楽しいこと＝ドーパミンがでること」だから、病気にもいいことだと思う。
- 作業を続けられる時間が短くなっている。今までどおりにはいかない。でも、休憩するとか、工夫したらできる！



その他色々、
みなさんの工夫



移動について

- 通勤の時間帯は避けるようにして移動している。
- 電車から降りるときは、2～3駅前から準備している。「さあ、これから降りるぞ！」って。
- 自分のペースで動くことが大切。

着替えについて

- 椅子に座って着替えたり、ファスナーの服を着たりして工夫している。
- ゆったりした服を着るようにしている。

症状・薬について

- 自分の症状で「そろそろ調子が悪くなる」というのがわかるようになってきた。
- 薬で気になることがあれば、先生に相談したらいい。話しにくいなら紙に書いてもっていったら？こんな時によく効いているとか、この時間は調子が悪いとか・・・。

パーキンソン病の方のための健康教室
メンバー&スタッフ

- さん
- さん
- さん
- さん
- さん
- さん
- さん
- さん
- さん



医師 : 中島
理学療法士 : 赤田・小林・澤井
本城・吉田
作業療法士 : 乙川・中井・宮本
言語聴覚士 : 平川
保健師 : 藤田



高次脳機能障害の方への

リハビリテーション専門職種が果たす役割についての検討

～医療機関外来リハから見えてくるもの～

○中井 秀昭¹⁾ 宮本 昌寛¹⁾ 藤田 京子¹⁾ 川上 寿一²⁾

1)滋賀県立リハビリテーションセンター 2)滋賀県立成人病センター

[要旨]

本調査では、滋賀県内の病院に勤めるリハビリテーション(以下リハ)セラピストに対して高次脳機能障害の外来リハの提供状況についてのアンケート調査及び半構造化面接を行い、地域生活の”入口”である医療機関における高次脳機能障害者に対するリハ専門職が担う役割や必要な連携を考察し、県下における高次脳機能障害の支援体制、”医療から地域”、”地域から医療へ”の繋がりのある方を検討することを目的に実施した。

アンケート内容は、病院における①高次脳機能障害の方の通院状況、②高次脳機能障害の診断状況、③外来リハの実施状況、④その他今後の受入れ状況や、感じている課題等を記載いただいた。回収率は73.1%であった。2次調査(訪問調査)は調査同意の得られた19か所の病院に実施した。

アンケート結果からは、通院していると回答した病院は全体の66%、診断していると回答した病院は50%であった。また、高次脳機能障害の方へ外来リハを提供していると回答したのは63%であり身体障害を中心とした病院が22か所、精神障害・小児を対象とした病院が各1か所ずつであり、認知機能訓練や失語症へのアプローチ、身体機能や日常生活動作(以下ADL)・手段的日常生活活動(以下IADL)へのアプローチが実施されていることがわかった。2次調査からは、高次脳機能障害の方へのリハ機会が少ない為に、セラピストの地域支援機関の認知が低い事や、実際に支援に携わっていても地域支援機関と協働して支援を実施する機会が少ないことが示唆された。

したがって、地域生活において支障がでることが多いと言われている高次脳機能障害の方への外来リハにおいて、地域保健福祉施設や作業所、就労支援機関との連携を重視すべきと言われながらも、十分に実施できていない状況であることが推測されることから、リハセラピストはより各種地域支援機関と積極的に連携を図りながら、地域社会生活への移行に寄与する必要性があると考えられる。

[はじめに]

高次脳機能障害は”みえにくい障害”等と呼ばれ、その克服に福祉施策を中心に据えて行ってきた結果、高次脳機能障害を知らない人が少ない社会になりつつも、退院後障害に気付く方や、支援機関とつながりがないまま在宅生活を過ごしている方、休職期限内に復職ができない方等が多く、未だ課題が残されている。

滋賀県内においては、推計 5000 人の高次脳機能障害者が暮らしているといわれており、その実態把握の為に平成 14 年に山田³⁾や平成 19 年宮本⁶⁾、また平成 24 年には高次脳機能障害支援センター⁹⁾により当事者自身の生活実態及び、県内における支援を行える地域資源についての調査が実施された。しかしながら、滋賀県内で医療機関における支援状況に焦点を当てた実態調査は実施されておらず、高次脳機能障害に対する医療機関の支援の現状は十分に把握できていない。

医療機関は障害を受け、受傷し障害を受けた後の地域生活の”最初の入り口”の役割を果たす。とりわけ医療機関におけるリハ専門職種¹⁾の役割は訓練や対処法のみならず、障害をみつけ今後の予後を推測することや、支援に携わる支援者間への情報提供を担う役割を果たすといわれている。

そこで今回、一報として県下におけるリハセラピストが行う医療機関の外来(通所)リハの実施状況やその対応、現在抱えている課題について調査し、地域生活の”入口”である医療機関における高次脳機能障害者に対するリハセラピストが担う役割や必要な連携を考察し、県下における高次脳機能障害の支援体制、”医療から地域”、”地域から医療へ”の繋がり²⁾のあり方を検討する。

[方法]

(1)調査対象

滋賀県内でセラピスト(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等)が勤務しているリハ科を標榜している病院又は精神病床を有する病院 52 か所。

(2)調査票

調査票は、①「貴病院における高次脳機能障害の方の通院状況」(2 問)と②「貴病院における高次脳機能障害の診断状況」(5 問)、③「貴病院における外来リハビリテーションの実施状況」(7 問)、④「その他」(今後の受入れ状況や、感じている課題、2 次調査協力の有無)(5 問)の 4 項目 19 問である。

(3)調査方法

1 次調査は、平成 25 年 10 月アンケート調査票を郵送にて配布し、ファクシミリにて調査票の回収を行った。併せて、2 次調査(訪問調査)への協力の可否を尋ね、1 月から 2 月の間に同意が得られた病院のセラピスト代表者に対して、約 60 分の訪問による半構造化面接調査を行った。

[倫理的配慮]

結果の公表にあたっては、アンケート上で公開の承諾を伺い、承諾が得られた病院の結果について、内容を集約したものを公開することとしている。なお、本調査は当センター倫理委員会において承認を受けている。

[結果]

(1)1 次調査(アンケート)

①回答施設とその内訳

回答があったのは 38 病院 (有効回答率 73.1%) で、回答者の職種、1 次調査の圏域別回答数、2 次調査への協力可否を図 1、図 2、図 3 に示す。2 次調査の協力については、協力できると回答した病院は 82% となった。

図 1. アンケート回答職種
(1 病院多職種回答も含む)

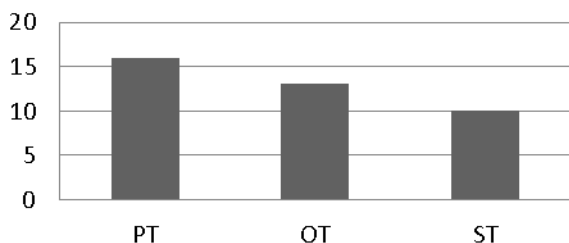


図 2. 1 次調査の圏域別回答数

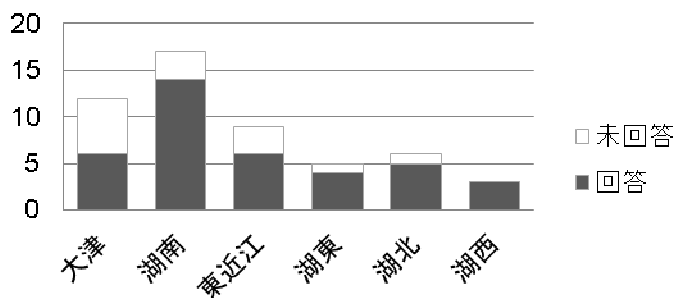
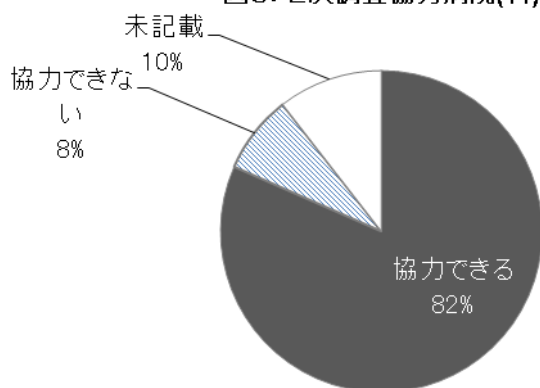


図 3. 2 次調査協力病院(科)



②通院状況と通院している科

「高次脳機能障害の方が通院している」と回答した病院が 25 か所 (66%) であった。そのうち通院している科は、脳神経外科が最も多く 11 か所、次いでリハ科 9 か所、神経内科 8 か所、心療内科・精神科は 2 か所ずつであった。また、その他には小児科・小児神経内科、内科などの記載があった。(図 4、図 5)

③診断の実施状況

高次脳機能障害の診断を実施していると回答した機関は、全体の 50% (19 か所) であった (図 6)。その内訳は、神経内科が最も多く 7 か所、次いで脳神経外科 6 か所、リハ科 3 か所、精神科 1 か所であった (図 7)。

診断の際に関与しているコメディカルスタッフは、ST が最も多く 15 か所、次いで OT が 10 か所、臨床心理士が関与していたのは 4 か所であった (図 8)。診断時の神経心理学検査は 18 か所が実施しており、検査実施時の役割分担がなされている施設は、12 施設 (67%) であった (図 9)。実施している検査については図 10 のとおりである。

図4. 高次脳機能障害の方の通院状況

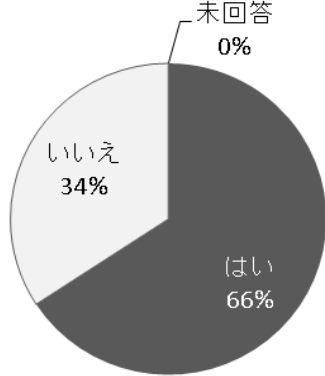


図5. 通院している診療科

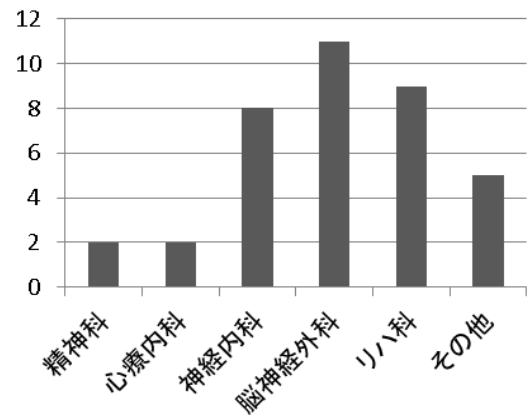


図6. 診断の実施状況

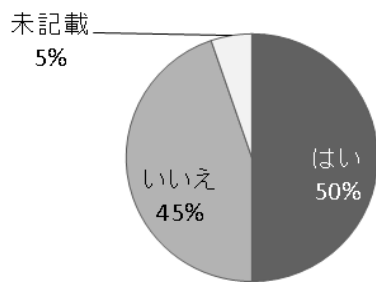


図7. 診断実施科

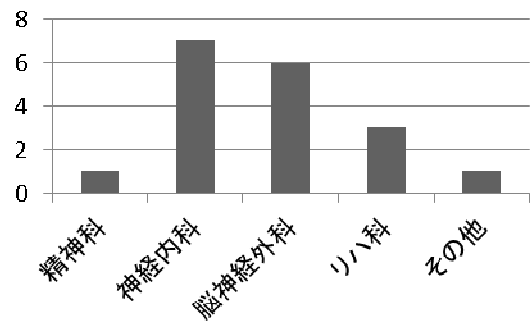


図8. 診断時関わるコメディカルスタッフ

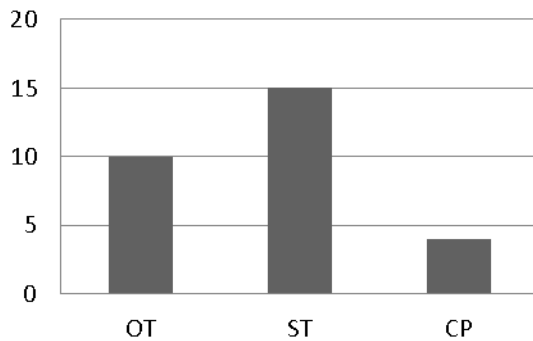


図9. 神経心理学検査分担

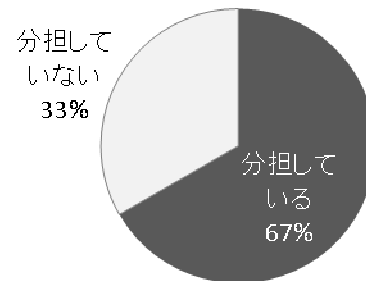


図10. 実施している神経心理学検査

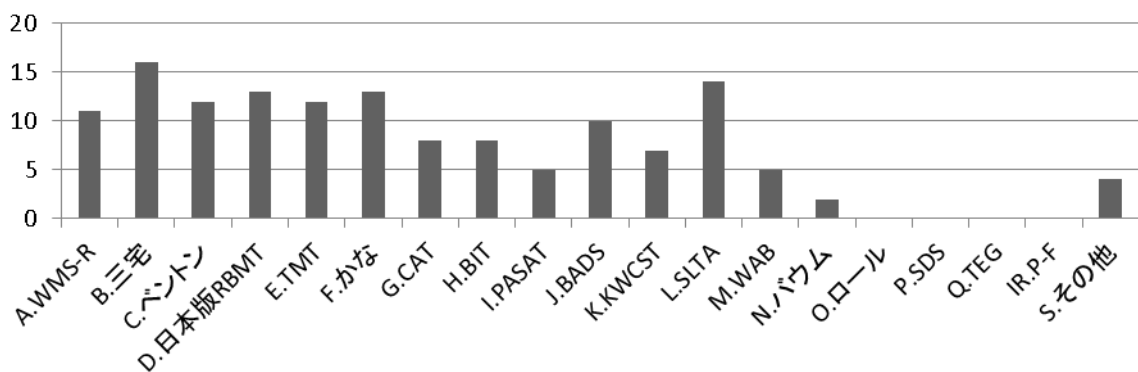
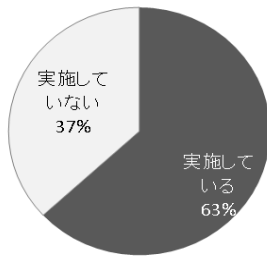


図11. 高次脳機能障害の方への
外来リハ実施状況



④外来リハの実施状況

(A)リハの実施とその内容

高次脳機能障害の方への外来リハを実施していると答えた病院は全体の63%(24か所)であり(図11)、一般の医療機関が22か所、精神障害、小児・発達障害を対象とした医療機関がそれぞれ1か所であった。また、実施していると答えた機関のうち平成25年9月1日～9月30日に実施した施設は21施設で、総単位数は1119単位であり、その実施サービス内容は「高次脳機能障害に対する認知機能訓練」18か所、「ADL・IADL訓練」「実用的なコミュニケーション訓練」「失語症に対する訓練」15か所、「身体機能訓練」14か所、「家族指導」13か所、「拡大・代替コミュニケーションアプローチ」10か所、「復職への相談・指導」9か所等が続いた。外来リハを実施していないと答えた機関は、その理由に「診断する医師がいない」「対象者がいない」等と記載されていた。

(B)リハの紹介と連携について

外来リハサービス提供時、高次脳機能障害の方が紹介される機関は医療機関が最も多く24か所、次いで行政機関から4か所、福祉機関・その他が3か所、就労支援機関2か所、教育機関1か所であった(図13)。また、外来リハを実施する際7か所がケースカンファを開催すると答え、17か所は開催されないと答えた。

外来リハ実施時に他機関との情報共有を実施しているかという問いかけに対し、医療機関13か所、福祉機関12か所、その他8か所、行政5か所となっていた(図14)。

また、リハサービス終了時の情報提供先としては、福祉機関が最も多く11か所、医療機関が8か所、その他が7か所であった。(図15)

⑤今後の外来リハビリテーションでの受入れについて

今後、アンケート回答機関での外来リハの受入れについては、「可能」8か所、「条件付可能」9か所、「困難」7か所、「わからない」10か所であった。「条件付可能」については、「自院の受診－医師からの指示書が必要」や「せん妄・徘徊などが無い方」「暴力・暴言等が著名な方、家族のバックアップが無い方は困難」、「評価のみ実施」、「運動麻痺を伴っている事。算定期間内であること。記憶障害、精神症状がある場合、言語障害のみ等はPTのみの職場であるので困難」などが挙げられていた。(図16)

⑥その他～高次脳機能障害の方への支援体制等の意見について～

支援するにあたり、対象者が少ないことや、対応できる人材、専門的な知識・環境が整っていない事、地域の支援機関の不足や情報共有に困っている等様々な意見があった。(表1)

図12. 提供しているリハサービス

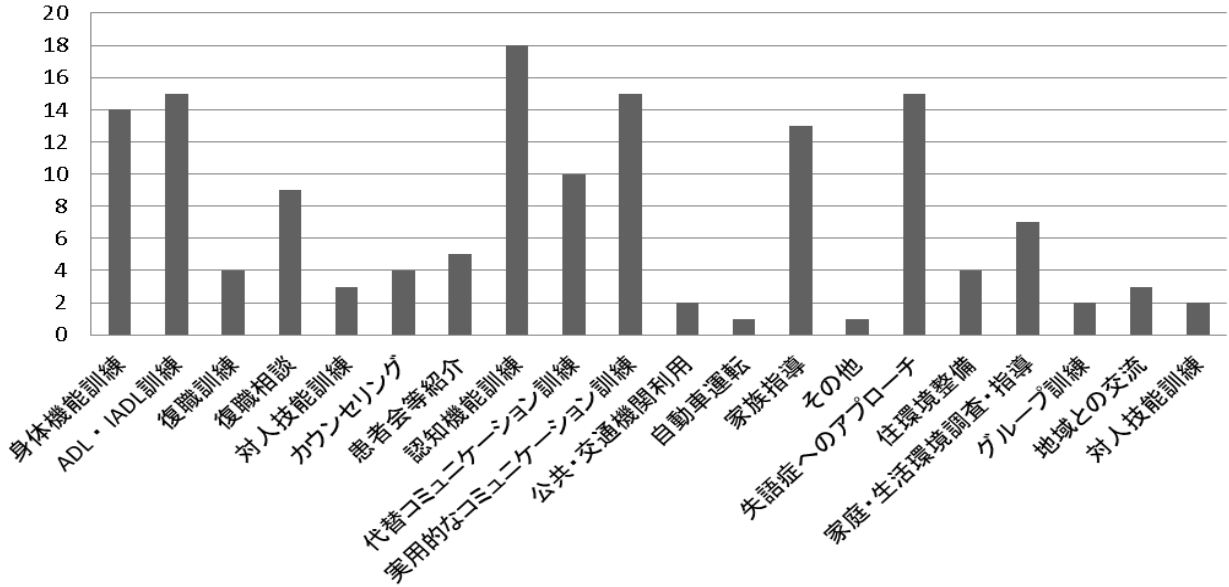


図13. 紹介される機関
(複数回答)

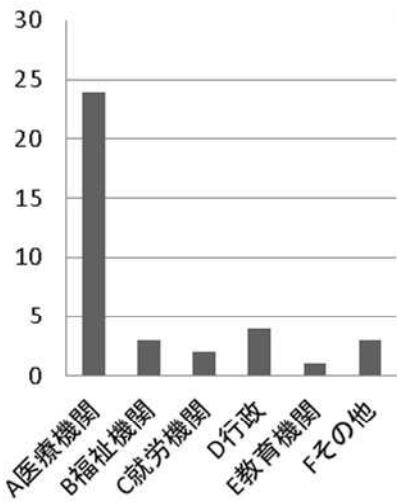


図14. 外来時連絡先
(複数回答)

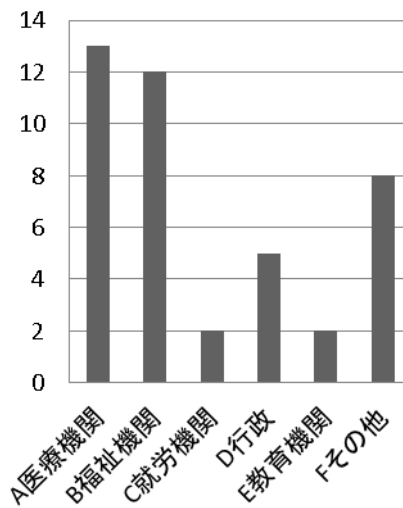


図15. 外来終了時情報提供先
(複数回答)

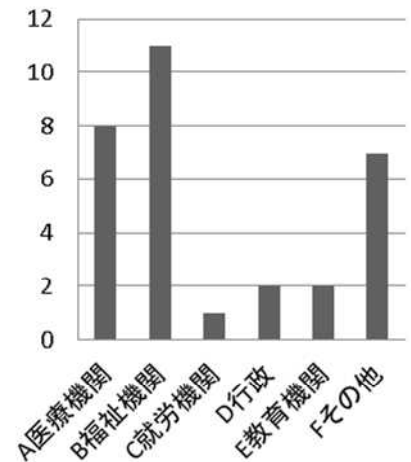


図16. 今後の外来リハ依頼

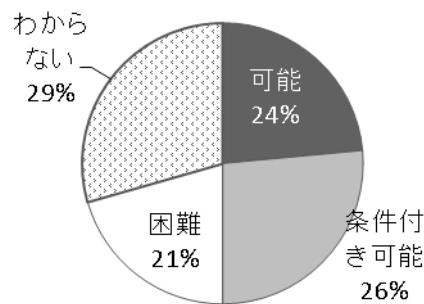


表1. 高次脳機能障害の方への支援体制等のご意見

リハビリテーション提供期間が不十分。除外規定に該当するが、STがいないと算定されないなど保険上の問題がある。

確定診断が可能な医師がおらず、また身体障害では診療報酬を得る体制ではありません。今後どのような体制で行うか存じ上げないので見通し不明です。

セラピストが十分なリハを提供できる知識を有していない。設備・備品も十分ではなく、環境が十分ではない。症例数と投資する設備等との兼ね合いが。

専門的に診断する医師がいないうえ、継続的なフォローが困難と思われまます。（当院の場合）一般にあまり知られていない事が一番の課題であると考えます。

交通事故後の運動障害を伴っている方を対象にしているので高次脳機能障害の方への支援体制はほとんど行われていない。

外来終了後の状況がわからないことがある

他施設で受け入れられない患者が、最後に精神科に入院する事になっている。その人たちの情報を OT、PT までリハスタッフからの情報が皆無に近い。外来リハ中心に質問しているが、現実には多くの高次脳機能障害の方が精神科に入院している。情報もないまま、その人にプログラムを入院治療内で行っている。現実の入院には患者の事も考え、幅広い対応が必要と感じる。特にリハスタッフからの情報がそもそも皆無に近い情報をなんとかしてほしい。

失語症の方の家族会がなく、紹介できない

小児（事故後、脳外傷後）の高次脳機能障害を診て頂けると助かります。

診断と受け皿が少ない。情報提供もなく、どこに目標があるかが不明で維持を続けるしかない。終了してもその後の情報がわからない。今後活かさない。

通院のみでフォローでは生活環境指導に困難さを感じる事が多い。又一人暮らしの方は特に多くの問題が隠れているが表面にでにくいし、他機関とも連絡が取りにくい。

私自身としては高次脳機能障害の方を外来リハで受けたいと思いますが、主治医が決定することなので、現在は対象患者さんがいません。その為経験も乏しくますます受け入れにくくなっているような気がします。

復職目的のリハビリなどケースが少なく対応に苦慮している。

高次脳機能障害に対する知識・治療経験の浅いスタッフが多い現状にあります。また、退院後・外来終了後、通所等で行える施設が近隣では少ない。

⑦圏域別集計結果

(A)通院状況と通院科

通院状況	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
通院している	3	6	4	4	3	3	2
通院していない	3	4	0	3	1	1	1

通院している科	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
精神科			1			1	
心療内科							
神経内科	2		1	2	1	2	
脳神経外科	1	1	2	1	3	2	
リハ科	1	4	1			2	1
その他		2	1	1		1	1

(B)診断の実施状況

診断	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
している	3	6	4	4	3	3	2
していない	3	4	0	3	1	1	1

診断している科	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
精神科			1				
心療内科							
神経内科	3			3		1	
脳神経外科		1		1	2	1	1
リハ科		2	1				
その他		1					

(C)外来リハビリテーションの実施状況

外来リハ	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
実施している	3	5	4	4	3	3	2
実施していない	3	5	0	3	1	1	1
単位数(合計)	113	372	106	424	85	99	4

(D)今後の外来リハの受入れについて

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
可能		2	1	2	2	1	
条件付き	4	2	1			1	1
困難	2	4		1	3	1	
不明		2	1	3			2

(2)2次調査

①回答病院とその内訳

2次調査の訪問調査に協力が得られた病院は、19病院であった。調査協力職種はOTが最も多く9名、次いでPT8名、STが6名、DR・NSは各1名(図17)であった。また、2次調査協力病院において

94.7%の病院にPTが勤めており、89.5%にOT、68.4%にSTが勤めていた。

外来リハ(ディケアを含む)はすべての病院で実施しており、そのうち57.9%の病院で高次脳機能障害の方に対してリハビリテーションを提供していた。そのうち現在も継続してリハを提供している人数は、1名～3名が4病院、4人～9人が5病院、10人以上が1病院、今までいたが現在はいないと答えた病院が1か所であった。また、診断は9病院(47.4%)で実施していると回答し、11病院(57.9%)がなんらかの神経心理学検査を実施していると回答した。

②訪問調査の聞き取り結果

(A)診断

高次脳機能障害と診断された方がいる(過去にいた)と答えた施設は11病院(57.9%)であった。高次脳機能障害の診断が可能であると答えた病院は9病院(47.4%)、不可能が4病院(21.1%)、わからないが4病院(21.1%)であり未回答が2病院(10.5%)であった(図19)。診断をする時期については、7病院が随時実施し、2病院が入院中に実施すると回答した。診断をすることができる病院の中には「他院や地域からの診断の依頼は把握していない(おそらくない)」(4病院)、「セラピストから高次脳機能障害ではないかと医師に相談した後、評価のオーダーが出て診断がつくケースが多い」(2病院)、「高次脳機能障害と診断がついていることを意識したことがない」(1病院)、「診断書を作成するというケースでのセラピストの関わりはない」(1病院)等の意見が見られた(複数回答)。一方、高次脳機能障害の方が外来にいないと回答した病院の意見として、「診断ができる医師がいない」「診断は書かない」等診断を書くことができないと回答した病院が4病院、「関わることはないのでわからない」が3病院、「セラピストが入院中に医師に相談し書いてもらう」が1病院あった(複数回答)。

(B)神経心理学検査

神経心理学検査を実施している病院のうち8病院が診断にセラピストが検査で関与しており、検査を実施する職種はSTが7病院、OTが5病院、その他(心理職等)1病院であった。

高次脳機能障害の方が外来リハにいないと回答した病院については、神経心理学検査について「回復期が立ち上がるまでは道具すらあまりなかった。」「ほとんどやってない。認知症に力を入れていく方針なので徐々にしていく方向である。」「検査キッドはなく、医師が実施していると思う。」「スクリーニング程度しか実施していません。」等の意見が見られた。一方、外来に高次脳機能障害の方がいる病院は「定期的に評価を実施し報告している。」「検査のみのオーダーは受け付けておらず、リハに必要と判断された方に対して実施している。」などの回答が見られた。

また、報告に関してはカルテ記載が8病院、医師に口頭で報告が2病院、その他(報告書)2病院となっており、セラピストが検査結果と解釈を記載して伝えている病院が87.6%を占めた。

図17. 2次調査実施回答職種

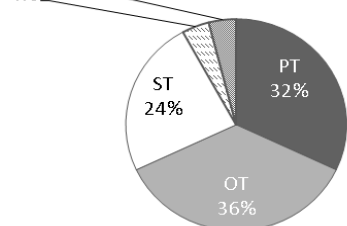


図18. 高次脳機能障害の方への外来リハ

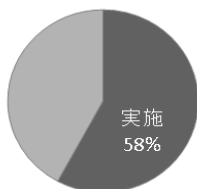
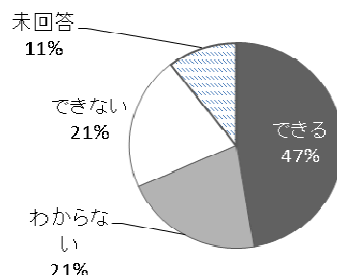


図19. 診断について(2次調査)



(C)外来リハビリテーション

①高次脳機能障害の方に提供していない病院 (N=8)

高次脳機能障害の方に外来リハビリテーションを提供していない病院 8病院のうち 5病院が整形疾患の方が中心となっていると回答し、その他精神疾患 2病院、その他 1病院となった。

オーダーの内容では、2病院が認知機能のみのリハオーダーはないと答え、その他の回答として車いすの処方や生活環境の設定、運動や痛みに対するオーダー等があるとのことであった。リハアプローチについては、「痛みなどへのアプローチが中心で日常生活活動へのアプローチは少ない」「機能訓練や家族指導を中心に実施している」「運動での介入が中心。」「PTは下肢体幹中心に、OTは手・上肢を基本にアプローチをしていて、日常生活に向けた介入をできている」と言い難い。」「基本動作や歩行訓練が中心。稀に若年の方もいるので就労支援もする機会はある。」等の回答が得られた。

<外来リハ時の情報収集、共有>

外来リハ実施時の情報取得手段は病院間であれば書面での情報収集、その他の場合は本人や家族からの収集が中心となっていると回答する病院のみであった。その他情報収集手段としては、病院の取り組みでアウトリーチ支援を実施しているためそこからの情報収集やノート等のツールを使った他機関との情報共有、地域生活支援をするチームの中に外部機関との調整や情報共有役のメンバーがいる為そのスタッフを介して情報共有を図る等も挙げられた。また、サマリーのみで十分であるという意見もあった。

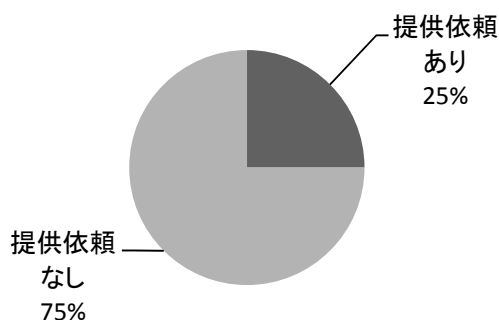
<外来リハ時の外部からの情報依頼>

外来リハ時外部からの依頼があると答えた病院は 2病院で、直接外来リハに同伴してくる事や稀にケアマネージャーが聞きにくるといった回答であり、残り 6病院は機会がないと回答した。また、その病院も依頼があればサマリーの記載等情報提供はすると回答した。(図 20)

<外来リハ終了の目途について>

外来リハの終了の目途は、セラピストが医師に相談し終了となる事が多いと回答したのが最も多く 5病院であった。また、目途について「本人の意思や同意」という言葉が出たのが 3病院、「目標を達成すれば」と回答したのが 2病院、「期限」という回答をしたのが 1病院であった。

図20. リハ実施時外部からの情報提供依頼



②高次脳機能障害の方に提供している病院（N=11）

高次脳機能障害の方に外来リハビリテーションを提供していると回答した 11 病院では、外来リハの対象者が自院退院者 10 病院、他院からの紹介も受け入れていると回答したのが 6 病院、その他病院以外からの受入れも実施していると回答した病院が 4 病院であった(複数回答)。また、高次脳機能障害の外来リハのオーダーの出所は以下図 22 のとおり脳神経外科が最も多かった。

リハのアプローチについては、日常生活活動や社会活動に必要な動作など具体的動作へのアプローチへの回答が 2 件、復職・復学への支援 4 件、身体機能アプローチが中心 2 件、失語やコミュニケーションへのアプローチが 3 件、認知機能訓練中心が 1 件であった（複数回答）。

具体的には、病院内で買物を実際行い、金銭管理や遂行機能の評価・訓練、実際の職場環境に向いての評価・指導等が挙がっていた。

<外来リハ時の情報収集、共有>

外来リハ時情報収集先は家族・当事者がすべての病院でなされ、カンファレンスが 4 病院、病院への情報収集が続いた。(図 23)

<外来リハ時の外部からの情報依頼>

入院中であれば、退院前カンファレンス等を実施することや病院への転院時はサマリー記載などで情報提供を実施するとの回答があった。どの機関も求められれば本人の同意を得て情報提供を実施すると回答しながらも、情報提供依頼はない、もしくは機会がないと回答した病院が多くみられた。

図21. リハ実施時外部からの情報提供依頼
(高次脳機能障害の外来リハを実施している病院)

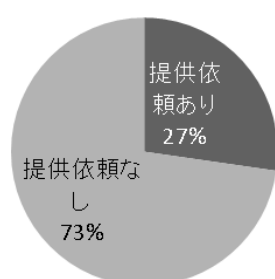


図22. 高次脳機能障害の
外来リハオーダー
(複数回答)

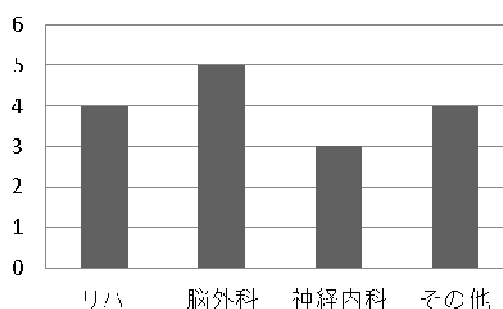
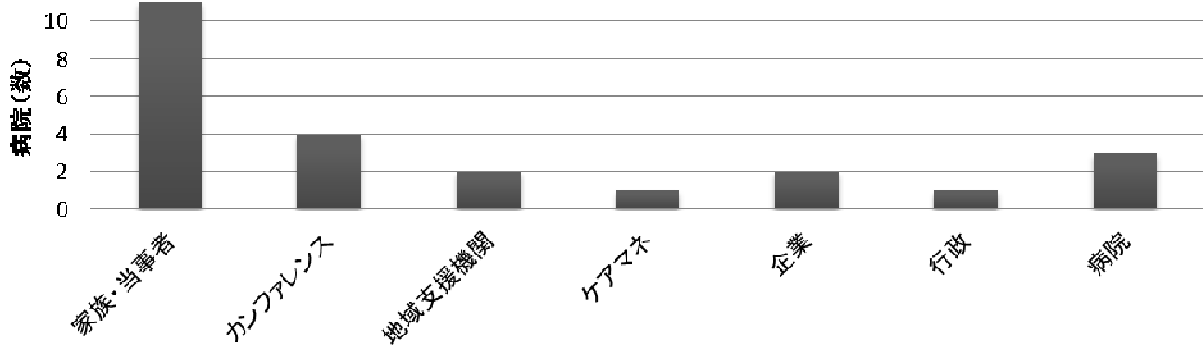


図23. 外来リハ実施時の情報収集先
(複数回答)



<外来リハ終了の目途について>

表 2. 外来リハ終了の目途

高次脳機能障害のケースは特に外来終了の目途がわかりにくい。復職でなければ社会参加できるような促しもしているし、復職後状態が落ち着くまでも見ている事もあった。能力的に伸びなくなってきた時に当事者同士で話す機会を作ったりしながら、互いを意識するような形等工夫しています。

リハセラピストの判断を医師に伝えて、ご本人さんの不自由がないと判断された状態で終了です。就労であれば、就労での問題がなくなった時点で終了です。そこまでなんとかあがいています。

基準は特に設けていないが、基本的に医師からの打診があります。完全に落ち着いた状態になればセラピストからも医師に打診する事もあります。

STが判断して医師に相談し終了になることや、次の支援機関などに繋がれば終了している。仕事等に繋がっても、本人の希望があればその後もフォローしている。

一番スムーズなのは、次の支援機関に繋がる場合です。(通所リハや介護保険のケアマネ、作業所等。) どこにも繋がらないケースに関しては、期間を限定して実施している。リハ開始時に概ね3か月をめどにリハを提供することになっています。

高次脳機能障害に限らず、変化がみられなくなれば、リハを終了にしています。半年後の復職など目標が明確であれば対応は可能であります。問題点があれば継続という判断です。期間では決まっていない。ケースによります。

特に期限は決まっていない。その方々の状態に合わせてという感じです。成人であれば期限があるが、小児はない。高次脳機能障害に限らずですが、親御さんのニーズがあり続けられれば続ける。

回数は徐々に減らしてはいるものの、完全には終了することはできない。親御さんとして「定期的にどうしても見てほしい」と医師にお願いされるのでリハスタッフとしてはどうしようもない。リハとしては、ある時期で終了と感じてはいるが行き先がなければ終了できないという感じがする。20代～30代で発症したケースは特に長期化することが多い。

標準的な検査でなくても、能力的に伸びている所は見るし、尚且つ本人さんが望んでいた
り、就労や余暇というステージを考えていく中で必要な時期まで関わっていく。外部の資
源と繋がりながら支援していくというのも必要とは思いますが、ケースも少ないですし、
今後の課題と思います。

(D) 外部機関との繋がり

高次脳機能障害支援センターや働き・暮らし応援センターの役割を知っているかという問いに対し、
知っていると回答したのはそれぞれ全体の 26.3%、15.8%であった。高次脳機能障害の外来リハを提
供していると回答した 2 病院のうち、両支援機関の役割を知り、両機関とも関わりをもった経験があると
回答した。また、高次脳機能障害の外来リハを提供していない 1 病院においても、働き・暮らし応援セン
ターとの関わりを持った経験があると回答した。

表3. 外部機関の周知度と連携経験 エラー! リンクが正しくありません。

(E) 高次脳機能障害の支援に関する課題について

2 次調査で高次脳機能障害の支援に関する課題について聞くと、《高次脳機能障害の方の支援に
携わる機会が少ない》ことや《高次脳機能障害の方へのリハサービス内容や教育》についての発言
が最も多く見られ、「高次脳機能障害の方をみる機会がなくなってきた、いざ見てくださと言われて
困ると思います。」「症例数が少ないので勉強することが難しい。症例がいれば、手探りにはなっ
てしまうが高次脳機能障害をみないというわけではない。」といった発言が見られた。また、そのほかに《高次脳
機能障害の方に合った地域資源》、《高次脳機能障害に理解を示してくれる医師》や《県の支援
体制》、《地域への支援へのイニシアティブ》、《家族(親)の心理的な影響や支援》、《薬物調整・
精神科との連携》、《神経心理学検査の道具》などが課題として挙げられた。(表4に具体例を提示
する)

表4. 高次脳機能障害の支援に関する感じる課題

院内ではハード面に限界がある。検査器具をそろえるのも大変です。
自動車運転の判断が難しく、医師も悩まれているケースがある。
検査等で問題がでない軽度の方も心配ですが、関与できていない。
実際の生活場面で起こりうる問題に対して、大丈夫か気になる事も多くある。
医療に介入されれば退職させられるとおっしゃり、診断に高次脳機能障害を書かないでほしいと言わ れる事もあった。
資源は多くあるが、どういう方が対象で、何ができるのか文面だけではわからない事がある。
退院後繋がる資源がわからない。
障害施策がわかりにくい。
支援を行うところがない。若く介護保険の対象外ですし、総合支援法でも繋がらないケースが多く、な かなかうまくいかないことが多い。
高次脳機能障害＝“県内特定の病院”となっているのが現状で、当院のリハで関わる機会はない。
高次脳機能障害を考える専門チームを中心に支援を考えているが、まずは各圏域に拠点があつて

そこの支援をするのが当センターという形が理想であると思います。すべてを当病院が引き受けるのではなく、各圏域においても人材を育成するのが必要だと思います。

医療と連携して生活を支援できる福祉の充実も必要と思います。

子供を対象としたリハを実施している機関が少ない。

学校に関しては、病気とか障害に臆病となってしまう印象を受ける。

具体的にどのようにリハを進めていけばよいのかわかりにくい。(手探り状態です。)

小児の高次脳機能障害に関してもマネジメントしてくれる人がいると助かります。学校や親御さん等は進学や就職の事も心配な様子もみられ医療的なかわりだけではすんでいない現状がある。地域の保健師に聞いても、中途障がいの方はなかなか見てもらえない。

親御さんの理想も非常に高く、リハに対しても求められるものも非常に高い。中途障がいの方は「前は…だったのに…」という事をおっしゃられ、リハが設定した目標を受け入れにくい印象である。

年齢が高くなってきて発症されるかたは、ご本人の気づきがあって悩んでいる事も多い。

つながりが切れることへの不安が強く、本当のリハに対するニーズが把握できない。

リハに来ることが満足なのか、よくなることを期待しているのかわからなくなることがある。悩みなどを聞いてほしいというケースが多く、悩みを傾聴する事も多い。

適した相談先を紹介しても、なかなかつながらない。(いつも見ている医療機関が主になってしまっている。)

児童精神科もないので、社会的行動障害が強く出ているケースについては、苦労して探している印象です。

精神科で対応できるのであれば助かります。

発達障害や脳性まひは生まれた時から保健センターや発達支援センターなどにかかって身近で気軽に相談できるが、中途障がいの方はまずは、病院でという印象が強く他機関にかかりにくい。

事故後だと、親御さんと子供さんとの関係が共依存のような感じになっているケースが多くおられる印象です。サービス利用を促しても「今はよいです。」という方も多い。紹介しても利用されない方が多い。

復職の際に「高次脳機能障害」と絶対書かないでほしいといわれるケースもある。

地域の課題として考えるが、結局は周囲が変わっていかなければいけないという結論になる。きれいな言い方をすればそういう社会を目指す必要があると。

地域での受皿が少ない印象。

一生懸命やっている。しかしうまくいっていると思われるケースは少ない。先駆的な取り組みをしているのであれば真似をしていきたい。手放すといった発想でリハとして関わるのは今後ないよう関わっていきたいです。

患者の地域に帰ってからの状況であったりすることが見えてこない。

症例数が少ないので勉強することが難しい。症例がいれば、手探りにはなってしまうが高次脳機能障害をみないというわけではない。

神経心理学検査を実施する道具がない。

STは養成機関で高次脳機能障害に対して学んでいる世代とそうでない世代がいる。

介護保険分野でのリハの提供体制が医療においっていない為に引継ぎが難しい事もある。(特にST)

高次脳機能障害に積極的に取り組む医師も増えては来ているが、そうでない医師もまだ多い為見過ごされているケースも多いような気がする。

医師がどれほど高次脳機能障害に対して認識されているのだろうかという点も感じる。認識されている医師がいればリハオーダーという形もありうるし、OTとしても対応できると思います。

若いスタッフも多く、教育という部分でも非常に今後していかなければいけないと感じている。

高次脳機能障害の方が来られたら、どこに繋げることができるのかということがわからなかった。

高次脳機能障害の方がいらっしゃらないので、私たちもトレーニングをしながらリハを受けてもらう必要があります。

地域支援機関もちろんだが、当病院においても、高次脳機能障害に対する認識は低い。最初は看護師も認知症としてとらえていたと思います。

そもそも高次脳機能障害を診断できる医師がいない。

高次脳機能障害に限ったことではないが、どこが支援のイニシアティブをとるのが重要ではないかと思う。それは、医療の場合もあるし、市町の場合もある。そこをどこがとるかが重要で、決まらないと支援が宙ぶらりんになってしまうのではないかと思う。

高次脳機能障害の症状が中核でというわけではなく、重度の知的障害や精神障害を含んでいる方々が来られていると思う。

高次脳機能障害の体制づくりを県が本腰を入れて行うとなれば、支援を行う事もあるかもしれない。

リハが高次脳機能障害に対して何ができるかを知られていない現状もある気がする。

リハ対象者の中で高次脳機能障害をお持ちの方が少ない事や高次脳機能障害をメインでリハを実施していく患者が少ないので関わる機会もない。

若年層の方にとっては、お互いに話をするのができたり、つながりが持てる場所が必要。

社会行動障害に対する薬剤調整ができずに困るケースがある。(回復期)

自分が高次脳機能障害ということに気づき、精神的にショックを受けたケースなどもみられた。

作業所は、紹介するが高次脳機能障害の方に合っているとは思っていないけど勧める。また、セラピストが十分に作業所のカラーまではわからないので作業所の方に聞くことが多々ある。

[考察]

国立障害者リハビリテーションセンターが2009年から2010年に実施した受傷・発症1年後の状態像を調査したものとすると、当時医療機関で診断・治療を受けた群では、就労21.7%、就学18.1%、合計39.8%であり、2003年当時モデル事業で診断・治療を受けなかった群で合計8.4%であった⁹⁾。医療機関で適切に診断・治療することは社会生活においても有用である事を示しており、適切な診断・治療を受ける事のできる環境は、高次脳機能障害の方の予後に大きく影響を与える。

今回、外来リハの実施状況を中心にリハセラピストを対象に調査を実施した。“適切な診断・治療”の一翼を担うリハセラピストに関わる以下の点について考察をした。

(1)診断

調査において、約半数がなんらかの診断を実施していると回答していた。しかし診断時において、「セラピストが高次脳機能障害を疑い医師に相談して評価を実施する事もある」の意見から、医師の診察で高次脳機能障害の存在を判断する事が難しいケースも存在すると考える。また、高次脳機能障害の

方にリハを提供していないリハセラピストからは「確定診断が可能な医師がいない」や「専門的に診断する医師がいない」という声も挙がっている。高次脳機能障害という存在そのものに意識が向いていない(もしくはわからない)医師もいるのではないかと推測する。その詳細については、今後さらなる調査が必要であるが、医師に対してさらなる高次脳機能障害への理解を進めていく事や、リハが実施できる高次脳機能障害の評価や訓練についてより知ってもらえるような取り組みが必要である。

(2)高次脳機能障害の方への外来リハの難しさ

1次調査結果では、外来リハにおいて認知機能訓練が最も提供されていた。高次脳機能障害において認知機能訓練の効果については数多く報告されており、脳卒中ガイドラインにおいてもグレードが高いものもある。しかし、認知機能訓練の効果がどれほど実生活に貢献されているかは効果判定が難しい¹⁰⁾。ましてや外来リハは、入院よりも頻度が少なく、地域で生活している対象者の実生活を把握するには難しい方々へのサービスである。その中で、アウトリーチを実施するアプローチや、より社会生活に密着したアプローチ例も挙げられた。このように病院という限られた環境下で入院時より頻度の少ない外来リハにおいては入院中の訓練とは異なり、地域生活における課題に対してより実践的なリハの提供が必要であると考ええる。

(3)情報収集と他機関との連携

高次脳機能障害の方への外来リハは、その地域生活における情報を収集した上で評価し、課題に対してアプローチを実施する。今回の結果では、外来リハにおいて情報収集が本人や同伴する家族が最も多く、外部の地域支援機関からリハに情報を求める機会も少ないとあった。これは、地域生活での情報をより必要とし、就労(復職)、就学(復学)支援などの社会参加への支援に携わる機会が多い高次脳機能障害の外来リハ支援において、十分に必要な機関と情報共有を図りにくい環境にあると推測される。その要因として、実際支援をしている地域支援機関をセラピストが十分に把握しきれない事など十分にコーディネート機能が働かずに情報共有が行えていない事が課題であると考ええる。外来リハのセラピストが地域支援におけるこれらのコーディネートを実施することは現実的ではない。しかし、リハセラピストは、地域社会生活への移行をスムーズに行えるような支援を実施する役割の一翼を担っている。リハセラピストは、地域支援機関の役割や実施されている支援をタイムリーに知り、積極的な情報収集など外来リハがより効果的に生活に生かされるような行動をとる必要がある。

(4)その他の課題について

実際にリハを提供している病院からは、その他の課題としてマネジメントのありかた、家族支援や家族との関係、精神科との連携、小児の高次脳機能障害、復職支援、セラピストの教育体制等の課題が挙げられている。今回は、外来リハや地域との繋がりを中心とした調査であった為十分な調査はできていないが、どの課題も高次脳機能障害の支援を考える上で非常に重要なカテゴリーである。今後このようなカテゴリーに焦点を当てた調査や実態把握を行い、対策をとる事が急務であると考ええる。

【おわりに】

今回の外来リハを中心としたリハセラピストの関わりや高次脳機能障害へのリハに関する調査を実施した。①リハセラピストが高次脳機能障害の支援機会が少ない事や②高次脳機能障害に係る支援機関等の認識度の低さ、また③外来リハにおける地域支援機関との連携の低さが明らかになった。今後

これらの課題に対し、支援機会が少ないからこそ高次脳機能障害の事を知る機会、医療機関の役割を再認識できるツールや場の設定、地域支援機関の役割の周知、連携の在り方の提示等、医師やセラピストの支援技術向上にアプローチしていきたい。また、高次脳機能障害の支援におけるマネジメント等、今回課題として挙げられた周辺に係る課題についても分析し対策を練る必要がある。

[謝辞]

今回、本調査を行うにあたり快くご協力いただいた滋賀県内 38 病院のリハビリテーションスタッフの皆様に厚く御礼申し上げます。

[協力病院]

大津赤十字病院、ひかり病院、琵琶湖大橋病院、琵琶湖中央病院、滋賀県立精神医療センター、びわこ学園医療福祉センター草津、南草津病院、宮脇病院、滋賀県立小児保健医療センター、滋賀県立成人病センター、守山市民病院、びわこ学園医療福祉センター野洲、野洲病院、公立甲賀病院、生田病院、甲西リハビリ病院、ヴォーリズ記念病院、近江八幡市立総合医療センター、青葉病院、神崎中央病院、東近江総合医療センター、東近江市立能登川病院、彦根市立病院、豊郷病院リハ科、豊郷病院精神科、セフィロト病院、長浜赤十字病院、長浜市立湖北病院、今津病院、高島市民病院、マキノ病院、その他県内 7 病院

[引用参考文献]

- 1)滋賀県高次脳機能障害支援センター:滋賀県高次脳機能障害生活実態調査,2012
- 2)中島八十一,寺島彰:高次脳機能障害ハンドブック.医学書院,2006
- 3)山田尚登:高次脳機能障害者の推計と障害者の生活実態に関する調査研究報告書,2004
- 4)大塚裕子:高次脳機能障害者の支援体制の現状について.臨床作業療法 4:15-19,2008
- 5)早川裕子:高次脳機能障害者を支える医療機関作業療法士の活動と課題:臨床作業療法 4:20-23,2008
- 6)宮本昌寛,佐敷俊成他:高次脳機能障害の方がよりよい支援に繋がり続けるために～地域支援調査～:平成 19 年度滋賀県立リハビリテーションセンター調査・研究事業報告書:159-185,2007
- 7)井上利美,神代彩:高次脳機能障害と障害になる.精神と認知と OT3:201-204,2005
- 8)今橋久美子:高次脳機能障害を持ち認知リハビリテーションを受けた患者の社会的帰結調査.厚生労働省科学研究費補助金,高次脳機能障害者に対する地域生活支援の推進に関する研究.平成 23 年度総括・分担研究報告書,2012
- 9)高次脳機能障害支援モデル事業報告書―平成 13 年～平成 15 年度まとめ,国立身体障害者リハビリテーションセンター,2004
- 10)中島八十一:オーバービュー.Journal of rehabilitation vol21 no11:1036-1045,2012

精神障害を中心とした地域活動支援事業における就労体験が及ぼす効果

～ 正の強化を意識したアプローチの考察 ～

滋賀県立リハビリテーションセンター支援部 ○藤田京子 中井秀昭 宮本昌寛
社会福祉法人さわらび福祉会 支援センターこのゆびとまれ所長 金子秀明

平成25年4月より障害者総合支援法が施行され、障害に関わる支援が市町村を中心に展開されている。その中でも、「地域生活支援事業」の担う役割は幅広く、そこに事業利用者の特徴も関連し、地域生活支援事業からそれぞれのニーズ・持つ力に応じた自立に向けた取組を行うことが難しい状況がある。

そこで、「スモールステップをイメージした就労機会の創設」と、「そこに導くまでのプロセス、対象者の心的葛藤、体験を通じての心理的变化」をモニタリングし、現状の支援体制では関わるのが難しい対象者への支援のあり方を考察する取組として、トークン・エコノミー法を活用した就労体験が実践されることとなった。本研究は、取組を通して生じる「対象者の心的葛藤、体験を通じての心理的变化」を調査し、対象者の変容を質的に分析し、就労体験がもたらす効果の仮説を生成することを目的とし、実施した。

5人の対象者に半構造化面接を実施した。結果、当初は、病状・体調の変動や仕事に対する悲観的な思いなどから「漠とした仕事のイメージ」があるのみであったが、具体的な就労体験を経験することで、仕事のやりがいなど、「仕事に対する多元的な意味」を見出し、内発的動機づけが生じることがわかった。また、トークン・エコノミー法を活用した就労体験が、「介入することが難しいケースへの接点づくり」と「仕事に対する漠としたイメージからの離脱」という点で大きな効果をもたらしたと考えられた。

つまり、「具体的、且つ明確な提示を行う外発的動機づけが行動化に対し強く作用する」ということ、その次の展開として支援がつながるためには、「行動の中で多様な動機づけを得ること、特に内発的動機づけを得ることが、支援がつながるプロセスに求められる」ということが、生成された仮説と言える。

今後は、本仮説が検証できるような就労体験プログラムの検討と、今回の調査対象者についての縦断的な研究が必要である。

I はじめに

平成17年に障害者自立支援法が成立し、平成25年4月より障害者総合支援法が施行された。現在の障害に関わる支援は、市町を実施主体として、「介護給付」、「訓練等給付」、「自立支援医療」、「補装具」、「地域生活支援事業」の5つのカテゴリーを軸に、利用者のニーズに応じた支援が構成される仕組みとなっている。その中でも、「地域生活支援事業」の担う役割は幅広く、個別の相談対応、対象者の居場所の提供、社会参加に向けたきっかけづくりなど、その後の地域生活における基盤となる支援を行っている。しかし、地域生活支援事業利用者の特徴として、障害受容の状況や支援ニーズなどの個別性が高いことから、利用者が求める地域生活や社会参加のあり方をなかなか見出すことができず、地域生活支援事業から、それぞれのニーズ・持つ力に応じた自立に向けた取組を行うことが難しい状況がある。その結果、何らかの支援につながったものの、その支援の場で状態が滞る、「支援内での滞留」が生じている。

精神障害を中心とした地域生活支援事業では、対象者を「心の悩みがある方」と幅広く受け止めているため、精神病圏の対象者はもちろんであるが、発達障害や神経症圏、要因が不明確であるが対人関係不安等で社会との接触が希薄となっていた者まで、多様な状況の者が利用している。地域活動支援事業では、活動として、集団になじみにくい方へのマンツーマンのケースワークから、小グループ活動、グループ活動と、集団援助技術を活用したSSTプログラムを展開している。しかし、利用者の多くは就労挫折体験を持ち、自己肯定感の低下が予測される。失敗体験の強い刷り込みにより、「どうせ、自分はいまうまくできない」という思いから、ひきこもりがちな生活を送る者も少なくない。障害に関わる支援の中では、福祉的就労がステップアップの場として位置づけられるが、そのステップさえも、「生活リズムの安定」と「最低でも半日程度の集中力と体力があること」、「他者とのコミュニケーションができること」が求められ、支援活用に対し、高い壁を感じざるを得ない利用者がいる状況である。

そこで、「スモールステップをイメージした就労機会の創設」と、「そこに導くまでのプロセス、対象者の心的葛藤、体験を通じての心理的变化」をモニタリングし、現状の支援体制では関わるのが難しい対象者への支援のあり方を考察する取組として、トークン・エコノミー法を活用した就労体験が、社会福祉法人さわらび福祉会支援センターこのゆびとまれ(以下より、支援センターと標記)で実践されることとなった。

本研究では、支援センターの取組を通して生じる「対象者の心的葛藤、体験を通じての心理的变化」を調査し、対象者の変容を質的に分析し、就労体験がもたらす効果の仮説を生成することを目的とする。

II 方法

1. 調査方法

支援センターで行われる就労体験(以下より、メンテナンス事業と標記)企画に参加した者に対し、本人の同意のもと、半構造化面接を実施した。

調査は、メンテナンス事業参加初期(初めての参加～2・3回程度の参加回数の間)とメンテナンス事業参加終了時(平成26年1月末)に行い、メンテナンス事業に参加した動機(終了時では「参加

した感想」・事業を通して得たいこと(終了時では「メンテナンス事業で経験したうれしかったこと・辛かったこと」・今後の支援に何を望むかなどを中心に聞き取った。なお、面接内容は本人の了解の上で、ICレコーダーで録音し、併せてメモをとった。

2. 分析手順

分析手順は、調査によって得られた会話を電子化し、その内容を読み返しながら各事例の変化をとらえると共に、各事例に共通したエピソードを抽出し概念化することとした。また、その概念を重ね、対象者の辿るストーリーラインを生成した。

なお、分析については共同研究者2名の協力を得、妥当性を検討した。

III 結果

1. メンテナンス事業内容

メンテナンス事業は、支援センターによって企画され、支援センターの利用登録をしている者に対して行われた。作業内容は Table 1 のとおりであり、対象者の性別、支援センターに来ることができる曜日や回数、病状や体力などを考慮して設定された。事業内容詳細については、支援センターが執筆した調査・研究事業成果報告書を参照されたい。

また、メンテナンス事業では、支援センター職員が行う際に1時間程度を必要とする内容を1単位とし、1単位当たりにつき730円(平成25年現在の滋賀県の最低賃金)を賃金として支払うこととした。当賃金については、行動療法の一つとして活用される、トークン・エコノミー法を意識し、設定している。

トークン・エコノミー法は、適切な反応に対してトークン(代用貨幣)という報酬を与え、目的行動の生起頻度を高める行動療法の技法である。トークンは、一定量に達すると特定物品との交換や特定の活動が許されるという二次的強化の機能を果たす。主に、特別支援教育・精神科リハビリテーションの分野で活用されており、例えば小林(1984)は、不登校への支援においてトークン・エコノミー法の実施効果を報告し、須藤(2010)は、自閉性障害児の援助行動獲得に対するトークン・エコノミー法の作用について、一場面の行動変容のみでなく家庭での行動の般化も踏まえた調査と考察を行っている。

メンテナンス事業では、トークンを代用貨幣ではなく実際の貨幣を用いて行うことで、「労働の対価として得られる賃金」という意味合いを持たせ、その存在によって対象者の行動にどのような変化が生じるかに着目した。

また、対象を支援センター利用に積極的でない者とし、「賃金が得られる」という設定が支援利用の動機づけとしても作用するのではないかという予測のもと、実施した。

Table 1 メンテナンス事業作業内容

作業場所	所要時間	作業人数
男子トイレ	10時～11時 (作業が終わり次第終了)	1人
女子トイレ		1人
障害者用トイレ		1人
喫煙室		1人
玄関		1人
ゴミステーション		複数名
その他(窓ふきや草引きなど)		1人

Table 2 調査対象者

対象者	年齢	性別	疾患名	就労経験
A	30代後半	男性	統合失調症	あり
B	30代前半	女性	脳外傷・高次脳機能障害	あり
C	30代後半	男性	統合失調症	あり
D	50代後半	男性	てんかん	あり
E	30代前半	男性	統合失調症	不明(本人はありと述べる)

2. メンテナンス事業対象者の選定

対象者の選定は、支援センター職員によって行われた。「現在、支援センター利用に対し消極的であり、関わることになんらかのきっかけを要する者」、「メンテナンス事業の趣旨に合意が得られ、必要な手続きがとれる者」を中心に、支援センター利用登録者内で事業対象者選定が行われ、選定に基づき支援センター職員による個別面接、もしくは家庭訪問が実施された。その結果、本人及び家族の合意が得られた者を対象者とし、メンテナンス事業を実施した。

3. 本調査対象者の選定

メンテナンス事業対象者は7名であり、本研究では同意の得られた5名のメンテナンス事業参加者に調査を実施した。調査協力者の詳細は Table 2 のとおりである。

4. 調査内容の結果

1) 個別事例の概要

Aさん(30代後半 男性 統合失調症)

注: 支援センターこのゆびとまれ作成成果報告書中のHさんと同一人物である。

仕事の経験はあるが、発病をきっかけに継続できなかった。幻聴などがあったが、薬の副作用や「この症状はどうすることもできないのだろう。」という思いから、継続した精神科通院ができていなかった。また、対人関係については、もともと苦手意識を持っていた。

支援センターの介入をきっかけに通院ができるようになり、幻聴が消失、通院・服薬の必要性を感じたため、現在は継続した医療機関受診ができています。

メンテナンス事業に対しては、「気になっていた症状も落ち着いたので。」「なんとかしなきゃという焦りの気持ちがあつて。」「自分でやろうと思っても足踏みしてしまうので、仕事の練習ができればいいなと思って。」という気持ちで参加し、メンテナンス事業終了後には、「仕事は生きるために普通の事だと思う。でも、それができてないことが苦痛だった。」と語り、今後も何らかの仕事をするための練習となるような取り組みがしたいとのことで、作業所利用を考えていると語った。

Bさん(30代前半 女性 脳外傷・高次脳機能障害)

注:支援センターこのゆびとまれ作成成果報告書中のKさんと同一人物である。

学生時代に受傷、以降リハビリを受け就労するが、数か月しか継続できなかった。その後も就労に向けたサービスを利用するが継続できず、現在に至る。「障害に対し、バリアがある。」と語り、障害のサービスをあまり利用したくないと思っていた。

仕事に対して「自分のタレントが活かせるところ。」という思いを持っているが、それが何かという具体的なイメージは出てこない。賃金が得られることをメリットに感じ、母親からの勧めもあって、メンテナンス事業に参加した。

メンテナンス事業開始当初は、「お金がもらえなかったら、この事業は乗り気じゃなかった。」「親に色々と言われているけど、特に仕事について考えてはいない。」と語っていたが、メンテナンス事業終了後には、「褒められるというか・・・頑張りましたねって言ってもらえることが嬉しい。」と賃金以外の面でも作業のやりがいを感じていた。また、賃金に対しても「障害年金だと、それは他の人から分配されているお金。自分で働いて、お金を払うということは楽しいというか、気持ちいい。」と、他の意味を見出すこととなった。今後は「作業所でやっている箱折りの作業をしてみたい。」「一般企業でメンテナンスの就職がしたい。」と語り、仕事に対して意欲を見せている。

Cさん(30代後半 男性 統合失調症)

注:支援センターこのゆびとまれ作成成果報告書中のGさんと同一人物である。

家族と連絡を絶ち、職を転々としていた。発症時期は不明であるが、安定した服薬ができておらず、体調を崩し実家に戻る。

仕事に対しては、「お金を稼ぐためにすること。」とし、「お金を稼ぐのは生活のために必要だから。」と理解している。そのため、実家で生活している現在は、「お金の心配がないので、働かなくてもよい。」と考えている。支援センターの利用に対しては、「することがないから。」という理由で積極的ではない。しかし、家で何か楽しむことができる活動があるという状態でもない。また、「自分にあつた仕事が見たい。」と語るが、それが何かという問いには答えることができない様子であった。

メンテナンス事業に対しては「家でいるのも暇なので、やってみようかなと思った。」と参加。メンテナンス事業終了後は「春になったら、仕事を探そうと思う。」と語る。しかし、やりたい仕事や採用形態、今後の予定について具体性がなく、漠然と職探しをイメージしている状況である様子であった。

Dさん（50代後半 男性 てんかん）

注：支援センターこのゆびとまれ作成成果報告書中のFさんと同一人物である。

就労経験があることに対し自信をもって語るが、本来自身のなりたかった職業に就くことができず、「仕事は病気によって捻じ曲げられた。」とも語る。病状については服薬でコントロールできているものの、副作用の症状が辛い様子であった。本人なりの思いやルールがあり、支援センターやグループホーム内で、時々対人関係を中心としたトラブルが生じている。

メンテナンス事業については「最低賃金に則っているのがよい。」「障害のサービスの応益負担には耐えられない。」と語り、金銭面的な動機づけが強い様子。メンテナンス事業中、複数で行う作業について、それぞれの思いのすれ違いから怒りを見せる場面があった。メンテナンス事業終了後は体力が続かないことを訴え、「この事業がなくなってしまうたら、困る。」と主張することがほとんどで、今後の行動に対する意識付けまではできてない。

Eさん（30代前半 男性 統合失調症）

注：支援センターこのゆびとまれ作成成果報告書中のJさんと同一人物である。

ほとんどの質問に「はい。」「いいえ。」で回答し、自発的な発声は少なく、疎通性も悪い印象を受けた。自転車を使って支援センターを利用することができるが、本人のみでは足が向かず、父母の仕事が休みの曜日限定で、支援センターを利用していた。

メンテナンス事業について、面接調査時は「誘ってもらったときは嬉しかった。」「みんなのために働けることが嬉しい。」と語るが、支援センターには家族送迎があるから来ている印象が強く、積極的な本人の意思はないようにみえる。様々な事柄の時系列や内容について、質問をするたびに答えが変わり、本人の主張と実際の行動（支援センターの利用曜日、今までの職歴など）が曖昧なため、本研究内では状況が掴みきれなかった。

年齢を考慮すると、この状況までの思考力低下が著しいケースは珍しく、統合失調症以外の要因も考えられ、病理の面から再アセスメントをする必要性を感じる。

2) 各事例から抽出した概念と生成されたストーリーライン

概念の抽出は、各事例の調査内容を、「メンテナンス事業参加初期の語り」と「メンテナンス事業参加終了時の語り」と分け、さらにメンテナンス事業参加終了時の語りについては「メンテナンス事業をきっかけに、今後の就労などの展開について具体的な意思を示した」という結果によって、「意思を示した者」、「意思を示していない者」と2群に分けて行った。

また、それで得られた概念を重ね、ストーリーラインを生成した。以下より、各概念の説明とストーリーラインを示す。

①メンテナンス事業参加初期の語り(A・B・C・D・Eさん)から抽出した概念

メンテナンス事業参加初期の語りから抽出した概念は5つであり、具体的な語りの例は Table 3 のとおりである。以下より、各概念の説明を示す。なお、概念名は、【 】と記載する。

Table 3 参加初期の語りから抽出した概念の具体例

概念名	具体例
仕事に対する一元的な意味づけ	いや・・・僕からやめることが多かったですね。＜理由は？＞お金が貯まると働きたくなくなる。
理想の仕事像の曖昧さ	＜仕事に対する希望はありますか？＞自分にあった職場があればいいかなと思っている感じです。＜自分にあったってどんな？＞・・・わかりませんかね、自分では。
仕事における失敗・挫折体験	人間関係が苦手で、仕事をやめるきっかけの一つでもあるんで。
仕事に関連した実現できない思い	事故にあうまではビルディングとかでバリバリ仕事をしたかったんですけど。今は事故にあって、そんなの無理だし。だから、できれば働きたくないなって思っているんですけど。
病状・体調に対する不安	今、年いってきたから、ずっと薬飲んでるから、薬が蓄積されてきて、あれ・・・薬の蓄積による副作用が・・・。

【仕事に対する一元的な意味づけ】

本概念は、仕事をする意味に対し、「お金を稼ぐため」、「生活するため」というような対象者なりの意味を見出しているものの、そのあり方が単一である、もしくは漠然としている状況を指す。そのため、仕事に関する自身の在り方に対し、先の見通しの悪さや、極端な思考の整理が生じることが示唆される。

【理想の仕事像の曖昧さ】

本概念は、仕事をしたいという思いを持っているものの、自分により良いものを求めたいという概念的な思いに留まり、職種や勤務形態、業務内容などの具体的な理解まで達していない状況を指す。調査時には、複数の対象者が「自分にあったことがしたい」と述べるが、例えばどのようなことかという質問に対しては答えることができなかった。理想とする形が曖昧で、行動化に結びつかないことが示唆される。

【仕事における失敗・挫折体験】

本概念は、過去の仕事場面で生じた「失敗体験」、またそれに伴う仕事を継続できなかった「挫折体験」が存在することを指す。病状や対人関係などでうまくいかなかった経験が存在し、またそれを乗り越え何かを達した経験が積めていないため、「うまくいかないだろう」という結果しか予想できない心境が示唆される。

【仕事に関連した実現できない思い】

本概念は、仕事に関連した内容で、実現したかったができなかった思いに囚われ、現状の中で何ができるかという思いに考えを展開することができない状況を指す。特に、本研究の対象者は精神障害者であり、主たる障害は中途障害である。そのため、「病気にならなければ、こんなことにはならなかったのに。」という思いが強く、今できることを考えようという実現可能な思考に切り替えることが難しいことが示唆される。

【病状・体調に対する不安】

本概念は、病状や体調の変化によって、自身が思うように動くことができないこと、もしくは思うようにできないだろうと思うことを指す。「自分にはできる力がある」と感じる自己効力感が低下しているとも言える。そのため、「一度、やってみよう」という思いが阻害される。本概念の存在は、先述の【仕事に関連した実現できない思い】に影響し、実現可能な思考への切り替えをますます困難にすることが示唆される。

②意思を示した者(A・Bさん)から抽出した概念

メンテナンス事業をきっかけに、今後の支援の展開について具体的な意思を示した者は2名であった。その語りから抽出した概念は2つであり、具体的な語りの例は Table 4 のとおりである。以下より、各概念の説明を示す。なお、概念名は、【 】と記載する。

【仕事に対する多面的な意味づけ】

本概念は、仕事に対する意味づけに多様性が増し、金銭面のみでなく様々な観点から、仕事に対する意味づけを行っている状況を指す。メンテナンス事業に参加する前には「お金をもらえること」以外の仕事に対するイメージが漠としていた、もしくは悲観的であった対象者であったが、メンテナンス事業参加という具体的な行動を通じて、様々な体験をすることで、多様な視点から仕事を捉えていくことが示唆される。

【今後の展開に対する具体的な思い】

本概念は、メンテナンス事業終了後の自身の在り方や方向性について、具体的な行動や内容を伴う発言が行える状況を指す。漠と「良いもの」、「あうもの」を求めているが、どうすればいいかがわからないという状況が変化し、次の展開に対し主体性をもって、具体的に考える思いが高まったことが示唆される。

③意思を示していない者(C・D・Eさん)について

メンテナンス事業を行ったが、今後の就労等の展開について具体的な意思を示していない者は3名であった。

意思を示していない3名は、メンテナンス事業の中で、金銭面以外のメリットを特段感じ取ることができなかった、もしくは感じているが漠としていられる。また、メンテナンス事業の先に支援の展開があるという意識が薄いことが、「この企画がなくなったら、困る。」としか語れなかったDさんや、「これが一つの区切りなので終わります。」と語ったCさんからうかがえ、次の展開に対する主体性が高まらなかったことが示唆される。

Table 4 参加終了時の語りから抽出した概念の具体例

概念名	意思を示した者(A・Bさん)の語り	意思を示していない者の語り
仕事に対する多元的な意味づけ	○目標設定 どこに目標を置くかで変わる・・・給料が欲しくて来るのか、準備として来るのかによってかわる。	
	○対人関係で得るもの ＜作業していて楽しいことは？＞汚れがきれいになると、整理整頓されること、お金がもらえること。あと、褒められること・・・褒められるというか「頑張りましたね」とか言ってもらえるところ。	仕事に対する意識は金銭が得られる点に終始する。もしくは、漠としている。
	○報酬の意味 私、障害年金だけだったら他の日本人の人から税金を搾取して・・・とって分配されているから・・・う～ん・・・なんとなく運命を感じていたけど、自分で働いてお金を払うというのは楽しいというか、気持ちいいなって・・・。	
今後の展開に対する具体的な思い	ここは確か紙の箱を組み立てているみたいなんですよ。それをしてみたいなって思います。	「この事業が終わったら困る」等、次の展開を語るに至れない

④全体を統合したストーリーラインの生成

各期や事例の辿った経過をもとに抽出した概念を生成した結果、Figure 1の結果図が作成された。

「メンテナンス事業参加初期の語り」では、仕事に対する否定的・悲観的な思いや、仕事をする事に対する一元的な意味づけ、病状や体調の変動などに対する不安などから構成される「漠とした仕事のイメージ」があり、そのイメージが支援者や周囲のもつ仕事のイメージ(何かしらの日中活動があったほうがよいだろう・仕事をすることでやりがいや達成感などが得られるだろうなど)と共有されないことで、支援の方策へ反応を示さないというストーリーラインが示唆される。

しかし、メンテナンス事業においては「賃金が得られる」という具体的、且つ明確な目標があり、その目標を得たいという思いは、対象者も支援者も、自ずと共有できる設定である。その明確な強化子が動機づけのきっかけとなり、漠としたイメージの中で、支援者や周囲と思いのすれ違いがあった仕事について、「それなら、やってもいい。」という具体的な行動を伴った心理的変化が生じたのではないだろうか。

「メンテナンス事業をきっかけに、今後の就労などの展開について具体的な意思を示した者の語り」では、メンテナンス事業の中で、「仕事をしてよかったこと」を金銭面以外にも見出したことが共通している。賃金が得られるという外発的動機づけのみでなく、「仕事をする事で、感じた私の思い」として、やりがいや所属感などの、内発的動機づけを得ることができたことが、大きく作用していることが示

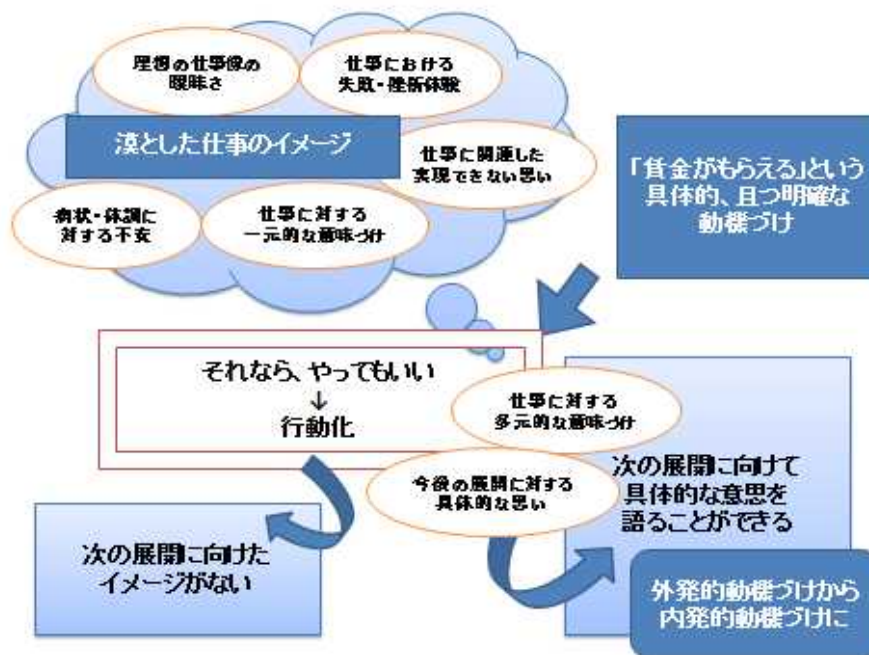


Figure 1 結果図

唆される。また、「この企画が終了になったらどうする？」という問いに対し、代替案を自ら具体的に述べる事ができた点も共通しており、メンテナンス事業をきっかけに、「では、次にどうしようか。」という展開を主体的に考える思いの高まりを感じられた。

「具体的な意思を示していない者の語り」では、意思を示した者とは対照的に、金銭面以外のメリットを特段感じ取ることができず、仕事に対する意味づけの広がりが生じなかった。つまり、メンテナンス事業の動機づけが、外発的なものから内発的なものへ派生しなかったと考えられる。

つまり、対象者の辿るストーリーラインは、「漠とした思いに囲まれた状況」から「具体的、且つ明確な動機づけによる行動化」が生じ、その中で「今までの漠とした思いに対し、多元的な意味づけができるかどうか」という流れである。この多元的な意味づけにより、内発的動機づけが生じ、今後の展開に向けて「自分はどうしたいのか、どうすればよいのか。」という思考を巡らせることができるのだ。

IV 考察

本研究により、スモールステップをイメージした就労体験による「対象者の心的葛藤、体験を通じての心理的变化」について明らかにすることができた。

対象者は、メンテナンス事業に至るまでは、仕事に対し「しなきゃいけないとは思っている。」「何か自分に適したことがしたい。」など、それぞれの思いはあるものの、漠としており、行動に結びつけることが難しかったようである。しかし、その状況に具体的、且つ明確な動機づけが生じることで、行動化が生じた。このことから、トークン・エコノミー法を用いた就労体験は有効であったと考えられる。

その中でも、次の支援へつながるであろう対象者は、メンテナンス事業の中で様々な体験を積みながら、「仕事に対する多元的な意味」を見出していることがわかった。具体的には、仕事をすることで感じるやりがい、他者から認められていると感じること、自分が何を目指してメンテナンス事業に取り組もうとしているのかという目標の設定や捉えなおし等、見出した意味は多様であった。動機づけに

は、興味や楽しさから自発的に取り組む内発的動機づけと、他者からの要求や外的報酬からによって生じる外発的動機づけがあると言われている。また、松元(2014)は「動機づけは目標の価値づけと捉えられ、目標の価値は動的に変容する。」と論じている。メンテナンス事業を通して、目標の価値が変容し、外発的動機づけから、内発的動機づけに意識が向いたと言えるのではなかろうか。

一方、内発的動機づけによって行われていた課題に対して、報酬などの外発的動機づけを付加すると、目標の価値の変容が生じ、内発的動機づけが低下するという「アンダーマイニング効果」の存在が知られている。また、内発的動機づけは、その課題を自ら選んで行っているという自己決定感に支えられているとも言われている。本研究では仕事に対する動機づけのない状態から介入が始まっているため、アンダーマイニング効果の機序とは異なるプロセスを進んでいるが、内発的動機づけと外発的動機づけの相互の関連性は意識する必要があるだろう。

賃金が得られるという具体的、且つ明確な提示は、わかりやすい反面単純だとも言い換えられ、本研究より、仕事という複雑で持続的な活動を支持する動機としては、単純明快なもの以外にも、多様な動機づけが求められることが示唆された。漠とした状態に対し、具体的、且つ明確な提示を行う外発的動機づけが行動化に対し強く作用し、その次の展開として、行動の中で多様な動機づけを得ること、特に内発的動機づけを得ることが、支援がつながるプロセスに必要とされるのではないだろうか。

V 結語

障害に対する支援の場では、福祉的就労という選択肢があるが、ある程度の生活リズムや作業ができる能力が求められ、一般就労よりは支援の手が届く場であるものの、気軽に利用できるとは言い難い。また、多くの障害者が就労挫折体験を持ち、新たな取り組みを始めるためには大きな動機付けが必要となろうと予測した結果、メンテナンス事業及び、本研究の企画・実施に至った。

支援者は、自身の価値観の中で「働くっていい事だよ。」、「役割があるって素晴らしいよ。」と言ってしまうのではないだろうか。本研究で明らかになったプロセスを意識すると、対象者は漠とした中で、仕事に対する理想や過去の体験に基づく悲観的な思い等に、飲み込まれている状況が伺える。対象者が漠とした中に存在しているのに、支援者も漠とした「概念的な提示の仕方」であれば、その提示が行動に結びつかないであろうことは、安易に想像できる。行動するには何らかの動機づけが必要であり、それは障害の有無に関わらず共通していると言えよう。その動機づけの1つとして「労働の対価として得られる賃金」という、ある種当たり前である設定を持ち込んだのがメンテナンス事業であった。

その結果として、支援センターでは、普段のサロン活動などではアプローチが難しい対象者に介入することができた。つまり、支援利用に対する動機づけが低い対象者への「介入のきっかけづくり」ができたことになろう。そして、その内の一部の対象者は、次の支援に対するイメージを持つことができ、まさにこのメンテナンス事業が、支援のスモールステップとなった。

本研究により、メンテナンス事業は、「介入することが難しいケースへの接点づくり」と「仕事に対する漠としたイメージからの離脱」という点で大きな効果をもたらしたと言え、その効果が生じるためのポイントは、トークン・エコノミー法を活用した外発的動機づけであると考えられる。また、その中で、仕事に対する多元的な意味づけが生じ、外発的動機づけが内発的動機づけに派生することが示唆された。つまり、最初の行動変容としては外発的動機づけが重視され、経験を積む中で次の支援へ展開す

るためには、内発的動機づけが重要であるということである。さらに、次の展開を示していない者に対しても、「メンテナンス事業を行った」という、具体的な行動を軸にした話が支援の中でできるということは、今後の介入に有効なのではないだろうか。

今後は、本研究で得られた仮説が検証できるような就労体験プログラムの検討と、今回の調査対象者について、メンテナンス事業で得られた意味づけや動機づけの変容、メンテナンス事業に参加したというきっかけそのものがどのような作用を見せるかという縦断的な研究が必要である。

最後に、本研究の企画・実施にご尽力いただいた社会福祉法人さわらび福祉会支援センターこのゆびとまれの金子所長はじめスタッフの皆様、研究実施の機会をいただいた滋賀県立リハビリテーションセンターの皆様に、深くお礼申し上げます。

VI 引用参考文献

- 石田晋司・岩切昌宏・石橋正浩・Kirsti Kuusela・Annika Rudqvist・Bemgt G.Eriksson・二文字理明 (2008). 精神障害者の地域生活支援に関する研究 (I)——日本とスウェーデンにおける日中活動の場の実態 大阪教育大学紀要, **57**, 137-149.
- 池内伸明 (2012). 「ひきこもり」経験者の生活 教育福祉研究, **18**.
- 氏原 寛ら (2004). 心理臨床大事典, 培風館.
- 岡田 涼 (2010). 小学生から大学生における学習動機づけの構造的変化——動機づけ概念間の関連性についてのメタ分析 教育心理学研究, **58**, 414-425.
- 奥田健次 (2005). 不登校を示した高機能広汎性発達障害児への投稿支援のための行動コンサルテーションの効果——トークン・エコノミー法と強化基準変更法を使った投稿支援プログラム 行動分析学研究, **20**, 2-12.
- 小林正幸 (1984). 登校拒否治療における継時近接法およびトークン・エコノミー法の役割について 行動療法研究, **10**, 44-51.
- 小林正幸 (1985). 登校拒否治療における継時近接法とトークン・エコノミー法の併用法の役割について 行動療法研究, **11**, 42-50.
- 須藤邦彦 (2010). 自閉性障害児におけるトークン・エコノミー法による援助行動の獲得と般化——家庭や学校場面への連鎖を達成する随伴性の整備 特殊教育学研究, **48(3)**, 211-223.
- 澄井友香・長澤正樹 (2003). 自閉症の自動の清掃スキル獲得に対するセルフマネジメントの効果 特殊教育学研究, **41**, 425-432.
- 田中道治 (2003). 精神遅滞児(者)の外的指向性に関する発達的研究 特殊教育学研究, **41(3)**, 317-323.
- 林 芳博 (2007). 地域生活支援事業の現状と課題——埼玉県における実施例をもとに 医療, **61(3)**, 195-200.
- 松元健二 (2013). やる気と脳——価値と動機づけの脳機能イメージング 第37回日本高次脳機能障害学会学術総会講演抄録, 74.
- 山根 寛 (1997). 精神障害者地域生活支援事業について 作業療法, **16(2)**, 94-97.