

作業を行っている患者さまは元気 ～そのためには作業療法士はなにをすべきか～

中村 春基

兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター

1. はじめに

32 年間多くの患者さまの治療に携わってきた中で、作業療法の素晴らしさ、作業の持つ「力」を再認識している。今回の講演では、作業療法士に作業療法をお話するのは釈迦に説法であるが、そのような患者さまとの出会い、感じたことを披露し、作業療法について議論ができれば幸いである。

2. 自己紹介

私は現在、兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンターに勤務をしている。当センターはリハビリテーション病院、研修交流センター、ふれあいスポーツ交流館からなっており（図 1）、私は、作業療法士 17 名、理学療法士 19 名、言語聴覚士 5 名、音楽療法士、園芸療法士、心理判定員各 1 名の計 44 名のリハスタッフの部長職にある。臨床 8 割、管理職 2 割の割合で業務は行っており、出来るだけ臨床業務を行うよう努めている。管理業務に専任するよう指摘を受けているが、臨床が出来なかったら「辞める」とダダをこねて、臨床にしがみついているしだいである。「臨床が一番」である。

図 2 は、地域と病院を結ぶ部署である、総合相談・地域連携室の作業療法士がフォローアップ時撮影した、退院された患者さまの写真である。このような写真をみると、臨床を離れられないのである。

3. 担当で患者さまの生活が変わる

－作業療法を問う 作業療法士に問う－

図 3（W さん）と図 4（T さん）は同じ損傷レベルの頸髄損傷である。写真で分かるように、二人の生活は大きく違っている。W さんは、一日中ベッドで寝たきりの生活で、座位をとると起立性低血圧で座位保持時間 10 分程度、上肢には変形拘縮がみられ、脊柱の可動性も無く、右股関節は頸部骨折後未治療により偽関節を有している。ADL は全介助で、テレビを見る、音楽を聴くなどして過ごしている。終日母親が付き添い、心配で外出も控えて

いるとのことであった。なお、W さんは、約 1 年の入院中、リハビリサービスは受けており、変形予防のスプリントも所持していた。しかし、ADL 訓練は殆ど受けておらず、食事も自分でしたことは無かったとのことであった。

一方、T さんは 1983 年に受け持った方で、ADL 訓練、住宅改修、自動車運転操作練習などを行わない退院された事例である。この 2 つの事例を比較すると、入院期間中の作業療法がいかに大切か再認識させられる。自分の行っている臨床を見直す原点になっている。

4. ニーズに答えているか、答えられるか

1) 頸部の運動しか残存しない頸髄損傷者から「自分で食事がしたい」と要求されたら？

現在は、マイスプーンという用具が上肢全廃の方の食事用具として販売されており、それを試す作業療法士も多いと思う。しかし、上記の要求を受けたのは 1984 年で、そのような用具もなく、何と無茶な要求だと思った。しかしよく考えると、図 5 で示すように、数々の自助具を使い一部の ADL は自立できた経験の延長で考えたら当然の要求とも言えた。

図 6 は、制作費 2000 円、制作期間 1 週間の食事用自助具である。解決の手順は、食事動作の分析、残存能力の把握、補完すべき機能、用具の条件などを列挙し具体的な形にしていった。長柄のスプーンとスプーンを固定する機構、口に運ぶ機構を持たせた自助具である。この用具を使い、自分で食べたときの T さんの表情は今でも忘れられない。しかし、この T さんが訴えた要求の中で、「歩きたい、立ちたい、車を運転したい」の要求には応えることが出来なかった。現在では、これらの要求に対しても、工学技術を用いればほぼ可能なものもあり技術の進歩には驚かされる。

2) 腕を振って歩きたい。肩義手の常識では考えられないのだけれど？

切断の患者さまを担当した機会はない作業療法士が多



図1 センターの構成



図4 前ケースとほとんど同じ損傷レベル
車への乗車の様子



図2 退院後の様子



図5 福祉機器の活用



図3 頸髄損傷者の様子

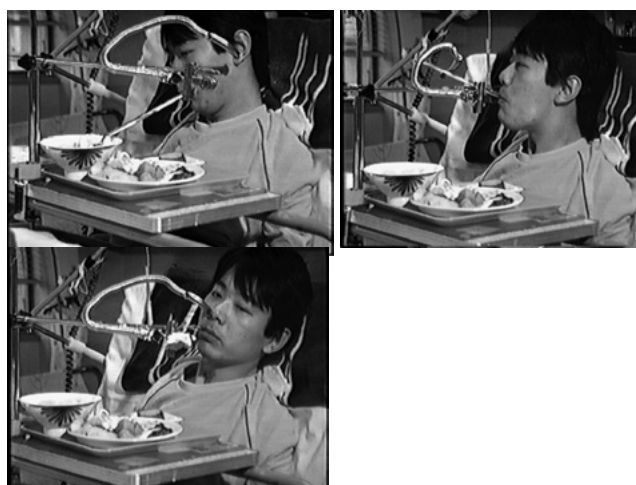


図6 食食用自助具

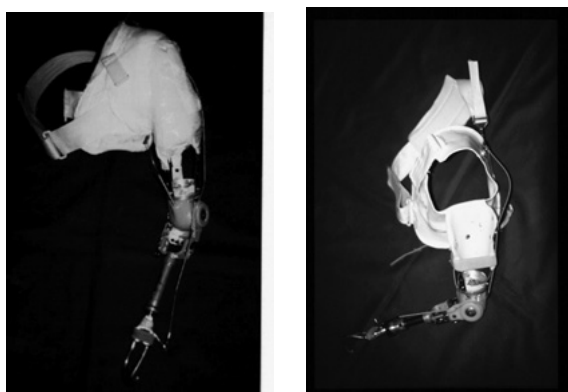


図7 引き抜き損傷 切断例の上腕仮義手
右 従来型 左 装着に配慮した仮義手



図10 肩義手の使用の様子用義手で、能動義手の有効性



図8 本義手：肩継ぎ手にAFOのジレット継ぎ手使用



図9 上腕部の振り動作機構を付けた肩義手

いと思う。義手の処方割合の調査によると約90%が装飾用義手で、能動義手の有効性については否定的な意見が多い。しかし、兵庫県立総合リハビリテーションセンターでの取り組みでは、約半数の利用者が能動義手を使っており、能動義手の利用率が低いのは、医師、作業療法士、義肢装具士などサービス提供者側の問題であると思われる。そのような中で、標題の要求が投げかけられた。

通常、肩継ぎ手には、屈曲外転継ぎ手が用いられる。この継ぎ手は、摩擦により上腕部を固定するもので、当然、歩行中に腕をふる動作は出来ない。Kさんの要求は、外泊練習の中から出た内容で、その他に、上腕、前腕幹部が柔らかい素材にして欲しい等が義手の条件として挙げられた。

図7はそれらの条件を満たした義手の特徴を示す。肩継ぎ手の機能として、随意固定、フリーの状態を作れること、自然な腕の振りが出来ること等の条件が挙げられた。用いた肩継ぎ手は、ロック、アンロックが可能な肘のブロック継ぎ手を用い、腕の振りを出すために、取り付け角度を伸展30度にした。また、これらの操作は、健側で任意に行なえるように「腋引き式」とした。図8はその義手の使用場面である。肩継ぎ手の機構に回旋機能加わり、到達範囲が拡大し有効な義手となった。

図9は、引き抜き損傷全型の事例でカウザルギーのため、上腕切断を行い作製した上腕義手である。この義手を製作するまでに、仮義手により試行錯誤を繰り返し、患者さんの意見を聞き、残存機能を考慮して、ソケットの形状、肩継ぎ手の種類、装着方法など検討を重ね、作製した仮義手が図10である。

このように、ステレオタイプで考えがちな義手でさえ、利用者の思いに耳を傾けると、様々な工夫が必要で



図 11 和式の生活様式の動作指導の様子

あり、一つとして同じ義手は存在しないのである。文献や教科書のレベルで満足しては、患者さんのニーズには応えられないと思う。

5. その人らしい生活の再構築

私は、職場を空けることが多いため、日頃の臨床は外来での患者さまが多い。そこで聴く患者さまの言葉は実に示唆に富んでいる。「昨日同窓会に行つて、掘り炬燵だったため、炬燵から出る事が出来なかった」「葬式で正座が出来なかった」「友達の家に行き、畳に座れなかった」「1人で留守番中、車いすから落ち、パニックになり起き上がれなく、3時間床に寝ころんでいた」等々話はつきない。このような話、どのように感じましたか？

1) 住宅改修を行い、車いすの生活様式をつくっていませんか？

患者さまが住む世界は、和式の生活様式であることが殆どで、洋式の生活をマネジメントすることは、地域生活をおくる上では、「障害」をつくっているのではないか？そんな中から生まれた訓練が、和式動作の高頻度訓練と在宅生活での定着化である。図 11 はその練習場面である。大切なことは、無意識にその動作ができるまで、頻回に練習し、また、定期的にその動作を確認することである。何よりも、日常生活の中で、立ち上がりやいざりなどの動作を習慣化させる事である。在宅だけで患者さまは生活しているのではなく、料亭での食事や、交通機関の利用、温泉などへの外出など様々な生活があり、病院、在宅での作業療法はその可能性を「見せる」「体験させる」「自信をつけさせる」ことが重要な役割である。



図 12 在宅生活をイメージした主体的作業の取り組み (1)



図 13 在宅生活をイメージした主体的作業の取り組み (2)

2) 作業療法の考え方を患者さまへいかに伝え、実施してもらおうか

最近取り組んでいる、標記の取り組みを紹介する。名前はIさん、78歳、右片麻痺、軽度のブローカー失語、立位保持はつかまり立ちで可能、歩行は不可、右上下肢機能はBSR2と麻痺は重篤なケースである。

入院直後から、患者さまと在宅生活をイメージし、そのためには、身体の機能として何が不足しているか、どんな訓練メニューにするか、訓練回数や段階的な目標の設定等々話し合い、相互で確認しながら作業療法を立案し実施した。図 12 と図 13 は、その作業療法場面である。ADL 動作訓練に加えて、調理活動を週 1 回、お茶、お化粧、買い物訓練、余暇活動としての玉のれんづくり、スプールウイービングなど様々な作業を二人で考えて実施していった。調理活動では、在宅での実施を考慮して、

ご主人、ケアマネージャやヘルパーをも巻き込んで食事をつくっていただいた。

この事例は実に多くのことを教えてくれた。一つには、利用者本位の作業療法という内容や方法を示唆してくれたこと。二つ目は、作業療法を患者に語っていなかった事への気づきを与えてくれたこと。何よりも、患者さん自らが主体的に作業を実施し、作業を行うことで元気になるという感覚を持ってくれたこと等である。

入院時の紹介状には、軽いうつ傾向との記載もあったが、周りも驚くほどに表情が明るくなり、訓練時間以外でも積極的に手芸に取り組むようになり、退院に至った。在宅では、家屋改修プランと本人の能力との差（調理が出来るようになるまで、改善するとはご主人がおもっておらず、段差の改修がなされていなかった）のため、調理は部分的な実施であったが、概ねイメージ通りの生活をおくっている。玉のれんは継続され、完成後は当センターに寄贈され、現在、作業療法室に飾ってある。

もう一步考え方を進めると、作業療法を分かりやすく説明し、作業療法を共有することで、患者さん自らが作業療法を行うようになるという事である。多くの患者さんが、退院後、環境や生活形態の違いから多くの困難に出会うはずである。そんなときに利用できる考え方の一つとして、作業療法は大きな武器となるのではないかと。病院や施設で行う作業療法は、そのために学習体験として位置づけたら新しい作業療法の展開があるかもしれない。「作業療法を語り、理解していただき、患者さん自らが作業療法を行えるようになる」これが、探究の作業療法の成果ではなからうか？

3) 様々な作業活動がその人らしい生活を保障する

以下に紹介する写真(時 14-19)は様々な作業療法場面である。それぞれに作業を行えるようになるまで、時間や訓練内容は違うが、概ね、身体機能の回復訓練を保証し実施する中で、患者さん自らが作業を始めている。ニーズの変化を追うと、はじめは生命、次は身体の動き、日常生活、地域社会での生活、仕事、余暇、趣味などへ変化している。作業療法もこれに寄り添い、あわてず、行きつ戻りつしながら実施していくと、最終的には「作業」に行きついている。そしてそれは、その後の生活に反映され、「作業をおこなっているかたは元気」という言葉として醸成されるのである。

作業に足り組む一人一人の表情に注目していただき、主体的な作業、楽しい作業、未来につながる作業、慰めてくれる作業、など、それぞれ感じていただけたら幸いである。



図 14 在宅生活をイメージした主体的作業の取り組み (3)



図 15 在宅生活をイメージした主体的作業の取り組み (4)



図 16 在宅生活をイメージした主体的作業の取り組み (5)



図 17 在宅生活をイメージした主体的作業の取り組み (6)



図 19 在宅生活をイメージした主体的作業の取り組み (8)

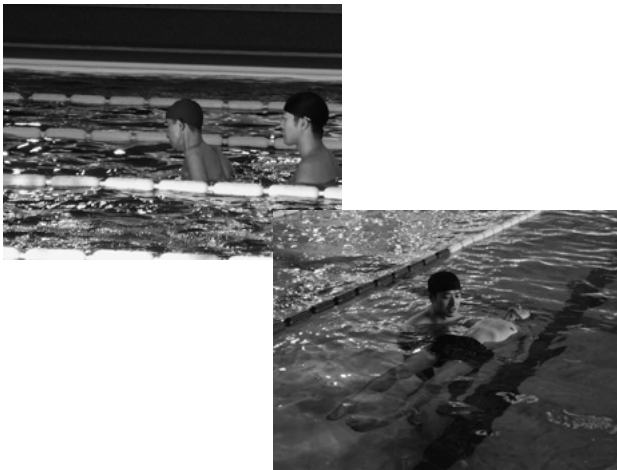


図 18 在宅生活をイメージした主体的作業の取り組み (7)



図 20 患者さん自らが開発した卓球、作業療法の役割は？

6. その人の作業を支えていたか

今から紹介する話は実は失敗談である。しかし、結果的には元気な関西の「おばちゃん」を取り戻せたし、今でも、年に2回は尋ねてきてくれる仲間の1人である。

名前はMさん、前病院で外来担当となり8年ぐらいのお付き合いである。退院時の移動は4点杖で、SLB装着、近位監視レベルで2ミリの段差につまずき、危うく、転倒するような状態であった。また、重度の半側視空間失認があり、食事では無視からおぼんの左半分を残すこともみられた。

このMさんがある時、「先生、卓球がしたい。何とかならんとね」と相談をして来た。私としては、転倒歴もあり、4点杖の状態だったので「あぶないからヤメトキ」とアドバイスをした。しばらくして、持ってきた写真が図20の左の写真である。「ガーン」と金槌で頭をたたか

れたような衝撃を受けたのを覚えている。

何故相談されたとき、一緒に卓球をしてアドバイスをしなかったのか。転倒や無視の影響など、作業療法士として多くの仕事が出来たはずなのに等々悔やんでも後の祭りである。

その後、センターの身体障害者体育館を紹介し、本人の強い意志で定期的な卓球教室が開催されるようになり、大会にも参加するようになっていく。卓球を通して仲間もできて、卓球は生活の一部となっている。しかし、初めの段階で転倒していたら、きっと周囲は卓球を止めさせていただろうし、いまの活動的な生活はなかったことであろう。作業療法士として、卓球という作業を出来るように支援すべきところを、転倒、視空間無視などの状況を勝手に判断して、「できない」と決めつけていたところに、大きな落とし穴があった。このような失敗は、数限りなく経験してきたのに、「つい、またやってしまった」

という思いである。障害というラベルをはり、その人の、作業の機会をつみ取ってしまうところであったのである。危険なことである。なお、Mさんは、現在は調理、旅行、水泳など様々な作業に挑戦し、生き生きと生活をおくっている。

卓球で興味ある現象をひとつ紹介します。消える魔球があるとのこと。ご主人談、「初め何をいつているのか全然分からなかった。左からくる玉は全く打ち返せなかった」とのこと。半側視空間失認は改善しているが、今でも状態が悪いときは、消える魔球が出現するとの事である。

7. セイフティーなマネジメントからリスクなマネジメントへ

Mさんの事例は、新たな作業療法モデルを提示している。在宅生活では多様な環境で、様々な作業が要求される。従って、回復期や急性期の病院では在宅生活をみこした目標の設定と訓練内容が必要となる。ADLやIADL訓練はその具体的なものである。また、福祉用具の適応も重要な役割を果たす。

問題として提案したいのは、病院、施設は患者さんにとっては安心できる環境であり、その環境下での自立は、在宅では多くが役立たないということである。いっそ、病院や施設をスキップして、在宅を中心とした訓練システムのほうが、作業療法は生かされるとも考えられる。しかし、それは現実的でなく、現行システムの中で、いかにすればいいかを考えたとき、「セイフティーなマネジメントからリスクなマネジメントへの変更である」。

在宅で予測される、危険な動作は、限りなく病院、施設で体験させ、失敗したらその原因を一緒に考え、解決方法を見つけ、改善していく。ときには作業療法士は失敗体験を設定し、その解決方法も視野に入れた中で、患者に寄り添いながら、患者さんが分かるように解説し、解決策を探る。例えば、椅子にぶつかりそうな場面では、椅子を除去するのではなく、ぶつかったあとの転倒を予防し、危険性を体験してもらう。また、内科的なリスクない事例では、あえて疲労する環境を設定し、生理的な筋肉痛や疲労時のADLなどの対処方法を体験してもらう。また、雨や風の中での外出、人ごみのなかでの移動など、リスクな作業環境をあえて体験させておくことで、在宅生活にスムーズな移行ができるのでは思う。「病院はしんどかったが、在宅生活は楽だ」と患者さんに言わせたい。

病院、施設は120%の負荷を、在宅生活は60%の能力でOK。今、作業療法の「質」と「量」を真剣に見直す時

である。

8. まとめに変えて

作業科学研究大会で、このようなお話をできる機会をいただきました。西野歩大会長には心より感謝いたします。臨床22年、教官10年の作業療法を通して、「作業」は、医療だけではなく、保健や教育など、人間の生活するところ全てに共通したテーマだと思います。そのような意味で、この研究会が今後ますますご発展されることを祈念しています。