皆さん、ご存知ですか？

（作業療法編）

「リハビリテーション＝機能回復訓練（関節の曲げ伸ばしやマッサージ，歩行訓練など)」と捉えがちですが，本当はとても広い意味があります．「リハビリテーション」(Rehabilitation) は，re（再び，戻す）と habilis(適した，ふさわしい)から成り立っています．

つまり，単なる機能回復ではなく，「人間らしく生きる権利の回復」や「自分らしく生きること」が重要であり，そのために行われるすべての活動がリハビリテーションなのです．

リハビリテーションには，理学療法士（ＰＴ）や作業療法士（ＯＴ），言語聴覚士（ＳＴ）のような専門職だけでなく，さまざまなスタッフが関与し，家族の方々の支えもとても大切になります．下の図のようなイメージです．(図 1)

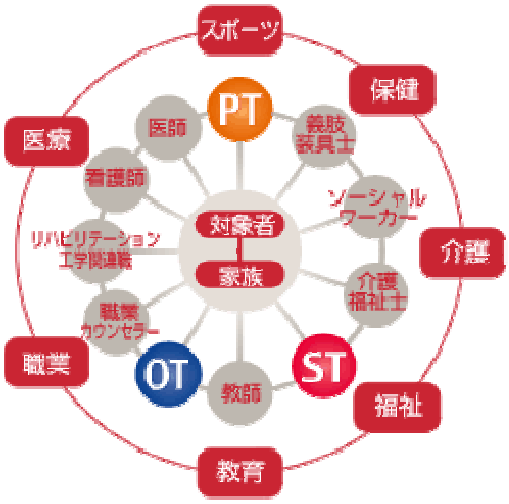


図 1

当院で行っているリハビリテーションについて紹介していきます．

①作業療法（OT：Occupational Therapy）とは

作業療法は脳血管障害などの病気や事故のため，身体や精神に障害を負った方等に対し，今後の生活をしていくための問題を評価し，適切な作業活動を用いて治療を行うリハビリテーションです．

ここでいう「作業活動」とは，人が生きている限り必要不可欠な衣食住を含む日常生活動作や家事動作，働くこと(仕事)や余暇を営むこと(趣味活動)，コミュニケーションをとることなどの生活全般に関わる諸活動を指します．

また，障害があっても残された機能を最大限に活用し，身辺動作（食事・更衣・入浴・排泄・整容など)，家事動作，仕事への復帰を目指し，「作業活動」を訓練や援助もしくは指導の手段としています．

＜当院での作業療法のアプローチ＞

当院の作業療法室は，現在，作業療法士 21 名（男性：7 名，女性：14 名）が在籍しています．私達，作業療法士は，病気や怪我により日常生活に不自由を強いられている方に対し，その人のこれまでの生活や価値観を大切にし，社会生活に復帰したい気持ちを支えながら理学療法士や言語聴覚士と連携を図りながらリハビリアプローチを行っています．

身体機能

様々な作業を行いながら，全身を使う大きな動きから手足の先の細かな動きまで，実際の生活に必要な筋力，関節の動き，感覚機能などを評価し，麻痺の改善や筋力増強などを図るとともにスムーズな動きや耐久性の獲得などを行います．（図 2）

図 2

日常生活動作・生活関連動作

食事の方法や顔の洗い方，トイレの仕方など，患者様に適した基本的な日常生活の動作訓練や介助方法，環境設定，福祉用具の検討・使用訓練を行い，少しでも自立した生活が可能となるよう，患者様やご家族の方と一緒に考えながら，関わっていきます．（図 3 , 4）

図 3

図 4

料理，洗濯，掃除などの家事動作や仕事，趣味活動など「応用的な生活関連動作」に必要な動作・能力の獲得に対して，患者様やご家族の方と一緒に考えながら関わっていきます．（図 5 , 6）

図 5

図 6

高次脳機能障害

高次脳機能障害とは，脳の一部が損傷されたために脳の高度で複雑な機能に障害が起こるものです．一見したところ，手足の運動機能障害のように明らかな変化として見えないために周囲からはわかりにくいのですが，今までには見られなかった症状が突然あらわれ，まるで性格が変わってしまったような反応が周囲の人たちを戸惑わせてしまうことがあります．

高次脳機能障害は，これらがすべてあらわれるわけではなく，脳の損傷した部分により，症状は異なります．

例えば…

・半側空間無視：自分が意識して見ている空間の片側（多くの人は左側）を見落としてしまう．
・易疲労性：急性期（発症から近い時期）に多く見られ，精神的に疲れやすい．
・発動性の低下：自ら動き出すエネルギーがわかず，物事を他人から言われないと始められない．
・遂行機能障害：行動が行き当たりばったりで，計画して実行することができない．
・失行：手足は動くが，指示された動作や意図した行動がとれない．
・失認：身近なものの色や形，親しい人の顔が見分けられない，体を認識できない．
・見当識の障害：時間と場所の感覚がない．
・病識の欠如：自分自身の障害が認識できず，障害がないかのような言動を見せる．

高次脳障害者に対してのリハビリは，これらの無数にある障害を様々な検査を通して評価を行い，その方の正確な障害像を把握することから始まります．

その上で日常生活動作上で大きな問題となるものを中心に訓練を行います．障害に応じてアプローチの方法は異なりますが，一般に簡単な課題から開始し，徐々に複雑な課題に変えていき，それを実生活で試していくといった方法が取られます．また，不足している分の機能の代償として，いくつかの道具を使う訓練や環境の調整も並行して行います．例えば記憶障害の方ではノートやメモを頻回に取るようにして，常にメモを見る習慣をつけるなどの訓練をします．また，半側空間無視の方では車椅子の左側のブレーキをかけ忘れることが多いため，ブレーキの延長や赤いテープを張ったりして目立つようにし自分で気づいてもらえる様にします．

精神的サポート

入院生活や障害によって落ち込みやすい精神活動や意欲，不安などに対して精神的なサポートも行っています．また，患者様同士のコミュニケーションや体操の時間を設けています．(図 7)

図 7

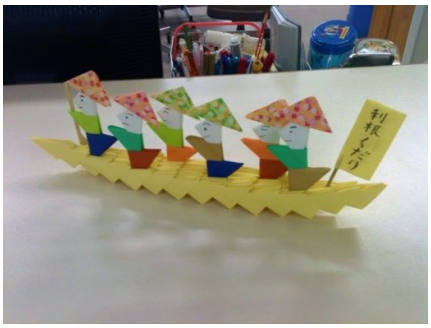
家屋評価

退院後の自宅または施設の情報を早期に収集し，今後の生活を見据えたアプローチを行っています．在宅へ戻られる方には，退院前に，理学療法士(PT)・ケアマネージャー(CM)・施工業者の方などと一緒に，自宅の修正・改造・配置替えなどを考えて，患者様とご家族にとって生活しやすい家屋改修案の提供も行っています．

最後に作業療法室に展示している作品を紹介します．

作品作りは治療の一環として行っています．例えば…

＜A さん(80 歳代女性，脳血管障害(左片麻痺)の場合＞

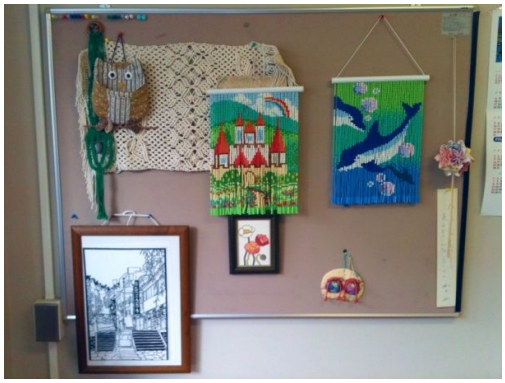


導入目的：片手で行える折り紙手芸を実施することで楽しみや達成感を共有する事が出来る．
麻痺側である左上肢を机の上に出し添えることで作業への参加を促す．
リハビリ室で行い作品を見せ合うことで他の対象者との交流に繋がる．

経　過：導入当初は折る手順が分からなくなる事もあったが，徐々に手順の定着が見られ間違いが減っていき作業速度も上がった．また，それに伴い座っている時間の増加にもつながった．

ご本人より「これが楽しみでリハビリに来ている．悩みも発散できるんだよ．」

＜B さん(40 歳代女性，脳血管障害(四肢麻痺)の場合＞

導入目的：手指の巧緻性向上，筋力向上が期待できる．
日中リハビリ以外の時間の使い方として，病室でも行える作業である．
ご本人により「日中ベッドから起きて楽しみながら行えた．入院中の気分転換にもなった．」

患者様の作品集