

病後の脳後遺症を抱え心理・社会的適応に困難が
生じている男性の QOL 向上を目指した心理学的支援
——心理リハビリテーションキャンプにおける関わりを通して——

古長 治基・船橋 篤彦

『特別支援教育実践センター研究紀要』 第19号 別刷

広島大学大学院人間社会科学研究科附属特別支援教育実践センター

The Bulletin of the Center for Special Needs Education Research and Practice No.19

Graduate School of Humanities and Social Sciences, Hiroshima University

March 2021

<実践研究>

病後の脳後遺症を抱え心理・社会的適応に困難が生じている男性の QOL 向上を目指した心理学的支援

—— 心理リハビリテーションキャンプにおける関わりを通して ——

古長 治基*・船橋 篤彦**

本研究では、病後の脳後遺症を抱える人の QOL を高める心理学的支援として、心理リハビリテーションキャンプ（以下、PRC）を取り上げ、PRC における支援者の関わり方の工夫や、PRC の構造が持つ意義について、ICF の観点から検討を行った。対象者（以下、A）は、後遺症にともなう知的能力や身体機能の制限があり、日常生活においても、これまでの動作法場面においても、気持ちを切り替えて行動することが出来ないという心理・社会的適応上の困難を有していた。PRC を通して、トレーナーが A のプラスの側面に着目した関わりを続けたことで、A は動作法に取り組むまでの時間を徐々に減らし、トレーナーと関わる「参加」の時間を増やし、「心身機能・身体構造」や「活動」水準における改善が見られた。また、PRC における個人レベルと集団レベルの関わりを通して、肯定的な「参加」体験を積み重ねることが可能となった。病後の後遺症にともなう「心身機能・身体構造」上の制限やそれに伴う困難が生じているとしても、PRC において「参加」の機会を増やし、質を高めることで、QOL の向上に結び付くと考えられた。

キーワード：病後の後遺症 心理リハビリテーションキャンプ 動作法 ICF QOL

I 問題と目的

急性脳症は小児の後天性脳損傷の中で最も多い疾患であるが、後遺症に関する報告は少ない（栗原・小萩沢・吉橋・飯野・安西・井田, 2011）。栗原ら（2011）の報告では、発症後 1 年以上が経過した 103 例の後遺症の内容として、知的障害が 89.3%、高次脳機能障害が 77.7%、てんかん 68.9%、運動障害 27.2% が挙げられており、後遺症が残ることにより、生活上重要な機能が複合して障害されてしまうことも多い。発症に関連する因子は不明な場合も多いが、栗原ら（2011）の調査では、平均発症年齢は 3 歳であり、原因が明らかな因子の多くがウイルス性の疾患であることから、幼少期に罹患した病気をきっかけに脳症を起こし、後遺症が残る事例が多いと考えられる。後遺症は幼少期から生涯にわたって続くため、個別の教育的ニーズに応じた特別支援教育の枠組みにおける支援に加え、成人後も含めた長期的な視点から、健康状態を保ち、高めていくための支援が必要とされる。また、脳機能が障害されることにより心理・社会的適応に困難が生じや

すく、支援の際には、いかに本人の心理面に留意し、主体性を尊重しながら適応を促すかが支援のポイントとなる。

病後の後遺症を抱える人に対する支援の視点として、世界保健機関（WHO）が提唱する国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF）（WHO, 2001）の考え方は非常に重要である。ICF とは、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」という 3 つの要素を包括して「生活機能」とし、生活機能の背景因子である「個人因子」と「環境因子」も含め、人間の健康を統合的に捉えるモデルである。単に疾患により障害されている生理的機能や身体的機能（心身機能・身体構造）のみを健康と結び付けるのではなく、対象者がどのような生活行為を行っているか（活動）、どのような社会参加や役割取得を行っているか（参加）を統合して、健康状態を捉えることが、このモデルの特徴である。WHO (1948) の定義を引用すれば、健康とは「病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」（日本 WHO 協会訳）であり、健康を高めるためには、身体的な問題だけでなく、心理的・社会的な問題に対するアプローチも重要である。この定

* 広島国際大学心理臨床センター

** 広島大学大学院人間社会科学研究所

義に基づく健康の概念は Quality of Life (QOL) として捉えられることが多い (吉川・宮崎, 2008)。ICF のモデルに沿って考えれば、病後の後遺症を抱えた人は「心身機能・身体構造」において一部の機能が障害されているが、そのことがそのまま QOL の低さを示すわけではない。本人の「個人因子」を踏まえながら主体性を引き出し、「活動」や「参加」の機能を高めることで、「心身機能・身体構造」にも影響を及ぼしつつ、心理的・社会的健康も含めた QOL を高めていけると考えられる。

「心身機能・身体構造」「活動」「参加」といった複数の水準にアプローチできる支援の一つに動作法が挙げられる。動作法の中では、筋肉の適切な弛緩と緊張の調節 (心身機能・身体構造レベル) を通してよりよい姿勢の保持や運動が可能となり (活動レベル)、社会生活への参加を促進することにつながる (参加レベル) と考えられる。また、動作法を中心に、集団活動、生活指導といった生活支援型集中療育 (心理リハビリテーションキャンプ; Psychological Rehabilitation Camp 以下、PRC とする) は、キャンプに参加すること自体が「参加」の水準にアプローチすることにつながり、キャンプへの参加を通して自己の「心身機能・身体構造」や「活動」にも向き合っていくことから、それぞれの水準から総合的に QOL を高めることが可能な方法であるといえる。本吉 (2012) は、肢体不自由児に対するアプローチとして ICF の障害概念の視点から PRC について検討しており、生活臨床の視点をもって共同生活を営む PRC の構造が、環境要因として重要であり、キャンプを通して対象児に統合的にアプローチすることが可能であったことを報告している。しかしながら、病後の後遺症を抱える人に対する PRC の意義について ICF の視点から検討した研究は見られないため、検討の余地がある。PRC という構造の意義についてはいくつかの報告があり (例えば、武内, 2010; 良原, 2010)、本研究においても、動作法を用いて支援することに加え、PRC という構造が対象者に及ぼす影響についても検討することとする。

筆頭著者は日本リハビリテーション心理学会が主催する PRC において、病後の後遺症を抱える心理・社会的適応に困難がみられる男性に対して、トレーナーとして支援を行った。その中で、筆頭著者が行ったトレーナーの主体的な参加を促す関わりについて報告し、病後の後遺症を抱える人に対する PRC の意義について、ICF の視点から考察を試みる。

II 事例の概要

1. 対象者

A (男性、30歳)

2. 医学的診断名

脳後遺症 (2歳時)

3. 成育歴

同胞2人中第2子で出生した。2歳時にウイルス性脳炎にかかり、重度の知的障害及び四肢の障害が残った。食事・入浴・排せつなどの日常生活においておおむね介助が必要であり、特別支援学校に小学部から高等部まで通った。高等部卒業後は作業所へ通所し、現在も継続している。作業所では行き帰りでリフト車に乗ることを嫌がることがあったり、作業所に向かう途上で機嫌が悪くなり、自宅に戻ったりという行動が見られる。また、母親との外出時に行き渋りがみられることから、父親が外出に連れだすことが増えているが、父親であっても外出を拒むことがある。最近では、作業所に行くまでに1時間程度かかることもあるが、馴染みの職員がいれば比較的スムーズに車から降車できる。歯医者では、車から降りることを拒み、歯科衛生士に車まで迎えに来てもらい治療を受けることもあったとのことである。

日常生活においては車椅子で生活しており、現在もおおむね介助が必要である。言語的な表出は稀に見られる程度であるが、テレビで流れてくる音声を復唱することなどは多い。飛行機を見るのが好きであり、ビデオ鑑賞を楽しむことが出来ている。

4. これまでの心理リハビリテーション体験

父親の知り合いの紹介で動作法に出会い、母親が動作法の考え方に共感したことから、2歳7か月頃から動作法を始めた。3歳頃から PRC に参加し始め、その後は、年に3度の長期 PRC (5泊6日など)、親の会が主催する日帰り PRC、月に1度の1泊2日 PRC に定期的に参加を続け、その他のリハビリは行っていない。エレベーターが好きで、PRC の間もエレベーターから動こうとせず、動作法に取り組みないことがある。2～3年ほど前に、1泊2日 PRC において一度も動作法を行う部屋 (以下、リハ室) に入ることが出来ず、一度も動作法ができないことがあり、それをきっかけに、1泊2日 PRC には参加しないようになる。日帰り PRC は車から降りたがらずに、支援者が関心をひいてリハ室へ誘うものの、二回の動作法セッションの内一回目では入れないことも多かった。また、長期キャンプにおいても、リハ室への入室を嫌がり、この2年ほどは、エレベーターや談話室でほとん

どの時間を過ごしている。嫌がる際には大声を出して拒否するため、トレーナーも関わりが取れず、A の要求に応じて側で過ごすことが多かった。一方で、一度リハ室へ入室してしまうと動作法に参加することができ、リラクゼーション（筋弛緩系課題）だけでなく、立位・歩行などの応重力系課題にも意欲的に取り組む様子が見られる。

5. PRC の構造

(1) 期日：2017年X月Y日～Y+3日の3泊4日（宿泊を伴う集団療育）

(2) 場所：B県内の施設

(3) キャンプの設定：1人の対象者（以下、トレーナー）を1人の支援者（以下、トレーナー）が個別に担当し、3～4組のペアに対し1人のスーパーヴァイザー（以下、SV）が指導を行った。Aのトレーナーを筆頭著者が、SVを第二著者が担当した。1つの班には1人程度の動作法補助を行う補助支援者（サブトレーナー）がいた。動作法については、初日はインターク及び1回の動作法セッション、2～3日目は1日3回の動作法セッション、最終日は時間を短縮した2回の動作法セッションと効果測定を行った。また、初日から3日目までは1日に1回集団活動がおこなわれた。

6. 倫理的配慮

本事例を報告することについて、保護者に対して口頭で説明を行い、同意を得た。また、個人が特定されないように事例の記述に配慮した。

Ⅲ 事例の経過

はセッション回数、「」はAの発言、< > はトレーナー（筆頭著者）の発言、『 』はその他の発言として表記した。

第1日目

インターク

自宅から車でPRCの会場に向かう途中で自宅に帰りがたることが2度あり、車を引き返すことがあったため、Aが午前中のインタークには参加できなかった。その後、会場までたどり着くことができたため、昼食時より参加し、インタークは午後の初めの動作法セッションの時間に行った。母親からの聞き取りによれば、普段から車いすに乗っており、全身の関節や筋肉が固くなっている、作業所でも車いすに乗り、円背姿勢で過ごす時間が長い、立位姿勢を取らせる際に膝関節が伸びにくいいため、介助に

支障が生じており、関節や筋肉の弛緩が進み、膝関節がもう少し伸びるようになってほしいと希望があった。

母親がAをリハ室に連れてきており、Aは入室した状態で挨拶に参加できた。そこでまずトレーナーは「最初は写真を撮っておこう！」と声をかけながら車いすの足掛けを上げて立位を促すと、スムーズに車いすを離れることができた。立位写真を撮り、すぐさま膝関節立ち、あぐら座位と姿勢を変えて写真を撮っていった。立位姿勢では、両大腿部、特に裏側（大腿二頭筋周辺）の筋緊張が強く、膝関節が伸展しにくく、特に右膝関節が伸びにくかった。一方で、足の踏ん張りは効いているため、上体をトレーナーが支えれば、足を出して歩行することが可能であった。膝関節の屈伸は狭い範囲の中で動きが出る程度であった。膝関節立ちでは、腰が引けるため、骨盤部を支える補助が必要であった。あぐら座位では、骨盤の右側が屈曲して上体が右後方へ流れるため、自力での姿勢保持は難しい様子であった。

見立てと方針

大腿部の緊張が強く、このことがあぐら座位の保持の難しさにも関係していると考えられた。また、あぐら座位については、筋緊張の問題に加えて、骨盤の可動域が制限されていることがさらに保持を難しくしていると考えられた。膝関節立ちの様子からは股関節を屈曲させる筋群の緊張も強いと考えられた。左右差を見ると、あぐらや立位での右ひきから、右の固さが強いと考えられた。以上のことから、大腿部裏側と腰回り、股関節回りのリラクゼーションを主たる課題としつつ、動作法を用いて「全身の筋緊張の強さにアプローチし、心身のリラクセスを図る」（成瀬, 2001）ことを目的とした。さらに、立位、歩行課題の中で適度な筋緊張で姿勢を保持・調整することを目指した。

1回目の動作法セッション（#1）

動作法前の関わり：一回目のセッションの開始時には談話室から動く様子が見られず、リハ室へ入室するのを拒む様子が見られた。そのためトレーナーは、まずは共に談話室に留まることとした。Aの関心を引くためにトレーナーが記録用のカメラを向けると、Aはカメラに視線を向けたため、トレーナーが写真を撮ってそれをAに見せるやり取りを何度か行った。その後、今度はAに写真を撮ってもらえないかと声をかけ、カメラをAに渡し、<上手

に撮ってくださいね>と声をかけると、Aはカメラの向きを下に傾けてトレーナーの顔が映らないようないたずらをした。トレーナーはあえてそのままシャッターを押すのを手伝い、<上手くとれているか一緒に確認しましょう>と言って共にカメラをのぞき込むと、半分見切れたトレーナーの写真が写っており、トレーナーが<ちょっと!>と声を掛けるとAは笑った。以上のようなやり取りを何度も繰り返す中でAの笑顔が増し、トレーナーに対する関わりが増えてきたため、<お部屋を覗いてみましょう>と言ってリハ室に手招きすると、Aも車いすを漕いで近づいてきた。しかし、リハ室の中には入らなかったため、一度トレーナーがリハ室のドアを閉めて談話室に戻り、カメラでやり取りを再び行った後、<次は立っているところを写真で撮りましょう>と誘ってリハ室への入室を促すと、今度は車いすを漕いで入室した。セッション開始後約15分での入室であった。

動作法：始めに側臥位での体幹ひねりを行い、肩回り腰回りの筋緊張を緩めた。次に仰臥での膝関節の屈伸や股関節周辺及び大腿部裏側のリラクゼーションを行い、股関節周りの緊張を緩めた。Aは同じ課題を続けていると、トレーナーの身体を触る、足をゆらゆら動かす等の行動がみられ、それが徐々に強まっていくため、Aの抵抗が見られた際には課題を切り止め、素早く次の課題に移るように心がけた。また、Aが自体に注意を向けやすいように、動作法中は<足を、まげまげまげ~>と言いながら膝関節を曲げていくなど、積極的に声をかけながらにぎやかな雰囲気の中で、A自身の体の動きを言語化することを心掛けた。

生活場面の様子：集団活動はトレーナーと参加することができ、ボールを箱に投げ入れていくなど楽しんでいる様子が見られた。入浴では、エレベーターから動かない様子が見られたが、男性ボランティアからの誘い掛けに応じる形で移動することができ、比較的スムーズに入浴を行うことができた。

第2日目

2回目の動作法セッション (#2)

動作法前の関わり：2日目は体調もよく、睡眠もとれたと母親から話があった。動作法開始の時間にはエレベーターの前にいたが、キャンプ中に行う集団活動の企画のために、Aに関するクイズを考えようと誘い出し、談話室に向かった。そこで、昨日の写真と一緒に眺めたり、昨日のように写真を撮り

合って過ごしていると、笑顔が見られてきたため、トレーナーが<(リハ室に)誰がいるか確認してみますね>と喋りリハ室のドアを開けて<今SVの先生が後ろを向いている!今のうちに静かに入りましょう!>と声をかけていると、自ら車いすを動かして、リハ室へ入室した。セッション開始後約15分での入室であった。

動作法：昨日に引き続き股関節周辺のリラクゼーションを行った。全体的に固さが見られ、脚の屈曲、伸展、回旋の動作が難しいため、片脚ずつ各種の動作を組み合わせて動作課題を進めた。Aが支援の拒否を始めるタイミングで活動内容を変えていくと、Aも落ち着いて動作課題に取り組むことができ、股関節の可動域が徐々に広がっていった。その際も終始明るい雰囲気と言葉をかけ続けることで、穏やかな表情で動作課題に取り組んでいた。

3回目の動作法セッション (#3)

動作法前の関わり：セッション開始の時間には談話室にいた。談話室に人の出入りがあるうちは表情が不安気で、トレーナーからの声掛けにも反応が乏しいように感じられた。また、リハ室につながるドアを自ら閉めようとする様子が見られたため、トレーナーはAの行為に逆らわず、<一度閉めましょう>と積極的にAに閉めてもらうよう促し、談話室を静かで落ちつける環境を整えた。すると、その後はトレーナーからの声掛けに対して応じてくれるようになった。これまでのようにカメラのやり取りを行った後、<今リハ室がどうなっているか、撮影してきます>と伝え、トレーナーが談話室からリハ室に入るまでの動画を撮影し、それを見せたところ、Aは興味深そうに動画を見ていた。そこで<実際に(リハ室を)見てみますか>と声をかけ、リハ室に手招きすると、A自ら動きだし、入室ができた。トレーナーはリハ室内にいたサブトレーナーにカメラを渡し、<せっかくだから写真撮りましょうか>と声をかけてAの両手に触れると、Aは車いすから立ち上がった。そのまま写真を撮ってもらい、その後は、スムーズに動作課題に移れた。セッション開始後約15分での入室であった。

動作法：側臥位で腰回りのリラクゼーションを行った。トレーナーが上体を補助したまま、骨盤を回旋する動作を繰り返し行った。動作課題時は、トレーナーが<腰を、まえまえまえ~>等と声掛けし続けることで、Aが微笑みを浮かべたような表情で、トレーナーの援助に抗うような力を入れることなく、

課題に取り組み続けることが出来た。その結果、ほとんど動きがでていなかった腰の動きが少しずつ出てきた。

4回目の動作法セッション (#4)

動作法前の関わり：リハ室に外部からの見学者が入っており、これまでより表情が固く緊張しているように感じられた。トレーナーは談話室から人がいなくなるのを待ち、ドアを全部閉めて静かな空間を確保した。これまで通りカメラを用いたやり取りを行うと笑顔が見られるようになったため、トレーナーがリハ室のドア付近に近づき、ドアを開けたが、見学者が見えたためか、Aはドアを閉めたがった。そこで、再度ドアを閉めた後、見学者に一旦退室してもらい、いつもの状態にリハ室を近づけ、<もう一回見てみてください>と声をかけると、今度は入室ができた。セッション開始後約20分での入室であった。

動作法：あぐら座位の姿勢で、前屈と骨盤回旋の課題を行った。サブトレーナーに前に来てもらい、<〇〇先生の手をつかめー！>と声をかけてAに手を伸ばしてもらい、トレーナーは臀部が浮いてこないように止める援助を行った。骨盤回旋では、大腿部の付け根を止めておき、サブトレーナーに手を引いてもらいながら、体側が伸びるように体をひねった。これらの課題の後にあぐら座位の姿勢を取ってもらおうと、右の骨盤が屈曲することが少なくなり、手で膝関節を抱えるようにすれば、自力でのあぐら座位保持が可能になった。

生活場面の様子：朝の会、及び集団活動には落ち着いて参加することができた。集団活動前のおやつの中には、歌詞カードを持つ役割をトレーナーがお願いすると、Aは素直に応じた。入浴では、エレベーターの前から動く様子がなく、一度は入浴を諦めてもらうこととなった。しかし、その後すぐにAが浴場に行きたがり、非常に短い時間の中で急きょ入浴を行うこととなった。

第3日目

5回目の動作法セッション (#5)

動作法前の関わり：3日目も体調は問題なく、睡眠もとれたとのことであった。動作法前の班での挨拶の時間に、リハ室のドアの外ではあるもののドア付近で挨拶に参加できた。その後保護者が部屋から出ていくのを待ち、一度ドアを閉め、カメラのやり取りを行った。笑顔が見られたところでリハ室へ促すとスムーズに入室できた。セッション開始後約15

分での入室であった。

動作法：リラクゼーションを中心に行った。昨日同様に腰回りのリラクゼーションを行った後、仰臥位で股関節周辺のリラクゼーションを行った。股関節周辺のリラクゼーションの際には、トレーナーが積極的に声をかけて気分を盛り立てなくても、表情がこわばることがなく、穏やかに動作法に取り組むことができていた。

6回目の動作法セッション (#6)

動作法前の関わり：一回目のセッションと同様に挨拶に参加してもらおうと、トレーナーが車いすを後ろから押すと、大声を出して激しく拒否する様子が見られた。そこで挨拶は諦め、いつものカメラのやり取りへと移行した。リハ室のドアを開けて入室を促すがドアを閉めようとするため、そのままドアを閉めさせた。少し様子を見ていると、A自ら「そーっと、そーっと」と声を出し、<そーっとね>とトレーナーがドアを開けると自ら入室した。セッション開始後約15分での入室であった。

動作法：動作課題として、片膝関節立ちで重心移動を試みた。しかし、股関節前側の緊張が強く、軸足の股関節の伸展が難しかった。そこで、伏臥位になり、股関節前側のリラクゼーションを行った。右足には内旋の緊張が入るため、外旋するように膝関節を外に向け、Aの臀部が浮いてくるのを止めた。Aの表情と緊張の入り方を見ながら援助の強さを調整してリラクゼーションを行った後、再び片膝関節立ちを行うと、今度は前後の重心移動ができた。サブトレーナーに出し足を止めてもらい、トレーナーの声に合わせてA自ら重心を移すことを繰り返した。

7回目の動作法セッション (#7)

動作法前の関わり：談話室に保護者が集まって談笑していたが、そこに気を取られることなくトレーナーとのやりとりを楽しんでいた。カメラを用いたこれまでの流れでスムーズに入室できた。セッション開始後約10分での入室であった。

動作法：あぐら座位での前屈に取り組むが、両手を前方に伸ばす動作がみられず、疲れているようにも感じられた。適宜休憩を挟みつつ、側臥位での体幹のひねりや肩関節のリラクゼーションを行った。その後、SVと共に歩行を行った。足がやや外踏みで、体重が片足に乗りきらないうちにバタバタと次の足を出して歩こうとしてしまい、結果的にどンドン後傾する様子が見られたため、内側に体重を乗せられるよう援助し、しっかり片足に重心が移るようにす

ると、後傾せずに一步を大きく踏み出すことができた。それでも次の足をすぐに出そうとする様子が見られたため、一歩ごとに<ストップ!>とトレーナーが声を掛けると、踏みとどまることができていた。

生活場面の様子：朝の会、集団活動には引き続き落ち着いて参加できた。おやつの中には、トレーナーが頼まずとも、自ら歌詞カードを掲げる役割を取った。入浴では、その後に懇親会があることもあっていつもより落ち着かない様子があり、最後まで入浴できなかった。入浴の時間が過ぎた後に、昨日のように入浴したがる様子が見られたが、時間が過ぎていたため入浴できず、しばらくエレベーター付近に留まった後、部屋へと戻った。

第4日目

8回目の動作法セッション (#8)

動作法前の関わり：この日も談話室に保護者が集まりにぎやかな雰囲気であったが、トレーナーとのやりとりで集中しており、これまでのようにカメラで写真を互いに撮りあうやりとりの後、スムーズに入室できた。セッション開始後約10分での入室であった。

動作法：あぐら座位を取ると、股関節の開排に改善がみられたが、一方で骨盤がやや後傾し、右後ろに身体が倒れていきそうな姿勢であった。そこで、右足を伸ばした状態でサブトレーナーに止めてもらい、トレーナーがAの腰を起こして右の大腿部裏側のリラクゼーションを行った。再びあぐら座位の姿勢をとると、骨盤が起きて、自力での座位保持が可能であった。立位姿勢をとると、大腿部裏側のリラクゼーションが進んだこともあり、踏みしめる力がよく入って、膝関節もよく伸びていた。

9回目の動作法セッション (#9)

動作法前の関わり：一回目のセッションとの空き時間が少なかったため、リハ室の中でカメラを用いてやりとりを行ったところ、談話室やエレベーターに行くことなくリハ室に留まることができ、最後の挨拶の際に輪の中に加わることができた。

動作法：それぞれの姿勢を確認した。あぐら座位では、肩周りに緊張が見られるものの、骨盤を前傾させる力が入り、腰を立ててあぐら座位姿勢を保持することが可能であった。膝関節立ちでは、1日目に見られた腰の引けが少なくなり、より体を起こして姿勢を保持できていた。立位では、膝関節が伸び、上体の緊張も低減したため、体を起こした姿勢が取

れるようになった。

効果測定

あぐら座位、立位を母親の前で披露し、母親も『久しぶりにちゃんと動作法が出来ました』と喜んだ表情を見せた。

その後の経過

Aは半年後にもPRCに参加し、担当トレーナーとともに意欲的に動作法に取り組むことが出来たとのことであった。

IV 考察

動作法場面におけるプラスの側面に着目した関わり

Aは日常生活においても、これまでの動作法のセッションにおいても、気持ちを切り替えて行動することが難しく、なかなか次の行動に移れないという心理・社会的適応上の困難を抱えていた。そして、このことが、社会参加を妨げ、動作法セッションにおける「心身機能・身体構造」の向上に取り組むことが出来ないなど、QOLを高める機会を逸する結果につながっていた。しかし、Aに対して支援者側が強引に介入しようとするれば、大きな声を出して拒否し、Aの意思に反して支援を行うことは極めて難しい状態であった。そこでトレーナーは、Aが自ら動作法に関心を示し、参加意欲を高めていけるように、Aのプラスの側面に着目した介入を行った。具体的には、まず#1において、インテーク時に行った写真撮影に対してAの反応が良かったことから、動作法の前にカメラを用いたやり取りを取り入れることで、Aの興味を引き出しつつトレーナー自身にも関心が向くように関わった。さらに、いたづらを好むAの性格を踏まえて、Aがいたづらを仕掛けられる状況(Aが写真を撮り、トレーナーが見切れる)を設定しながら、ユーモアをもって関わることで、Aも笑顔を見せるなどの表現が多くみられるようになっていった。そして、リハ室への入室においても、トレーナーは手招きをするなどの表現を用いて、Aが自ら車いすを動かして入室するように関わった。上記のやりとりを基本として、PRCの中で継続的に関わる中で、Aは入室までにかかる時間を徐々に減らし、その分動作法を通してトレーナーと関わる「参加」の時間を増やすことが出来た。以上の関わりは基本的にAが持っている力をいかに引き出すかという発想に基づいており、Aのプラスの側面に着目した関わりであるといえる。また、プラスの側面に着目するという事は決してマイナス

の側面を無視するというのではなく、例えば、Aが自発的に入室するように促したことは、Aの抵抗行動(マイナスの側面)を念頭に置いた関わりである。#6では、Aとトレーナーの疎通性が良好であったため、冒頭からセッションに参加できるのではないかとトレーナーが期待し車いすを押してしまったことで、抵抗行動が生じてしまった。これは、マイナスの側面への配慮が足りなかったことにより生じた行動と考えられる。マイナスの側面への配慮を前提とした上で、いかにプラスの側面を活用していけるかが重要であるといえる。

動作法場面においては、トレーナーはAがセッションへの参加を拒む様子が見られ始めた際に課題を切り替えることと、なるべくセッション中に声掛けを続けることを意識して関わった。課題の切り替えに関しては、課題への拒否もAの主体的な選択として捉え、Aの選択を受け止めることで、Aが主体的に動作法に「参加」する体験となることが狙いであった。また、声掛けについては、Aの言語理解力を生かして、動作課題への動機づけを高めつつ、自己の体を動かす「活動」が「心身機能・身体構造」の変化に結びつくことを意識してもらうことが狙いであった。#3では、Aは課題への拒否を示さずリラクゼーション課題に取り組むことが出来、その結果、腰回りの動きが良くなるという「心身機能・身体構造」の変化につながった。また、#6では、それまでより難易度の高い片膝立ちにも取り組むことが出来、腰や股関節周りのリラクゼーションが進んで、最終日には、あぐら座位を保持するという「活動」水準の生活機能の向上が見られた。Aの心理面に配慮し、主体性に沿った動作課題を設定していきながら働きかけることによって、AのQOLを高めていけたと考えられる。上田(2005)は障害を克服するうえで潜在的なプラスを引き出し、伸ばすことを主にし、それに加えてマイナスを減らすことが「最高のQOLの実現」につながると主張している。AのQOLを考えた際には、このプラスの側面を最大限生かしていくことが最も重要であると考えられる。

PRCを通したQOLの向上

PRCは、生活全般の中で臨時的関わりが行われることが特徴とされているが(本吉,2012)、PRCにおける関わりの中には、キャンプ期間中に1人の人間がトレーナーとして1対1で関わり続けるという個人レベルの関わりと、集団活動や食事などの集団場面で他のトレーニーやトレーナー、SV、保護者といった他

者との交流の機会があるという集団レベルの関わりとの両方が含まれている。この両方のレベルが含まれていることにより、1対1の信頼関係をベースとしつつ、集団への「参加」を促していくことが可能となる。Aとトレーナーは動作法を中心に築いた信頼関係を基盤に、その他の生活場面でも交流を持った。集団活動の時間にはトレーナーからの促しに応じる形で歌詞カードを持つという集団場面での役割取得を行い、後半は自ら歌詞カードを持つなどの積極的な「参加」が見られた。以上のように、PRCにおいては動作法で得られたトレーナーとの関係を基盤とすることが出来るため、種々の活動に対して心理的抵抗感を強く持つことなく参加が可能となり、肯定的な体験が得られやすいと考えられる。さらに、集団における参加が促されることは、その集団における安心感や信頼感にもつながり、その後の動作法セッションへの取り組みやすさにもつながっていくと考えられる。良原(2010)は、PRCの特徴として①動作法を中心に構造化されたプログラム②トレーナーとトレーニー、またサブトレーナーといった他のスタッフやトレーニー同士といった様々な関係における関わり深まり③集団生活をともに過ごすという意味での養育④キャンプにおける動作課題を設定して、それについてトレーナーとトレーニーが一緒に取り組むことという4点を挙げており、これらが個人セッションの動作法では得られない経験を可能にすると述べている。集団生活を共にする中で、動作法を中心とした2者間での相互作用と、集団内での社会的相互作用を体験できることが、PRCの意義の一つと言えるだろう。病後の後遺症を抱えている人は、「心身機能・身体構造」に関する機能障害については改善していくことが困難な能力もある。しかし、PRCにおいて「参加」の機会を増やし、質を高めることで、機能障害を抱えたままでも、QOLを高めていくことが出来ると考えられる。特に、心理・社会的適応に困難が見られるまま成人に達すると、それ以降は参加の機会を作ること自体が難しくなることが予想される。PRCで得られた生活機能の改善を生活の中に生かしていくことも意味があることだが、PRCに参加し、肯定的な体験となること自体がQOLの向上につながっているという視点も必要かもしれない。

まとめと今後の課題

本研究では、病後の後遺症により脳機能が障害され、心理・社会的適応に困難が見られた事例に対するPRCを通した心理学的支援の経過を報告し、ICFの観点から考察を行った。事例の経過を通して、支援の

導入では、A の生活機能におけるプラスの側面への注目と活用を起点として、セッションへの「参加」と主体的な「活動」を引き出すことが重要であることが分かった。加えて、動作遂行を通じた「心身機能・身体機能」の改善・向上が新たな「活動」の獲得に繋がることも確認され、PRC への「参加」の質的向上が果たされた。さらに、PRC における個人因子と集団因子の関わりを通して、肯定的な「参加」の体験を積み重ねることが可能になると考えられた。以上より、PRC を通して、脳後遺症者の QOL を向上させる支援が可能になると考えられた。

本研究の課題として、動作法場面への「参加」を向上させることが出来たものの、日常生活への拡充が生じたかについては検証ができていない点が挙げられる。今後は、継続的な支援の中で、日常生活場面と PRC を縦断的に捉える研究デザインを要する。さらに ICF の視点で支援効果を検証するためには、ICF コードを示しながら、「何が」「どのように」変化したのかを明示することが必要である。しかし、今回の研究では、この点を検証することが困難であった。今後の研究では、< b1精神機能>、< b7神経筋骨格と運動に関連する機能>、< d3コミュニケーション>、< d7対人関係>を中心に、客観的な指標を用いたアセスメントを行いながら、支援効果を検証していくことが重要である。

文 献

栗原まな・小萩沢利孝・吉橋 学・飯野千恵子・安西里恵・井田博幸 (2011) 急性脳症後遺症の検討. 脳

と発達, 43(4), 285-290.

本吉大介 (2012) ICF の障害概念からみた特別支援学校に通う肢体不自由児に対する心理リハビリテーションキャンプの意義. リハビリテーション心理学研究, 39(1), 47-58.

成瀬悟策 (2001) リラクセーションー緊張を自分で弛める法ー. 講談社.

日本 WHO 協会 健康の定義. <https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/> (2020/11/22参照)

武内智哉 (2010) 動作法を用いた宿泊集団集中訓練 (キャンプ) 全体をひとつの事例として捉えた事例検討: 第2X 回心理リハビリテーション東京キャンプを振り返って. 青山学院大学教育人間科学部紀要, 1, 269-286.

上田 敏 (2005) ICF (国際生活機能分類) の理解と活用ー一人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか. きょうされん.

World Health Organization (1948) *Constitution in basic documents*. Geneva.

World Health Organization (2001) *International classification of functioning, disability, and health*. Geneva.

良原誠崇 (2010) キャンプ療法としての動作法: キャンプの心理学的意義. 大阪大学教育学年報, 15, 71-85.

吉川明守・宮崎隆穂 (2008) 重度・重複障害者における QOL 評価法の検討. 新潟青陵大学短期大学部研究報告, 38, 147-153.

(2021. 2. 1受理)

Psychological Support for Improving the Quality of Life of a Person with Difficulty in Psychosocial Adaptation due to After Effect of Disease: Through Involvement in Psychological Rehabilitation Camp

Haruki KOCHO

Center for Clinical Psychology, Hiroshima International University

Atsuhiko FUNABASHI

Graduate School of Humanities and Social Sciences, Hiroshima University

This study considered the efficacy of psychological rehabilitation camp (PRC) as source of psychological support that can enhance functions in daily life among people with cerebral sequelae following illness, thereby examining solutions for supporter involvement with PRCs and significance of the structure of PRC based on the International Classification of Functioning, Disability and Health.

The research participant (referred to as “Person A”) had limited intellectual ability and physical function because of sequelae and had been experiencing difficulty in psychosocial and social adaptations, such as being unable to change their mood state and act accordingly in daily life and support settings. At the PRC attended by Person A, supporters provided constant encouragement focusing on Person A’s good points. Therefore, Person A completed tasks faster and gained more time to engage with supporters. Attending the PRC resulted in improvements in the levels of Person A’s “mental function and physical structure” and “activities.” These findings signify that Person A was able to accumulate positive “engagement” experiences through their involvement with individuals and groups at the PRC.

As the conclusion of this report, finally, we mentioned that even if an individual is restricted in terms of their “mental function and physical structure” because of sequelae after illness and associated difficulties, thereby increasing the opportunities for “engagement” and improving the quality of PRCs will contribute to improving the said individual’s ability to function in daily life.

Key words: After effect of disease, Psychological Rehabilitation Camp, Dohsa-hou, ICF, QOL

