

チェックテスト 解答

3章 治療的アプローチ

1 感覚統合機能に対するアプローチ (p.123)

- ①
行動などで把握される現象をその原因・背景に遡さかのぼって考え、脳の働きとの関連性などを踏まえて理解し、アプローチ方法を立てていくこと。
- ②
SCSIT, SCPNT, J-MAP, JSI-R, JPAN, 発達質問紙, 行動観察。どの検査においても行動観察を欠かさないこと。
- ③
記憶の書き換えを目指すこと、目的・見通しを設定する、自分から関わる、逃げ道を用意する、因果関係を明確にする、固有覚による抑制作用を活用する
- ④
不慣れな行為を行うときに働く機能。人が物理的環境と相互に作用しあう際にみられるものではあるが、そこには目に見える身体的行動以上のものが含まれる。観念化, 順序立て, 遂行
- ⑤
Therapy should be FUN。遊びと治療のバランス。Sensory needs。リスクマネジメント。遊具の使い方。感覚の提供
- ⑥
人の外部の環境あるいは身体の内部の環境から感覚を通じて情報を受け取って、それに応える形で起こる反応や行動のこと
- ⑦
評価者も環境の一部で子どもの行動に影響を与えるため、作業療法士がまったく関与しな

い状況で子どもが環境とどのように関係をもつか観察する。その後、作業療法士が環境を変化させて、子どもの行動がどのように変化するか観察する。

- ⑧
1 回目にとどのような行動をとるかが重要になる。
- ⑨
子ども本人の生活上の困難さとその先にある家族の生活上の困難さ
- ⑩
ボトムアップ的注意, トップダウン的注意
- ⑪
注意を何に対してどの程度振り分けて使用するか, 2つ以上のことに同時に注意を振り分けること。ある動作や運動, 行為に習熟してくるとそのことに注意を大きく払うことが少なくなり(背景に退く), その他のことに注意を振り分けることができ, そのような状態のことをいう。
- ⑫
身体的, 物理的なリスクとしては, 遊具の特性を理解し, その危険性を把握しておく。また子どもの身体的, 認知的な状態も把握して転倒や落下に注意を払う。
精神的・心理的なリスクとしては, 成功の見通しのないなかで失敗を繰り返して, 自信を失うことである。自身や自己有能感の低下が, さまざまな活動に対する回避につながっていく。適切なチャレンジ量で適切なフォローを行う。

2 姿勢と運動へのアプローチ (p.169)

- ①
姿勢と運動の障害のほか, 知的障害, 感覚・知覚障害, 認知・行為の障害などを含む複合障害である。

②

GMFCS（または GMFCS-E&R）

③

PEDI

④

痙直型両麻痺，痙直型片麻痺，痙直型四肢麻痺，アテトーゼ型四肢麻痺

⑤

痙直型両麻痺

⑥

アテトーゼ型四肢麻痺

⑦

単なる状態の記述ではなく，ある現象が何とどのように関連しているのか，それがどのような機能の妨げになっているのか，生活の支障をきたす原因になっているのかを考えること。表に表れている状態と，その背景にある見えない理由や原因を見る「眼」を養うこと。

⑧

非対称性緊張性頸反射（ATNR），緊張性迷路反射（TLR）

⑨

獲得させたい運動機能の要素が含まれるとともに，対象児の知的能力に見合い，かつ興味・関心を惹くものであること。

⑩

常に長期的視点をもち関わること。各ライフステージで，今何が必要か，これから何が必要となるかを考え，現在への対応と未来への備えを行うこと

3 知的障害に対するアプローチ（p.191）

①

因果関係の複雑さ，運動技能，手指の操作性，道具の操作性，活動の長さ，フィードバック，行動調整，目的性

②

保護者も赤ちゃんも孤立しないこと，遊びの保障，早期発見

③

遊びの保障，適切な行動理解，集団参加と集団適応，自己有能感を高める日常生活活動の獲得

④

学校生活の支援，学習の支援

⑤

主体性の育ち，思春期への対応，生活の場の検討

4 摂食嚥下障害に対する作業療法（p.26）

①

食べるということは，栄養補給だけではなく人との関わりの場面，社会的な関係の基本となっている。食べることが制限されるとICFの参加も制限を受けてしまう。

②

認知期，準備期，口腔期，咽頭期，食道期

③

口唇で食品を摂り込む過程をいう。捕食を行うことにより食物は舌尖部に入る。食品の物性を感知しやすくなるばかりでなく，口腔内での食物の操作が行いやすくなる。

④

捕食によって摂り込まれた食品が，舌尖と横口蓋ヒダの間でつぶされること

⑤

捕食によって摂り込まれた食品が舌尖の動きによって臼歯部に移送され、下顎の臼磨運動により粉碎されるとともに唾液と混和されること。その後、舌の陥凹により食塊が形成される。

⑥

口腔側の条件：捕食，処理，成人嚥下が可能であること。前歯を用いて妥当な一口量を咬断できること

上肢側の条件：口唇中央部に食物を移送できること。口腔が空になってから次の一口を運ぶこと。詰め込まないこと

⑦

姿勢のコントロール，口腔機能および嚥下機能・上肢機能の評価と治療，摂取する食物形態の評価と調整，心理的な配慮，食具の調整など，多角的な評価とアプローチを行う必要がある。

⑧

食べるということは重要なセルフケアの1つである。食べることを「安全に，おいしく，楽しく」遂行するために，多角的な視点を必要とすることから，作業療法士が摂食嚥下リハビリテーションチームの一員として活躍する必要がある。

⑨

診断を受ける前に発達相談に来所していることが多いため，保護者の主訴，発達上・生活上の問題の把握，家庭での状況の把握など，相対的に的確な評価を行う。

⑩

保護者の育児不安，障害の有無に対する不安など，保護者の心理状態に配慮して受容的な態度で接することが重要である。

5 デュシェンヌ型筋ジストロフィー

(p.237)

①

遺伝子の異常によるジストロフィン欠損が原因となり，筋組織の崩壊が進みやすい状態となり結合組織や脂肪組織に置換されるため筋力低下が生じる。筋組織の結合組織や脂肪組織への置換により筋の伸張性が低下し関節可動域の制限が起これり，筋力低下に伴うアンバランスな動作の繰り返しにより二次的に関節拘縮が生じる。

②

根治的な治療はまだ確立されておらず集学的なマネジメントが必要で，早期の治療開始が望まれている。心機能においては薬物療法による心不全治療，呼吸機能においては，肺のコンプライアンス（弾性）の維持，異物などを排出する気道クリアランス，人工呼吸療法が行われる。脊柱変形へのマネジメントは，外科的治療法（脊椎後方矯正固定術）や保存療法（装具療法・ROM エクササイズ・歩行練習・起立練習・姿勢保持）が行われる。

③

体幹を大きく動かして非利き手で利き手を補高してリーチを行おうとする。

④

動作の過用，誤用は関節変形を引き起こし，介助を困難にしたり能動的な活動を制限するため，低負荷で最大限のパフォーマンスを出せるように工夫する。

⑤

指示は工程ごとに整理して一覧にして提示するなど，視覚提示が有効で，一緒に理解できたかを確認できるとよい。また，時折，進捗状況をチェックする。

⑥

過度な努力で、拘縮や変形を起こさない早期の対応が必要であるが、「まだできるから大丈夫と」新しい環境への移行に消極的なことがある。これは、能力喪失や、見通しがもてない事柄への不安から生じる。作業療法では、実際に用具を使ってみるなど、段階的に移行前と移行後でどのようなよい変化があるのかを体験できる活動を取り入れるとよい。

⑦

まず、どの部位に痛みやしびれがあるのか、車椅子に乗車してどのくらいの時間で発生するのか、いつごろからなのか、ティルトなどの車椅子に姿勢変換で痛みが緩和されるかなど、痛みやしびれの原因の評価を行う。支援は、凸部の圧迫を緩和させるように座面の調整や、車椅子の姿勢変換をいつでも操作できるようにする。

⑧

患者がCPF 270 L/min以上の自力咳が可能な状態でない場合は、呼吸筋の疲労や窒息のリスクが考えられるため、徒手あるいは機械による咳介助を、家族や病棟スタッフに対応を依頼する。

⑨

少ないリーチ範囲で活動が行える工夫（棒などの利用、小さい用具への変更）、上肢装具の利用（BFO、ポータブルスプリングバランサーなど）、軽い力で操作できる用具の工夫を考える。

⑩

キーボードの代替入力装置であるスクリーンキーボードで、マウスによる文字入力が可能である。マウス以外のポインティングデバイスでは、トラックボールやトラックパッド、またジョイスティックマウスが有効である。また、上記のポインティングデバイス操作が難しい場合は、シングルスイッチで操作可能なもの、ま

た視線入力でのマウスカーソル操作が可能なものがある。最近では音声認識技術によるスマートスピーカーが活用されている。

⑪

学校卒業後の成人期への移行が課題となっている。残存能力を効率よく活用できる用具の適合などで、作業環境調整を行い、就労など社会活動を支援する。

6 二分脊椎 (p.251)

①

腰椎（髄）・仙椎（髄）レベル

②

どちらも椎弓欠損部から腫瘍が膨隆する（顕在性二分脊椎である）点が共通。異なる点は、髄膜瘤では髄膜組織は腫瘍に入り込むが神経組織は脊柱管内にとどまり神経症状が少ないのに対し、脊髄髄膜瘤では神経組織の形成が不十分で髄膜組織とともに腫瘍に入り込み神経症状が出現する点である。

③

下肢の運動障害、下肢の知覚障害、膀胱直腸障害

④

肥厚した終糸や脂肪腫の存在により、児の成長とともに脊髄が引き伸ばされることにより、下肢の運動・知覚障害、膀胱直腸障害が生じる病態

⑤

キアリ奇形、水頭症

⑥

喘鳴、無呼吸発作、嚥下障害

⑦

V-Pシャントなどにより、脳室に貯留した脳脊髄液を腹腔に流し、体外に排出する。

⑧

股関節の機能に着目してつくられた分類で、第Ⅰ群（胸髄レベル）、第Ⅱ群（第1, 2腰髄レベル）、第Ⅲ群（第3, 4腰髄レベル）、第Ⅳ群（第5腰髄レベル）、第Ⅴ群（第1, 2仙髄レベル）、第Ⅵ群（第3仙髄レベル）の6群に分けられる。

⑨

二分脊椎児の運動障害は、脊髄の障害部位以下の神経支配である下肢の運動障害が主であるが、上肢機能にも「不器用」「動作に時間がかかる」などの問題がみられる場合があり、作業療法士としては要チェックである。

⑩

水頭症の合併により知能発達の遅れがみられることが多い。特に視覚認知の低下や、言語性知能に比べ動作性知能が低い傾向がある。

⑪

排尿困難により残尿や膀胱尿管逆流等を生じ、感染症や腎機能の低下につながり、生命維持をおびやかすため、排尿時に膀胱内圧を高めず残尿を生じないCICが必要となる。

⑫

服薬、摘便、坐薬、浣腸、洗腸など

⑬

排便のコントロールが意図的に行われず失禁をすることにより、周囲の人に不快な思いをもたれたり対人関係に支障がでたりする可能性がある。

⑭

運動機能や認知機能に問題がある児に対し、排泄動作に必要な移乗動作、下衣・パンツまたはおむつの着脱、座位保持、CICや洗腸器具の操作に必要な上肢機能、排泄動作の一連の手順の理解について、評価を実施し動作の工夫・環境調整を指導することができる。

⑮

下肢機能、体幹機能、上肢機能、認知機能、ADL・学習動作

7 分娩麻痺 (p.263)

①

分娩時における腕神経叢の牽引により生じる。頭位分娩では巨大児のように頭囲より肩幅が大きくなるなどで肩が産道から出にくい場合や、骨盤位分娩では頭部が産道から抜きにくい場合に、頭や肩を牽引することにより腕神経叢が引っ張られ損傷される。

②

上位型C5・C6（C7）、下位型（C7）C8・Th1、全型C5～C8・Th1

③

肩内旋・伸展、肘伸展、前腕回内、手掌屈の構えをとりやすく、「waiter's tip position」とよばれる。

④

生後1歳6カ月ごろまで

⑤

神経が一度損傷し、その後再生する過程において、本来の支配筋以外の筋に神経線維が迷入し再支配することで、健常ではみられないような複数筋の同時収縮が起こる。

⑥

拘縮・脱臼、上肢の発育の阻害

⑦

神経修復術（神経移植術・神経移行術）、機能再建術（筋腱移行術、腱切離術、骨切り術）など

⑧

cock-up splint, short opponens splintなど

⑨

正常発達を考慮した評価・治療が必要，考慮すべき要素が多いため上肢の機能評価が難しい，成長に伴いADLの発達も促していく，手術が年齢により選択される

⑩

関節可動域，筋力，上肢機能（リーチ，手指微細運動），形態，脱臼の有無

⑪

基本的には上腕神経叢の損傷であるので，知能は正常である。知能検査は必要ない。⑫
健側上肢でほとんどの動作ができ，患側上肢の使用がおろそかになるため，日常生活における両手動作のなかで患側上肢の使用を促すことが大切である。

⑬

両手動作が必要な活動（書字や読書の際のノート・本の押さえ，はさみ・ものさしの使用，体育における縄跳び・鉄棒・跳び箱・マット運動，音楽における楽器演奏など）に困難がみられることがある。

⑭

小学校高学年から中学校，青年前期に悩むことが多く，悩みには「不自由，動作が遅い」「左右の上肢長差」などがある。

⑮

出産直後から小・中学校にかけて悩むことが多く，悩みには，小学校に入学するまでは「健常児との比較」，入学後は「授業での課題遂行」や「周囲（教師など）の子どもに対する理解や協力」について悩みをもつ。

8 薬の基礎知識 (p.271)

①

主作用は治療目的にあった作用，副作用は治療にとって不都合な作用のこと

②

薬の代謝を行う。脂溶性の高い薬物を水溶性に変え，排泄されやすいようにする。

③

薬物の作用が一番現れやすいのは，静脈内注射であり，次に筋肉内注射。その他に，経口薬より舌下錠や坐薬，貼付剤，吸入薬などのほうが作用は現れやすい。

④

特徴は肝臓で分解されずに体循環に入ること。小児で内服が難しい場合，消化器症状が強く出る薬物の場合などに使用される。

⑤

体表面積，年齢，体重

⑥

血漿タンパク質（アルブミン，グロブリン）

⑦

75～150mg/日では血小板凝集抑制作用，1.5g/日では解熱，鎮痛作用，1～4.5g/日では炎症抑制作用がある。

⑧

納豆や青汁などビタミンKを多く含む食品

⑨

全般発作の一つで短時間の意識消失発作と動作の停止が生じる。痙攣は伴わない。

⑩

眠気，企図振戦，失調歩行，眼振，複視，反射亢進，自発性低下，催奇性，呼吸抑制

9 医療的ケア児とその家族 (p.277)

①

医学の進歩を背景として，NICU等に長期入院した後，引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し，たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児のこと

②

医療的ケア児とその家族への理解，地域資源の
情報収集と家族への情報提供，孤立防止のため
の当事者家族間のつながりをつくること