

## □実践報告

# 脳卒中患者へのクライアント中心の 作業療法の効果

## 一回復期リハビリテーション病棟における予備的研究—

中越 雄也\*<sup>1</sup> 藤原賢次郎\*<sup>1</sup> 中川 実\*<sup>1</sup> 吉川ひろみ\*<sup>2</sup>

**要旨：**本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟の脳卒中患者7名を対象に、作業療法介入プロセスモデルを基にしたクライアント中心の作業療法を実施した前後で、ADL、作業遂行、身体機能、退院への不安を測定し、その効果を検証することである。その結果、介入後、すべての成果指標において、有意な改善が認められた ( $p < 0.05$ )。介入前後の差である利得の平均は、FIMが42.1点であり、先行研究よりも高かった。しかし、対象者の数が少なく、対照群がないため、結果を一般化することはできない。今後、エビデンスの高い研究手法の使用や対象者の数を増やすことによって、結果の一般化を試みる必要がある。

作業療法 35:311~318, 2016

**Key Words：**介入研究、回復期リハビリテーション病棟、クライアント中心、作業、脳卒中

### はじめに

2010年に世界作業療法士連盟 (World Federation of Occupational Therapists; 以下, WFOT) は、作業療法の定義を、「作業療法はクライアント (以下, CL) 中心の保健専門職で、作業を通して健康と安寧を促進する。作業療法

2015年6月16日受付, 2016年1月18日受理  
The effects of client-centered occupational therapy on stroke patients: A preliminary study in a convalescent rehabilitation ward

\*<sup>1</sup> 興生総合病院

Yuya Nakagoshi, OTR, Kenjiro Fujiwara, MD, Minoru Nakagawa, MD: Kousei General Hospital

\*<sup>2</sup> 県立広島大学作業療法学科

Hiroshi Yoshikawa, OTR: Department of Occupational Therapy, Prefectural University of Hiroshima

責任著者：中越雄也 (e-mail: otgoshi@yahoo.co.jp)

の目的は、日々の生活の活動へ参加できるようになることである」と改定し<sup>1)</sup>、CL中心や作業へ関わることを強調している。CLや作業を中心にした作業療法理論には、人間作業モデルや作業の遂行と結びつきのカナダモデルなどが提案されている<sup>2)</sup>。その中でも、Fisherは作業療法介入プロセスモデル (Occupational Therapy Intervention Process Model; 以下, OTIPM) を真のトップダウンアプローチとして推奨している<sup>3,4)</sup>。だが、効果検証をした研究は少ない<sup>5)</sup>。

そこで本研究では、脳卒中入院患者を対象にOTIPMを基にしたCL中心の実践の効果を、ADLや主観的および客観的作業遂行、身体機能、退院への不安を指標として検証することを目的とした。

## 方 法

### 1. 対象者

本研究デザインは、単一コホート介入前後研究とした。対象者は、38床の回復期リハビリテーション病棟へ2013年2～8月に入棟した患者のうち、在宅生活をしてきた初発の脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）患者とした。再発や転倒での骨折による退棟者や、Glasgow Coma ScaleにおいてE3点、V3点、M5点以下のいずれかに該当した意識障害がある者は除外した。

倫理的配慮として、選定条件を満たす対象者へ説明文書を用いて口頭で説明し、文書で同意を得た。また、研究への参加は、いつでも辞退して通常の介入へ戻すことができるとした。本研究は、県立広島大学三原キャンパス研究倫理委員会（承認番号第12MH026号）と興生総合病院の倫理審査委員会（承認日2013年1月15日）の承認を得て実施した。

### 2. OTIPMを基にしたCL中心の実践

介入は、回復期リハビリテーション病棟所属の作業療法士6名のうち、第一筆者を含む3名の作業療法士が行い、経験年数は、2～6年目であった。また、第一筆者以外の作業療法士は、介入方法の指導後に研究へ参加したため、7月からのデータ収集となった。

介入方法は、Fisherが提唱するOTIPMを基にしてCL中心の実践を行った。OTIPMは、COPMなどを用いてCLから作業を聞き、その作業をAMPSで観察・遂行分析を行い、原因解釈を課題・個人因子・心身機能・環境の側面から実施した上で、作業を用いて介入するトップダウンアプローチである。他のトップダウンアプローチと呼ばれるモデルの多くは、作業を聞いても観察を行わずに心身機能評価をすることが多く、トップからボトムアップするアプローチであるとFisherは定義している<sup>3,4)</sup>。なお、本研究の介入プロセスは、評価と目標設定、作業を通しての介入、再評価の3段階とした。

### 1) 評価と目標設定の段階

作業療法開始時に面接を行い、CL中心の作業療法の説明と作業遂行の評価を実施した。作業療法の説明では、CLが望んでいる生活ができるよう支援することや、作業をすることがリハビリテーションとなることを伝えた。作業遂行の主観的評価としてカナダ作業遂行測定（以下、COPM）を、患者あるいは家族に実施した<sup>6)</sup>。COPMでは、「したいこと」や「する必要があること」などの質問に加え、CLの生活を知ることに関心を持って質問で作業ニーズを明確化した。CL中心の目標は、COPMで明らかになった作業に基づいて、CLと作業療法士が話し合っただけで決定した。次に、作業遂行分析として運動とプロセス技能評価（以下、AMPS）を実施した<sup>7)</sup>。AMPSでは、CLの作業遂行を観察し、35項目の運動技能とプロセス技能を基に、問題と利点を明らかにした。AMPS後、必要に応じて追加の評価を行い、原因の解釈を行った。

### 2) 作業を通しての介入の段階

介入段階では、CLあるいは家族と対話しながら関心のある作業を通して実施した。対象者の状態に応じて、適応作業、習得作業、回復作業の3つを主に使用した。

適応作業は、作業を獲得するために、やり方の工夫、自助具や援助機器、物理的・社会的環境を調整することで、CLの問題を代償する方法を練習した。習得作業は、CLが作業を行うために必要な作業技能を、再習得、発達、維持するための練習を行った（作業技能は、AMPSにおいて観察される35項目の運動・プロセス技能を指す）。回復作業は、習慣や日課などの個人因子や、失われた心身機能の回復、発達、維持するための練習を段階づけなど用いて行った。これらの作業のタイプは、1つの作業に複数含まれることがあった。

### 3) 再評価の段階

問題の1つが解決するなど必要性が生じた時に、COPMとAMPSを用いて作業遂行と満足度の再評価を行った。回復作業を用いた場合は、心身機能評価を併せて行った。再評価後は、第

1段階の作業遂行上の問題と利点を明らかにする作業遂行分析や目標設定へ適時戻って、介入プロセスを繰り返した。

### 3. 成果指標

介入前後に、ADL、作業遂行、身体機能、退院への不安度を評価した。各対象者への研究期間を入棟後から退棟前として、入棟後1週間以内を介入前評価、退棟1週間前を介入後評価とした。認知症などによって意思決定が困難な対象者は、近親者をCLとしてCOPMや退院への不安度のデータを収集した。

#### 1) ADL

本研究では、ADLを評価するために、FIMを使用した。

FIMは、運動に関する13項目（食事、整容、清拭、上衣の更衣、下衣の更衣、トイレ動作、排尿管理、排便管理、ベッド・椅子・車椅子への移乗、トイレへの移乗、入浴時の移乗、移動、階段）、認知に関する5項目（理解、表出、社会的交流、問題解決、記憶）の計18項目の自立度の評価である。各項目7点で採点され、合計18～126点となる<sup>8)</sup>。FIMは、作業療法士と理学療法士が共同で作成した診療録を採用した。

#### 2) 作業遂行

本研究では、作業遂行を評価するために、主観的と客観的の2つの側面から評価した。

主観的作業遂行の評価には、COPMを使用し、作業療法士が評価した。COPMは、したいこと、する必要があること、期待されていることといった作業を、作業療法士がCLに聞く半構成的インタビューである。評価は、10段階で重要度を聞き、優先順位を確認し、作業の問題を5つ以内に絞る。各作業の問題の遂行度、満足度を10段階で評価し、2点以上の変化があれば、臨床上意味のある変化とされる。再テストの信頼性、妥当性が報告されている<sup>6)</sup>。

客観的作業遂行の評価には、AMPSを使用し、第一筆者が評価した。AMPSは、CLが作業を、どの程度努力せずに、効率良く、安全に、自立して行っているかを、作業療法士が観察により評価するものである。はじめに116課題の中

からCLに馴染みがあり、適度な難易度の課題を最低2つ選択し、CLがその課題を行うところを観察する。次に、観察結果に基づいて運動技能とプロセス技能の35項目を1（非常に問題あり）～4（問題なし）の4段階で採点する。採点結果は、寛厳度（評価者の採点の厳しさ）が組み込まれたコンピューターソフトへ入力し、運動技能とプロセス技能の能力測定値が間隔尺度となってロジットで算出される。2つの能力測定値の間に0.3ロジット以上の変化があれば、臨床上意味のある変化とされる。また、Fisherらが示すAMPS測定値別標準誤差の表と照らし合わせることで統計的に意味のある変化が判断できる<sup>7)</sup>。

#### 3) 身体機能

本研究では、身体機能を評価するために、脳卒中運動機能障害重症度スケール（Japan Stroke Scale (Motor function)；以下、JSS-M）を使用した。JSS-Mは、日本脳卒中学会Stroke Scale委員会が開発し、運動機能障害の重症度を比例尺度にした評価法である。評価項目は、顔面麻痺、嚥下障害、腕、手、下肢近位筋、足関節、複合運動、歩行の8項目からなる。重みづけがされたスコアは、-0.26～31.29の間の値となり、値が高いほど運動機能障害が重症であることを示す<sup>9)</sup>。JSS-Mは、作業療法士と理学療法士へ評価項目を質問して第一筆者が評価を行った。

#### 4) 退院への不安度の評価指標

退院への不安の有無や理由を、CLに聞いた。退院への不安度は、7を「とても不安に感じる」とし、1を「まったく不安に感じない」と設定した7段階のリッカートスケールを用いて作業療法士がCLから回答を得た。

### 4. データ分析

FIM、COPM、AMPS、JSS-M、退院への不安に関する7段階のリッカートスケールは、介入前後で比較した。統計手法は、AMPS、JSS-Mの分析のためには対応のあるt検定を用いた。FIM、COPM、退院への不安に関する7段階のリッカートスケールの分析のために

表1 対象者の性質

対象者	性別	年齢	主病名	入棟前日数	在棟日数	1日の介入単位数	
						作業療法	リハビリテーション全体
A	男性	59	くも膜下出血	59	28	3.25	6.39
B	女性	55	左脳梗塞	29	113	3.03	8.58
C	男性	95	左脳梗塞	39	100	3.15	5.68
D	男性	61	右脳出血	24	134	3.26	7.94
E	男性	92	左脳梗塞	46	117	3.06	8.38
F	男性	77	右脳梗塞	20	74	3.04	8.35
G	男性	46	左脳出血	36	105	2.98	8.51
平均				36.1	95.9	3.11	7.69
標準偏差				13.5	35.1	0.11	1.17

は、Wilcoxonの符号付順位和検定を用いた。統計ソフトには、SPSS 20.0 for Windowsを用いて、有意水準は危険率5%未満とした。また、FIMは平均とその介入前後差（以下、利得）を算出し、先行研究との比較を行った。

## 結 果

### 1. 対象者の性質

7ヵ月の研究期間中に回復期リハビリテーション病棟に入棟した初発脳卒中患者数は、35名であった。その中で、本研究の介入を実施する作業療法士が担当した患者数は、11名であった。11名中4名が除外（再発2名、研究辞退1名、意識障害1名）となり、研究対象者は7名となった。

対象者の性質は、表1に示す通り、男性6名、女性1名、年齢は、46～95歳であった。発症から回復期リハビリテーション病棟入棟までの平均日数と標準偏差（最小～最大）は、 $36.1 \pm 13.5$ 日（24～59日）であり、回復期リハビリテーション病棟での在棟平均日数と標準偏差（最小～最大）は、 $95.9 \pm 35.1$ 日（28～134日）であった。1日の介入単位数の平均と標準偏差は、作業療法が $3.11 \pm 0.11$ 単位であり、リハビリテーション全体では $7.69 \pm 1.17$ 単位であった。COPMと退院の不安度について、対象者7名中6名には、本人への面接から回答を得たが、対象者Cは家族をCLとして回答を得た。また、対象者Cは施設への退院と

なったが、他の6名は自宅へ退院した。

### 2. OTIPMによるCL中心の実践の効果

介入後は、表2のように全項目が介入前よりも有意に改善した。FIMの中央値（最小値～最大値）は、介入前52（25～66）点、介入後99（69～116）点であり、Wilcoxonの符号付順位和検定の結果、有意に向上していた（ $p=0.018$ ）。また、FIMの平均と標準偏差は、介入前 $53.1 \pm 14.6$ 、介入後 $95.3 \pm 19.2$ 点であり、利得は42.1点であった。COPMにおける遂行度の中央値（最小値～最大値）は、介入前2.9（1.7～4.8）点、介入後6.3（5.3～8.3）点であり、Wilcoxonの符号付順位和検定の結果、介入後に有意に向上していた（ $p=0.018$ ）。満足度の中央値（最小値～最大値）は、介入前2.3（1.6～3.4）点、介入後6.3（3.0～8.7）点であり、Wilcoxonの符号付順位和検定の結果、介入後に有意に向上していた（ $p=0.018$ ）。また、介入前後で遂行度平均2.5点、満足度平均2.9点の向上を認めた。AMPSにおける運動技能の平均と標準偏差は、介入前 $-0.09 \pm 1.03$ ロジット、介入後 $1.15 \pm 0.57$ ロジットであり、対応のあるt検定の結果、介入後に有意に向上していた（ $p=0.005$ ）。プロセス技能の平均と標準偏差は、介入前 $-0.09 \pm 0.94$ ロジット、介入後 $0.86 \pm 0.46$ ロジットであり、対応のあるt検定の結果、介入後に有意に向上していた（ $p=0.020$ ）。JSS-Mの平均と標準偏差は、介

表2 介入前後の評価結果

成果指標		介入前	介入後	p 値
FIM	Me (Min~Max)	52 (25~66)	99 (69~116)	0.018*
COPM 遂行度	Me (Min~Max)	2.9 (1.7~4.8)	6.3 (5.3~8.3)	0.018*
COPM 満足度	Me (Min~Max)	2.3 (1.6~3.4)	6.3 (3.0~8.7)	0.018*
AMPS 運動技能	M±SD	-0.09±1.03	1.15±0.57	0.005**
AMPS プロセス技能	M±SD	-0.09±0.94	0.86±0.46	0.020*
JSS-M	M±SD	14.87±7.88	10.79±9.19	0.018*
退院への不安度	Me (Min~Max)	7 (5~7)	3 (1~4)	0.018*

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

FIM: Functional Independence Measure, COPM: カナダ作業遂行測定, AMPS: 運動とプロセス技能評価, JSS-M: 脳卒中運動機能障害重症度スケール, Me: 中央値, Min: 最小値, Max: 最大値, M: 平均, SD: 標準偏差 (順序尺度には Me, Min, Max を使用し, 間隔尺度と比較尺度には M と SD を使用)

入前 14.87±7.88, 介入後 10.79±9.19 であり, 対応のある t 検定の結果, 介入後に有意に改善した ( $p = 0.018$ ). 退院への不安度の中央値 (最小値~最大値) は, 介入前 7 (5~7) 点で「とても不安に感じる」が多かった. 介入後は 3 (1~4) 点であり, Wilcoxon の符号付順位和検定の結果, 介入後に有意に改善 ( $p = 0.018$ ) し, 「不安に感じない」が増えた.

### 3. 本研究での介入例

対象者 G を例として介入内容を紹介する.

対象者 G は, 運動麻痺が生じた利き手を使えないと仕事復帰が難しいと考えていた. そこで, 教育的関わりとして作業をすることが利き手の改善を助けることを教え, 入院生活で取り組む作業を本人と考えた. 結果, 本人から「右手で食事をする」, 「字を書く」, 「料理をする」, 「掃除をする」, 病前に好んでいた「歴史のテレビゲームをする」という作業が挙げられた. これらの作業を観察した上で, 利き手を作業に参加させるやり方を本人と考え (適応作業), 繰り返し練習した (習得作業). 料理と掃除は, 作業療法士と一緒に練習を行ったが, 食事や字を書く, テレビゲームに関しては, 作業療法以外の空き時間に行えるよう物理的環境を調整した (適応作業). 利き手の随意運動向上にむけて各作業を作業療法時間内外で行った結果, 測定困難だった握力が 69 日間で 14 kg まで向上した

(回復作業).

## 考 察

### 1. ADL への OTIPM による実践の効果

本研究による FIM 利得は, 42.1 点であり, これを先行研究との比較で考察する. 回復期リハビリテーション病棟協会の 2012 年の調査では, 全国の高次脳機能障害がない脳卒中患者の平均は, 年齢 73.1 歳, 入棟までの期間 33.7 日, 在棟期間 81.3 日, 1 日の介入時間 6.25 単位, 介入前 FIM 71.7 点, 介入後 FIM 88.6 点であった. また, 高次脳機能障害を有する脳卒中患者の平均は, 年齢 71.3 歳, 入棟までの期間 40.0 日, 在棟期間 111.4 日, 1 日の介入時間 6.55 単位, 介入前 FIM 57.6 点, 介入後 FIM 77.2 点であった<sup>10)</sup>. 全国の FIM 利得平均は, 高次脳機能障害がない脳卒中患者において 16.8 点, 高次脳機能障害を有する脳卒中患者において 19.6 点であり, 本研究の FIM 利得の方が高かった.

先行研究との比較において, 選定基準の違いなどで単純に比較することはできないが, 本研究の方が FIM の利得が高く, OTIPM を用いた実践には ADL を大きく改善させる可能性が示唆された. これは, CL 中心の作業療法の効果に関する報告と同様であった<sup>11)</sup>.

## 2. 作業遂行への OTIPM による実践の効果

本研究による主観的作業遂行は、COPM において介入前後で遂行度平均 2.5 点、満足度平均 2.9 点の向上を認めた。Law らは、COPM の遂行度・満足度ともに 2 点以上あれば臨床上有意味のある向上であると述べている<sup>6)</sup>。客観的作業遂行の指標に用いた AMPS では、介入前後で運動技能が平均 1.24 ロジット、プロセス技能が平均 0.95 ロジット向上していた。Fisher らが示す AMPS 測定値別標準誤差の表によると、本研究の結果の場合は AMPS の運動技能が 0.53 ロジット以上、プロセス技能が 0.40 ロジット以上向上したなら統計的に意味のある向上を示していた<sup>7)</sup>。つまり、本研究における OTIPM を用いた CL 中心の実践によって、主観的作業遂行は臨床上有意味のある向上を認め、客観的作業遂行は統計的に意味のある向上を認めたといえる。

## 3. 病院での CL 中心の実践と課題

病院における CL 中心の実践への障壁として、ベッド中心の生活で社会から隔離されやすい病院環境の問題や、痛みや障害、感情による作業への消極的な認識、心身機能への関心や改善への期待といった CL 側の問題を報告している先行研究は多い<sup>12-14)</sup>。本研究においても、入院生活によって関われない作業や、転倒への不安による作業への参加困難、身体機能への関心を示した CL を認めた。だが、代償方法を用いれば作業を再獲得できるという知識や、作業を行うことが心身機能の改善に繋がるという知識を教える対応によって、作業を通した介入を継続できた。病院は、在宅と違って作業に結びつき難い環境であり、疾病の影響を受けやすい。そのため、CL 中心の実践を行うには作業の知識を提供する教育的な関わりが重要と考える。

## 4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、対象者数が 7 名と少なく対照群がないため、結果を一般化することができない。本研究の FIM の平均利得は、先行研究に比べて高かったが、介入前の FIM 点数が低い対象

者が多かったことや、対象者選定の除外基準の違いなどがバイアスになったかもしれない。今後、エビデンスレベルを高めるためには、ランダム化された対照群を設ける必要がある。Fisher らは、ランダム化比較試験よりも、被験者内反復測定デザインの方が、倫理的な問題が少なく、臨床研究において現実的であると述べている<sup>5)</sup>。しかし病院では、自然回復の影響を受けやすいことや、未介入期間を設定することが難しいという問題がある。よって、作業を基盤とした介入期間と、心身機能訓練を基盤とした介入期間とのクロスオーバーデザインを用いた研究が好ましいと考える。この場合、両群間の比較だけでなく、先に作業を基盤とした介入群と、先に心身機能訓練を基盤とした介入群を設けて比較することで、持ち越し効果についても明らかにできるかもしれない。

## ま と め

本研究は、病院での OTIPM を用いた CL 中心の実践の効果を単一コホート介入前後研究で検証した。成果指標は、FIM、COPM、AMPS、JSS-M、退院の不安度で測定した。すべての成果指標において介入後に有意な向上を認め、FIM は先行研究よりも本研究の方が向上していた。よって、OTIPM を用いた CL 中心の実践には ADL や作業遂行を改善させる可能性が示唆された。今後、エビデンスレベルの高い研究手法の使用や、対象者数を増やすことによって結果の一般化を試みる必要がある。

謝辞：この研究に協力してくださった対象者の方々とそのご家族、社会医療法人里仁会興生総合病院のスタッフの方々に心から感謝いたします。また、本研究を進めるにあたり、ご指導を頂いた県立広島大学の教員の方々に深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) World Federation of Occupational Therapists: Definition of occupational therapy. (online), available from <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>,

- (accessed 2015-08-29).
- 2) Townsed E. Polatajko H (吉川ひろみ, 吉野英子・監訳): 続・作業療法の視点—作業を通しての健康と公正—. 大学教育出版, 岡山, 2011.
  - 3) Fisher AG: Occupational therapy intervention process model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions. Three Star Press, Fort Collins, 2009.
  - 4) Fisher AG (齋藤さわ子, 吉川ひろみ・監訳): 作業療法介入プロセスモデル—トップダウンのクライアント中心の作業を基盤とした介入の計画と実行のためのモデル—. 日本 AMPS 研究会, 鹿児島, 2014.
  - 5) Fisher AG. Atler K. Potts A: Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. *Scand J Occup Ther* 14: 240-249, 2007.
  - 6) Law M. Baptiste S. Carswell A. McColl MA. Polatajko H. et al (吉川ひろみ・訳): COPM—カナダ作業遂行測定—. 第4版, 大学教育出版, 岡山, 2006.
  - 7) Fisher AG. Jones KB: Development, standardization, and administration manual. Assessment of Motor and Process Skills (Vol 1), 7th edition, Three Star Press, Fort Collins, 2010.
  - 8) 水野勝広, 大田哲生: FIM, Barthel Index. *臨床リハ* 14: 174-179, 2005.
  - 9) 日本脳卒中学会 Stroke Scale 委員会: 日本脳卒中学会・脳卒中運動機能障害重症度スケール. *脳卒中* 21: 353-356, 1999.
  - 10) 回復期リハビリテーション病棟協会: 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. 回復期リハビリテーション病棟協会, 東京, 2013.
  - 11) Kristensen HK. Persson D. Nygren C. Boll M. Matzen P: Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scand J Occup Ther* 18: 11-25, 2011.
  - 12) Eyres L. Unsworth AC: Occupational therapy in acute hospitals: The effectiveness of a pilot program to maintain occupational performance in older clients. *Australian Occupational Therapy Journal* 52: 218-224, 2005.
  - 13) Bynon S. Wilding C. Eyres L: An innovative occupation-focussed service to minimise deconditioning in hospital: Challenges and solutions. *Australian Occupational Therapy Journal* 54: 225-227, 2007.
  - 14) 梅崎敦子, 吉川ひろみ: 作業に焦点を当てた実践への動機および条件と障壁. *作業療法* 27: 380-393, 2008.

The effects of client-centered occupational therapy on stroke patients:  
A preliminary study in a convalescent rehabilitation ward

Yuya Nakagoshi\*<sup>1</sup> Kenjiro Fujiwara\*<sup>1</sup> Minoru Nakagawa\*<sup>1</sup> Hiromi Yoshikawa\*<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup> Kousei General Hospital

\*<sup>2</sup> Department of Occupational Therapy, Prefectural University of Hiroshima

The purpose of this study was to evaluate the effects of client-centered occupational therapy based on an Occupational Therapy Intervention Process Model at a convalescent rehabilitation ward. Seven stroke patients participated in the study, which was based on a before-after design. The outcome evaluated activities of daily living, occupational performance, body function and anxiety to leave the hospital. As a result, all evaluations have improved significantly after intervention ( $p < 0.05$ ). The change after intervention of activities of daily living (average change in Functional Independence Measure: 42.1) was higher than previous research. However, because this study had few subjects and there was no control group, the results are not generalizable. Future studies will show the need to generalize results by using the study design with convincing evidence and more subjects.

Key words: Intervention study, Convalescent rehabilitation ward, Client-centered, Occupation, Stroke