

一般社団法人 日本作業療法士協会 事例報告登録制度

# 登録事例に基づく作業療法の成果効果

## 報 告 書

2012 年 9 月

日本作業療法士協会 学術部



## はじめに

一般社団法人日本作業療法士協会（以下、協会）は2005年9月より事例報告登録制度を開始した。本制度は作業療法成果検討委員会の答申を受け、協会が作業療法の成果を示す手段の一つとして開始したもので、①事例報告の作成によって会員の作業療法実践の質的向上を図る、②事例報告の分析によって作業療法成果の根拠資料を作成する、③事例報告の提示によって作業療法実践の成果を内外に示していくことを目的としている。

制度が運用されて約7年が経過し、審査を通過しデータベースに登録された事例数は782事例となった（2012年9月現在）。5万人を超えた会員数からすると1.5%程度の数であるが、生涯教育プログラムにおける認定作業療法士の取得要件としても活用されており、作業療法の質の充実を図るために、その必要性が徐々に浸透してきている。

本報告書では、2008年度より開始した事例報告の成果効果について分析し、日本作業療法士協会が制定した5・5計画における重点項目に関する分析を中心に、現在の事例報告登録制度の成果と今後の課題について報告する。

平成24年9月  
学術部 学術委員会  
事例班 班長 内藤泰男

# 目次

はじめに.....	i
-----------	---

## 目次

第1章 事例報告登録制度創設の経緯.....	4
第2章 事例報告登録制度の概要.....	2
第3章 登録事例からみた作業療法の対象者とサービスの特徴.....	4
1, 登録事例件数の推移.....	4
2, 事例報告の対象者の属性.....	4
1) 領域と年齢.....	4
2) 発症からの期間と回復状態.....	5
3) 対象者の主疾患.....	7
4) 実施施設.....	8
3, 実践内容の傾向.....	8
1) 直接関与した専門職.....	8
2) 事例の標的問題と基本方針.....	9
3) 介入形態と手段.....	10
4) 評価指標.....	11
第4章 成果効果の抽出.....	12
1. 抽出方法.....	12
2 抽出結果.....	19
第5章 55計画の重点項目に関する分析.....	21
1. 分析方法.....	21
2 各テーマ別の分析結果.....	23
1) 終末期における作業療法.....	23
2) 介護老人保健施設・介護療養型老人保健施設等の高齢者施設入所者における作業療法.....	26
3) 介護老人福祉施設（特養）における作業療法.....	30
4) 通所型リハビリテーションにおける作業療法.....	32
5) 精神科急性期作業療法・早期退院への取り組み.....	37

6) 精神科訪問作業療法.....	40
7) 認知症に対する作業療法.....	43
8) 就労・自立生活支援における作業療法.....	48
第6章 事例報告登録制度の今後の課題.....	52
1, 事例報告の作成によって会員の作業療法実践の質的向上を図る.....	52
2, 事例報告の分析によって作業療法成果の根拠資料を作成する.....	52
3, 事例報告の提示によって作業療法実践の成果を内外に示す.....	53
第7章 .終わりに.....	54

## 第1章 事例報告登録制度創設の経緯

日本作業療法士協会（以下、協会とする）における事例報告登録制度（以下、本制度とする）の創設は2001年に協会内の一部門として作業療法成果検討委員会を設置したことから始まる。これは1990年代後半からわが国でも医学を中心に「根拠に基づいた医療（Evidence-based Medicine: EBM）」の考え方が広まりはじめ、他の医療職種においてもそれぞれの職種の専門性をアピールすることを求められる状況になって来たことが背景にある。作業療法は介入の方法に特徴があり、日常のごくありふれた人の作業（生活行為）を用いるため、一見すると医療技術ではないかのように誤解されやすい。また、対象者の興味や能力に合わせた介入方法を選択するため、同条件での再現性や結果の現れ方も統一しないこともある。これらのことから、作業療法は医療技術として適切ではないのではないかという疑問が持たれ、それに対して内外に答えを出していく必要があると判断したためであった。また、前年の2000年には日本で初めて介護保険制度が創設され、医療と介護という概念が形成されたこともあり、作業療法のフィールドとして医療にも介護にも適切な役割を持っているということアピールする必要もあった。そのため、協会は成果検討委員会を設置し作業療法の成果根拠を示す枠組みを作ったのである。

2003年に成果検討委員会から検討結果の答申が出された。その内容は二つあり、①事例報告を蓄積すること、②目的を明確にしたプロジェクト研究を行うこと、であった。この二つは現在学術部の事業である本制度と、プロジェクト研究補助金制度（現、課題研究助成制度）として継続して運営されている。

2004年には本制度を運営するための体制として、学術部に事例集積委員会と事例審査委員会の二つの委員会を設けた。事例集積委員会では事例登録のためのシステム構築について検討し、事例審査委員会では文字通り事例審査のためのシステム作りを行った。

そして、同年からモニター会員によるトライアルを実施して運営面での調整を行い、翌2005年9月より本制度をスタートさせた。

（吉川法正）

## 第2章 事例報告登録制度の概要

日本作業療法士協会は、2005年9月1日より本制度を開始した。この目的は、①事例報告の作成によって会員の作業療法実践の質的向上を図り、②事例報告の分析によって作業療法成果の根拠資料を作成し、③事例報告の提示によって作業療法実践の成果を内外に示していくこととされている。

事例報告の審査は、1件につき3名の審査員が担当し厳正な審査を行っている。審査基準は匿名性の確保を前提として、①報告の目的、②標的問題、③評価の指標、④理由付けや根拠、作業療法士の意図、⑤作業療法の実実施計画、⑥介入による評価指標の変化が明確に記述されているか、⑦作業療法の介入が対象者の生活に与えた影響や意味が記述されているか、という7項目が定められている。合格基準は匿名性の確保および7項目中5項目が十分に記述されていることが条件となっている。

すなわち、研究論文のように治療効果の検証や新たな知見の論理的考察を求めているわけではなく、作業療法実践のリーズニングと臨床的な成果が十分に記述されているか否かが審査の基準となっている。事例登録は生涯教育制度の一部に位置づけられていることから、比較的経験の浅い作業療法士による報告も多く、実践の充実度と記述の熟練度にはかなりのばらつきがあることは否めない。また、事例の入力においては一定のフォームが決められているため、領域や実践内容によっては記述の形式に違和感を覚える報告もあるかもしれない。これらの制約や限界のなかで集約された事例報告であることを予め理解した上で活用すべきである。

本制度は協会員であれば誰でも参加ができる。事例報告の登録を義務づけるルールはないが、生涯教育制度のなかで認定作業療法士の申請要件に事例登録が定められている。認定作業療法士の申請を行おうとする会員は、当初3事例の登録が要件であった。平成22年度に申請要件の変更があり、事例登録については、現在、最低1事例が申請要件となっている。

平成22年5月より事例登録の手続が一部変更されている。一つは同意手続きにかかわる変更である。これまでは施設が事例情報を提出するという観点から「施設長」の同意を必須としていたが、施設長に代わる代表者として「部門の責任者」による同意を認めることとした。この場合「部門の責任者」とは「登録者が事例報告登録制度に参加し事例登録することについて同意する立場にある当該施設・サービス提供部門の代表者」をいう。もう一つの変更は、登録者が希望（選択）すれば登録者の氏名と所属施設を公開可能としたことである。これらはいずれも登録者の利便性に配慮した変更であり、前者によって同意手続きの煩雑さを緩和し、後者によって登録者自身による業績公開を可能にした（詳細は協会ニュース340号17頁を参照）。これらの変更によって事例登録がよりいっそう促進されることが期待されている。

登録手続きの実際については，事例報告登録システムのトップページ  
<<https://www.jaot.net/jireinet/menu.php>>に掲載されている「事例報告登録マニュアル」  
(PDF ファイル)より随時参照可能である。

(吉川法正，小林法一)



### 第3章 登録事例からみた作業療法の対象者とサービスの特徴

事例報告登録システム(web)に寄せられた事例全体のうち、学術部事例審査委員会による審査を通過して最終的にデータベースに登録される事例の割合、つまり採択率はおよそ50%である。採択された事例であっても初回審査での採択は少なく、大半の事例は初回で不合格と判定されたあと、2～3回程度の修正と再審査を経て合格に至る。

採択率50%という事実ならびに会員数に占める登録件数がわずか1.5%という少なさは、データベースの内容が日本の作業療法全体の実践状況を十分に反映したものであるかという点において疑問を抱かせる。しかし、登録された事例はすべて実在した事実から構成されている。この点において登録事例の分析から得られる結果には、それなりの意味があり価値があると言える。

以上を踏まえた上で、まずは作業療法の対象者とサービスの特徴についての分析結果を報告する。

#### 1. 登録事例件数の推移

登録された事例は作業療法事例報告集として定期的に編集、発行されている。登録制度の開始された2005年9月1日から現在までに5巻の発行実績がある。基本的に発刊各期における全登録事例が綴じられているため、各巻の事例数をみることで登録事例件数の推移が確認できる。表1に示すとおり、Vol.3以降は年間150件程度で推移している。

#### 2. 事例報告の対象者の属性

##### 1) 領域と年齢

現時点(2012年8月)における登録事例782件の内訳は、身体障害が490件と大半を占め、次いで老年期障害の147件となっている。会員の領域別構成比からみると、精神障害領域の登録事例の少なさが目立つ。この傾向は毎年あまり変わっていない(表2)。

登録事例の領域の区別は申請者の判断によって行われる。このため改めて登録事例を見直すと、老年期障害で登録されていても身体障害に近い事例があるなどあいまいな点が見られる。

表1. 各巻の事例数

Vol.No(期間)	件数
Vol.1-2007(2005年9月1日～2007年3月31日)	76
Vol.2-2008(2007年4月1日～2008年3月31日)	71
Vol.3-2009(2008年4月1日～2009年3月31日)	153
Vol.4-2010(2009年4月1日～2010年3月31日)	130
Vol.5-2011(2010年4月1日～2011年3月31日)	153

事例報告に登場する対象者の年齢は、身体障害では50歳代以上の中高年が多く、精神障害は30～40歳代、発達障害は20歳未満、老年期障害は70歳代以上の事例が多い傾向にあった(表3)。全体としては小児から高齢者まですべての年代が作業療法の対象となっていることがわかる。

## 2) 発症からの期間と回復状態

対象者の発症から作業療法を開始するまでの期間は、身体障害領域において3カ月未満の占める割合が大きい(表4)。身体障害では発症直後から作業療法サービスが必要とされている実情が見て取れる。一方で1年以上経過してからの事例も多いことから、作業療法の長期的な支援もまた期待されていることがわかる。

精神障害と発達障害では、発症後1年以上を経過してから作業療法が開始された事例が多い。それぞれの領域の特徴が反映されているものと理解できる。なお、発症からの期間については入力されていない事例報告が少なからず散見される。これは加齢による老年期障害や廃用症候群のような原因疾患の定かでない事例や、長期経過等の理由により当該疾患の発症時期が明確でない事例が存在するためと思われる。

表2 事例報告登録件数(2005年9月～2012年8月)

事例件数	身体障害		精神障害		発達障害		老年期障害		計	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
	275	215	53	36	40	16	49	98	417	365

表3 対象者の年齢

年齢	身体障害	精神障害	発達障害	老年期障害	計
10歳未満	6	0	34	0	40
10～19歳	7	1	15	0	23
20～29歳	22	15	0	0	37
30～39歳	30	28	3	0	61
40～49歳	41	14	0	0	55
50～59歳	85	19	2	4	110
60～69歳	118	8	0	13	139
70～79歳	118	4	0	38	160
80歳以上	62	0	0	90	152
計	489	89	54	145	777(不明5)

表 4 発症からの期間

年齢	身体障害	精神障害	発達障害	老年期障害	計
3ヶ月未満	174	5	3	27	209
6ヶ月未満	42	1	3	15	61
1年以上	105	72	32	71	280
計	321	78	38	113	550

注) 発症からの期間が明記されていない232事例は集計から除外。

表 5 介入時の回復状態

年齢	身体障害	精神障害	発達障害	老年期障害	計
急性期	177	8	7	3	195
回復期	195	31	27	20	273
維持期	105	50	22	116	293
予防期	0	0	0	4	4
終末期	13	0	0	4	17
計	490	89	56	147	782

回復状態については、急性期、回復期、維持期に満遍なく登録事例があり、急性期から維持期まですき間なく支援できる作業療法の特徴が現れている（表5）。但し予防期と終末期の事例登録はまだ僅かである。

表 6 対象者の疾患名

疾患名	件数
1 脳血管障害	283
2 統合失調症	70
3 認知症	67
4 骨折	56
5 その他の運動器疾患	51
6 脊髄損傷	31
7 その他の中枢神経疾患	24

事例登録された対象者の主疾患について、件数の多い上位8つを表5に示した。件数としては脳血管障害が突出している。疾患の種類については表に示した疾患以外にも含めると、これまでに24種の疾患が主疾患として登録されている。ここでの集計は主疾患のみであるが、対象者のほとんどは高血圧や糖尿病、心疾患、腰痛、白内障、老人性難聴など複数の疾患を抱えている。

特に内部障害を合併する対象者はかなりの数に昇り、実際の現場では合併した内部障害も加味した作業療法サービスが提供されていることになる。しかしながら事例としてはほとんど報告されていない。この点は作業療法の成果効果を示す上で非常に残念である。報告者には、実際に行われている内部障害を加味した正確な作業療法サービスの記述を求めたい。

#### 4) 実施施設

報告事例が実施された施設別内訳上位10は、一般病床(一般病院)377件(48%)と最も多く、次いで精神科病院 83件(22%)、老人保健施設 77件(10%)の順であった(表7)。上位10以外にも老人デイサービスセンター(通所介護)や身体障害者療護施設、肢体不自由者更生施設などからの報告があり、施設の種類の多岐にわたる。直近では、訪問看護ステーションや特別支援学校、重症心身障害児施設などからの報告が急増している。

医療施設の認可別(上位6)では、脳血管疾患等リハビリテーション(1)による事例報告が284件(36%)と最も多く、次いで運動器リハビリテーション(1)107件(14%)が多かった(表8)。他には精神科デイ・ナイトケア、重度認知症患者デイケアなど、こちらも多岐に渡っている。

介護保険のサービス分類では、指定通所リハビリテーション79件や指定訪問リハビリテーション74件、指定介護療養型医療施設52件、指定介護老人保健施設51件などが上位を占めた(表9)。

表7 実施施設分類

	施設	件数
1	一般病床(一般病院)	377
2	精神科病院	83
3	老人保健施設	77
4	療養型病床群(一般病院)	61
5	特定機能病院	47
6	無床診療所	22
7	重症心身障害児施設	17
8	地域医療支援病院	12
9	特別支援学校(その他)	11
10	訪問看護ステーション	11

表8 医療施設の認可分類(重複あり)

	認可施設分類コード	件数
1	脳血管疾患等リハビリテーション料(1)	284
2	運動器リハビリテーション料(1)	107
3	精神科作業療法	49
4	脳血管疾患等リハビリテーション料(2)	37
5	回復期リハビリテーション病棟入院料	35

表9 介護保険のサービス分類

	指定サービス分類コード	件数
1	指定通所リハビリテーション	79
2	指定訪問リハビリテーション	74
3	指定介護療養型医療施設	52
4	指定介護老人保健施設	51
5	指定訪問看護	32
6	指定介護老人福祉施設	11

### 3. 実践内容の傾向

#### 1) 直接関与した専門職

事例のリハビリテーション支援に直接関与した職種には、医師、看護師、理学療法士、

言語聴覚士の医療専門職に加えて介護(292件)や福祉専門職(155件)などが挙げられている。チーム連携、多職種協働によるリハビリテーション実践が確実に行われていることがわかる(表10)。

## 2) 事例の標的問題と基本方針

登録事例の標的問題は、基本的能力、応用的能力、社会的能力、環境因子と多岐にわたっており、作業療法の守備範囲の広さを示している。なかでも基本的能力の運動(452件)、応用的能力の身近処理(291件)、社会的能力の個人的生活適応(377件)は対処すべき標的問題となりやすいものであった。個人的応用能力の件数が目立って多いのは作業療法のユニークさを名実ともに裏付ける結果といえる(表11)。

こうした標的問題に対する作業療法介入の基本方針として最も多かったのは順に「活動・参加の向上」(411件)と「心身機能(身体構造)」(400件)であった。これらのことは、作業療法士が対象者の課題遂行と生活活動(生活行為)への関与を重要視しているという本質の裏付けるものといえる(表12)。

実施形態は入院・入所が多い(表13)が、直近の傾向としては、通所や訪問の事例の伸びが著しく、今後も伸びると思われる。

表10 直接関与した専門職(複数選択)

	専門職	件数
1	医師	646
2	看護	481
3	介護	292
4	理学療法	259
5	言語聴覚	252
6	福祉	155
7	その他	64

表11 事例の標的問題(複数選択)

標的問題	件数
1. 基本的能力	

運動	452
認知・心理	280
感覚	140
心肺機能	26
<b>2. 応用的能力</b>	
身辺処理	291
上肢動作	255
知的・精神面	210
代償手段の適用	131
起居	145
<b>3. 社会的能力</b>	
個人的生活適応	377
社会的な生活適応	196
余暇生活面	123
教育的・職業的適応	82
<b>4. 環境因子</b>	
人的環境	284
物理的環境	239

表 12 介入の基本方針(複数選択)

方針	件数
1 活動, 参加の向上	411
2 心身機能(身体構造)	400
3 環境因子の調整(福祉用具, 人的支援, 住環境)	244
4 活動, 参加の経験を通して対象者に意味ある変化をもたらす	241
5 その他	7

表 13 作業療法の実施形態

実施形態	件数
1 入院・入所等	453
2 通院・通所等	174
3 入院・入所+通院・通所	85
4 訪問等	43
5 通院・通所+訪問	29
6 入院・入所+訪問	12

### 3) 介入形態と手段

介入形態はセラピストと対象者が1対1(個別)の場合と複数(集団)の場合がある。表14の通り、介入形態は個別が644件と最も多く、個別と集団を組み合わせたものが121件であった。集団を主に用いた介入形態の報告も22件あり、状況に応じて環境を使い分ける作業療法の特徴がうかがえる。

なお、作業療法の対象はある家族や施設、地域など「特定の集団」が対象となる場合もあるが、大抵は「特定の個人」である。したがって、たとえ介入形態が“集団”であっても、評価や

表 14 作業療法の介入形態(複数選択)

介入形態	件数
1 個別	644
2 個別・集団	121
3 集団	21

表 15 作業療法の介入手段(複数選択)

介入手段	件数
1 生活活動	463
2 身体運動活動	412
3 相談・指導・調整	241
4 手工芸等の活動	173
5 用具の提供	161
6 仕事・学習活動	142
7 その他	25

介入は個人ごとに行われている点に注意が必要である。

介入手段については表15に示した。件数に差があるがどの手段も多い。中でも生活活動

(作業・生活行為) がトップになるのは、作業療法としては当然のこととして理解できる。

#### 4) 評価指標

本システムでは、登録事例にみられる変化や効果を量的に捉える目的で、登録者に対し18の評価指標・尺度の中から選択して入力することを求めている。障害尺度は必須項目であり、登録者はこれ以外に一つ以上の評価指標・尺度を選択し入力しなければならない。18の評価指標以外を用いる場合はシステム上で「その他」を選択して入力する。

表16は登録者が選択した評価指標の内訳である。必須項目の障害尺度以外では、要介護度やBI(バーセル・インデックス)、FIM(機能的自立度評価法)などの利用が多い。

表16 選択された評価指標・尺度(複数選択)

評価指標・尺度	身体 障害	精神 障害	発達 障害	老年期 障害	計
1 障害尺度(※必須項目)	490	89	56	147	782
2 要介護度	95	1	0	112	208
3 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	92	0	0	90	182
4 認知症老人の日常生活自立度(認知症度)	32	0	0	78	110
5 BI(バーセル・インデックス)	184	1	6	54	245
6 FIM(機能的自立度評価法)	254	6	4	54	318
7 老研式活動能力指標	3	0	0	2	5
8 PGS(パラチェック老人行動評定尺度)	4	0	0	9	13
9 改訂長谷川式簡易知能評価スケール	105	2	0	74	181
10 MMSE(Mini-Mental State Examination)	69	1	0	25	95
11 PGC モラールスケール	5	0	0	4	9
12 WHO QOL-26	1	2	0	1	4
13 協会版精神障害者ケアアセスメント2003	0	13	0	0	13
14 GAF(機能の全体的評定尺度)	0	10	2	0	12
15 LASMI(精神障害者社会生活評価尺度)	0	7	0	0	7
16 遠城寺式乳幼児分析的発達評価法	0	0	14	0	14
17 新版K式発達検査	0	0	2	0	2
18 JMAP(日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査)	0	0	3	0	3
<b>計</b>	<b>1334</b>	<b>132</b>	<b>87</b>	<b>650</b>	<b>2203</b>

(小林法一, 吉川法正)



## 第4章 成果効果の抽出

### 1. 抽出方法

事例報告登録システムには、「該当分野」「回復状態」「疾患」「標的問題」「介入方針」「実施施設」「介入手段」「介入効果」「評価指標」などの情報を投稿者が選択肢の中から選んで申告する仕組みがある。前章ではこれを利用して作業療法の成果を概観した。これらの情報は「作業療法事例報告集」のなかでも一定期間ごとに集計され報告されており、作業療法の成果効果を概観する貴重なデータとなっている。

だが登録事例にみられる作業療法の成果効果はもっと多岐にわたる。個々の事例報告を読み込めば、事例報告登録システムの選択肢に基づく定型的なデータでは示しきれない非常に多くの成果効果の記述が見て取れる。これを掘り出すのは容易ではないが、成果効果を顕在化できればわが国の作業療法の学術的発展に役立つだけでなく、作業療法の独自性や専門性を広くアピールするための資源にもなる。また何よりも実践家が共有することによって、より質の高い作業療法サービスの提供に繋がると考え、個々の事例の読み込みによる成果効果の抽出に着手するに至った。

この作業はまず成果効果をどのように定義し抽出するのかという方法論の検討からはじまった。作業療法には支援における哲学的前提の一つとして、「人が作業を通してより健康になる営み」すなわち「その人個人にとっての作業的に健康な生活」を支援するという概念がある。これは「専門家が臓器機能や運動機能、認知機能などの正常範囲を規定した上で、この範囲から逸脱した状態を異常（病気・障害）と判断し、正常範囲への復帰を支援する」という概念とは異なる故に、成果効果の抽出を難しくしている。“正常範囲”という明確な基準があれば、成果効果はこの基準にどこまで近づけたかで容易に判断できるが、作業療法の支援の対象はそもそも“正常範囲”という概念に馴染み難い『人の営み（生活）』である。

作業療法の成果効果の抽出を難しくする理由には、いま挙げた“正常範囲”の問題の他に、“時間”が挙げられる。一般に作業療法では、対象者がなにをできるようにしたいと望んでいるのか、将来どんな生活にしたいのか（目標）を決めて支援を開始するが、実際にそれが実現したとしても、実現した時点において必ずしも対象者がその生活に満足を感じるとは限らないし、逆に実現しなくても満足を感じることもある。また、作業療法支援の最中に目指したい目標が変わったり追加されたりすることもある。これは『人の営み（生活）』が常に社会・文化的変化と時間の流れの中に存在することを考えればあたりまえであるものの、成果効果を捉え難しくしてしまう。さらには、「目指したい目標が変わったり追加されたりすること」を『人の営み（生活）』の進展と捉えるならば、目標が変化すること自体が作業療法の成果効果と考えることもできる。将来に目標や希望を見出しにくくなったと囁かれる現代社会において、対象者が自分の目標を見出したとしたら、それこそが『人の営み（生活）』を支援する作業療法の最大の成果効果と言えそうである。だがこの観点は他の保健医療福祉の専門家や医療・介護保健支払機関からは成果効果として認められない

かも知れない。

以上のような議論を経たのち、本プロジェクトでは報告事例からの成果効果の抽出方法を次のように定めた。

～成果効果抽出の進め方～

A. 抽出する成果効果は、事例報告の筆者である作業療法士による記述から読み取れる生活機能に関する成果効果の全てとする

- ◇ 生活機能とは ICF で定義される用語とする.
- ◇ 作業療法の効果は各生活機能レベル（心身機能・構造，活動，参加）での変化において判断されるものとする
- ◇ 環境因子の調整や個人因子の変化については，ここでは効果としない.
- ◇ 作業療法では，あるレベルの生活機能を高めるために，複数のレベルの生活機能への介入や環境因子の利用・調整，個人因子の活用を図る点に着目する.
  - ▶ 例：主婦としての暮らし（参加レベル）を目指して，本人の考える主婦像（個人因子）を考慮した上で，下肢筋力と易疲労への介入（機能レベル），片手動作訓練と家事省力化についての指導相談（活動レベル），自宅の改修と家族への情報提供（環境因子）を行う.

B. 抽出データの整理のために図 4-1 の Form を使用する

- ◇ Form は後の分析のため Excel で作成する.
- ◇ 事例の経過と抽出データの対応について，事例報告登録システム指定の見出し項目（1.報告の目的，2.事例紹介，3.作業療法計画，4.介入の基本方針，5.作業療法実施計画，6.介入経過，7.結果，8.考察）に基づき，次の通り定める.
  - ▶ **計画段階**…… 1 から 5 までの内容
  - ▶ **実施中**…… 6 の内容
  - ▶ **成果**…… 6 から 8 までの内容

C. 事例の生活に影響する疾患や合併症を書き出す

- ◇ 疾患や合併症の治療は作業療法の直接的な支援目的ではないが，生活に影響を与える要因の一つとして捉える.
- ◇ 事例報告登録システムの疾患項目の入力データだけでは，選択肢や項目数についてのシステムの制限，登録者の認識の違いなどにより十分に把握し切れていない場合があるため，これを拾い上げる.
- ◇ 他組織・他機関から「疾患別の成果」を求められた場合の資料として提示できることを念頭に置く.

D. 「標的とした生活機能」とその「標的とした生活機能に対する介入」をセットで抽出する

- ◇ **計画段階**の記載内容から抽出する
- ◇ 介入内容は基本的に ICF の構成要素間の相互作用で説明できる内容に限定する.
- ◇ 環境調整や自助具の作成などは標的に含めない. これらの介入による効果として期待した生活機能を「標的とした生活機能」として抽出する.
- ◇ 個人因子を活かした介入については, 個人因子への介入ではなく「活用」とする.

E. **実施中**に新たに加わった「標的として追加した生活機能」とその「標的とした生活機能に対する介入」があれば書き出す. また, 標的は同じだが「追加介入」した内容があれば書き出す

F. 事例報告の経過・結果・考察などから**成果**を読み取り内容を書き出す

- ◇ 書き出す成果効果は, 先に抽出した「標的とした生活機能」「標的として追加した生活機能」に対応した内容とする.
- ◇ 対応しない成果は「付随した成果」として別に書き出す.

G. 抽出した「標的とした生活機能」「標的とした生活機能に対する介入」「成果」「付随した成果」を ICF の枠組みに照らして分類する

- ◇ 分類結果は **Format** 右側にある表に印す (表中に“1”と印す).
- ◇ 個人因子の変化については, 「効果」ではなく「変化」とする.
- ◇ 環境因子の変化については, 「効果」に含めない.



事例 No.	報告事例の該当項目	集計 記号	抽出項目	内容	F機能			A活動			P参加			E	P個人	疑問は 1
					標的	介入	効果	標的	介入	効果	標的	介入	効果	介入	活用	
77		A	主疾患	脳血管障害												
77		B	合併症													
77	計画段階(～実施計画まで)	1a	標的とした生活機能1	生活リズムの確立				1								
77	計画段階(～実施計画まで)	1b	標的とした生活機能1に対する介入	外来通院							1			1		
77	計画段階(～実施計画まで)	2a	標的とした生活機能2	左側への注意、集中力(高次脳機能障害)	1											
77	計画段階(～実施計画まで)	2b	標的とした生活機能2に対する介入	左側への注意を喚起する課題(ペグを見本に模して並べる、トランプの分類)		1										
77	計画段階(～実施計画まで)	3a	標的とした生活機能3	左上肢の亜脱臼	1											
77	計画段階(～実施計画まで)	3b	標的とした生活機能3に対する介入	機能回復訓練		1										
77	計画段階(～実施計画まで)	4a	標的とした生活機能4	左上肢手指機能(廃用手)	1											
77	計画段階(～実施計画まで)	4b	標的とした生活機能4に対する介入	機能回復訓練		1										
77	計画段階(～実施計画まで)	4a1	標的とした生活機能5	ADLIADL(身だしなみに無頓着、家事困難、FIM110)				1								
77	計画段階(～実施計画まで)	4b1	標的とした生活機能5に対する介入	ADL訓練、APDL訓練					1							
77	実施中(介入経過)	5a	標的として追加した生活機能1													
77	実施中(介入経過)	5b	標的として追加した生活機能1に対する介入													
77	実施中(介入経過)	6a	標的として追加した生活機能2													
77	実施中(介入経過)	6b	標的として追加した生活機能2に対する介入													
77	実施中(介入経過)	1c	標的とした生活機能1に対する追加介入													
77	実施中(介入経過)	2c	標的とした生活機能2に対する追加介入													
77	実施中(介入経過)	3c	標的とした生活機能3に対する追加介入													
77	実施中(介入経過)	4c	標的とした生活機能4に対する追加介入													
77	成果(経過、結果、考察)	1r	標的とした生活機能1についての成果	定期通院、家事の参加、フルタイムの就労									1			
77	成果(経過、結果、考察)	2r	標的とした生活機能2についての成果	机上課題におけるミスの減少、作業スピード向上			1									
77	成果(経過、結果、考察)	3r	標的とした生活機能3についての成果	半横指に改善			1									
77	成果(経過、結果、考察)	4r	標的とした生活機能4についての成果	感覚障害の改善、麻痺の改善(補助手)			1									
77	成果(経過、結果、考察)	4r1	標的とした生活機能5についての成果	洗濯やシーツ交換などの家事に参加、FIM120									1			
77	成果(経過、結果、考察)	6r	標的として追加した生活機能1についての成果													
77	成果(経過、結果、考察)	7r	付随した成果	就労									1			

図 4-1 成果効果の抽出、整理のための Format(1事例分の記入例)

- 手順 1)左端に事例報告集に記載された当該事例の事例番号を入力、主疾患と合併症を基本情報および本文中から読み取り記載する。
- 2)報告事例の 1.報告の目的、2.事例紹介、3.作業療法計画、4.介入の基本方針、5.作業療法実施計画までを読み込み、「標的とした生活機能」と「標的とした生活機能に対する介入」の内容を抽出する。さらに図中の右側の表を使って分類する。
- 3)報告事例の 6.介入経過を読み込んで、追加された標的や介入を抽出し、分類する。
- 4)報告事例の 6.介入経過、7.結果、8.考察を読み込んで、成果を抽出し、分類する。
- 5)当初の OT 計画にはないが、作業療法支援の結果と見なせる特筆すべき成果があれば「付随した成果」として抽出する。



## 2 抽出結果

現時点までに、事例報告集 Vol. 1 の 76 事例、Vol. 2 の 71 事例、Vol. 3 の 153 事例、合わせて 300 事例の成果効果抽出作業を終えた。その集計結果を表 4-1 に示す。

全 300 事例から抽出された標的は合計 1113 件あり、その内訳は活動が最も多く 454 件 (40.8%)、次いで構造・機能が 420 (37.7%) であった。参加の標的件数も 236 件 (21.2%) とかなりの数が抽出された。参加の件数の多さは、支援の対象を「人の営み (生活)」と捉え「その方にとって意味のある作業の実現」を指向する作業療法の専門性を反映したものであり、他の医療専門職とは明確に異なる作業療法の特徴と思われる。

介入の合計件数は標的の件数の約 1.5 倍に近い 1597 件であった。これは 1 つの標的に対し複数の介入を行う複合的介入が行われていることを示している。例えば事例 136 では、通所リハに通えるようになる (参加) という標的に対し、筋力増強訓練 (構造・機能) とバスステップ昇降練習 (活動)、通所リハへ体験通所 (参加) および家族への自主練習指導 (環境) という複数の介入が行われている。

介入の内訳を比較すると、構造・機能の件数は標的の件数と同じであるのに対し、活動や参加は増加している。この点は、作業療法が作業をセラピーに用いる職種であることを考えれば当然と言える。他に、環境因子と個人因子の件数の多さが目立つ。こうした因子を積極的に利用し相互作用による合理的な介入を企図するという作業療法の特徴が理解できる。

効果については活動レベルでの効果が件数的に際立っている。参加レベルの効果もかなりの件数がある。生活全般に満遍なく対応できる作業療法の持ち味が数字に表れている。

効果の合計件数は、介入と同様に、標的の件数に比べてかなり多い。これは標的に対して行った介入が、標的以外の部分にも良い効果をもたらしたことを示している。例えば事例 235 では、当初は手指の可動域改善を標的に挙げ、経過の途中から ADL 向上を標的に加え、最終的な結果としてこれらの標的についての成果効果の他に、標的には挙げていない

表 4-1 抽出した成果効果の集計結果

		(n=300事例)				
	合計	内 訳				
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子
標的	1113	420	454	236	—	—
		37.7%	40.8%	21.2%		
介入*	1597	420	507	273	299	96
		26.3%	31.7%	17.1%	18.7%	6.0%
効果**	1413	406	530	336	—	127
		28.7%	37.5%	23.8%		9.0%
付随効果	117	23	57	31	—	6
		19.7%	48.7%	26.5%		5.1%

\* 個人因子については介入件数ではなく個人因子の活用件数を示す。

\*\* 個人因子については効果ではなく変化の件数を示す。



表 4-2 全体に占める追加標的, 追加介入の内訳

(n=300事例)

	合計	内 訳				
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子
標的	1113	420	454	236	—	—
(うち, 追加標的)	89	24	37	28	—	—
介入*	1597	420	507	273	299	96
(うち, 追加介入)	287	59	107	52	68	1
効果**	1413	406	530	336	—	127
付随効果	117	23	57	31	—	6

\* 個人因子については介入件数ではなく個人因子の活用件数を示す。

\*\* 個人因子については効果ではなく変化の件数を示す。

家事動作の改善を述べている。このような事例が多々あるために、標的件数に比して効果の件数が多くなっている。これは作業療法の有用性の一つの表れとも言えるかもしれないが、成果効果をより根拠をもって示すには、やはり標的として事前にきちんと定め、その上で結果を述べるようにすべきであろう。

これと同様の指摘が顕著に当てはまるのが、付随効果の 117 件である。例えば事例 188 では「父親役割の獲得」、事例 205 では「更衣, 車の運転, 家事動作, 他患との交流」、事例 260 では「インターネットカフェの利用」が作業療法の成果効果として記述されているが、これらは標的に挙げられておらず、介入の中ですら触れられていないものもある。いずれも作業に焦点をあてた作業療法らしい成果であるだけに、作業療法の独自性をアピールするためにも、意識して標的に挙げるのが肝要と思われる。

表 4-2 は支援の最中に新たに追加した標的や介入の件数を内訳に示した集計結果である。「人の営み (生活)」を支援対象とする作業療法では、支援が進むにつれて次々と標的が変化し合わせて介入内容も変化する。対象者に限らず人は誰でも、時間とともにしたいことや必要とすることが変わる。表 4-2 はそうした状況の一端を示している。対象者の状況に柔軟に合わせた作業療法が展開されていることが分かる。

(小林法一)

## 第5章 55計画の重点項目に関する分析

日本作業療法士協会では、医療から身近な地域へ作業療法を切れ目なく提供できる体制作りを強力に推進すべく作業療法5ヵ年戦略（以下、55計画）を打ち立て、2008年度より事業を展開してきた。この事業計画の一環として、事例分析により「終末期の作業療法」や「通所型リハビリテーションにおける作業療法」などについての成果効果を示すことが掲げられている。これに応えるべく、本章では作業療法事例報告集 Vol. 1～4に掲載された事例（430事例）の分析を行った。以下に分析方法と結果を示す。

### 1. 分析方法

- ① 55計画の重点項目と対応する10のテーマを設定し、これに適合する事例を抽出すべく、キーワードによるテキスト検索を行う。設定した10テーマとキーワード（検索語）の組合せは表5-1の通りである。
- ② 次にキーワード検索でヒットした事例を読み込み、テーマに該当するかの判断を行い、対象事例を確定する。
- ③ テーマごとに標的・介入・効果の特徴や典型例を提示する。

\*なお、対象事例が5事例に満たないテーマについては分析から除外した。

（小林法一）

表 5-1 選定テーマと検索キーワード

テーマ	検索キーワード
終末期における作業療法	終末期, ターミナル, 癌
介護老人保健施設 (入所系)・介護療養型老人保健施設における作業療法	介護老人保健施設, 介護老人福祉施設, 特別養護老人ホーム, 老健, 特養, 高齢者在宅サービスセンター, 在宅介護支援センター, 通所リハビリテーション, デイケア, デイサービス, 老人ホーム, 訪問リハビリテーション
介護老人福祉施設 (特養)における作業療法	介護老人福祉施設, 特別養護老人ホーム, 老健, 特養, 入所
通所型リハビリテーションにおける作業療法	外来作業療法, 施設外作業, 通園, 通園施設, 通所授産施設, 通所リハビリテーション, デイケア, デイセンター, デイサービス, デイナイトケア, デイホスピタル, 老人デイケア, 通所, 通所系, 通所リハ
精神科訪問作業療法	訪問, 退院訪問, 精神
精神科急性期作業療法・早期退院への取り組み	早期, 急性期, 退院, 精神
司法精神医療における作業療法	医療観察, 精神
認知症に対する作業療法	認知症, アルツハイマー
特別支援教育における作業療法	特別支援教育, 特別支援学校
就労・自立生活支援における作業療法 (身体障害, 発達障害, 精神障害, 高次脳機能障害を含む)	就労, 就職, 職業, 復職, 授産

## 2 各テーマ別の分析結果

### 1) 終末期における作業療法

#### ① 概要

終末期医療は死が訪れるまで以下に充実した人生を送ってもらえるかという生を援助する医療であり、患者の QOL をできる限り高めることである。その目標は自分らしい生活を維持する、できる限り個人の尊厳を保つ、快適で満足できる状態を保つ、「死へのプロセス」を支えることである。本邦において終末期の対象者に対する作業療法の実践が報告されて約 30 年になるが、未だその報告数は、少ない。今回の報告は、終末期、ターミナルなどのキーワードにより事例を抽出した。これらの事例は悪性腫瘍などの疾患により終末期を迎えた対象者に対する作業療法のとりくみである。

#### ② 該当事例 16 事例

Vol.1 :

Vol.2 : 85, 108, 103, 102, 140

Vol.3 : 148, 292

Vol.4 : 302, 313, 319, 323, 343, 357, 359, 368, 369

#### ③ 主疾患

骨肉腫, 悪性腫瘍, アルツハイマー型認知症

#### ④ 標的・介入・効果の傾向

標的は全 28 件あり、活動が最も多く、次に構造・機能、最後に参加であった。環境・個人因子はなかった。

介入は全 32 件あり、活動そして環境因子が最も多く、次に参加、構造・機能であった。標的としていない環境因子への介入が活動と同じ重みづけをもって、作業療法アプローチが行われていたようである。

(n=6事例)							
	合計	内 訳					
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子	不明
標的	26	8	11	7	—	—	0
		30.8%	42.3%	26.9%			0.0%
介入*	32	5	9	8	9	0	1
		15.6%	28.1%	25.0%	28.1%	0.0%	3.1%
効果**	30	4	13	8	—	4	1
		13.3%	43.3%	26.7%		13.3%	3.3%

注) 集計表は Vol.1~3 の事例のみ  
\*, \*\*は前出の表の説明と同じ

効果が認められた因子は、活動が最も多く、次に参加、そして構造・機能と個人因子であった。この事実から、作業療法士は計画や介入段階では、個人因子への標的設定や介入実施を行ってはいないが、活動や参加への作業療法アプローチが個人因子への効果をもたらすことが推察された。今後は、標的の設定段階から環境因子への介入・個人因子への効果を設定することが望まれる。

⑤ 心身機能・構造（標的，介入，効果の特徴）

機能面に関して、標的の内容は、「安静固定」，「疼痛軽減」，「姿勢・動作の苦痛軽減」，「拘縮・廃用・血栓予防」などであった。それに対する介入は、「関節可動域訓練」，「マッサージ」，「ストレッチ」が行われていた。効果は「二次障害の予防」であった。

⑥ 活動（標的，介入，効果の特徴）

活動面に関して、標的の内容は「更衣」，「移動手手段確保」，「低下する身体機能に合わせた ADL 継続」，「活動範囲の拡大」，「少ない介助によるトイレでの排泄」，「対人交流の制限」，「癌の進行に伴う ADL の低下」，「意欲の低下」などであった。

介入の内容は、「更衣動作練習」，「家族の想いを傾聴」，「自助具・動作の提案」，「介助方法の指導」，「ポータブルトイレ・ベッドの導入」，「起居移動動作・排泄動作訓練・家屋評価・福祉用具導入」，「散歩」，「個別作業療法（ペーパークラフト）」，「トイレの位置を変更するなどの環境設定」，「リクライニング型車いすの適用」であった。

効果は、「前開きシャツ自立」，「屋内車いす移動自立」，「介護抵抗の減少」，「指示理解」，「状況判断能力の改善」，「活動範囲の拡大」，「トイレでの排泄の実現」，「駆動速度が上がり」，「敷居段差も越えられるようになった」，「ADL 全介助となったが、手工芸を続け作品を形見として残す役割はまっとうできた」，「外出で墓参が実現できた」であった。

⑦ 参加（標的，介入，効果の特徴）

標的の内容は「活動の場の提供」，「家族と過ごす時間の提供」，「入院生活への適応」，「活動範囲の拡大」，「対人交流の制限」，「意欲の低下」，「癌の進行に伴う ADL の低下」，「退院できない」，「外出できない状況」であった。

介入は、「書道の導入」，「散歩に出かける機会の導入」，「音楽鑑賞，DVD 鑑賞」，「コミュニケーション機会の増加」，「スロープ・リクライニング車椅子を持参した散歩」，「個別対応」，「小集団での作業活動」，「散歩」，「個別作業療法（ペーパークラフト）」，「トイレの位置を変更するなどの環境設定」，「リクライニング型車いすの適用」，「PT との協働」，「福祉用具の貸し出しで移動の手段を検討」であった。

効果は、「前開きシャツ自立」，「車椅子で病室外へ出かけることが可能になる」，「病

室外へ出かける」,「作業療法を楽しみに待つ」,「座位耐久性向上」,「最期まで活動機会を提供」,「家族との散歩を実施」,「活動範囲の拡大」,「外出で墓参が実現できた」,「家族と好きなお寿司を食べることができた」であった。

参加の標的,介入,効果の内容は,活動と重複するものが多かった。

#### ⑧ 環境因子 (活用の特徴)

環境因子への介入の具体的な内容は,「装具作成」,「リクライニング車椅子導入」,「タオル・クッションでの頸部サポート」,「ベッド上,車椅子上のポジショニングに対応」,「家族・看護師への指導」,「家族の想いを傾聴」,「自助具・動作の提案」,「介助方法の指導」,「ポータブルトイレ・ベッドの導入」,「スロープ・リクライニング車椅子を持参した散歩」,「個別対応」,「小集団での作業活動」,「座位保持練習」,「移乗練習」,「トイレの環境調整」,「車いす調整(介助しやすい車いす)」,「PT との協働」,「福祉用具の貸し出しで移動の手段を検討」であった。これらの内容も,参加に重複する項目が多かった。

#### ⑨ 個人因子 (活用,変化の特徴)

個人因子の変化の具体的な例は,「PGS=34→39→19 と変化」,「ADL 全介助となったが,手工芸を続け作品を形見として残す役割はまっとうできた」,「外出で墓参が実現できた」,「家族と好きなお寿司を食べることができた」であった。個人因子の変化は活動・参加を通して,変化が生じていることが分かった。

#### ⑩ 代表事例紹介

90代前半,女性。農家に生まれ,売薬業の夫と結婚し,とても大事にしてくれて息子ができたが,夫は戦死し,息子は養子に出した。農家のその弟と再婚したが,5年前に息子が,入院4ヶ月前に夫が亡くなった。入院2ヶ月前からは消極的,臥床がちとなる。やがて貧血にて入院となり胃癌と診断され,告知は家人のみであった。既往は腹部大動脈瘤(破裂の危険あり)・右大腿骨頸部骨折で,入院後4ヶ月にてOTが処方され,生命予後4~6ヶ月であった。

重度難聴があり,聴覚理解不可レベル。全身状態は離床による頻脈により座位耐性が約30分。体幹伸展-10°の円背,両膝関節に-5°の伸展制限があり,筋力は両上下肢4。Mini Mental State Examinationは22/29点で,見当識・短期記憶良好。コース立方体テストは10点・IQ49であった。ADLは個室の居室内杖歩行自立,院内W/C担送。食事は居室ベッド上端座位で自立し食思良好,排泄昼夜個室トイレで自立,整容立位で自立,入浴機械浴,更衣部分介助。個室の冷蔵庫から物品の出し入れ,床頭台の整理自立。Barthel Indexは50点。コミュニケーションはin・putが筆談を要し,out・putが表情変化に富み良好。「やりたいことはなにもない」と臥床傾向で,パラチ

ェック老人行動評定尺度（以下 PGS）は 34/50 であった。「早く家に帰って、みんなとご飯食べたいです」と自宅へ退院し家族との食事の実現を求めていた。自宅環境は一軒家で、嫁と二人暮らし。嫁は「歩いてトイレに行けて、頭もしっかりしているので」と、ADL や認知面の維持を希望。状態が安定している内に外出を実現することがチームの目標であった。

作業療法の基本方針は 1) OTR と共同で行う創作活動導入、徐々に他患との交流を平行作業的な促し、2) 過負荷とならない視点での ADL 評価・設定、3) 外出の実現を目指した調整であった。

介入はマンツーマンでパラレルな設定でのペーパークラフト活動、食事や排泄動作の設定変更、外出調整：貧血の進行状況を踏まえ、PT や相談課とともに家族への働きかけ、介護指導、福祉用具貸し出しの検討を行い、実現を目指す。また本人との面接を重ね、外出の持つ意味合いを検討する。

効果はペーパークラフトに 2 週にて「きれいですね」と興味を示し、取り組み可能となった。張り子で「花瓶を作りたい」と自己決定が可能となった。PT と外出の介護指導や福祉用具の貸し出しを働きかけ、2 ヶ月にて外出が実現した。「ご先祖さんにおまいをさせてもらった。夫（先夫含む）と一緒に立派なお墓に入れてもらえる。嫁と娘と一緒に、私の好きなお寿司を食べた。」と笑顔で喜びを訴えた。PGS39/50、PGC モラルスケール 8/11 を示した。ちぎり絵完成時は「子供と嫁が形見にほしいと言っていた」と、作業中は「これ楽しみにしているんです。もっとさせて下さい。」と話した。創作はリクライニング車椅子で背が床と 20 度、下肢を上げた状態で 20 分程度可能であった。「次、何をしますか？変わったのを教えて下さいよ。」と積極的に取り組み続けた。5 ヶ月にてモルヒネ貼付が開始され、OT・PT 中止となった。

(担当：内藤泰男)

## 2) 介護老人保健施設・介護療養型老人保健施設等の高齢者施設入所者における作業療法

### ① 概要

介護老人保健施設、高齢者在宅サービスセンター、在宅介護支援センター、地域支援事業、通所リハビリテーション、デイケア、デイケアセンター、デイサービス、訪問リハビリテーションをキーワードにして事例を抽出した。

テーマの主たる対象者は、維持期にある。一部回復期が含まれる。

### ② 該当事例 29 事例

Vol.1 : 61, 62, 63, 66, 67, 68, 73, 76

Vol.2 : 139, 141, 144, 146, 147

Vol.3 : 274, 279, 280, 285, 286, 296, 297, 299, 300

Vol.4 : 412, 413, 414, 418, 422, 427, 429

③ 主疾患

認知症，脳血管障害，大腿骨頸部骨折，廃用症候群などである。

④ 標的・介入・効果の傾向

標的は全 93 件あり，活動が最も多く 40%，次に構造・機能 31%，最後に参加 22.2%であった。環境・個人因子はなかった。

介入は全 150 件あり，活動が最も多く 32.0%，次に構造・機能 20.7%，参加 20.0%，であった。標的としていない環境因子への介入が活動と同じ重みづけをもって，作業療法アプローチが行われていた。

効果では，活動が最も多く 38.0%，次に構造・機能 28.1%，参加 25.6%，そしてと個人因子への効果がみられた。この事実から，作業療法士は計画や介入段階では，個人因子への標的設定や介入実施を行ってはいないが，活動や参加への作業療法アプローチが個人因子への効果をもたらすことが推察された。今後は，標的の設定段階から環境因子への介入・個人因子への効果を設定することが望まれる。

⑤ 心身機能・構造（標的，介入，効果の特徴）

機能面にする標的の具体的な内容は，集団内での過度の緊張，安定した立位・歩行の獲得，安定した立位・歩行の獲得，施設生活への適応・問題行動の軽減，意思疎通困難，筋力や体力の改善，精神的な安寧を得る，などであった。それに対する介入は，集団での談笑，インソール作成，重心移動・立ち上がり訓練（ボール運動，園芸を利用），歩行器選択と使用練習，関節可動域運動，ホットパックが行われていた。効果は緊張の緩和，安定性の確保，歩行器使用での安定した歩行獲得，立位保持 1 分可能，施設生活への適応・問題行動の軽減などであった。

		(n=22事例)					
	合計	内 訳					
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子	不明
標的	93	31	40	22	—	—	0
		33.3%	43.0%	23.7%			0.0%
介入*	150	31	48	30	26	15	0
		20.7%	32.0%	20.0%	17.3%	10.0%	0.0%
効果**	121	34	46	31	—	10	0
		28.1%	38.0%	25.6%		8.3%	0.0%



注) 集計表は Vol.1~3 の事例のみ  
\*, \*\*は前出の表の説明と同じ

⑥ 活動（標的，介入，効果の特徴）

活動面に関しての標的の内容は「歩行」，「基本動作」，「起居・移乗」，「安定した立位・歩行の獲得」，「ADLの介助量軽減」，「対人関係」，「趣味」，「なじみの関係を強化・活動の幅を広げる」，「無為な臥床時間の減少」などであった。

介入の内容は，「立ち上がり・歩行訓練」，「シルバーカー使用習慣化」，「生活リハビリ取り入れ」，「足底挿板作成」，「園芸グループ導入」，「起居動作練習」，「移乗動作練習」，「一動作ずつの口頭指示」，「散歩」，「集団レクリエーション」，「興味・できる活動の探索・導入（塗り絵）」，「基本動作を自分で行う機会を多く持つよう工夫する」，「手工芸（ちぎり絵）」，「パソコン入力」，「会話」，「学習活動」であった

効果は，「基本動作自立」，「安定性の確保」，「歩行の獲得」，「対人関係の広がり」，「起き上がりから端座位は一部介助」，「散歩に行くこと定着」，「生活空間拡大」，「床上でのいざり動作 10m 前後息切れなく可能」，「5cm 前後の段差プッシュアップにて容易に可能」，「ベッド・床間の昇降可能」などであった。

⑦ 参加（標的，介入，効果の特徴）

標的の具体的な内容は「対人関係」，「対人交流」，「安定した立位・歩行の獲得」，「集団適応」，「施設内QOLの向上」，「趣味」，「施設生活への適応・問題行動の軽減」，「生活に意味ある変化をもたらす」，「手工芸（ちぎり絵）」，「パソコン入力」，「会話」，「学習活動」などであった。

介入は，「園芸グループ導入」，「菜園グループへの参加散歩」，「集団レクリエーション，ピアサポートの機会の提供」，「他者の作業活動場面に同席」，「会話」，「学習活動」，「基本動作訓練」，「歩行訓練」，「小集団への参加」，「介護士への助言」などであった。

効果は，「対人関係の広がり」，「集中」，「自発的な交流」，「散歩に行くこと定着」，「生活空間拡大」，「施設生活への適応・問題行動の軽減」，「自発語量・語彙の増加」，「ベッド臥床時間の減少」，「積極的にレクリエーションに参加するようになった」などであった。

標的，介入，効果の内容は，活動と重複するものが多かった。

⑧ 環境因子（活用の特徴）

環境因子への介入の具体的な内容は，「チームアプローチを行った」，「園芸グループ導入」，「インソール作成」，「環境調整」，「昇降用の台の作成」，「家人への介助方法・注意点の指導」，「介護スタッフと連携」などであった。これらの内容も，参加に重複する項目が多かった。

⑨ 個人因子（活用，変化の特徴）

個人因子の活用の具体的な例は、「園芸グループ導入」、「菜園グループへの参加」、「会話」、「学習活動」、「個別でのパソコン回想法」であった。その変化の具体例は「集中、自発的な交流が出てきた」、「自身の障害の回復のみを望む発言の減少」、「夜間せん妄はなくなる」などであった。個人因子の変化は活動・参加を通して、変化が生じていることが分かった。

#### ⑩ 代表事例紹介

転倒骨折治療後に入所したアルツハイマー型認知症例に対して、日常生活の移動介助方法を統一した事で安定した歩行が可能となり、回想法や集団活動参加をきっかけにADLに変化がみられた。

98歳女性。90歳頃からアルツハイマー型認知症の症状がみられるようになった。96歳頃にA施設にて転倒し右大腿骨頸部骨折を受傷。保存療法の後2ヶ月間の理学療法の結果、つたい歩きが可能。在宅療養は困難なためリハビリテーション目的で当施設へ入所となった。入所時から記憶障害は重度で同居の息子や嫁の顔を認識できず、HDS-Rは復唱のみ可能で3点。同じ事を繰り返す状態であった。要介護度4、障害高齢者の日常生活自立度はB2、認知症高齢者の障害自立度はⅢaであった。

右大腿骨頸部骨折後2ヶ月間の治療を受けており、疼痛や関節可動域制限も少ないことから実用的な歩行が獲得できると予測された。「歩行能力の獲得」は家族の希望でもあったため、安定した歩行の獲得を目的に、介護福祉士と介助方法を統一し、日常生活場面での歩行を勧めることを基本方針とした。さらに、活動範囲を拡大させることで顔なじみの関係作りを勧めた。

介護福祉士との協力もあり、歩行訓練開始から3ヶ月後には、居室から食堂へのつたい歩きが日常生活として定着し、作業療法訓練時に行う50mの片手手引き歩行も容易となった。要介護は4から3へと改善が見られ、障害高齢者の日常生活自立度もA2となった。認知症高齢者の障害自立度はⅢaで変化なし。ADLでは、ベッド横に設置されているトイレで自発的に排泄するようになり、離床センサーを使用して見守る程度の介助のみとなった。右握力11.5kg。移動・排泄面で見守る程度の一部介助となったことで、BIは70点へと向上した。

毎食時に食堂までのつたい歩きができるよう環境を調整し、現場の介護福祉士と介助方法を統一し、実際の日常生活場面での歩行を継続的に実施したことが歩行獲得の大きな要因であると考えた。また、日によって傾眠が見られる対象者に対して、その時々々の反応や様子に合わせて歩行距離や時間帯を調節したことで、効率的に歩行耐久性の向上が図れたと考える。

回想法や集団活動場面では、難聴の影響を考えた個別のアプローチが発語や反応を引き出し、活動への関心を高めることにつながった。

(担当：内藤泰男)

### 3) 介護老人福祉施設（特養）における作業療法

#### ① 概要

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）における作業療法については、介護老人福祉施設と特別養護老人ホームを主軸とし、それらに関連する事例を抽出した。

テーマの対象者は、時期的には回復期以降の維持期（または生活期）にあたり、在宅の生活が難しい状況で施設でのリハビリテーションを入所または、通所の形式で利用したことのある方である。

#### ② 該当事例 6 事例

Vol.1 : ー

Vol.2 : 82, 138, 141

Vol.3 : 291, 293

Vol.4 : 421

#### ③ 主疾患

認知症，脳梗塞，肺結核後遺症，脊柱管狭窄症

#### ④ 標的・介入・効果の傾向

標的は全 17 件あり，構造・機能が最も多く，次に活動，最後に参加であった。環境，個人因子はなかった。介入は全 25 件あり，活動が最も多く，次に構造・機能，参加，環境，個人因子であった。標的としていない環境因子，個人因子への介入も行われていた。効果は全 24 件あり，活動が最も多く，次に参加，構造・機能，個人因子への効果がみられた。

(n=5 事例)

	合計	内 訳					不明
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子	
標的	17	7	6	4	—	—	0
		41.2%	35.3%	23.5%			0.0%
介入*	25	7	9	4	2	2	1
		28.0%	36.0%	16.0%	8.0%	8.0%	4.0%
効果**	24	6	9	7	—	2	0
		25.0%	37.5%	29.2%		8.3%	0.0%

\* 個人因子については介入件数ではなく個人因子の活用件数を示す。

\*\* 個人因子については効果ではなく変化の件数を示す。

注) 集計表は Vol.1~3 の事例のみ

この事実から、介護老人保健施設（特養）における作業療法では、標的は構造・機能の割合が多いが、介入としては、標的としていない環境、個人因子への介入が見られ、効果が活動として示される割合が高い。全体の集計と比較すると、介入での活動の割合が高いこと、標的としていない環境、個人因子への介入が見られること、効果での活動の割合が高いことなどが類似点としてあげられる。

⑤ 心身機能・構造（標的，介入，効果の特徴）

構造・機能に関しての標的の具体的な内容は、下肢筋力低下、労作時低酸素血症、コミュニケーション能力の低下、全身の機能維持、廃用症候群、嚥下障害などであった。

介入の内容は、歩行訓練、呼吸法指導、起居動作訓練、立位訓練、会話、関節可動域訓練、移乗訓練、口腔ケア・マッサージなどが行われていた。

効果の内容は、歩行距離の延長、呼吸困難感改善、離床時間の延長、自発語・語彙量の増加、全身の機能維持、介助量の低下、座位保持の獲得であった。

⑥ 活動（標的，介入，効果の特徴）

活動に関しての標的の具体的な内容は、離床時間の延長、自発運動が少ないこと、食事動作が全介助などであった。

介入の内容は、歩行訓練、休息の指導、会話、学習活動、集団活動、食事動作練習などであった。

効果の内容は、連続歩行距離の延長、休息の取り入れ、集団活動、会話、更衣介助量の軽減、集団活動内での注意力・動作向上、食事動作一部可能などであった。

⑦ 参加（標的，介入，効果の特徴）

参加に関しての標的の具体的な内容は、活発な離床時間を増やす、対人交流制限などであった。

介入の内容は、会話、移乗訓練、集団活動への参加、集団活動での個別介入などであった。

効果の内容は、集団への参加、自発語・語彙量の増加、リビングなどの居場所の拡大、参加機会の拡大、コミュニケーションの増加などであった。

⑧ 環境因子（活用の特徴）

環境因子への介入の具体的な内容は、離床時間を確保するために、施設内での水分補給の時間を離床の機会として利用、集団活動参加への調整などであった。

⑨ 個人因子（活用，変化の特徴）

個人因子の活用の具体的な例はなかったが，個人因子の変化では，離床について拒否的だったが機会を増やすごとに離床することを楽しめるようになり，意欲が高まった例があった。

⑩ 代表事例紹介（Vol.2, 2008, No138）

特別養護老人ホームに入所中で，臥床傾向にある対象者に対し生活の活性化を図ることを目的としている．構造・機能の標的目標に対し，活動での介入や環境の調整などで，効果として離床時間の延長が達成された報告である．

70代半ばの女性，50代より高血圧症，糖尿病，心房細動があり脳梗塞を発症後四肢体幹の不全麻痺．発症後1年後に特別養護老人ホーム入所．感情失禁が多く，食事摂取以外はADL全介助，何事にも「できない」と訴え，促しても行おうとせず，依存的で臥床傾向の生活を送っていた．

作業療法の目的とした生活機能は，心身機能・構造として「臥床傾向の改善」，活動として「自力で行う活動の増大」，参加として「集団リハへの参加」であった．

介入では「起居動作訓練，立位訓練（心身機能・構造に対応）」，「車椅子の自操」（活動，参加に対応）を行った．

効果としては「離床に対する拒否が減少，起きていることが楽しくなった（心身機能・構造に対応）」，「車椅子自操が実用的になった（活動に対応）」，「意欲的に集団訓練に車椅子自操で参加できるようになった（参加に対応）」，「歩行能力獲得への意欲と，旅行への希望（個人因子に対応）」が変化として表された．

（担当：田村 大）

4) 通所型リハビリテーションにおける作業療法

① 概要

通所リハビリテーションについて，領域別では発達障害領域，身体障害領域，精神障害領域，老年期領域の全てにおいて通所のサービスが行われている．通園，通所，通所リハビリテーション，デイケア，デイサービスなどのキーワードにより事例を分析した．その中で身体障害領域，老年期領域の事例登録件数が多く，それを分析対象とした．発達障害領域，精神障害領域の事例については，分析対象から除外した．サービスなどのキーワードにより事例を抽出した．

② 該当事例 35事例

Vol.1 : 16, 26, 68, 69, 75

Vol.2 : 136, 137

Vol.3 : 185, 186, 187, 188, 194, 195, 198, 244, 273, 275, 277,  
278, 279, 281, 284, 287, 298

③ 主疾患

脳血管障害, 脳血管性パーキンソニズム, 変形性頸椎症, 脳静脈瘤奇形, 変形性股関節症, パーキンソン病, 頸髄損傷, 若年性アルツハイマー型認知症, 脳血管性認知症, ポリオ, 廃用症候群, 純粹無動症.

④ 標的・介入・効果の傾向

標的は全 89 件あり, 活動が最も多く 43.8%, 次に参加 30.3%, 最後に構造・機能 24.2%だった. 環境因子, 個人因子はなかった. 介入は全 131 件あり, 活動が最も多く 29.8%, 次に参加が 20.6%, 構造・機能では 18.3%であった. 標的としていない環境因子への介入が, 構造・機能と同じ 18.3%であった. 効果では, 活動が最も多く 37.5%, 次に参加が 29.2%, 構造・機能 18.3%, そして個人因子への効果がみられた.

この事実から, 通所型リハビリテーション(身体障害領域, 老年期領域)における作業療法については個人因子への標的設定が行われていないが, 介入時の個人因子の活用がみられ, 効果についても個人因子の変化がもたらされていることが推察される. 全体の集計と比較すると, 標的, 介入, 効果の全てにおいて活動の割合が高いこと, 環境因子, 個人因子を活用し, 個人因子の変化をもたらししていることが類似点としてあげられる.

⑤ 心身機能・構造(標的, 介入, 効果の特徴)

構造・機能に関しての標的の具体的な内容は, 右上肢・手指機能の改善, 身体機能の維持・改善, 歩行の安定, 早期離床, 椅子への着座, 椅子からの立ち上がり, 関節可動域の維持・改善, 排痰・呼吸の促進, 認知症周辺症状の軽減, 自発性の低下, 不安, 不眠, 基礎体力の低下, 肩の痛みなどであった.

(n=24 事例)

	合計	内 訳					不明
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子	
標的	89	22	39	27	—	—	1
		24.7%	43.8%	30.3%			3.7%
介入*	131	24	39	27	24	17	0
		18.3%	29.8%	20.6%	18.3%	13.0%	0.0%
効果**	120	22	45	35	—	18	0
		18.3%	37.5%	29.2%		15.0%	0.0%

\* 個人因子については介入件数ではなく個人因子の活用件数を示す。

\*\* 個人因子については効果ではなく変化の件数を示す。

介入は、関節可動域運動、麻痺手の促通、動作指導、立ち上がり練習、段差練習、異なる床面での歩行練習、離床訓練、端坐位練習、排痰・呼吸法練習、動作法指導などであった。

効果については、麻痺の改善、活動性の向上、排泄動作、更衣動作への波及、立ち上がりの安定性改善、関節可動域拡大、認知機能の維持、笑顔の増大、MMSE の改善、不眠の改善、坐位耐久性の向上、車椅子自操、屋内・屋外歩行、運動痛などであった。

#### ⑥ 活動（標的、介入、効果の特徴）

活動に関する標的の具体的な内容は、リーチの改善、家事動作（調理・買い物）、起居動作、床上動作、入浴動作、日常生活での立位動作、応用歩行、早期離床、生活に意味ある変化をもたらす、自己の能力の確認、生活機能の維持、介護者負担の軽減、主体的に行いたい活動の探索、明確になった課題の機会提供、自助具の使用、日常生活範囲の拡大、年賀状書き、食事動作、車椅子姿勢の安定、自発性の向上、失禁の軽減、自主トレーニングの習慣化、麻痺側に対する意識の低下、関心の低さ、認知機能の低下などであった。

介入は、机上でのアクティビティ、立位動作、応用歩行訓練、基本動作を自分で行う機会を持つように工夫すること、介護の仕方についての話し合い、コツを体感、問題の焦点化、立位・車椅子坐位での調理、失行に配慮した動作指導、床からの立ち上がり練習、異なる床面での歩行練習、調理訓練、集団調理訓練、入浴訓練、更衣訓練、車椅子から T 字杖までの段階付け、歩行練習、塗り絵、書字練習、座位保持練習、記憶訓練、日記の提案、地域サークル活動促進、家屋調査でメモや張り紙等の代償手段の提案、個別作業活動、集団作業活動、回想法、カラオケ、不安の傾聴、学習活動、利用者関係のマネジメント、定時トイレ誘導、尿意サインのアセスメント、上肢機能

訓練，自主トレーニング用ポスターの作成，麻痺側上肢での作業活動，手続き記憶の利用，好きな趣味活動の提供，座位保持でのサンディング，不安動作の解消などであった。

効果は，肘伸展の改善，握りの向上，歩行の安定，麻痺側を使用した掃除が可能になった，家事動作の頻度増加，障害の回復のみを望む発言の減少，基本動作の自立，主体的に行いたい活動をアピールできるようになった，大きな失敗をすることのない成功体験の積み重ね，排泄動作の向上，調理時の自助具使用が可能になった，調理グループの仲間と外食が可能になった，調理・買い物自立，屋内 T 字杖歩行にて歩行自立，歩行速度の改善，食事動作の介助量軽減，車椅子座位保持時間の延長，リモコンでの除圧操作自立，物の置き忘れによるトラブルの減少，認知機能の維持・改善，サークル内での役割獲得，穏やかに過ごす時間の増大，作業活動の導入が容易になる，作業活動時間の延長，不安や不満の訴えの減少，課題参加率 100%，活動に関して積極的になった，失禁回数の減少，作業速度の向上，自主トレーニングが生活に定着，麻痺側の使用頻度の増加，繰り返し工程の学習，自発行動の出現，徘徊頻度の減少，集団への所属感増大，車椅子自操可能，訪問リハから通所へ変更，肩の痛みの軽減，一部介助での入浴可などであった。

#### ⑦ 参加（標的，介入，効果の特徴）

参加に関しての標的の具体的内容は，生活に意味のある変化をもたらす，環境の改善・福祉用具の工夫，調理訓練に関心を持つ，日常生活範囲の拡大，主婦の役割再獲得，趣味の再獲得，交流の拡大，職場復帰，家屋調整，自主訓練の獲得，年賀状を書く，サークル内での役割再獲得，介護者負担軽減，デイケアやスタッフになじみ継続的な活動が可能になること，自発性の向上，活動意欲を高める，関心を高めるなどであった。

それに対する介入は，他者の作業活動場面に同席，ピアサポート機会の提供，電動カートの導入，調理訓練，買い物訓練，ゴルフフォームの指導，メンバー同士の談話の場の提供，職場復帰訓練，自主練習，地域サークル活動促進への援助計画を立てる，家屋調査にてメモや張り紙の代償手段の検討，回想法，グループ活動（カラオケ），不安の傾聴，学習活動，利用者の関係性マネジメント，自尊心や羞恥心に配慮した集団訓練，体操での役割獲得，好きな趣味活動の提供などであった。

効果は，家事の役割分担が可能になった，自身の障害の回復のみを望む発言の減少，介護者の外出が可能になった．台所環境の改善，調理グループ仲間との会食，遠方のスーパーで買い物，調理・買い物自立，ゴルフコースでのプレイが可能，積極的にコミュニケーションをとること，職場復帰，活動性の向上，自主訓練を継続，サークル内での役割獲得，介護負担の軽減，穏やかに過ごすことの時間が増える，作業活動の同意が容易になる，不安や不満の訴えの軽減，食事の心配や帰宅要求の減少，情緒的



に安定、一定の生活リズムが定着、屋外歩行・屋内歩行が見守りで可、訪問リハから通所リハへの切り換えが可能になったなどである。標的・介入・効果の内容は活動と重複するものが多かった。

#### ⑧ 環境因子（活用の特徴）

環境因子への介入の具体的な内容は、介護者への介護方法を体感できる場面設定、ADL 遂行の物理的環境調整、訪問介護スタッフと協働しての調理、台所周りの環境調整、訓練の場所を本人が希望するグループ調理訓練の近くに設定、同じ障害を持つ仲間との交流、自助具・福祉用具の適合、歩行条件の比較、車椅子調整、家屋調査にてメモや張り紙の代償手段の提案、学習活動、利用者の関係性マネジメント、自尊心や羞恥心に配慮したチームの関わり、トイレの定時誘導の認識をチームで共有、好きな趣味活動の提供、役割の獲得、段差解消・スロープ作成、リフト取り付けなどであった。環境因子の内容は、参加と重複するものが多かった。

#### ⑨ 個人因子（活用、変化の特徴）

個人因子の活用の具体的な例としては、介護を楽に行うコツを体感する場を設定、COPM による問題の焦点化、同じ障害を持つ仲間との交流、基本動作や更衣動作における脱臼肢位の確認、地域サークル活動促進への援助、回想法、個別作業活動などであった。

個人因子の変化としては、自身の障害の回復のみを望む発言の減少、主体的に行いたい活動をアピールできるようになった。自ら調理訓練を希望するようになった、生活の質の向上、自発的に話し、最後まであきらめずに自分の言いたいことを伝えられるようになる、父親役割の再獲得、障害に対する認識が可能になった、家庭内での役割の向上、脱臼肢位の理解、自主訓練を毎日実施、学習課題の参加率 100%、活動に対して積極的になり自発性が高まる、問題行動の減少、笑顔が増える、夜間せん妄の消失、日常生活で麻痺側の使用頻度が増えた、意欲、注意力、精神・心理機能面の向上、自発行動の出現などであった。個人因子の内容は、参加と一部重複していた。

#### ⑩ 代表事例紹介（Vol.3, 2009, No186）

脳梗塞後遺症の失語・失行による高次脳機能障害と意欲の低下によって、主婦の役割と生きがいを喪失した対象者に対して、調理・買物自立に向けた自助具利用訓練と移動能力獲得訓練をデイサービスで行った。その結果、調理自立と生活範囲拡大がみられ、再び生きがいを持った生活ができるようになった報告である。

50 代女性、脳梗塞。美容師として働いた後、結婚し専業主婦となり 3 人の子供を育てた。近所でも評判の料理上手で、料理を振る舞い、外食をしながらおしゃべりをするのが楽しみであった。51 歳の時、脳梗塞と診断された。約 1 年後の退院時には、

右上下肢麻痺と失語症が残存した。外来リハビリテーションを受けながら、介護保険の介護認定を受けた後、デイサービスを利用することとなった。

作業療法の目的とした生活機能は、心身機能・構造は標的とせず、活動・参加の項目が標的とされた。活動の標的としては、「自助具の使用」、「日常生活の範囲の拡大」、「調理・買い物の自立」であった。参加の標的としては「調理訓練に関心を持つ」、「日常生活の範囲の拡大」、「主婦の役割再獲得」であった。

介入では、「調理動作の徒手的誘導」、「電動車椅子・カートの徒手的誘導」（心身機能・構造に対応）、「調理訓練」、「同じ障害を持つ仲間との交流」（活動に対応）、「集団調理訓練」（参加に対応）、「機能訓練を調理訓練の近くで行い、調理への興味を促す」、「同じ障害を持つ仲間との交流」（環境に対応）、「料理を人に振る舞うことを楽しみに生きてきたことを活用する」（個人因子に対応）などを行った。

効果としては、「調理訓練に興味を持てるようになった」（個人因子に対応）、「自助具が使用可能になった」、「調理・買い物が可能になった」（活動に対応）、「調理・買い物が可能になったことで主婦としての役割を再獲得した」「調理グループの仲間と外食を楽しめるようになった」（参加に対応）が変化として表された。また、付随効果として、自発的に話そうとするようになり、生活の質が向上した。（QUIK17点→7点）

この事例報告の特徴としては、個人因子である「料理を振る舞うことが好きだった」点に着眼し、主婦としての役割再獲得という事を念頭に置いていることである。しかし高次脳機能障害の残存や、抑うつ状態を呈していることから、失敗体験などへの注意が必要であり、心理的状态の把握も必要であった。介入の経過の中で、他の利用者との関わりなど環境調整も行いながら、上肢の機能訓練から調理訓練に移行し、生活の範囲を拡大していった。結果としては調理訓練という活動を通じて、心身機能・構造や、活動、参加への効果がみられ、個人因子への変化も示されている。細かな段階付けや他部門との連携も有効だったと考えられる。

(担当 田村 大)

## 5) 精神科急性期作業療法・早期退院への取り組み

### ① 概要

平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」）では、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことが示された。平成21年には10年間の改革ビジョンの中間点を迎え、5年間には、改革ビジョンに基づく様々な取り組みが行われ、一定の効果を上げた。しかし、今なお長期入院患者が多い状況は継続しており、適切な急性期医療、早期退院の促進は、長期入

院防止対策として必至である。

本テーマは、精神科長期入院防止対策となる急性期の作業療法および早期退院を促進する作業療法の取り組みである。

② 該当事例 7事例

Vol.1 : 41, 44, 53

Vol.2 : 127

Vol.3 : -

Vol.4 : 380, 383, 390

③ 主疾患

統合失調症

④ 標的・介入・効果の傾向

標的・介入・効果のそれぞれの合計件数を比較すると、介入の合計件数が30件と一番多い。このことから、作業療法士は、介入に多くの手段を用いているといえる。標的に抽出されたICFの生活機能は、心身機能・構造が46.2%と一番多く、次いで活動が30.8%、参加が23.1%となっている。介入はすべての生活機能でなされており、中でも活動(33.3%)、参加(26.7%)、環境因子(26.7%)が多い。効果は心身機能・構造(36.8%)で表現されることが一番多く、次いで活動(26.3%)・参加(26.3%)、個人因子の変化(10.5%)となっている。

⑤ 心身機能・構造(標的, 介入, 効果の特徴)

心身機能・構造は、「症状の軽減・安定」「現実検討」といった標的として抽出され、「身体耐久性の向上」「症状の軽減・安定」「表情の変化」「自己認知の改善」といった効果として表現されることが多い。

⑥ 活動(標的, 介入, 効果の特徴)

活動は、「病棟内・作業療法室での作業療法」「段階的に難易度を設定した作業活動」といった介入の戦略になり、「ADLの自立」「刺激への対処方法の学習」「生活リズムの安定」「対人交流技能向上」といった効果として表現されている。

⑦ 参加(標的, 介入, 効果の特徴)

参加は、「社会体験の幅を広げる」といった標的とされ、「役割を担当した集団場面で作業療法」「ミーティング」といった介入の戦略になり、「他者との協調・交流」「他者との距離が適度に取れる」といった効果として表現される。

(n=4事例)						
	合計	内 訳				
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子
標的	13	6	4	3	—	—
		46.2%	30.8%	23.1%		
介入*	30	2	10	8	8	2
		6.7%	33.3%	26.7%	26.7%	6.7%
効果**	19	7	5	5	—	2
		36.8%	26.3%	26.3%		10.5%
* 個人因子については介入件数ではなく個人因子の活用件数を示す.						
** 個人因子については効果ではなく変化の件数を示す.						

注) 集計表は Vol.1～3 の事例のみ

⑧ 環境因子（活用の特徴）

環境因子は、介入の 26.7% で使われており、その内訳は「場所の選定」「刺激をコントロール」「安心・信頼できる存在としての作業療法士」「社会資源の情報提供」などである。

⑨ 個人因子（活用、変化の特徴）

個人因子は、その変化が効果の 10.5% を占めている。その内訳は、「他者と対比する発言の減少」「冗談を言えるようになった」「働くことへの意欲を具体的に語るようになった」「興味の広がり」などである。

⑩ 代表事例紹介

「統合失調症をもつ精神科初回入院患者との関わり：多職種との連携によるアプローチ」(Vol.4 No.380)

下記は、本テーマの標的・介入・効果の傾向の典型となるような事例である。

35 歳男性、統合失調症。入院の 1 ヶ月程前から感情の起伏の激しさ、幻聴、妄想着想が起り、コンビニエンスストアの店員を車で連れ去った。警察官に保護され、その後入院。入院 4 日目に作業療法開始。

作業療法の標的とした生活機能は、心身機能・構造として「再発予防」「現実感の回復を図る」「エネルギーを発散する」、活動として「自分の苦手なストレスとその対処方法について学ぶ」「生活リズムを整える」「対人関係をもつ」、参加として「退院して自宅で落ち着いて生活できるようになる」「病気と付き合いながら仕事をする」であった。

介入では、「短時間のストレッチ（心身機能・構造に対応）」「作業への閉じこもりとその後の休息を促し体験にメリハリをつける目的で昔からの趣味の書道（心身機能・構造と能力に対応）」「周囲からの不要な刺激を少なくし活動に集中できる場の設定（環境因子に対応）」「作業療法士とマンツーマンでキャッチボール（心身機能・構造と能力に対応）」、「他患者を交えたキャッチボール（能力と参加に対応）」「心理教育（心身機能・構造と能力に対応）」「Aさん・家族・作業療法士の三者面談（参加と環境因子に対応）」を利用した。

効果は、心身機能・構造では、ストレッチで“体が軽くなった感じがする”との発言、書道に集中して取り組めたこと、キャッチボールで“少し汗をかいて気持ちがよい”、“楽しい”との発言、心理教育で不安感の軽減につながったこと、睡眠リズムが安定し、熟睡できるようになったことが挙げられた。活動では、自分から他患者を誘いキャッチボールや書道、陶芸を行ったこと、心理教育で再発パターンとしてストレスを溜め込みやすい自分の特徴を理解し、対処方法の重要性と再発サインを知ることの必要性を学べたことが挙げられた。参加では、外来作業療法で再発プログラムをおこなっていくことに前向きな気持ちをもてたこと、母親との関係性が良好になったことがみられた。個人因子では、復職について“将来働きたいけどゆっくと考えていきたい”と話し、焦りはなくなったという変化がみられた。

（担当：谷村厚子）

## 6) 精神科訪問作業療法

### ① 概要

平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことが示された。一方、精神障害者の一般住宅等で生活したいというニーズは強いが十分な提供がなされていないのが地域生活支援体制の現状である。精神障害者の居宅生活を支援するためには、重度障害者を地域で支えるための包括的サービス体制が必要であり、その中でも訪問サービスといったアウトリーチ型の支援は、有効な方略の1つであるとされている。

本テーマは、精神障害者を対象とした有効なアウトリーチ型の地域生活支援となる訪問作業療法である。

### ② 該当事例 10事例

Vol.1 : 42, 43, 52

Vol.2 : 128

Vol.3 : 247, 252, 255, 261

Vol.4 : 384, 386

③ 主疾患

統合失調症

④ 標的・介入・効果の傾向

標的・介入・効果のそれぞれの合計件数を比較すると、介入の合計件数が72件と一番多い。このことから、作業療法士は、介入に多くの手段を用いているといえる。標的に抽出されたICFの生活機能は、参加が50%と一番多く、次いで活動が27.5%、心身機能・構造が22.5%となっている。介入はすべての生活機能でなされており、中でも参加が41.7%と一番多く、次いで、活動・環境因子(22.2%)が多い。効果は参加(42.2%)で表現されることが一番多く、次いで活動(28.9%)、個人因子(17.8%)、心身機能・構造(11.1%)となっている。標的・介入・効果のそれぞれで一番多い生活機能が参加であるため、地域生活支援の特徴が現れているといえる。

⑤ 心身機能・構造（標的，介入，効果の特徴）

心身機能・構造は、介入ではほとんど扱われておらず、「自発性の改善」「集中力、耐久性などの安定」「一人暮らしに向けて生じてくる不安感や孤独感の軽減」「体重減少」「体力向上」「持久力・持続力の強化」といった標的とされることが多い。

⑥ 活動の標的，介入，効果の特徴

活動は、「生活感の回復」「課題を整理し対処する能力の獲得」「電車とバスの公共交通機関の利用」「単身生活に必要な知識と生活技能の獲得」「対人技能の獲得」といった標的とされ、「家事活動についての具体的指導」「作業療法室で創作活動の実施」「服薬、通院の支援」「自宅作業療法で夫の夕飯作り」「公共交通機関の利用練習」といった介入の戦略となり、「ADL向上」「家事能力の向上」「生活管理の自主的な実施」「課題への対処」「公共交通機関利用の自立」といった効果として表現される。

⑦ 参加（標的，介入，効果の特徴）

参加は、「生活圏内の社会体験の幅を広げる」「引きこもりの改善」「対人交流」「集団内での孤立防止」「犬の散歩の担当」「困ったときに援助を求める」といった標的とされ、「集団作業療法に参加」「自宅作業療法で夫の夕飯作り」「デイケアや作業所利用の予備体験」「付き添い外出」といった介入の戦略となり、「デイケア通所」「退院生活継続」「主婦役割の回復」といった効果として表現される。また、参加は標的の50%を占め、介入と効果の約4割を占める。

						(n=8事例)
	合計	内 訳				
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子
標的	40	9	11	20	—	—
		22.5%	27.5%	50.0%		
介入*	72	1	16	30	16	9
		1.4%	22.2%	41.7%	22.2%	12.5%
効果**	45	5	13	19	—	8
		11.1%	28.9%	42.2%		17.8%
* 個人因子については介入件数ではなく個人因子の活用件数を示す。						
** 個人因子については効果ではなく変化の件数を示す。						

注) 集計表は Vol.1～3 の事例のみ

⑧ 環境因子（活用の特徴）

環境因子は、介入の 22.2%で使われている。その内訳は、「台所整備」「ホームヘルパーの活用支援」「本人・夫・医療保健福祉関係者間で話し合い」「家族指導」「自宅内環境の整備」「支援環境の整備」などである。

⑨ 個人因子（活用，変化の特徴）

個人因子は、介入の 12.5%で活用され、その変化が効果の 17.8%を占めている。個人因子の活用の内訳は、「作業療法で実施する作業活動の選択根拠」「対象者の思いや課題の共有」などであり、同変化の内訳は、「自信や希望がもてるようになった」「夫と分担して主婦業をこなす」「外出による充実感の気づき」などである。

⑩ その他の特徴

上記のうち、標的とした追加された生活機能が 4 件あり、参加が 3 件、活動が 1 件であった。その介入は、参加が 3 件、活動が 1 件、環境因子が 1 件であり、効果は、参加が 2 件、個人因子の変化が 1 件であった。最初に標的とした生活機能の向上が達成された後、次の段階で、「参加」が標的となる生活機能として追加されることは精神科訪問作業療法の特徴と言えよう。

⑪ 代表事例紹介

「精神科訪問看護における作業療法士の地域生活支援」(Vol.4, No.384)

下記は、本テーマの標的・介入・効果の傾向の典型となるような事例である。

30代後半男性、統合失調症。中学校卒業後父の経営する電気会社に就職するが半年程で自閉的な生活を送るようになる。後に幻覚妄想が出現し、精神科初診となるがすぐに外来通院を自己中断未治療のまま約10年間が経過する。20代後半に再び精神症状が悪化し、医療保護入院となる。その後入退院を繰り返し、30代前半に自宅退院した。外来通院とデイケアを1年間利用した後、本人の希望により訪問看護が追加導入となる。

作業療法の標的とした生活機能は、活動として「自炊能力の向上を図る」「対人交流技能の改善を図る」、参加として「デイケア以外にも生活上の選択肢を広げていく」「地域の利用可能な社会資源を実際に利用し生活範囲の拡大を図る」「再燃・再発を防ぐ」「地域生活を維持安定させる」であった。

介入では、作業療法士が自宅に訪問し、「対象者と共に実施する家事（活動に対応）」「対象者と共に実施する余暇活動（参加に対応）」「定期的な服薬状況の確認（環境因子に対応）」「心理教育（活動に対応）」「主治医・デイケア職員、家族との連携（環境因子に対応）」を行った。その後、対象者の希望で「体重減少のためのウォーキング（活動に対応）」「デイケアの再利用（参加に対応）」がなされた。

効果は、活動では、自炊中心の食生活に変化したこと、ウォーキングが毎日の日課になったこと、参加では、余暇活動で地域のショッピングセンターやレンタルビデオショップなどにも外出するようになったこと、近所の八百屋やスーパーの店員に親しみを持たれ、自然な形で対人交流に広がりが見られるようになったこと、“毎日1人で過ごすのは寂しくなってきたから”デイケアを再利用するようになったことが挙げられた。個人因子では、将来の生活を思い描き、その実現のために何が必要か自分なりに考えて言語化し、相談するという変化がみられた。

(担当：谷村厚子)

## 7) 認知症に対する作業療法

### ① 概要

認知症に対する作業療法については、認知症、アルツハイマーを検索キーワードの主軸として抽出した。厚生労働省は平成24年6月に認知症高齢者が在宅生活を継続できるように支援する施策として、認知症初期集中支援チームを発表した。認知症初期集中支援チームには、作業療法士も含まれている。今後、認知症高齢者は増加する見込みであり、作業療法の重要性は増している。今回の分析は、医療機関におけるせん妄状態等の混乱期にある早期認知症の対象者に対する作業療法から、その後の介護保険を活用した地域生活を支援する作業療法の取り組みである。

### ② 該当事例 34事例

Vol.1 : 1, 23, 60, 61, 62, 63, 65, 67, 69, 70, 74



Vol.2 : 104, 140, 141

Vol.3 : 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 282, 283, 284,  
285, 286, 287, 288, 293, 294, 295, 299, 300

Vol.4 : 305, 348, 405, 409, 410, 411, 413, 417, 419, 420, 422,  
423, 427, 429

③ 主疾患

脳血管性認知症, アルツハイマー型認知症, 脳血管障害

④ 標的・介入・効果の傾向

標的は全 148 件あり, 活動が最も多く 41.9%, 次に参加 29.7%, 最後に構造・機能 28.4%であった。環境・個人因子はなかった。介入は全 250 件あり, 活動が最も多く 32.0%, 次に参加 23.2%, 環境因子 17.2%, 構造・機能 15.2%, 個人因子 12.0%の順であった。環境因子と個人因子への介入が構造・機能とほぼ同じ重みづけをもって, 作業療法アプローチが行われていたようである。効果は全 211 件あり, 活動が最も多く 36.0%, 次に参加 28.0%, 構造・機能 24.0%, そして個人因子 10.4%への効果がみられた。

以上のことから作業療法士は活動を重視しており, 構造・機能, 参加, 環境因子, 個人因子においては, それぞれ同じぐらい注目していることが推察される。

⑤ 心身機能・構造 (標的, 介入, 効果の特徴)

機能面に関する標的の具体的な内容は, 記憶力や見当識の改善, 姿勢・動作の改善, 周辺症状の軽減, 身体機能の向上などであった。それに対する介入は, 関節可動域訓練, 筋力向上訓練, 学習活動, 会話が行われていた。効果は HDS-R や MMSE, N 式老年者用精神状態尺度といった評価, 坐位時間, 周辺症状の変化で測定されていた。

標的, 介入, 効果の特徴として, 標的として抽出され, 介入では割合が減り, 効果で標的と同じぐらい表されている。

⑥ 活動 (標的, 介入, 効果の特徴)

活動面に関する標的の内容は排泄をはじめとする ADL 全般, 移動手段, 趣味活動, 対人交流であった。介入の内容は, 個人での貼り絵, 手芸, 園芸の実施, 集団でのレクリエーションの実施, 歩行練習, 家事練習などであった。効果は, 実用歩行の獲得, 対人関係の広がり, 介護負担の減少, ポータブルトイレ自立, FIM の得点向上, Barthel Index の得点向上, 行動範囲の拡大, 落ち着いて生活できるなどであった。

標的, 介入, 効果のすべてにおいて抽出され, 効果として表される場合が多い。

⑦ 参加（標的，介入，効果の特徴）

標的の内容は家族と散歩，集団生活への適応，病棟内での役割獲得，活動範囲の拡大，対人交流の制限，意欲の低下などであった。

		(n=34事例)					
	合計	内 訳					
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子	不明
標的	148	42	62	44	—	—	0
		28.4%	41.9%	29.7%			0.0%
介入*	250	38	80	58	43	30	1
		15.2%	32.0%	23.2%	17.2%	12.0%	0.4%
効果**	211	52	76	59	—	22	2
		24.6%	36.0%	28.0%		10.4%	0.9%
* 個人因子については介入件数ではなく個人因子の活用件数を示す。							
** 個人因子については効果ではなく変化の件数を示す。							

注) 集計表は Vol.1～3 の事例のみ

介入は，集団活動の提供，地域サークルへの参加促進，小集団での回想法，趣味の活動，散歩などであった。

効果は，家族と散歩する機会が持てるようになった，他患とのトラブルが減少，対人関係の広がり，施設生活への適応，楽しんで通所リハビリテーションに出かける，役割を獲得し不安軽減，家族と交流する機会が増えたなどであった。

介入，効果の大きな特徴としては，集団を利用した内容が多いことが挙げられる。

⑧ 環境因子（活用の特徴）

環境因子への介入の具体的な内容は，介護職員との連携，居室までの目印の設置，シルバーカーなどの歩行補助具の導入，ポータブルトイレの設置，家族への介助方法の指導，席順の設定などであった。

環境因子は，介入の 0.4% で使われ，効果は 0.9% であった。

⑨ 個人因子（活用，変化の特徴）

個人因子の変化の具体的な例は，役割を獲得した，自発行動の増加，興味や意欲の拡大などであった。個人因子の変化は活動・参加を通して，変化が生じていることが分かった。

個人因子は，介入の 12.0% で使われ，その変化が効果の 10.4% を占めている。

⑩ 代表事例紹介

「生活の中に楽しみを見出した認知症の一症例」(vol.1, 2007)

アルツハイマー型老年痴呆の 92 歳女性. 90 歳頃より者の置き場所が分からなくなり, 家族に対する物盗られ妄想が出現するようになった. 徘徊が始まり, 深夜に家を抜け出し近くのスナックへ頻回に行くようになった. また, 自分の身の回りの物を知人の家に配りまわる行動がみられ, 注意されると怒るようになった. デイサービスに週 3 回通うことになったが, 自分は職員だと思いこみ他者の世話や英会話を教えたりしていた. 自宅介護が困難となり, 今後の処遇検討のため 92 歳の夏に入院した. 入院後間もなく作業療法が処方・開始された.

HDS-R は 18 点. 日本語版 NPI は 28 点. BI は 90 点. 認知機能面では, 時・場所に関する失見当識, 言語性・視覚性記名力低下, 注意力低下, 構成能力の低下を認められた. 精神機能面では, 昼夜問わず, 物盗られ妄想, 物を探しながら徘徊・他室侵入, 収集癖がみられ, 他患者とのトラブルになる恐れが有り常に監視を要した. 昼から夕方頃には帰宅要求が強くなり, 制止や注意により興奮状態になることもあった. ADL 面では, 時折整容や入浴において促しを要した. 身体機能面では, 92 歳という高齢のわりに筋力があり, 平地歩行は可能で, 階段昇降も監視下であれば可能であった. 社会的機能面では, 他患との交流は少ないものの病棟で行われる散歩や体操, 歌に興味を示す様子がみられ, 活動参加への意欲が保たれていた. また, 簡単な単語を覚えていたり, 英語の歌の歌詞を書いたりすることが出来, 作業療法士に熱心に英語を教えようとする様子がみられた.

作業療法で標的とした課題は, 心身機能の維持, 問題行動の軽減, さらに保たれた能力の評価を目的に, 集団レクリエーションや創作活動を導入することとした. また, 対象者が入院生活や退院後の生活をより安全に心地よく過ごすことが出来るように, 病棟看護師との情報交換を密にし, 病棟でできる作業活動の検討や環境調整を行っていくことであった.

介入は, 集団レクリエーションは, 日付・食事メニューの確認, 軽体操, 自己紹介, 歌, ゲームなど. 毎回メンバーは統一しほぼ同じ内容を行う. 創作活動は, 昔やっていたことから刺し子を導入する. うまくいかないとき, 集中できない時には紙を切るなどのより単純な作業に切り替え, 気分転換を図る. その他, 興味を示しやすい作業活動はどんなものなのか, さらに保たれている能力はないかを観察する. 病棟では徘徊などで落ち着きのない時には, 他患とのトラブル回避のため, 英語を教えていた経験があったことを活かし, 看護師が「英語の歌を教えてください」というように依頼し, 数え歌やクリスマスなどの歌詞を英語で書いてもらう.

効果は, HDS-R は 17 点. 日本語版 NPI は 28 点. BI は 85 点. 認知機能面は, 検査上記憶・見当識障害は変化なかった. 精神機能面は, 病棟内での問題行動の軽減は得られなかったが, 落ち着きがなくなると看護師が英語を書くように促し, 他患者とのトラブルを回避するように努め, その結果大きなトラブルになることなく経過した. ADL 面は, 動作的には変化なく行えたが, 時折失禁がみられるようになった. 身体機

能面は動作観察上，変化は見られず維持していた．集団レクリエーションや創作活動場面においては，徐々に定着していく様子が観察され，生き活きと自らの過去を話したり，「楽しいわね!」「また来たいわ!」と表情よく話したりする様子から楽しみや満足感を得ていることが伺えた．体操や歌を楽しみ，刺し子や英語に夢中になっている間は，一時的ではあるが物盗られ妄想や帰宅要求が出現せず，日常生活上の問題行動をコントロールすることができた．

(担当：松澤 良平)

## 8) 就労・自立生活支援における作業療法

### ① 概要

就労・自立生活支援における作業療法については、就労、就職、職業、復職、授産を検索キーワードの主軸として抽出した。厚生労働省は平成 20 年に障害者雇用促進法を改正し、障害者雇用納付金制度の適用範囲を大企業のみならず、中小企業に拡大している。また、同法で短時間労働を障害者雇用率制度の対象とするなど、障害者が仕事に従事する環境を整えつつある。障害者の就労については、作業療法士が責務を果たす範囲であり、社会的な重要性が高まっている。今回の分析は、身体障害、発達障害、高次脳機能障害を含んだ就労・自立生活支援に対する作業療法の取り組みである。

### ② 該当事例 25 事例

Vol.1 : 20, 21, 50

Vol.2 : 77, 84, 97, 113, 120, 123, 125

Vol.3 : 159, 168, 190, 194, 199, 209, 214, 239, 251

Vol.4 : 344, 347, 356, 360, 364, 374

### ③ 主疾患

頭部外傷、脳血管障害、神経症、手の外科（腱損傷）、循環器疾患、高次脳機能障害、統合失調症、脊髄損傷、上肢骨折、熱傷

### ④ 標的・介入・効果の傾向

標的は全 79 件あり、活動が最も多く 34.2%、構造・機能と参加の割合は共に 32.9%であった。環境・個人因子はなかった。介入は全 105 件あり、参加が最も多く 29.5%、次に活動 25.7%、構造・機能 24.8%、環境因子 15.2%、個人因子 4.8%の順であった。構造・機能と活動ではほぼ同じ重みづけをもって、作業療法アプローチが行われていたようである。効果は全 101 件あり、参加が最も多く 33.7%、次に活動 30.7%、構造・機能 26.0%、そして個人因子 9.9%への効果がみられた。

以上のことから作業療法士は活動と参加を重視しており、次いで構造・機能に注目していることが推察される。

また、表 4-1 の全体の集計結果と比較すると、標的、介入、効果のいずれも参加の割合が増え、活動の割合が減っていた。就労・自立生活支援における作業療法では、他分野よりも参加に注目していると言える。

		(n=19事例)					
	合計	内 訳					
		構造・機能	活動	参加	環境因子	個人因子	不明
標的	79	26	27	26	—	—	0
		32.9%	34.2%	32.9%			0.0%
介入*	105	26	27	31	16	5	0
		24.8%	25.7%	29.5%	15.2%	4.8%	0.0%
効果**	101	26	31	34	—	10	0
		26.0%	30.7%	33.7%		9.9%	0.0%
* 個人因子については介入件数ではなく個人因子の活用件数を示す.							
** 個人因子については効果ではなく変化の件数を示す.							

注) 集計表は Vol.1~3 の事例のみ

⑤ 心身機能・構造（標的，介入，効果の特徴）

機能面に関しての標的の具体的な内容は、上肢の管理や皮膚の可動性の獲得、癬痕・癒着の除去、関節可動域の拡大、身体機能の向上、手指の巧緻動作、全身耐久性の向上などであった。それに対する介入は、注意を喚起する課題、認知課題、筋力増強訓練、上下肢の機能訓練、バランス訓練などが行われていた。効果は Br.stage や感覚検査、筋緊張、握力、STEF といった評価、坐位時間、体力の改善などで測定されていた。

標的，介入，効果の特徴として、標的として抽出され、介入では割合が減り、効果で標的と同じぐらい表されている。

⑥ 活動（標的，介入，効果の特徴）

活動面に関しての標的の内容は ADL 全般、余暇活動、対人交流であった。介入の内容は、ADL 練習、IADL 練習、階段歩行、屋外歩行練習、書字練習、ビスの留めはずしなどであった。効果は、屋内歩行の自立、FIM の得点向上、行動範囲の拡大などであった。

標的，介入，効果のすべてにおいて抽出され、効果として表される場合が多い。

⑦ 参加（標的，介入，効果の特徴）

標的の内容は仕事の模擬練習、フォークリフトの運転、職場復帰、復学などであった。介入は、ノブ付ハンドルの操作練習、切符の購入、通学時間のスケジュール立案、買い物、スポーツ、ハローワークへの訪問などであった。効果は、就職レディネス尺度、就労できた、車の運転が可能になった、就労時間の延長、自転車に乗れるようになった、復学できた、生活の場の拡大、参加メンバーと交流する機会が増えたなどであった。

⑧ 環境因子（活用の特徴）

環境因子への介入の具体的な内容は、住環境の調整、自助具の作成、福祉用具の選定などの歩行補助具の導入、手すりの設置、家族への介助方法の指導などであった。

環境因子は、介入の 15.2% で使われていた。

⑨ 個人因子（活用、変化の特徴）

個人因子の変化の具体的な例は、自信を深めた、興味や意欲の拡大などであった。

個人因子は、介入の 4.8% で使われ、その変化が効果の 9.9% を占めている。

⑩ 代表事例紹介

「記憶障害に対する携帯電話の使用」(vol.1, 2007) に関しては、「自発的行動の喚起」「病院内生活での日課の自己管理による自立」を目標に、記憶の外的補助手段にアラーム機能付携帯電話と手帳を使用し、当初は直接的な介入からはじめ、段階的に促しを減じながら使用の定着化を図ることを方針とした。その結果、時間管理上のミスが次第に少なくなり、より自立した管理ができるようになったことにより、生活遂行に対する自信を取り戻し全ての活動に対して主体的な取り組みができるようになった。自発的な会話や他者との交流が活発になるなど、人との関わりが積極的にとれるようにもなった。最終的には、通勤、職務上のタイムルーチンに周囲の若干の監視を借りながらもアラームを活用して自己管理することができ、復職に至ることができた。

「急性胸部大動脈解離後、心不全、脳梗塞を呈した症例に対する作業療法」(vol.2, 2008) に関しては、上下肢機能訓練、基本動作、起居動作、ADL 練習、APDL 練習、仕事の模倣練習、模倣就労を行った。その結果、退院後、一ヶ月間は自宅にて療養、1ヶ月後から週 3 回、一日 4 時間の就労、2 ヶ月後には週 3 回、一日 8 時間の就労が可能となった。

「脳卒中ケアユニット治療により急性期病院から自宅退院および職業復帰を果たした一例」(vol.2, 2008) に関しては、病棟内 ADL の自立を短期目標にリハの訓練、階段歩行訓練、屋外歩行訓練とペンチを持つために必要な利き手の手指の巧緻性動作の獲得と筋力増強を行った。その結果、独歩が可能となり、手すりなしでの階段の上り下りが出来るようになった。住宅改修することなく自宅へ退院することが出来た。自宅での生活は、社会福祉制度を利用することなく、発症前の生活を営むことが出来ている。職業復帰に関しては、歩いて行くことの出来る近所の家の電球の取替え作業から開始し、エアコンの取り付け作業もできるようになったという。

「引きこもり生活からデイケア通所を通じてアルバイト就労に至った一例」(vol.2, 2008) に関しては、本人の興味のある作業、料理グループ、スポーツを通じた体力の向上と同世代との交流を行った。その結果、ひきこもり生活を送っていた患者が、デイケア通所を通じて、アルバイト就労に至った。居場所は自宅のみだったのが、デイ

ケア、作業所、アルバイト先が増えた。スタッフのみとの交流だったが、同年代、年代の違う他メンバーとも交流するようになり、他者を気遣ったり、褒めたり、助けたりするようになった。陽性感情の自然な表出も増え、困っていること、悩んでいることを言語的に表出できるようになった。パラレルから共同集団への参加ができるようになった。また、他メンバーから「料理長」と呼ばれ、リーダーシップもとれるようになった。APDL は、以前は全く行っていなかったが、家で夕食作りなどの家事を行うようになった。デイケアへの電話連絡も行えるようになった。

「高次脳機能障害のある利用者に対する就労支援」(vol.3, 2009) に関しては、本事例は、自宅復帰後、保育士として保育園へ職場復帰したいという目標が明確にある。その目標に向けて、他機関と連携を図り環境調整し、リハビリ継続できるようにすること。本人、家族に対しては、不安や精神的負担の軽減、障害の受容が図れるようにサポートしながら就労支援していくこと。職場に対しては、障害特性を伝え、職場復帰できるような受入の方法を指導していくことを基本方針とした。その結果、OT が職場側に対して本人の高次脳機能障害の特性や関わり方を伝え、保育士として働きたい本人の思いを代弁した。3週間の訓練により現場から、本人の園児に対する関わり方は、園児の突発的な行動に対してとっさの行動はできないが、園児への観察力や気持ちへの接し方は病前と変わりがなかったことが分かり、本人に対する理解を得ることができた。以前と全く同じ業務内容は難しく、数ヶ月は早出、遅出などの勤務時間や園外行事は除外したり、本人が集中しやすくするために個室を用意するという職場側の配慮のもと、新年度より保育士として職場復帰される。

(担当：松澤 良平)



## 第6章 事例報告登録制度の今後の課題

本制度の課題や検討すべき点については第1章、第2章でもいくつか触れたが、ここで改めて本制度の課題を3つの目的別に挙げる。

### 1. 事例報告の作成によって会員の作業療法実践の質的向上を図る

事例報告を書き上げる作業は自分の実践を深く吟味し、ともすればあいまいな認識のまま進んでいたクリニカル・リーズニングを自ら明確にする作業が含まれる。この経験は次の実践に活かされるものであり、実践の質的向上に繋がるのは確かである。「日常の実践の中から、作業療法実施計画、介入方法、成果・効果の評価尺度など、作業療法過程の論理性を吟味した報告を公表していくことは、個人としての能力向上は勿論、作業療法士全体の実践内容にも好影響をもたらすとともに、作業療法成果を示す根拠資料に繋がるものと考えられる」(成果検討委員会：作業療法 23：166-171, 2004)。

しかし報告事例の中には何故そのような計画を立てその介入方法を選択したのか、またどのような効果があったのか、もっと焦点を絞り明確に記述して欲しいと感じるものがある。これは報告者の責任だけでなく、審査員の責任でもある。さらには事例と審査員のマッチングや審査コメント枠の改善など、運営側が責任を持つべき課題も多い。

報告者と審査員においては、まずは本事例報告制度が期待する事例の記述、すなわち「すべてを詳細に記述するのではなく、報告目的に合わせて書くべき内容を絞り、何故その様な経緯を辿ったのかが理解できるように記述する」ことを踏まえ、互いの根気強いやり取りをお願いしたい。繰り返すが、一番のポイントは「作業療法の経過を辿れる記述であるか」である。例えば片麻痺なら麻痺のステージの記述がなければならぬとか、乳ガンなら・・・を書くのがあたりまえと決めつけるような審査員コメントを見かけることがあるが、決めつけるのではなく「報告目的」と「経過を辿れるか」の観点から判断して欲しい。

作業療法士全体の実践の質の向上に向けては、報告事例を多くの会員に読んでいただく必要がある。しかし、本制度で蓄積している事例にアクセスする閲覧者は少しずつ増加しているものの、まだまだ十分に有効活用されているとは言いがたい。報告事例の表題やキーワード、疾患、障害、回復ステージ、適応理論など検索用語を充実させ、あいまい検索機能も可能にするなど、利用者が目的の事例にアクセスしやすくなる工夫が求められる。報告者側にも内容を適確に表す表題や報告目的を記述するための一層の努力をお願いしたい。

### 2. 事例報告の分析によって作業療法成果の根拠資料を作成する

掲載された個々の事例をみれば確かに作業療法の成果を実感できる。しかし、今回、個々の事例を総括した作業療法の成果を示そうと試みたところ、そのための分析に膨大な手間が掛かることが明らかとなった。多数の事例の成果をまとめようとした場合、「標的問題」

や「専門分野」,「介入の基本方針」,「疾患」等で整理する方法が考えられる。現状のシステムではこれらを報告者が事例登録時に選択する形式となっているため,当初はこれを利用してまとめようと試みた。しかし,登録者が選択した「標的問題」や「基本方針」と本文の内容が乖離していたり,不十分であったりする例が多数確認された。そのため全事例を読み込んで「標的問題」や「基本方針」を確認し,その成果を再抽出するという膨大な作業が生じた。

対策としては,想定される「標的問題」や「成果効果」をより詳細にリスト化するなどして,登録者の選択違いや選択漏れを最小限にする工夫が必要と思われる。同時に審査員にも登録者の選択内容を確認してもらえれば,より正確性が増すと思われる。

さらに抜本的な対策として,養成校の段階で事例登録制度への報告の仕方を学ぶ機会を設けることや,既卒者に対し事例報告の指導相談を行うメンター制度のような仕組みを創設することが考えられる。こうした対策がなされれば,報告事例の成果効果の根拠資料としての質が大幅に向上するものと予想する。

### 3. 事例報告の提示によって作業療法実践の成果を内外に示す

現在,事例のデータベースにアクセスできるのは会員だけであり,作業療法実践の成果をデータベースから直接入手できるのも会員だけである。非会員や他職種にもアクセスを認めることができれば,より広範囲に作業療法実践の成果効果を示すことができる。しかしアクセス権の拡大には,多面的な議論が必要になると予想される。そこで,データベースとは別の方法で登録事例を広く内外に提示する手段も同時に考え実行すべきと思われる。

内部的には機関誌や学術誌を活用して積極的に事例の紹介を行うのが有効と思われる。例えば「地域移行支援」「認知症」「回復期リハ病院からの自宅復帰」「就労支援」など,タイムリーなテーマを掲げ,該当事例を紹介するなどの方法が考えられる。

一方,外部的にはそのニーズに応じて直ちに該当事例をピックアップできる仕組みが重要である。例えば「呼吸器疾患の方にはどのような支援が行われているのか」と求められた際,直ちに事例を示して成果を説明できることが最低限必要である。しかし,現時点では蓄積された事例の件数が少なく十分に応えられるか疑問である。

さらに登録された事例の専門領域や主疾患,回復状態(時期)に大きな偏りが見られる点も問題である。例えば「介護予防」や「特定高齢者に対する作業療法の取り組み」などを求められても,該当事例はほとんど見あたらない。データベースとして作業療法実践を網羅するには,登録の少ない領域の事例や社会的ニーズに応える事例を集中的に募集したり,意図的に収集する戦略を進めるべきであろう。

(小林法一)

## 第7章 .終わりに

本制度の登録事例は着実に増えており、作業療法事例集も2011年度末で5冊目(Vol.5)、総事例数は600弱となっている。作業療法実践の成果効果を分析する材料としては数的にある程度揃ったように見える。しかし、本報告のテーマ別分析結果が示すように、特定の領域や障害、疾患、実践にテーマを絞ると、数件しか該当事例がない場合が多々ある。1件でも登録があればその背後に何百何千の実践・実態があるという捉え方もできるが、当該機関に作業療法士の必要性や実状を示すには根拠として弱いだらう。成果効果を事例によって示すにはもっと数を増やす必要がある。

作業療法を必要とする多くの方々が、いつでもどこでも作業療法士の支援を受けられる物理的・社会的環境を整えるのは、作業療法の効果や魅力を一番よく知っている我々作業療法士の責務である。身障領域の現場で複数名同時の作業療法(作業療法:簡単)が廃止されたり日数制限が設けられたことで、多くのクライアントが作業療法の機会を失ったことを思い出して欲しい。作業療法士が専門職として存在を示すことができるのは臨床の場である。その臨床の成果をわれわれ作業療法士は示さなければならない。臨床を大切にしながら事例研究することは、大きな意味をもつのである(村田和香:事例研究:一般。山田孝編「作業療法研究法」)。目の前のクライアントに全力を尽くすのはもちろん大切であるが、同時にその成果効果を明確に示す努力も必要である。

事例報告登録制度を利用して日本の作業療法の成果効果の蓄積に協力して欲しい。「この制度では実践の本当の成果効果示せない」という声を耳にすることがあるが、だからといってなにもしないことの理由にはならないだらう。限られた紙面で表現できる成果効果は、実際の半分にも満たないことは承知の上でのお願いである。良質な臨床の知をもつ経験豊富なベテラン作業療法士には、特に強くお願いしたい。

(小林法一)

企画・執筆担当：学部学術委員会 事例班

小林 法一

谷村 厚子

田村 大

内藤 泰男

松澤 良平

安田 大典

吉川 法生

(五十音順)