

第四章 医療機関における生活行為向上マネジメント実践研究事業

I. はじめに

平成 20、21 年度における老人保健健康増進等事業において開発された生活行為向上マネジメントツールの有用性については既に通所リハビリ施設において検証が行なわれている。

この「生活行為向上マネジメント」は、在宅生活が始まってから初めて行われるものではなく、医療機関に入院中から行われることによって退院時の安心感や退院後の機能・生活能力の維持により効果が期待できると考えられる。

更に生活行為向上マネジメント実践内容を在宅支援部門への連携よくし申し送ることで、有効性がさらに高まるものと推察される。

今回はこの生活行為向上マネジメントツールの急性期、回復期の医療機関における利用の可能性とその有効性について、全国 5 病院を対象に調査し検証作業を行なった。その結果と共に今後の課題について報告する。

II. 事業の目的

- 医療機関（急性期・回復期）における「生活行為向上マネジメント」の有効性の検証。
- 医療機関（急性期・回復期）における作業遂行を高めるプログラムの段階別実施状況調査。
- 医療機関（急性期・回復期）における「生活行為向上マネジメント」の、在宅復帰後における継続・持続性の調査・検証。

III. 実施方法

1. 対象者

・各医療機関（急性期・回復期）に入院している 40 歳以上の脳卒中または廃用症候群、大腿骨頸部骨折等の疾患で作業療法が処方された者。

2. 介入研究方法（全体フローを別紙に示す）

- 1) 各医療機関において、作業療法を処方された入院患者を受付番号順に奇数番と偶数番にランダムに分け、奇数番は対照群とし、偶数番は介入群とした。
- 2) 対照群、介入群、それぞれで研究説明を行い同意を得た。
- 3) 同意を得た者は研究継続、同意を得られなかった者は研究中止とした。
- 4) 対照群、介入群、両群とも基本調査表を作成した。
- 5) 開始時評価を実施。

成果指標として下記の評価を実施した。

①～⑤まではすべての疾患に実施し、⑥～⑨は脳卒中患者のみ実施した。

- ① Barthel Index
- ② 老健式活動能力指標
- ③ 主観的健康感
- ④ HUI
- ⑤ PASE-CR（改編版）

- ⑥ JCS
- ⑦ HDS-R
- ⑧ Brunnstrom stage
- ⑨ 握力

- 6) 対照群は各医療機関の通常アプローチを実施した。
- 7) 介入群は通常アプローチに加え、下記のシートを記載・作成し「生活行為向上マネジメント」を実施した。
 - ・「生活状況確認用紙」
 - ・「作業聞き取りシート」
 - ・「作業遂行アセスメント表」
 - ・「作業遂行向上プラン表」
 - ・「作業をすることで元気になる申し送り表（生活総合アセスメント表）」
- 8) 介入群は更にプログラムの段階別実施状況調査を実施した。
- 9) 退院時・終了時評価を実施した。内容は開始時評価と同様のものとした。
- 10) 退院後1ヶ月後に追跡評価を実施した。方法は外来診察時などの来訪時の面接や電話での聞き取りまたは訪問しての面接などで行なった。評価内容は開始時評価項目のうち、①～⑤の項目について実施した。
- 11) 事業終了後、介入群を担当したすべての作業療法士にアンケート調査を実施した。

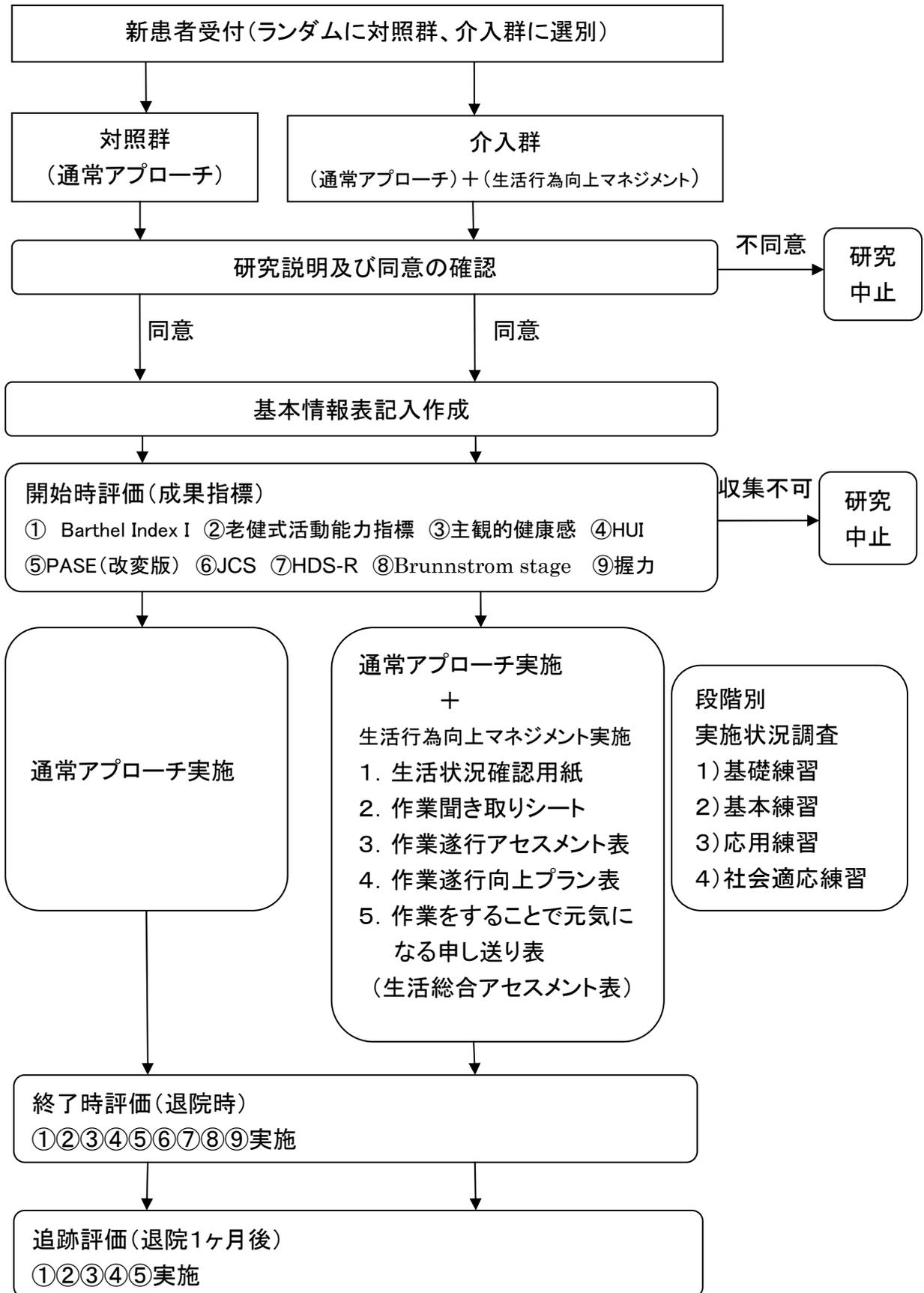
3. 実施期間

- ・平成22年9月下旬～平成23年2月上旬
(初期評価実施期間：平成22年9月21日～12月10日)
(最終評価、追跡調査実施期間：平成22年9月21日～平成23年2月5日)

4. 意見交換会の実施

- ・平成23年1月30日(日)13:00～15:30、研究事業を実施してみての良かった点、難しかった点、課題などを、各研究施設より症例報告10分程度を実施し意見交換を行なった。

研究事業の流れ図（フロー）



IV. 医療介護連携班研究員（○班長、*あり方チームメンバー）

所属名	氏名	備考
N T T 東日本伊豆病院	高木 克実	静岡県
金沢脳神経外科病院	東川 哲朗	石川県
太田西ノ内病院	岡本 佳江	福島県
藤元早鈴病院	老川 大輔	宮崎県
竹田総合病院	太田 睦美* 長谷川敬一○	福島県

V. 医療介護連携班協力施設

協力施設名	主担当者	備考
N T T 東日本伊豆病院	高木 克実	静岡県田方郡函南町
金沢脳神経外科病院	東川 哲朗	石川県石川郡野々市町
太田西ノ内病院	宗像 暁美	福島県郡山市
藤元早鈴病院	老川 大輔	宮崎県都城市
竹田総合病院	金田麻利子	福島県会津若松市

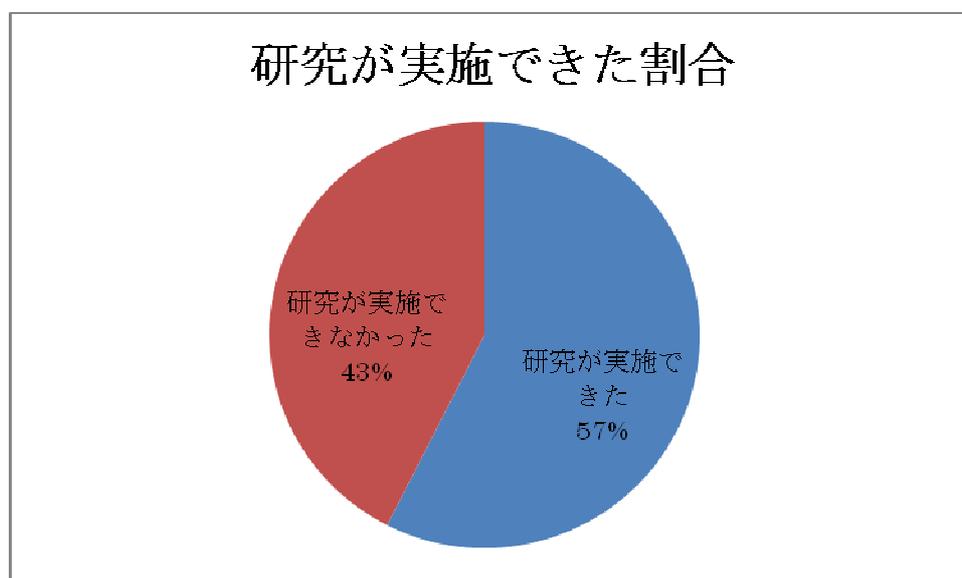
VI. 対象者の概要

研究期間内に研究協力 5 医療機関で作業療法が処方され、研究の対象となった者とそのうち研究の同意がとれ初期評価まで行なえ研究事業に登録参加された方を下記に示す。

1. 協力病院と対象者

	病院名	不同意者		同意者（研究参加者）	
		拒否	研究実施不可	介入群	対照群
1	N T T 東日本伊豆病院	-	-	2 2	2 6
2	金沢脳神経外科病院	-	-	2 5	2 7
3	太田西ノ内病院	-	-	2 5	3 6
4	藤元早鈴病院	-	-	1 7	1 9
5	竹田総合病院	-	-	3 2	3 9
	小計	4 2	1 9 9	1 2 1	1 4 7
	合計	2 4 1 名		2 6 8 名	

導入にあたっては、57%の 268 名に同意を得、初期評価を行い研究事業にエントリーすることができた。同意を取れなかった者の中で、本人の意思で研究協力を拒否した者が42名であった。



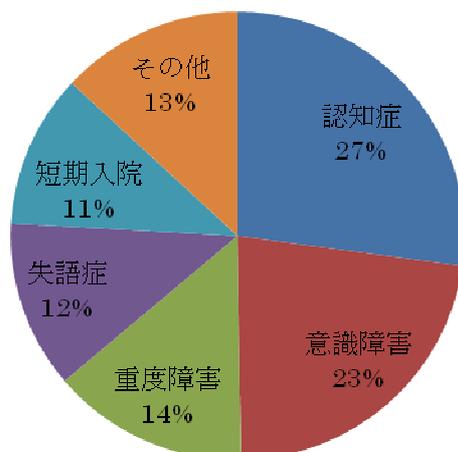
2. 同意が取れず研究が実施できなかった理由

拒否以外の理由で同意を取れず、研究が実施できなかった者の理由とその数を調べた。認知症のためが54名（27%）と最も多く、次いで意識障害45名（23%）、重症例28名（14%）の順で多かった。治療上、病棟運営上短期での退院予定（1週間以内）も22名（11%）あり、少数意見として手術の予定、うつ、死亡などの理由があがった。

同意が取れず研究が実施できなかった者の理由

研究実施不可の理由	人数	(%)
認知症	54	27
意識障害	45	23
重症例	28	14
失語症	24	12
短期入院	22	11
その他 (手術予定、意欲低下、うつ、死亡等)	26	13

研究が実施できなかった理由



3. 対象者の基本情報

1) 対象者の特性

	介入群 (n=121)	対照群 (n=147)	p 値
年齢	69.8±12.9	72.3±12.2	0.109
性別 (男性/女性)	54/67	77/70	0.206
配偶者 (あり/なし)	81/40	86/61	0.213
家族構成	3.0±1.9	2.8±1.7	0.502
生活保護 (あり/なし)	2/119	3/144	0.392
要介護度			
なし	70	93	
要支援 1	2	4	
要支援 2	6	8	
要介護 1	9	10	
要介護 2	10	13	0.824
要介護 3	9	8	
要介護 4	13	8	
要介護 5	2	3	
寝たきり度			
正常	29	27	
J1	2	9	
J2	9	3	
A1	14	15	
A2	15	21	0.081
B1	21	32	
B2	25	24	
C1	3	4	

	C2	3	12	
認知症自立度	正常	74	72	
	I	11	18	
	II a	7	22	
	II b	12	16	
	III a	8	15	0.052
	III b	4	3	
	IV	4	0	
	M	1	1	
病院	NTT 東日本伊豆	22	26	
	金沢脳神経外科	25	27	
	太田西ノ内	25	36	0.954
	藤元早鈴	17	19	
	竹田総合	32	39	
診断名	脳卒中	85	100	
	大腿骨頸部骨折	10	18	
	廃用症候群	16	20	0.684
	その他	10	9	

*初期評価を完了した 268 名を分析とした。

*2 群の比較には対応の無い t 検定もしくは χ^2 検定を適用

2) 対象者の初期評価時のアウトカム指標

	介入群 (n=121)	対照群 (n=147)	p 値
老研式活動能力指標	5.1±4.3	4.3±3.8	0.129
主観的健康感	3.5±1.0	3.5±1.0	0.829
Barthel Index	57.5±30.8	53.7±29.1	0.216
PASE-CR	4.4±4.2	4.2±6.1	0.111
Health Utilities Index	0.23±0.33	0.19±0.30	0.376

*データは初期評価を示す。

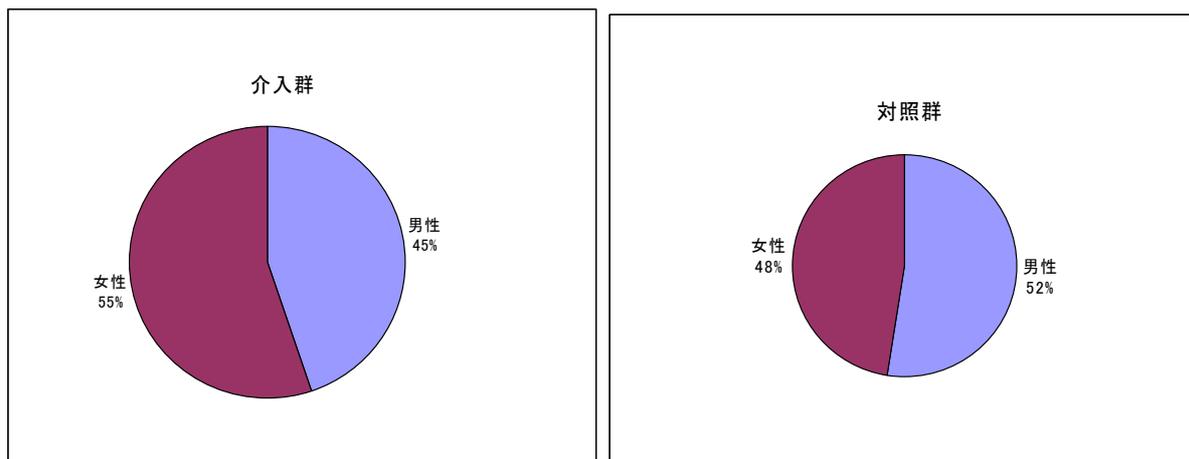
3) 年齢

介入群 69.8±12.9 歳、対照群 72.3±12.2 歳であった。

最高齢は 94 歳、最低年齢は 40 歳（研究の初期条件が 40 歳以上）であった。

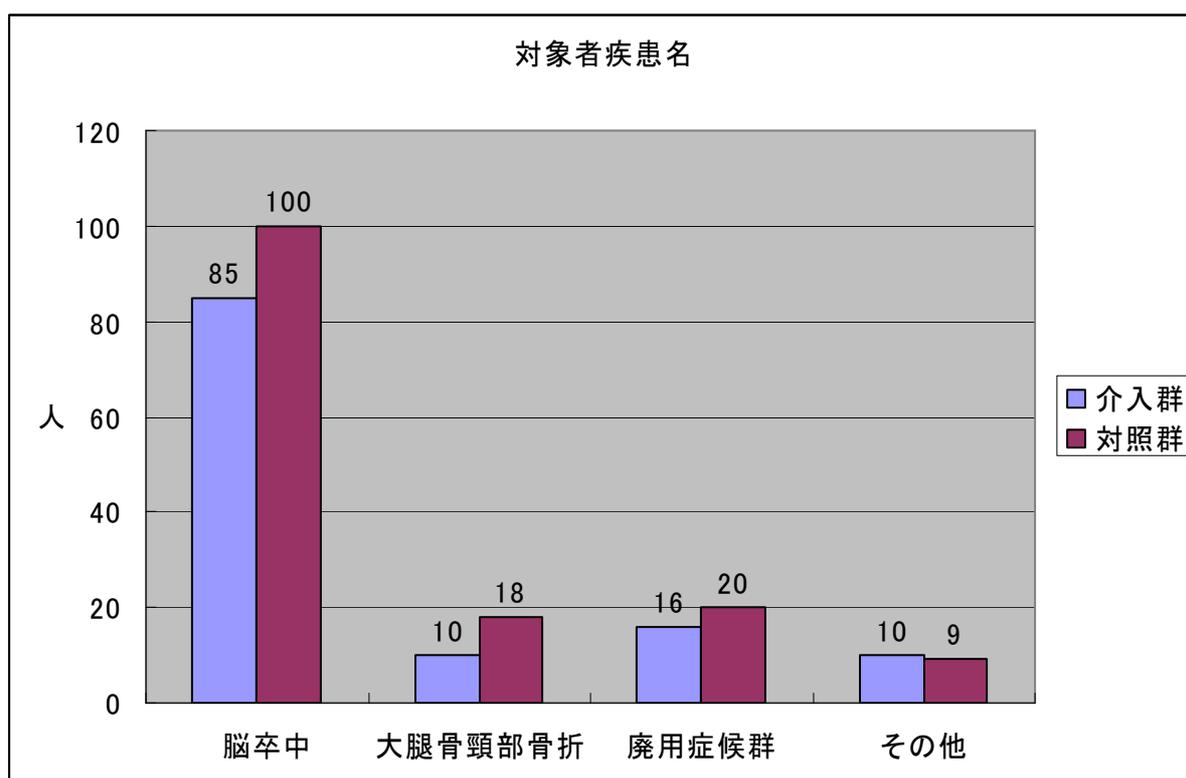
4) 性別

介入群は男性 54 名、女性 67 名と女性が多く、対照群は男性 77 名、女性 70 名と男性が多かった。



5) 疾患名

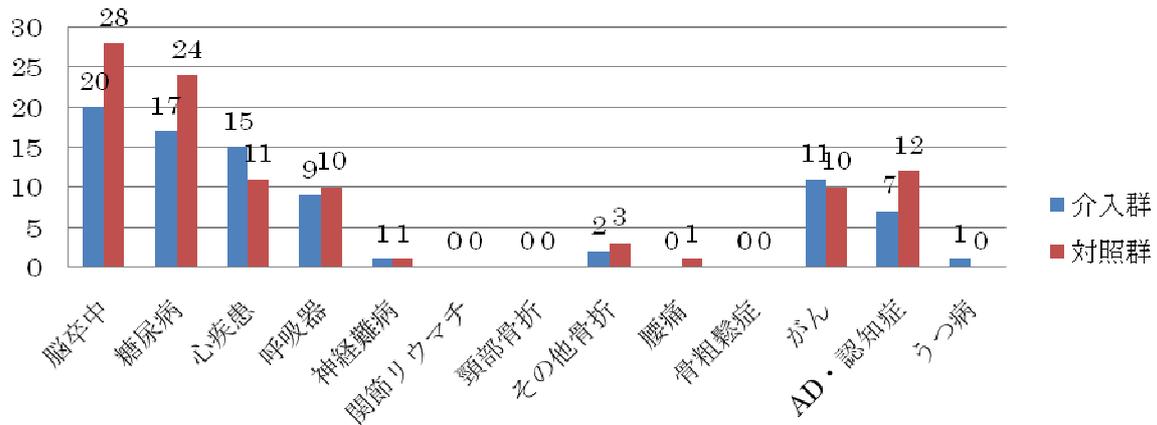
・脳卒中が185名（介入群85名、対象群100名）と最も多かった。大腿骨頸部骨折28名（介入群10名、対象群18名）、廃用症候群36名（介入群16名、対象群20名）であった。



6) 既往歴

脳卒中が48名ともっとも多く、次いで糖尿病41名、心疾患27名と続いた。関節リウマチ、頸部骨折、骨粗鬆症は両群とも0名であった。

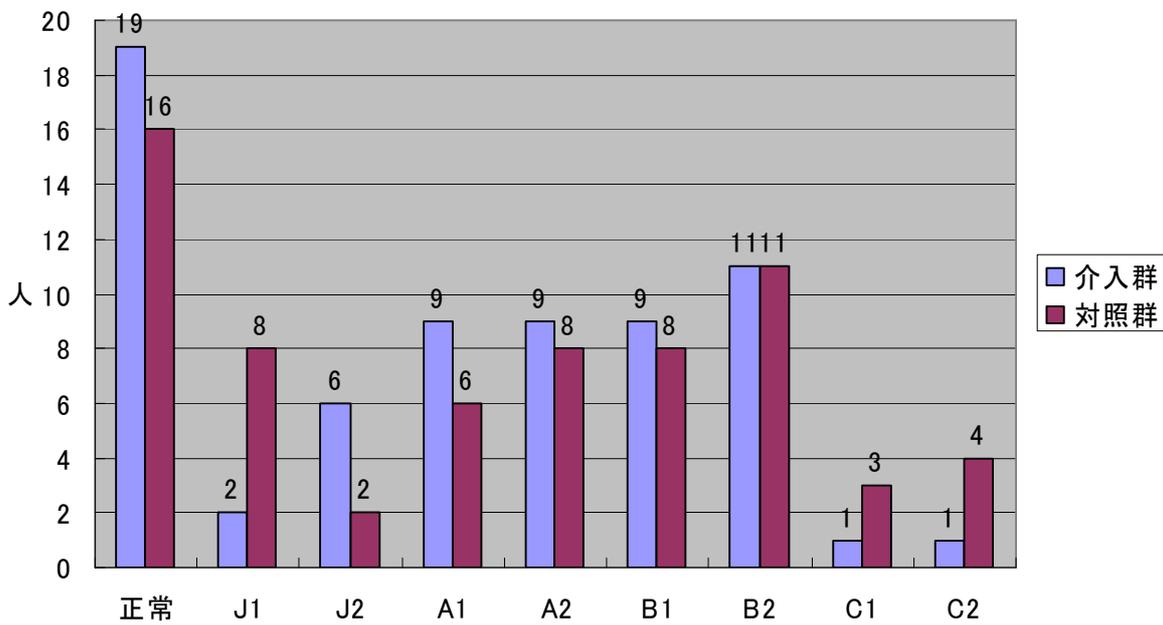
既往歴



7) 寝たきり度

正常が34名（介入群19名、対象群16名）と最も多かった。Cのレベルは、合計で9名（介入群2名、対象群7名）であった。

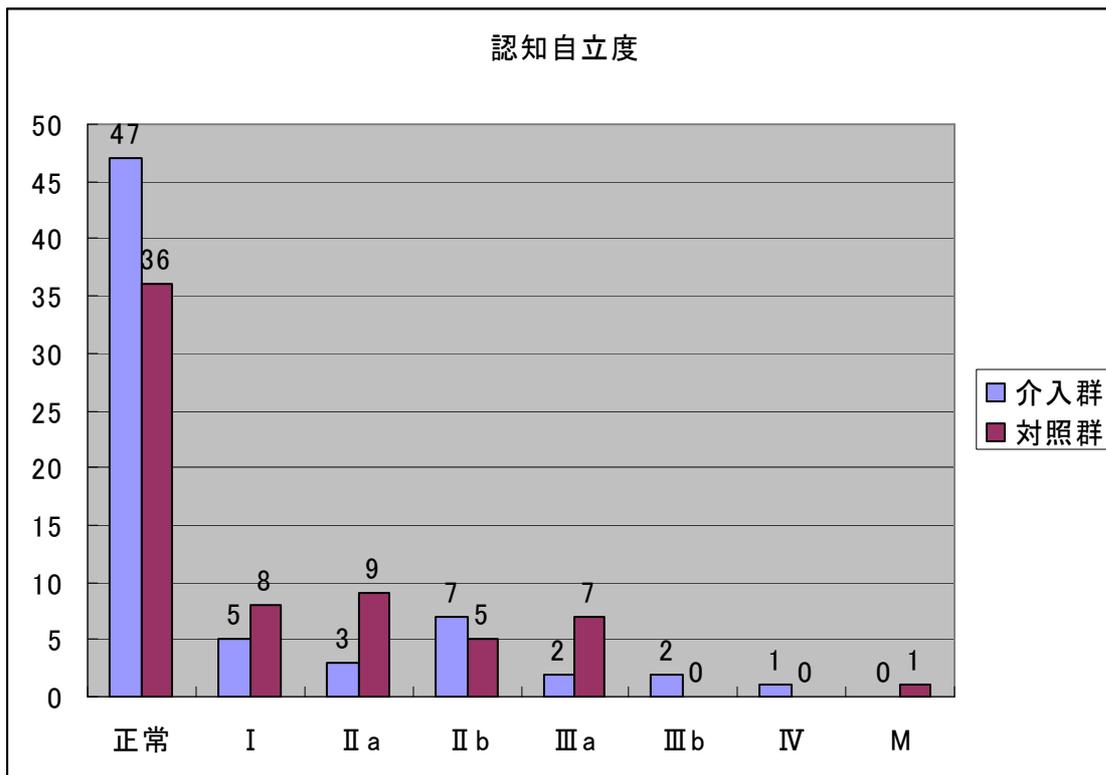
寝たきり度



8) 認知自立度

正常が83名（介入群47名、対象群36名）と最も多かった。

Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Mの重症例が13名あった。



VII. 結果

1. アウトカム指標の統計学的結果

初期評価、最終評価を実施し在宅へ帰られその後1ヶ月後の追跡評価を実施完了できた133名について分析した。

1) 追跡評価完了者の基本情報

	介入群 (n=67)	対照群 (n=66)	p 値
年齢	66.9±13.4	71.4±14.0	0.061
性別 (男性/女性)	33/34	30/36	0.396
要介護度			
なし	38	41	
要支援1	1	3	
要支援2	4	2	
要介護1	5	3	
要介護2	5	4	0.756
要介護3	6	6	
要介護4	7	4	
要介護5	1	3	
寝たきり度			
正常	19	16	
J1	2	8	0.312
J2	6	2	

	A1	9	6	
	A2	9	8	
	B1	9	8	
	B2	11	11	
	C1	1	3	
	C2	1	4	
認知症自立度	正常	47	36	
	I	5	8	
	II a	3	9	
	II b	7	5	0.092
	III a	2	7	
	III b	2	0	
	IV	1	0	
	M	0	1	
病院	NTT 東日本伊豆	17	12	
	金沢脳神経外科	9	6	
	太田西ノ内	12	18	0.613
	藤元早鈴	9	9	
	竹田総合	20	21	
診断名	脳卒中	49	45	
	大腿骨頸部骨折	3	10	
	廃用症候群	9	8	0.172
	その他	6	3	

*追跡評価を完了した 133 名を分析対象とした。

*2 群の比較には対応の無い t 検定もしくは χ^2 検定を適用

2) 追跡調査完了者のアウトカム指標の変化

	介入群 (n=67)	対照群 (n=66)	p 値
	5.6±4.1	4.7±4.1	
老研式活動能力指標	7.2±4.2	6.3±4.5	0.440
	7.6±4.3	7.1±4.7	
	3.6±1.0	3.4±1.0	
主観的健康感	2.9±0.9	2.9±0.9	0.362
	2.7±1.2	2.8±1.1	
	63.0±29.6	56.1±31.5	
Barthel Index	81.1±26.9	78.1±28.2	0.186
	84.6±23.0	79.9±28.6	
PASE-CR	4.9±4.5	4.8±8.4	0.461

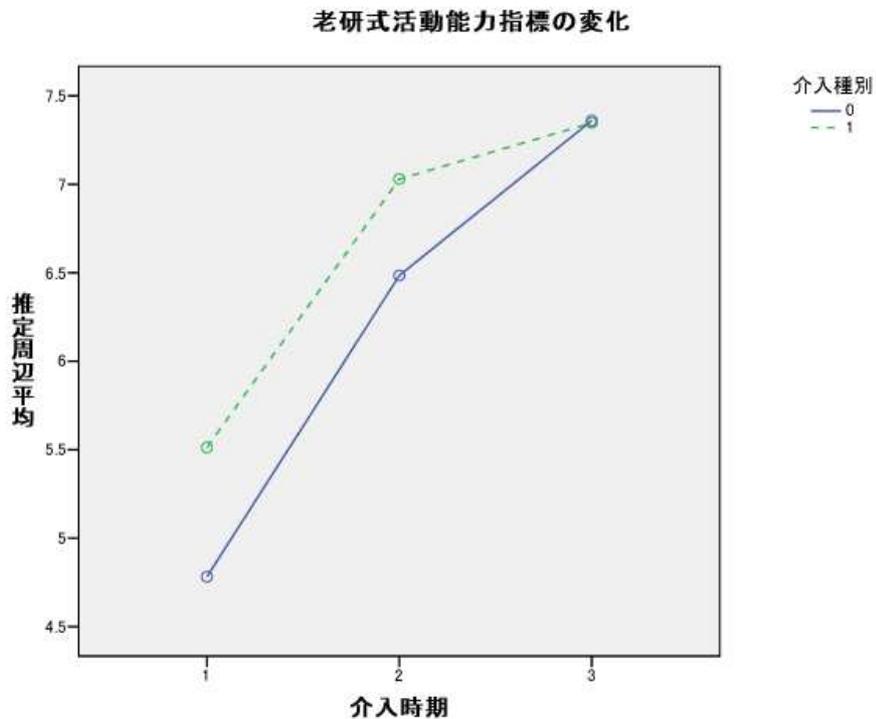
	7.3±5.3	6.1±7.2	
	16.8±14.6	14.3±16.6	
	0.29±0.34	0.24±0.31	
Health Utilities Index	0.48±0.35	0.43±0.35	0.771
	0.52±0.37	0.45±0.40	

*データは上段が初期評価，中段が最終評価，下段が追跡評価

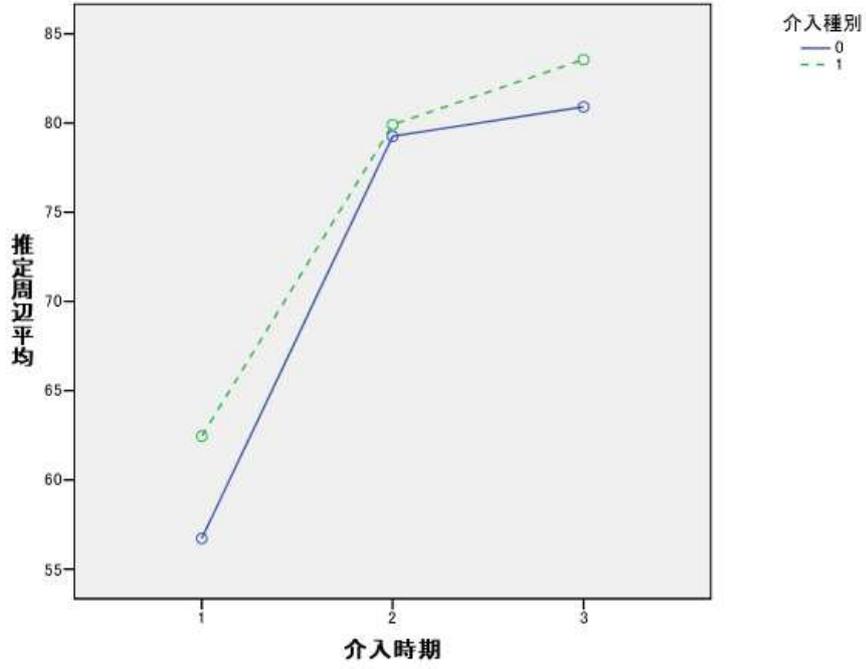
*年齢と性別を共変量とした。

*統計は反復測定分散分析（介入時期と群分けによる効果判定のため）

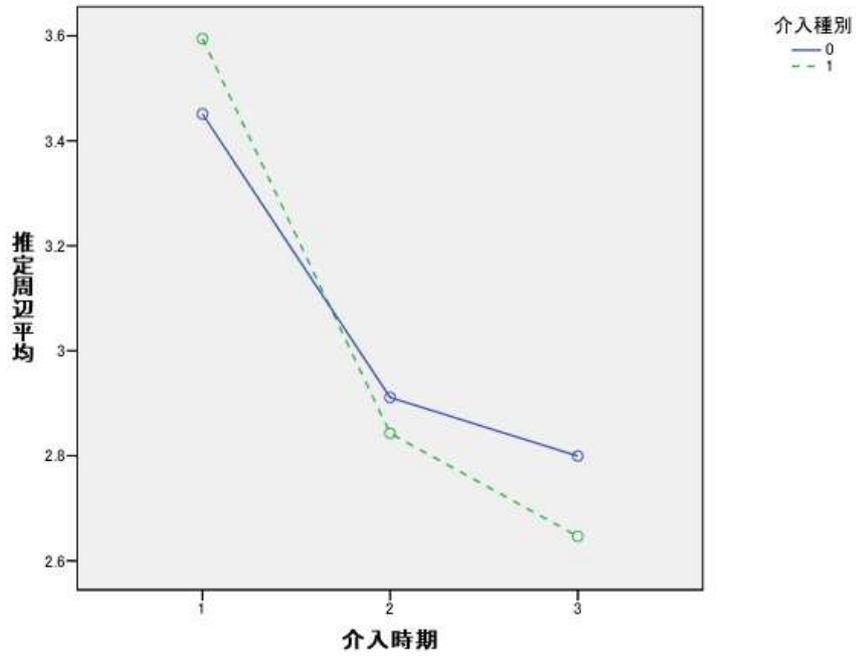
●5つの全ての指標で介入時期による指標の改善を認めた（統計結果は非表示）が，群間差は認めなかった。これは初期評価を除いた，最終評価と追跡評価の2値の比較でも同様だった。下記にグラフを示す。介入種別、0 = 対照群、1 = 介入群を表す。



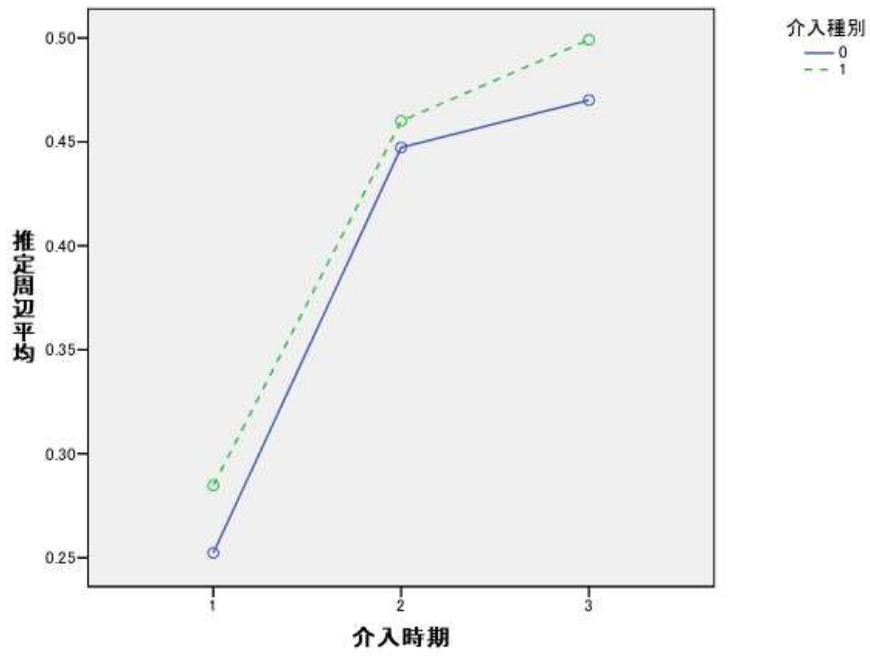
Barthel Indexの変化



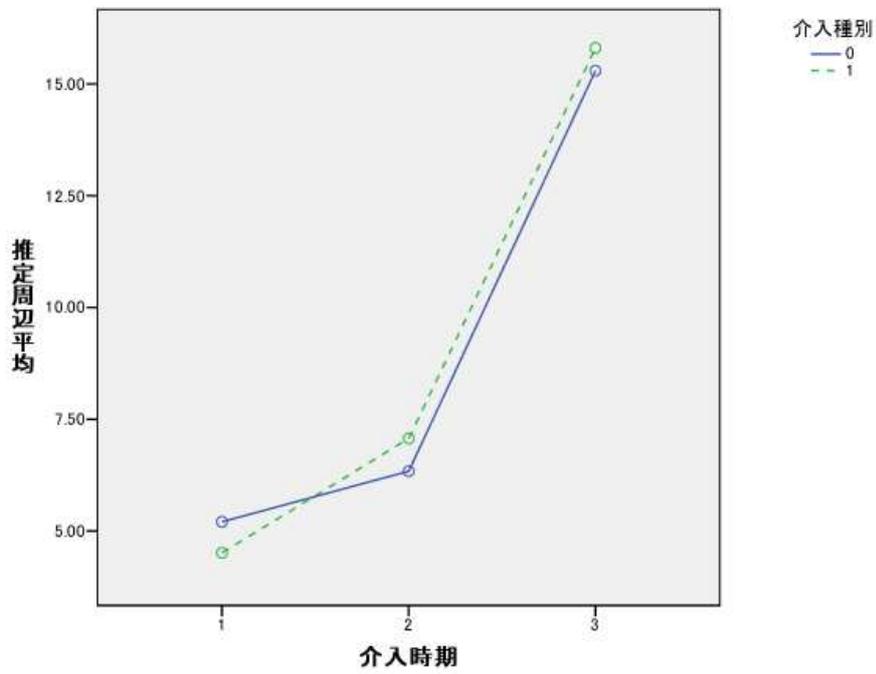
主観的健康感の変化



HUIの変化



PASE-CRの変化



2. 脳卒中機能評価指標の変化

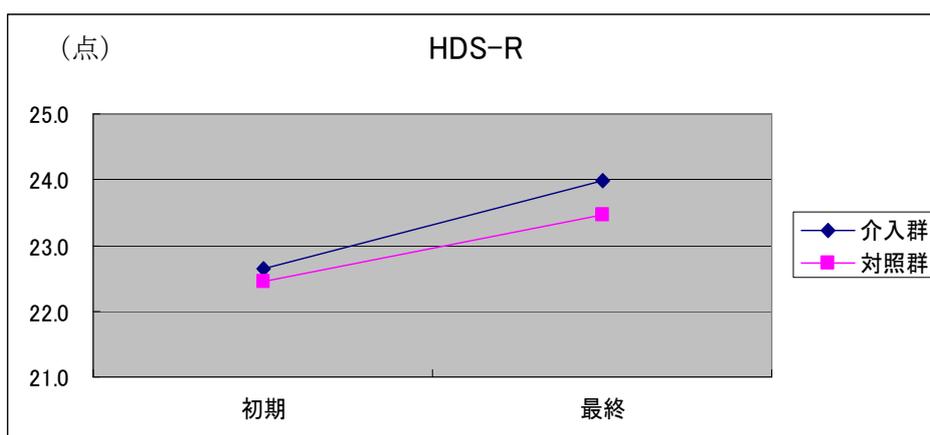
脳卒中患者について、JCS、HDS-R、Br.Stage(上肢、手指、下肢)、握力の測定を実施し分析した。対象は初期評価と最終評価を完了した 117 名を分析対象とした。

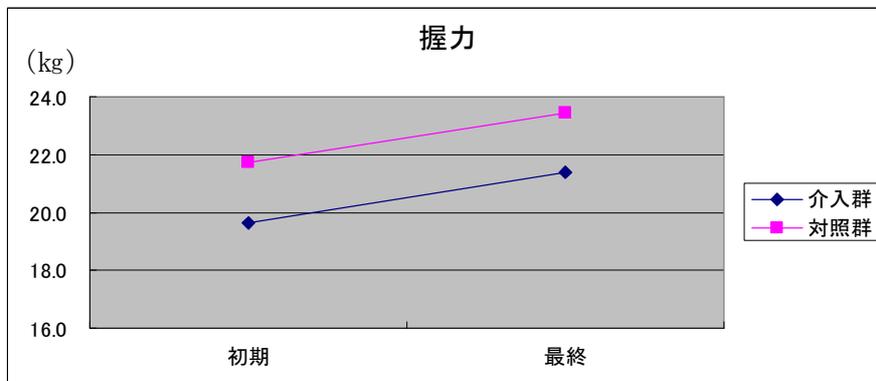
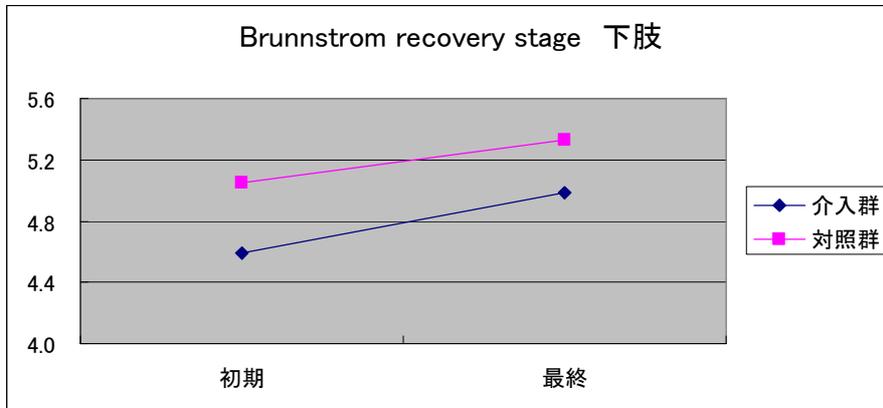
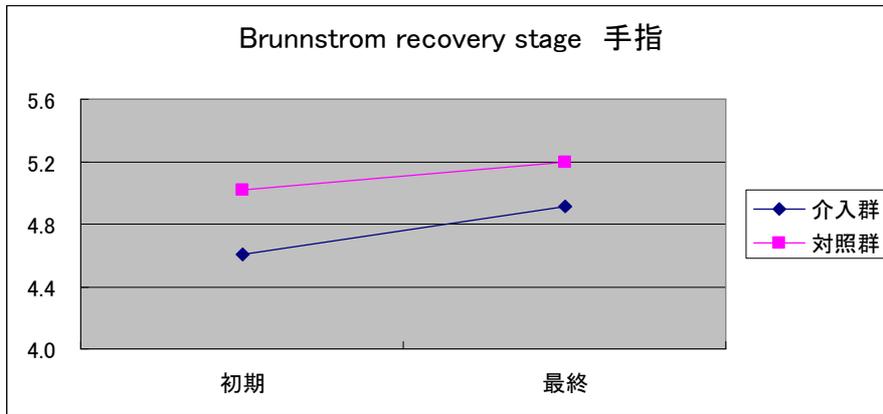
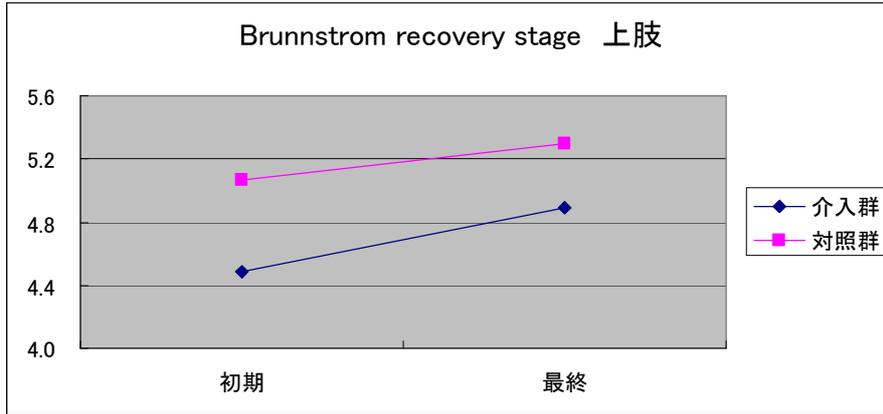
	介入群 (n=56)	対照群 (n=61)	p 値
Japan Coma Scale	0.2±0.8	0.1±0.4	0.758
	0.1±0.4	0.0±0.0	
HDS-R	22.6±8.1	22.4±8.2	0.642
	24.0±7.7	23.5±8.6	
Br. Stage 上肢	4.5±1.4	5.1±1.3	0.118
	4.9±1.4	5.3±1.2	
Br. Stage 手指	4.6±1.3	5.0±1.3	0.340
	4.9±1.2	5.2±1.2	
Br. Stage 下肢	4.6±1.4	5.0±1.3	0.319
	5.0±1.3	5.3±1.1	
握力	19.6±10.7	21.7±12.4	0.943
	21.4±10.7	23.5±13.1	

*データは上段が初期評価，下段が最終評価。

*統計は反復測定分散分析（介入時期と群分けによる効果判定のため）。

5つの全ての指標で介入時期による指標の改善を認めました（統計結果は非表示）。Br. stage 上肢のみ群間差を認め（p 値 0.041），他の指標では群間差を認めませんでした（統計結果は非表示）。JCSにおいて介入群（n=56）の初期評価では0が53名，2は2名，20は1名，最終評価では0が54名，2が2名であった。一方，対照群（n=61）の初期評価では0が56名，1が3名，2が2名，最終評価では0が61名であった。





2. 実行度、満足度の変化

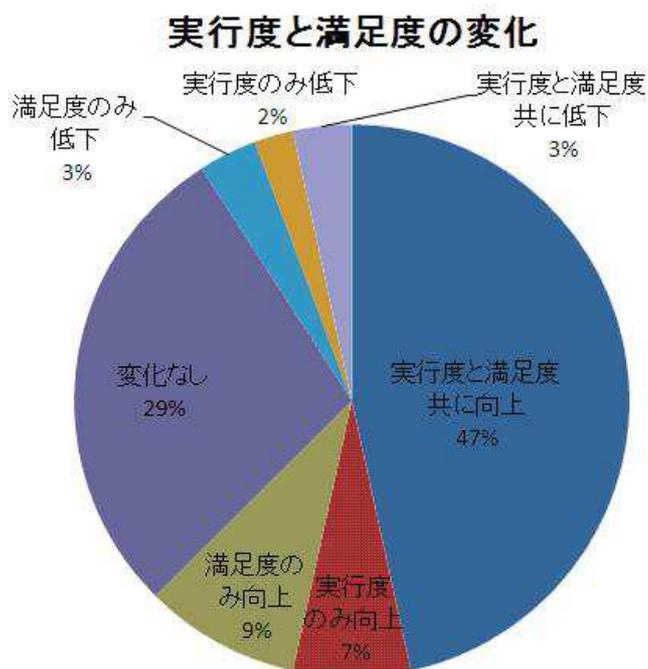
入院中に行った初期評価時と最終評価時における作業聞き取りシートを作成した介入群の88名の結果からの実行度と満足度の変化について調査した。最終評価時に実行度・満足度ともに向上したものは41名(46.6%)と一番多く、次いで実行度と満足度に変化がなかったもの25名(28.4%)であった。実行度と満足度が共に低下したものは3名(3.4%)であった。

実行度は向上しないが、満足度が向上したものが8名(9.1%)あった。逆に実行はしたものの、満足度が向上しないものが6名(6.8%)あった。

また、事例についての簡単なエピソードを抜粋し、表に示す。

実行度と満足度の変化

実行度と満足度が共に向上	41	46.6%
実行度のみ向上	6	6.8%
満足度のみ向上	8	9.1%
実行度と満足度が共に変化なし	25	28.4%
満足度のみ低下	3	3.4%
実行度のみ低下	2	2.3%
実行度と満足度が共に低下	3	3.4%
合計	88	



コード番号	実行度		満足度		備考（エピソードなど）
	初期	最終	初期	最終	
1-1-C8	1	2	2	2	退院後に家族と一緒に夕食の準備ができることを目標とした。入院中に簡単な調理訓練を実施し、その結果を訪問リハスタッフに申し送り、退院後も継続して訓練を行っていただいた。追跡評価時に訪問リハのスタッフの協力の下、回鍋肉を作ったとの話が聞かれた。
1-1-C10	1	10	1	10	理事長をしている特養への復職を目標とした。役割を「施設内の環境整備や入所者とのふれあいを持つ」とし、訓練で畑作業など実施。作業が問題なく行え、復職への自信につながり、実行度、満足度は大幅にアップした。
1-1-C18	5	6	5	6	支援B型への復職を目標とした。現在は実際に復職には至っていないが、職場に行き来できる程度の体力向上が見られ、公共交通機関に利用も可能となった。
1-1-F4	1	1	1	1	仏壇の掃除が行えることを目標にした。退院直後は行えていたが、腰痛が出現して以来、定期的には行っていない。
1-1-D4	1	7	5	7	甥の結婚式に参加することを目標とした。入院中にご家族の協力の下で車椅子にて参加。目標達成された。
2-1-C02	3	2	3	2	仲間との山登りを目標とした。筋力、耐久性向上、山登りのプランニング実施。病識向上にて、得点は低下したが、症例は退院後も山登りへの準備を実施している。
2-1-C12	1	7	1	5	職場復帰、車の運転ができること、趣味のゴルフを再開することを目標に実施した。職場復帰に関しては復帰時期がおおよそ決まったこと非麻痺側での書字能力が向上したことから改善したと思われる。退院し、職場復帰できる状態であったが、麻痺側上肢の改善目的で転院したため、中断した。
2-1-C24	7	9	5	9	車の運転を目標とした。運転免許センターからの情報収集と本人へ情報提供、家族への協力を依頼した。退院時には通勤までは確認できなかったが自宅周囲を運転出来た。
2-1-C30	5	7	3	7	左手での書字、ADL自立を目的に実施した。書字能力の改善について満足度が向上している。ADL面は周囲への依存があり、能力はあるものの、定着していない。周囲の強力を得られることから満足度が高いのだと考えられる。
2-1-C40	5	8	5	8	家庭菜園への参加を目標とした。しゃがみ動作や平衡機能向上に向けて実施。意欲はやや低いですが、園芸へ参加する能力への自信はついた様子。

2-1-C54	1	3	1	2	仕事復帰を目標。小さい部品を扱うことができるよう実際場面を想定し、巧緻動作練習を実施した。短期間であうが実行・満足度ともに向上。
3-1-C7	1	1	10	10	ミシン、アイロンが使えるようになり復職できる。目標を掲げたことでモチベーションが高くなった。一番困難だった糸通しが可能となりTシャツが完成し自信がついた。
3-1-C7	1	1	8	8	家の炬燵に火を入れる。(炭を入れる)実際に行くことはなかったが模擬動作で安定して行えたことで外泊なしで退院した。
3-1-D6	1	1	1	1	自分の家で友人とお茶を飲むと設定したが、家庭の事情で軽費老人ホームへ(能力は十分あった。)
3-1-D7	1	1	1	1	母親に面会に行く。自宅退院後の追跡調査では、目標が退院後に達成しとても満足しているとの声が聞かれた。
3-1-D9	1	2	1	1	ボランティアや老人会などの地域の活動に参加できる。身の回りのことはできるようになったが、疾患治療のためリハ終了。引き続き入院中。3番目に挙げた目標は身の回りのことができるについては実行度、満足度ともに10点だった。
3-1-D11	1	1	1	1	バスや電車を使って行きたいところへ行けるようになりたい。入院中は臥床傾向であり、離床拒否があった。目標未達成。
4-1-6	1	1	1	1	旅行に行くことを目標にしたが、金銭的な問題からまだ実施していない為実行度・満足度には変化なし。しかし、現在は近所の外出は行っている。
4-1-10	5	5	5	5	「牛舎や近所まで定期的に外出できる」を目標に設定した。しかし、外泊で自宅にもどり、思い通りに出来ないことを感じた事で不安が強くなり、初期時とは状態が改善されるも実行度・満足度には変化が見られなかった。
4-1-38	1	1	1	1	1人で料理を作ることを目標に訓練を実施していたが、実際には夫の援助が必要である段階で退院となった為、実行度・満足度は上がらなかった。
4-1-44	3	2	5	5	入院中外泊を繰り返しており、退院後も出来るであろうと自信があったが、季節的に寒く思うように動くことが出来ずに実施できなかった為実行度が低下した。
4-1-50	2	9	2	9	高齢のため、身の回りのことができる程度でよいが目標であった。退院時には、身体機能面の著明な向上とともに応用的な動作訓練を実施し身の回り動作獲得が達成でき、実行度・満足度の向上に至った。
5-1-C1	1	1	1	7	車の運転を目標とした。入院中は実際の運転まではできなかったが、模擬的動作訓練を通じ安を解消し、満足度は向上。

5-1-C2	1	1	5	10	毎日、畑仕事での機械操作ができることを目標とした。実際は動作訓練を行えなかったが、麻痺の改善、動作能力の向上に伴い、実行度は変化しなかったが、満足度は向上した。
5-1-C7	1	6	1	7	孫との文通を目標とした。息子さんにレターセットの用意と郵送をしてもらった。段階的に書字訓練を行い、手紙を書くことができた。孫から返事をもらい歓喜して、涙を流されていた。実行度・満足度共に向上した。退院後の生活に目を向け、具体的にイメージするような発言もみられた。
5-1-C11	1	1	5	4	介助下で車で外出し、スロットができることを目標とした。介助歩行訓練を主に行い安定性及び耐久性は向上した。また、退院後のイメージがつくよう声かけした。実際場面での動作は行えず、実行度、満足度は変わらなかった。
5-1-C14	1	3	4	2	本人の希望は温泉にいけるように、目標としては外出や屋内動作の安定・家事の一部実施とした。目標は達成され、自宅退院後も友人とお茶のみをして過ごされている。
5-1-C21	1	10	1	7	飲食店を自営している方。仕事で調理を行えることを目標とした。実際に、仕事で使う材料や道具を持ってきてもらい、調理実習を実施。行って見て、十分美味しいものではあったが、プロとしては、ここが少し入院前と違うなどと実感することができ、退院後の課題も明確になって終了した方。
5-1-C20	7	10	7	10	料理がもう一度できるようにとの目標で、ニーズとしてはヘルパーと共同で料理すると設定、達成した。左麻痺の既往あり、入院前もなんとか行っていた方だが、入院を機に、自助具の検討なども行い、入院前より行いやすくなって帰ったケース。他の歩行などの機能についても改善が図れた。
5-1-C23	5	10	6	7	歩行の安定とバランスの向上から本人も希望として挙げたゴルフの2つを目標とした。ゴルフについては、達成の見込みが低いことはわかっていたが、総合的な機能の向上を目指すということとした。ゴルフについては達成されなかったが、歩行の安定については達成された。
5-1-C24	2	2	1	1	歩行補助具を使って安定して歩くことを目標とした。もともと右麻痺の既往があり、今回も右麻痺で発症した方。歩く目標の先には、庭いじりをしたいとの希望がきかれ、退院先の回復期病棟に申し送った。
5-1-S1	1	入院中	1	入院中	入院中。退院後は孫へ弁当が作れるよう調理ができることを目標とした。工程の少ない調理から導入し、段階的に実施した。車椅子座位であればわずかの援助で病前のように調理は可能となり、自信もついた。

3. 実施プログラムの実施状況

1) 急性期・回復期の医療機関入院中における実施プログラム

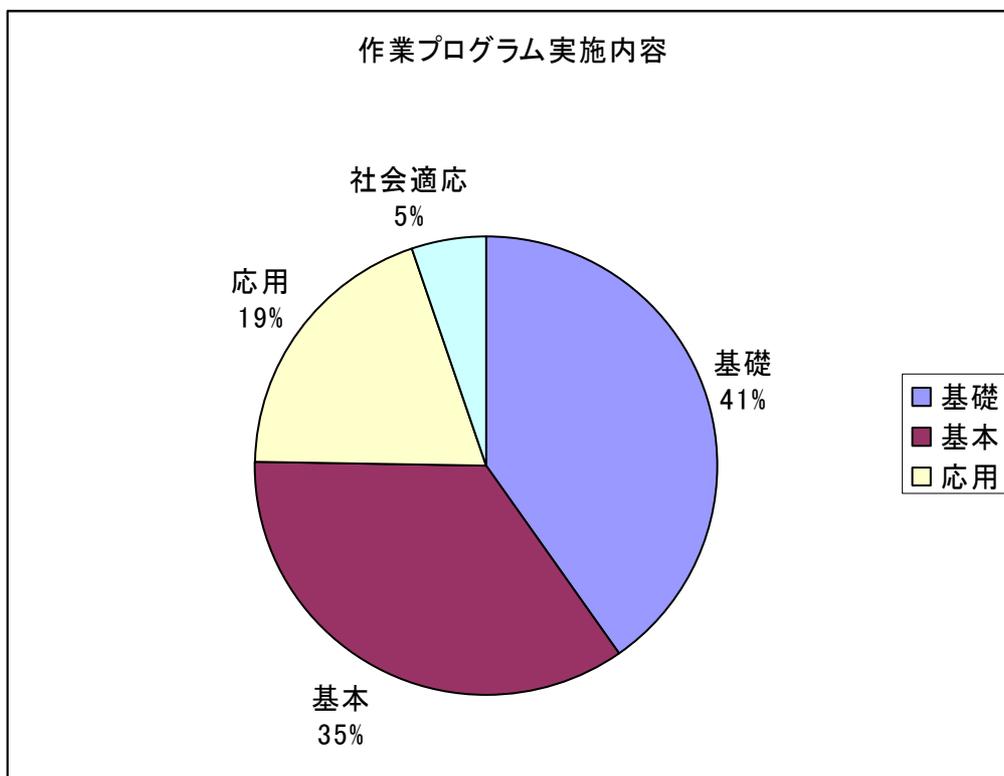
昨年度の研究報告に倣い、実施プログラムを「基礎練習」「基本練習」「応用練習」「社会適応訓練」の4つに項目に分類し、それぞれに小項目を7項目設けた。小項目は急性期や回復期の特性に合わせ、昨年度の研究報告でのプログラム例にプログラムを追加した。具体的には、「基礎練習」では座位訓練、上肢機能訓練、高次脳機能訓練などの離床プログラム、機能回復訓練などを盛り込み、「社会適応訓練」では退院前訪問指導などを追加した。介入群への作業療法プログラム内容にあわせて段階別調査表にそれぞれ実施いた時間を10分単位で記載にした。

実施プログラムの小項目の分類

基礎練習	①	ROM 訓練	
	②	座位訓練	
	③	筋力増強訓練	
	④	上肢機能訓練	
	⑤	高次脳機能訓練	
	⑥	協調性・巧緻性訓練	
	⑦	その他	バランス訓練、感覚訓練、上肢以外の機能回復訓練等
基本練習	①	歩行・車椅子等訓練	
	②	トイレ動作訓練	基本的なトイレの部分的な動作の練習
	③	起居動作訓練	
	④	立ち上がり訓練	
	⑤	更衣・整容・入浴訓練	基本的な模擬的な各動作の練習
	⑥	食事動作訓練	
	⑦	その他	床上動作、移乗動作などの基本的な練習
応用練習	①	作業活動(手工芸)	
	②	趣味的活動	
	③	職業前訓練(模擬)	
	④	家事動作	調理、掃除、洗濯等
	⑤	トイレの模擬行為練習	実際のトイレ動作の総合的な介入
	⑥	入浴の模擬行為練習	実際の入浴動作の総合的な介入
	⑦	その他	屋外での歩行訓練、階段昇降等の練習など応用的な練習
社会適応訓練	①	外出訓練	
	②	買い物訓練	
	③	職業前訓練(実施)	
	④	家庭訪問指導	
	⑤	ケアマネ等への指導	
	⑥	家族等への指導	
	⑦	その他	担当者会議出席、電話、化粧、車の運転・乗降等

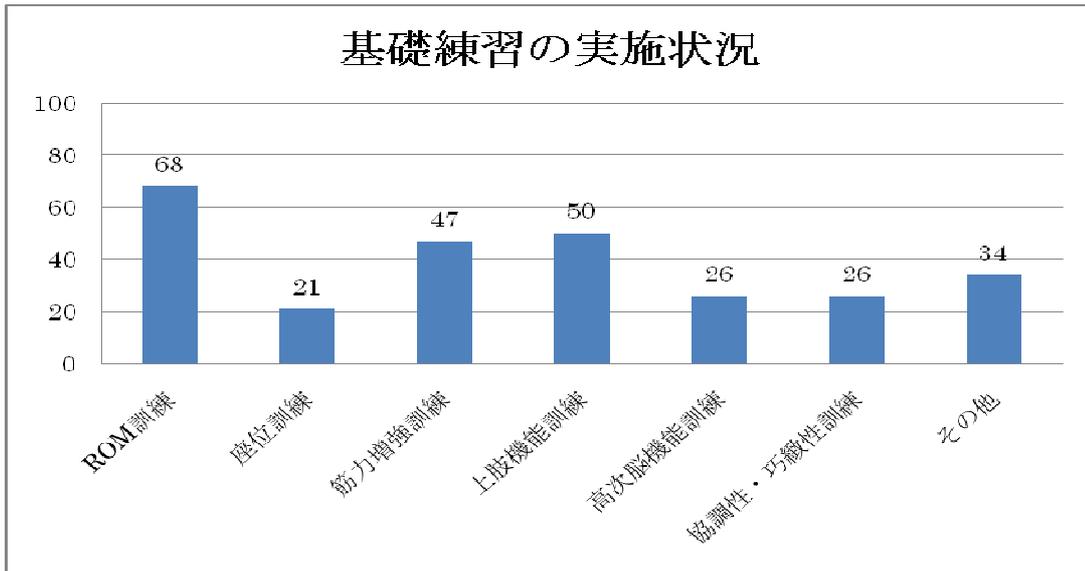
2) 実施プログラム時間

4項目の実施プログラムの合計時間に対する割合をグラフに示した。基礎練習が41%と最も多い時間を費やしており、次いで基本練習が35%、応用練習19%と続き、社会適応訓練は5%であった。



3) 基礎練習の実施状況

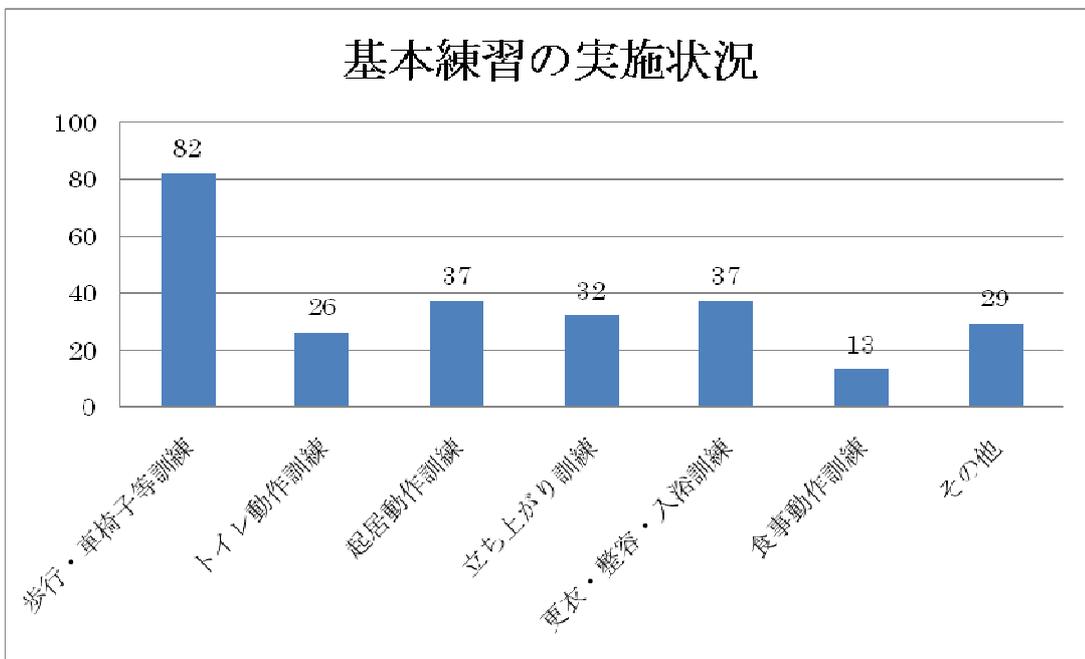
基礎練習小項目の実施状況を調べた。ROM訓練 (68%) が最も高く、次いで上肢機能訓練、筋力増強訓練の順で多かった。



4) 基本練習実施状況

基本練習小項目の実施状況を調べた。歩行・車椅子等訓練（82%）と最も多かった。

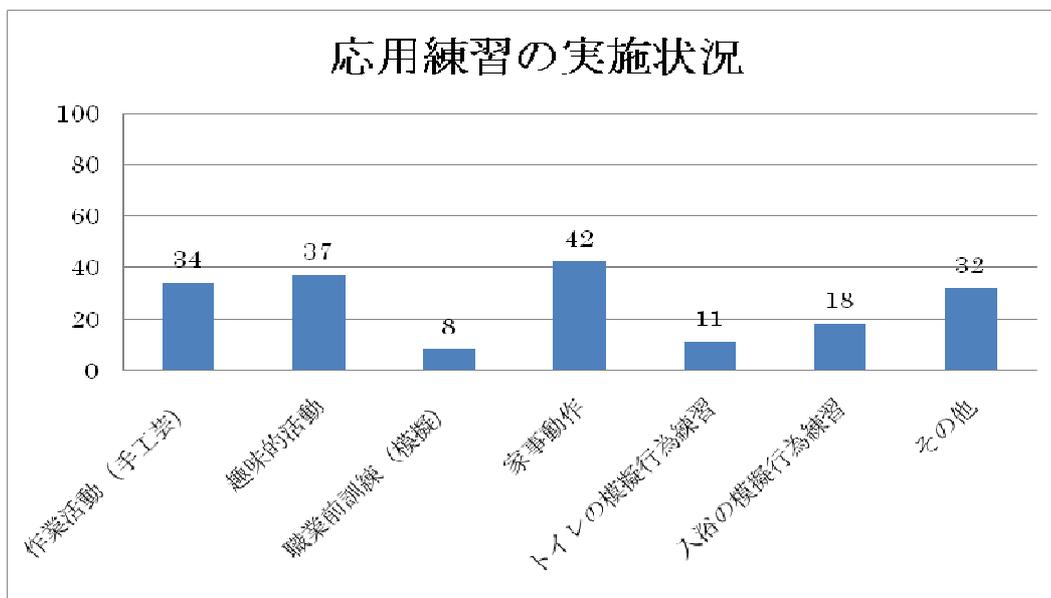
これは、すべての4項目7小項目の実施プログラムの中でも最も高い結果だった。次いで更衣・整容・入浴訓練（37%）と多く実施されていた。



5) 応用動作練習実施状況

応用練習小項目の実施状況を調べた。全体的に50%を超える実施率の項目はなく、

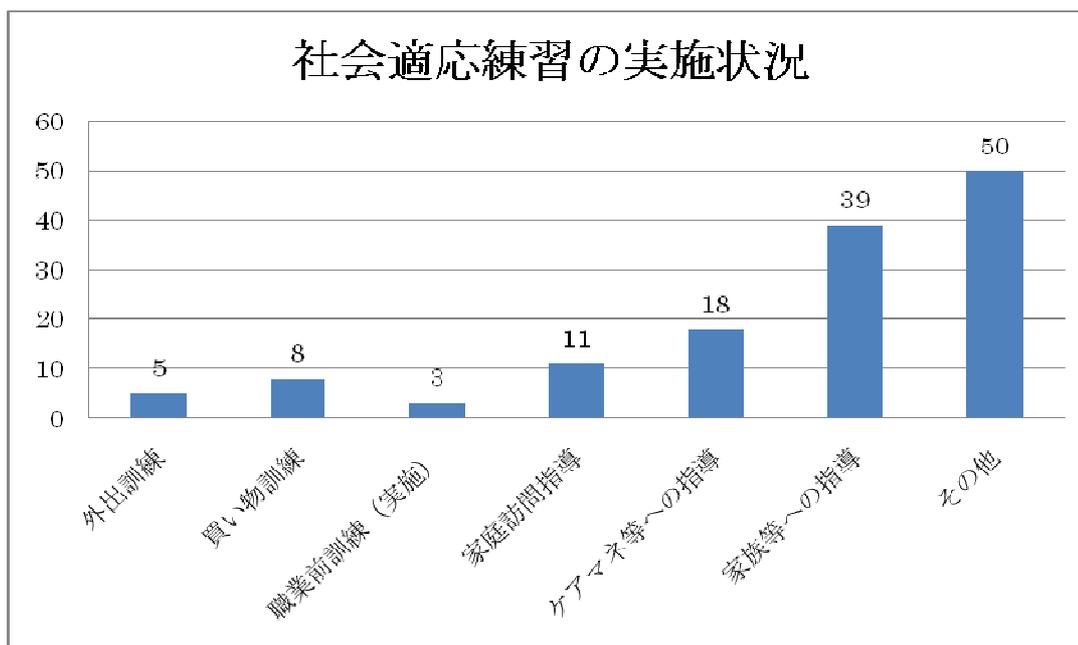
基礎練習、基本練習に比べ実施する人と実施しない人の差が大きい結果となった。この中では家事動作訓練（42%）が最も多い結果となった。これは、4項目7小項目の実施プログラムの中では5番目に高い結果であった。次いで更衣・整容・入浴訓練（37%）と多く実施されていた。



6) 社会適応訓練実施状況

社会適応訓練小項目の実施状況を調べた。「その他」（50%）の項目以外で最も多かつたのは「家族等への指導」（39%）であり、次いで「ケアマネ等への指導」（18%）、「家庭訪問指導」と続いた。退院に向けての指導などを多く行っている結果となった。「家族等への指導」と「その他」を除くすべての項目が20%を下回る実施率であった。最も低かつたのは具体的な「職業前訓練の実施」（3%）だった。「外出訓練」（5%）、「買い物訓練」（8%）も10%の実施率に到らなかつた。

「その他」（50%）は、具体的なその人にとって意味のある作業を行っているために多種多様に広がりがあり、非常に多い結果となった。また、担当者会議などへの出席などもここでカウントされた。



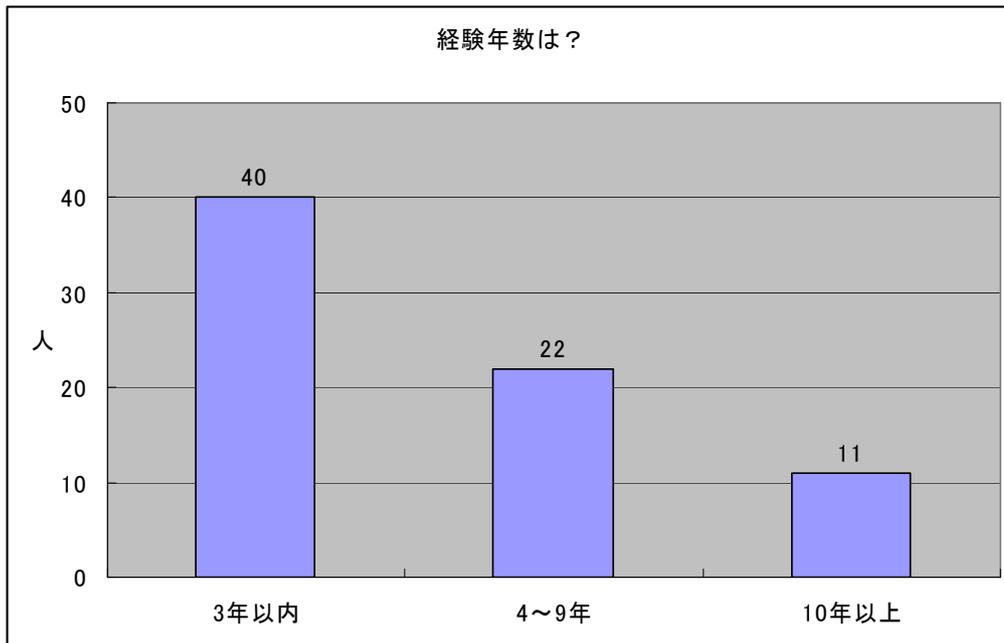
4. アンケート結果

研究事業終了後、研究事業を行った作業療法士にアンケートを行った。

*回答者に対照群のみ経験したものの回答も入っているため、合計が一致しないところがあり

1) OTの経験年数は

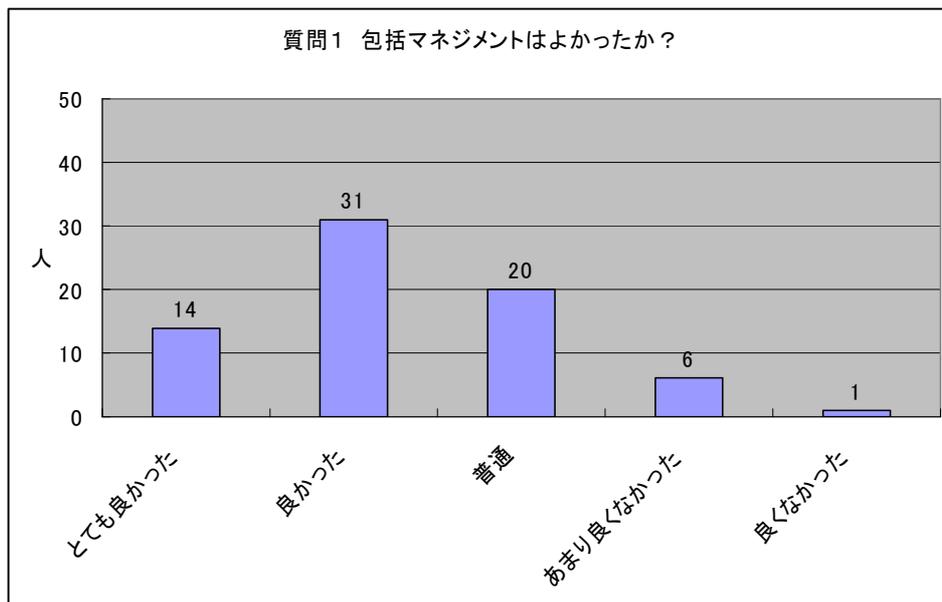
		A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	合計
OT 経験年数	3 年以内	16	7	5	6	6	40
	4～9 年	6	6	5	3	2	22
	10 年以上	1	3	2	1	4	11



経験年数 3 年以内が 40 名と最も多く全体の半数以上を占める結果だった。
次いで 4～9 年が 22 名であり、10 年以上は 11 名であった。

2) 生活行為向上マネジメントを行っての感想 (n = 72)

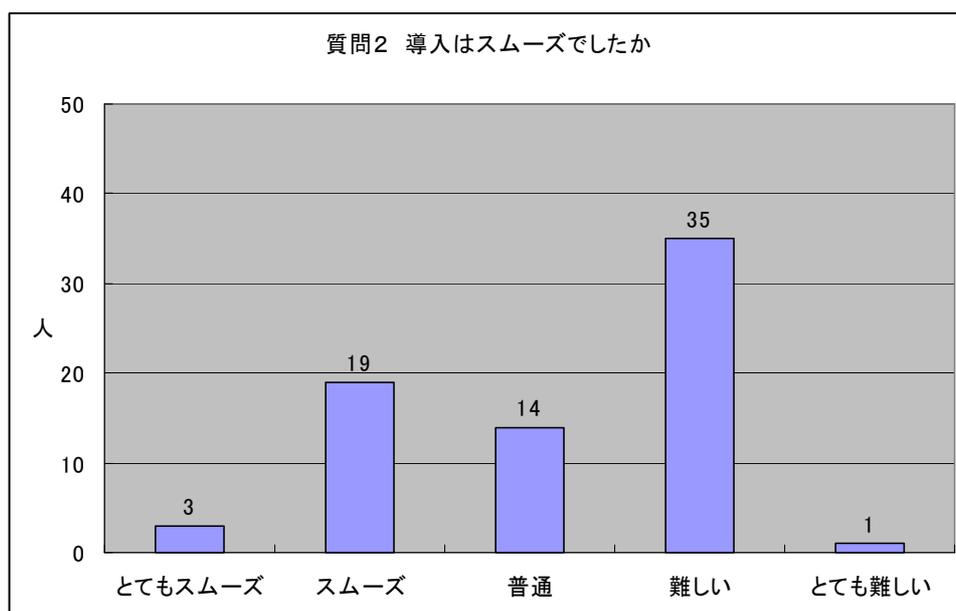
		A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	合計
質問1 生活行為向上マネ ジメントを行なって の感想は？	とても良かった	1	0	4	2	7	14
	良かった	6	8	8	5	4	31
	普通	10	7	0	3	0	20
	あまり良くなかった	5	1	0	0	0	6
	良くなかった	1	0	0	0	0	1



生活行為向上マネジメントを行なったの感想を聞いたところ、「とても良かった」「良かった」が全体の6割以上を占めた。

3) 生活行為向上マネジメントの導入について (n = 72)

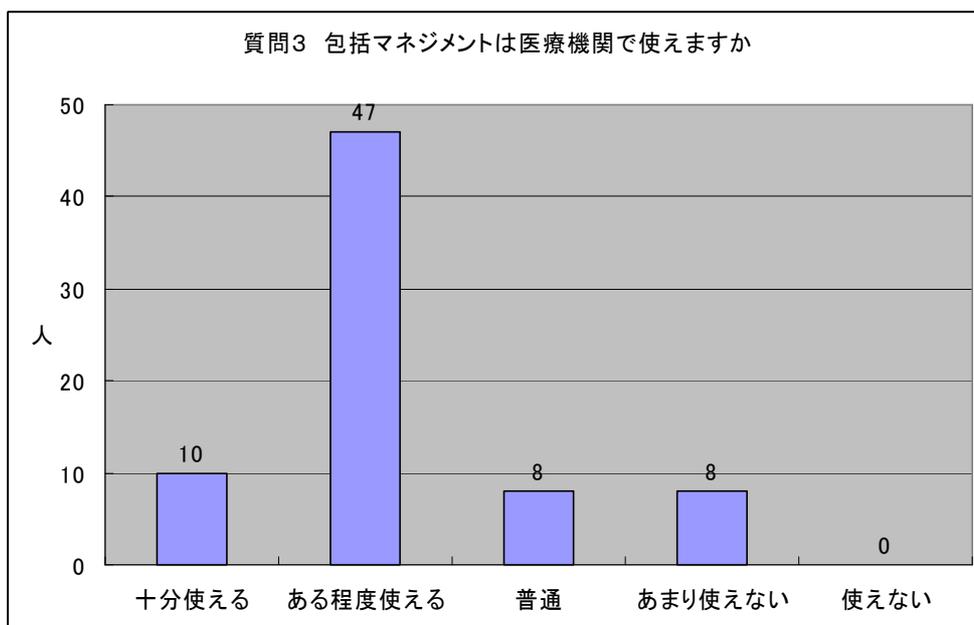
		A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	合計
質問2 生活行為向上マ ネジメントの導入はス ムーズでしたか？	とてもスムーズ	0	0	0	1	2	3
	スムーズ	5	2	3	3	6	19
	普通	6	3	3	1	1	14
	難しい	12	11	5	5	2	35
	とても難しい	0	0	1	0	0	1



導入に関しての質問では、「難しい」と答えたものが35名と最も多く、「とてもスムーズ」「スムーズ」を合わせた22名よりも13名も多い結果となり、導入に関しては難しかったことが伺えた。急性期・回復期で医療機関中の患者の場合、疾患の治療や痛みは体調不良の阻害因子が数多く存在することと、発症から間もないことなど多くの精神・心理面での問題に直面したばかりの状態であり、疾患治療、機能訓練、ADL向上以外のものへの関心が向いていないという点も導入の際に苦労した原因になったと思われる。

4) 生活行為向上マネジメントの医療機関での使用について (n=73)

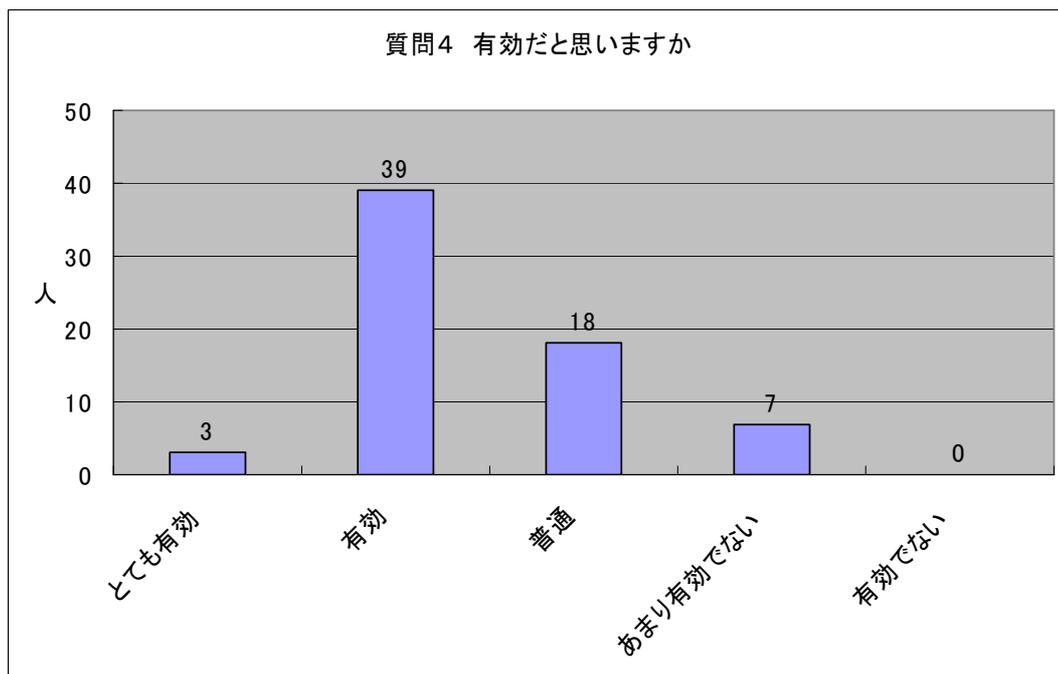
		A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	合計
質問3 生活行為向上マネジメントは急性期・回復期で使えると思いますか？	十分使える	1	2	1	2	4	10
	ある程度使える	15	9	10	6	7	47
	普通	2	3	0	2	1	8
	あまり使えない	5	2	1	0	0	8
	使えない	0	0	0	0	0	0



「病院において生活行為向上マネジメントは使えるか」の問いに、「十分使える」「ある程度使える」と答えたものが合計で57名と多かった。生活行為向上マネジメントツールが病院において使用可能と思われる結果となった。先の質問2では導入に苦労はしたものの、使用にあたっては使えるツールであるとの認識をしたものと思われる。

5) 生活行為向上マネジメントの有効性について (n = 65)

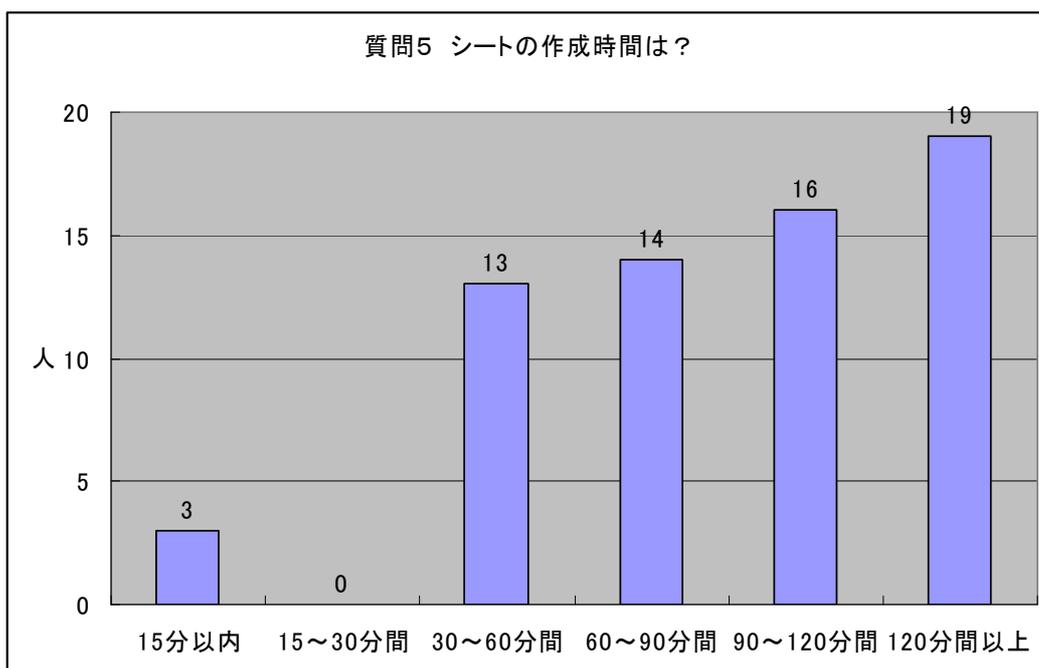
		A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	合計
質問4 生活行為向上マネジメントは患者さんに有効でしたか？	とても有効	0	0	0	0	3	3
	有効	9	5	10	9	6	39
	普通	8	4	1	1	2	16
	あまり有効でない	6	1	0	0	0	7
	有効でない	0	0	0	0	0	0



生活行為向上マネジメントが「とても有効」「有効」と答えたのは合計42名で、「有効でない」0名と「あまり有効でない」と答えた7名よりも多かった。医療機関でも有効に活用できることが伺えた。

6) 生活行為向上マネジメントシートの作成時間 (n = 65)

		A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	合計
質問5 生活行為向上マネジメント(シートを記入する)を実施するのにどの程度時間がかかりましたか？	15分以内	0	0	1	0	2	3
	15～30分間	0	0	0	0	0	0
	30～60分間	3	2	0	4	4	13
	60～90分間	4	3	4	1	2	14
	90～120分間	8	3	3	2	0	16
	120分間以上	8	2	3	3	3	19



生活行為向上マネジメントシートを記入するのに要する時間を聞いたところ、120分以上と答えたものが最も多く19名であった。次いで90～120分、60～90分の順が多かった。60分以内は16名に留まり、49名の3/4以上の者が60分以上の時間を要していた。まだ、作成するのに不慣れな点が多いということが伺えた。

7) 元気の出る申し送り表のケアマネの反応 (n = 71)

		A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	合計
質問6 元気の出る申し送り表のケアマネの反応は？	とても喜ばれた	0	0	2	0	2	4
	喜ばれた	2	0	0	2	3	7
	普通	6	0	0	1	0	7
	あまり喜ばれず	0	0	0	0	0	0
	喜ばれず	0	0	0	0	0	0
	反応無・わからず	7	7	1	5	0	20
	使用せず※	8	12	-	5	8	33

※担当患者が全員非介入、または介入群でも介護保険未申請で退院されたなど。

8) 医療機関ゆえの問題点・課題の有無 (n = 67)

		A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	合計
質問7 医療機関ゆえの問題点や課題はありましたか	あった	11	12	10	5	8	46
	なかった	12	0	1	5	3	21

医療機関ゆえの問題点や課題について、46名が「あった」と答え、「なかった」の21名の2倍以上が問題点や課題の存在を感じていた。以下に自由記載のコメントを載せる。

9) 医療機関ゆえの問題点・課題 (自由記載)

○入院中という環境、状況によるもの

(A 病院)

- ・限られた時間の中で更なる課題は困難なように思われる。
- ・入院中の患者様を対象としていたので、生活範囲が院内に限定されていた。
- ・希望が機能的なことになってしまい、評価表に合わせる事が難しかった。
- ・訪問や在宅での生活に則した内容であったが、患者様の意見として、整形疾患の方は特に機能面主体の内容となってしまった。

(C 病院)

- ・生活に近い項目がなく患者様の現在の状態から目標を立てるのに困難さがあった。
- ・治療や機能回復が優先されてしまう。また、OT がこのようなことができることを認知されていない現状があった。入院期間もまちまちであり（これから）という時に退院してしまうことも多々あった。
- ・本人の了承が得られてもご家族の来院が夜だと十分に説明できずに了承を得られないケースがあった。
- ・まずは治療ありき、苦痛や不安の中にいる患者さんに「包括」の話をして断られることが多い。

(D 病院)

- ・作業目標として挙がっている項目が在宅に帰ってからしか出来ない内容が多かったため、実行度・満足度は上がらなかった。
- ・発症直後の方にとっては退院後のイメージなどつきにくく、記載して行く項目が多かったため臨床の中で活用して行くことは大変だと感じた。

(E 病院)

- ・急性期の患者に対しては、入院直後に今後の生活の目標を考えるというのは少し難しそうだった
- ・急性期治療が終了後、すぐに自宅退院する方もおり、なかなか IADL・QOL に目を向けづらい
- ・なかには、機能回復に固執しやすく、作業に目標を向けるのが難しい方もいた
- ・導入のタイミングが難しく、機能回復を求めている方への質問には配慮・工夫が必要

○患者の全身状態不良によるもの

(A 病院)

- ・質問内容が対象者の現実とかけはなれているものが多かった。

(C 病院)

- ・意識障害のある患者様やご家族に対して同意得られにくく生活行為向上マネジメントの話も出しにくい。
- ・認知症や意識障害のある方からの同意困難。
- ・状態変化によりスムーズにいかないケースもあった。

(D 病院)

- ・認知症や失語症の方が評価として取れなかった。

(E 病院)

- ・急性期では、意識レベルなどの問題で行えない方もいる

○評価尺度によるもの

(A 病院)

- ・作業に加え、生活 (ADL) にも重点を置けるような項目も必要だと思った。

- ・評価が在宅での生活を基準にした内容であったため、患者様に「できない」事を確認しなければならぬことが多かった。

(C 病院)

- ・質問自体出来ないものがいくつもあった。
- ・様々な疾患がいる中で一つのパターンだとやりにくいところもある。
- ・評価尺度が病院の生活に合わない、目標を立てても達成する前に退院してしまう。

(D 病院)

- ・研究式活動能力指標（PASE-CR）は在宅生活ではなかったために現実的ではなかった。

(E 病院)

- ・今回の評価の指標について、PACE などは入院中にはできないこともあり使いにくかった (2)

○その他

(A 病院)

- ・個人情報漏洩に最新の注意が必要であった。

(C 病院)

- ・退院後に介護保険につながらない方も多かったため退院後のフォローが不十分になりがち。

1.0) 生活行為向上マネジメントを行って良かった点

○目標の共有と OT の質の向上

(A 病院)

- ・訓練外に時間を定め、調査という形で対応したこともあり、より明確に患者様の意向が確認でき、知らない情報を収集する機会となった。
- ・患者様の個人の生活について改めて考えるいい機会になった。退院後、患者様やケアマネとの情報交換の重要性を実感した。特に追跡調査は、自分がイメージしていた退院後の生活との比較をすることができとてもよかった。
- ・患者様との目標設定が明確になり、共有しやすくなった。
- ・患者様の意思（ニード）が反映されやすい。
- ・私は非介入のみであったため、介入に比べて一人の患者様に対して生活行為向上マネジメントで関わる内容は少なかったが、入院時（現在）の目標の再確認と、その為に何をしたらよいか、一緒に患者様と関わる事が出来た。
- ・改めて目標を話し合い、介入する側の Th だけでなく患者様自身も考え直す機会になった。
- ・訓練を行っていく上で実施していくメニューや問題点が見つけやすかった。
- ・自宅退院するにあたり、これからの方針について Th の考えと患者様本人の考えをすり合わせる事ができた。
- ・病前の生活スタイルを聞きだすことで、患者様の生活スタイルに合わせた（予後予測しながら）プラン、目標を立てることができた。

(B 病院)

- ・実は急性期が一番大事で、ここで OT の関わりをしっかりとっておけば回復期から在宅に進んでも、そこで関わる OT が関わりやすくなると思う。
- ・問題点を明確にすることができる。また、目標や本人にとって大事な作業を共有できる。

- ・セラピストだけでなく本人も初期面接段階から大切な作業に目を向け、再確認してもらうことができた。
- ・患者さんとゆっくり話す機会が増えた。作業についての話題が増えた。
- ・マネジメントの内容を意識するようになった。

(C病院)

- ・意欲低下している対象者でも、作業ということを通して動機づけとなりリハに取り組めるようになった。
- ・対象者がどういう作業をしたいのかを知ることができ、それにそってアプローチができた。
- ・入院前の生活状態、本人の大切にしているものなどを聞き、それをリハビリに取り入れる（それを目指すためにリハビリをする。）モチベーションUpにもつながった。(2名)
- ・マネジメントをしなかったら訓練に入れようと自分自身思えなかったことを知り、行うことができた。
- ・退院後の状態を確認することができ変化を追うことができた。
- ・遂行度、満足度を共にする機会があり、今後のリハにつなげられた。
- ・具体的に何をアプローチしたらよいのか文章で書くことで頭で考えるよりも見えてくる。
- ・患者さんが本当に何をしたいのかが見えてくる。
- ・考えたり、調べる機会を持つことができた。
- ・対象者について深く考え問題点、利点を整理でき、目標、プログラムの立案ができた。(5名)
- ・今まで聞き取ることができなかった趣味や心情も聞き取れた。
- ・患者さんと一緒に課題に対して考えられる一つの手段となることができるのが良かった。
- ・書式化することで考えがまとまりやすかった。
- ・今回行ってみてOTとしての役割を認識できた。
- ・目標が明確であり患者と共有できたため一緒に取り組むことができ、患者が自分の良い所、悪い所などを知り、患者なりに前に進むことができたように思う。
- ・このように聞くことで今まで聞いていなかった患者の一面を発見したりすることができた。
- ・目標やアプローチ方法を文字にすることで明確になり、OTと患者さんの間でしっかりと情報を共有する事ができた
- ・自宅に帰ってどう過ごすかではなく何をやりたいかを話し合うことができ、その方の生活していく上で大切に思っていること、重要なことがわかった。
- ・アプローチの内容は変化なかったものの、目的、目標がご本人にイメージしやすくなった。
- ・追跡調査は退院後の生活がわかりセラピスト側の勉強になった。
- ・患者さんの「作業」を引き出すという視点を学べた。(機会を設けられた。)
- ・インフォームドコンセントの再確認ができた。
- ・病院であってもICFで患者さんを評価した方がよいと感じた。
- ・患者様の興味のあることを知ることが出来たのでその内容の話が訓練場面でできた。
- ・コミュニケーションにつながったと思う。
- ・患者さんと目標を共有してそれに向かってアプローチが行えるのは良かった。患者さん自身も目標を自分でたてることで意欲向上が見られていた。
- ・普段行っている訓練に対する意味づけが出来た。
- ・作業療法の評価、問題点、プログラム立案の流れをきちんと整理でき、考え方を明確にすることの助けになった。マネジメントの対象者でなくても日頃からこのように考えまとめていくことが良いアプローチになるのではないかと思った。
- ・今まで頭の中で考えてやっていたつもりであったものが表面化した感じがした。(ゴールの立て方など)

- ・対象患者様からどのように興味のあることを引き出し、実際に取り入れていけるか考える機会になった。

(D 病院)

- ・患者様の病前の生活状況や楽しみにしていた作業項目を把握しやすかった。
- ・紙面上にまとめることで整理しやすかった。
- ・本人と目標とする作業を共有できる。
- ・患者様のニーズや個人背景を深く知ることが出来た。(整理が出来た)
- ・全体像を担当者が把握することが可能。
- ・自分が把握していない情報に気づくことが出来た。
- ・項目が記載されていることで、確認すべきことが明確になった。
- ・「活動」を話題にした際に、話が展開していきやすい。
- ・患者様の全体像を整理するのに役立つ。
- ・機能面に目が向いている患者様に対して、「興味関心チェックリスト」を使うことで意外なニーズが出てくることもある。

(E 病院)

- ・目標をしっかりと決定すること、共有することで患者のモチベーションが上がるのが感じられた (8 名)
- ・急性期ということもあり、身体機能に対する訴えが主だったが、本人と OT とで今後の生活ややりたい事を共有したことで、機能訓練に対しても良い影響が出たと思う。
- ・機能訓練のみならず、患者が生活に目を向けるきっかけとなった
- ・不安の強い症例がいたが、退院後の生活を一つ一つ話しをしているうちに、OT がアドバイスしなくても、状態を把握したり、問題解決の整理をしていくようなところがみられて良かった。
- ・不安に対し、模擬的にはあるがアプローチを実施できてよかった。
- ・OT にとっても、患者とのかかわりにおいて患者中心の考え方ができるようになった (2 名)
- ・マネジメント用紙の使用にて、落ち着いて対象者を捉えるきっかけとなった (2 名)
- ・シートを利用することで、発見できた患者の思いや希望があった

○退院後の生活イメージ (予後予測) ができる

(A 病院)

- ・自宅退院するにあたり、今後の方針について Th と患者様本人の考えをすり合わせる事ができた。
- ・病前の生活スタイルを聞き出すことで、患者様の生活スタイルに合わせた (予後予測しながら) プラン、目標を立てることができた。
- ・退院後の地域での生活を意識しつつ患者様に関わることができた。

(B 病院)

- ・急性期からこれからの生活で大事な視点を意識してもらうことができたので OT が急性期から維持期まで同一の働きかけができるようになると思う。
- ・総合的に評価し、評価項目を全て書き出すので問題点や現在の能力、目標、予後について整理する機会となりアプローチの焦点化が行いやすかった。また、定期的に見直すことで目標のぶれを修正することができた。

(C 病院)

- ・どんな疾患を抱えている方でも時期 (急性期でも安定した時期など) によっては、導入が可能であり“自信”をつけて在宅生活へ送り出すことができた。

(D 病院)

- ・対象者のニーズが明確となり、退院後の生活のイメージがしやすかった。
- ・患者自身も退院後の生活をイメージするきっかけとなったと感じた。
- ・入院中であっても将来のゴールを考えていきやすい。

(E 病院)

- ・実際には機能面へのアプローチを行っていても、絶えず退院後の生活を意識できたことが有効だった

○職種間の連携について

(B 病院)

- ・その人らしさを表現できる申し送りが作れる。ケアマネージャーなど他部門に本人が希望していること、実現可能な手段を申し送れる。
- ・作業療法士は何を支援する職業か知ってもらうことができた。

(C 病院)

- ・「生活行為向上マネジメント」を通じてスタッフ間の対話が生まれた。

(D 病院)

- ・元気の出る申し送りに関して機能面や能力面以外に本人にとって重要な作業を含めた申し送り表を作成することが出来た。
- ・元気がでる申し送り表は他職種にも理解しやすいのではないか。

(E 病院)

- ・急性期から在宅での問題点を共有して解決していく作業は重要であり、早期からの在宅復帰においては、より安心していただけたように感じた（3名）
- ・入院中には出来ない作業目標もあったが、ケアマネに申し送ることで、本人の思いをつなげられ、在宅での生活の広がりを期待できてよかった
- ・「元気のでる申し送り書」を送ったケアマネや施設の方に、対象者の目標や今まで行ってきたアプローチなどが伝わりやすく、継続して介入しやすかったと喜ばれた（4名）
- ・急性期担当 OT から「元気の出る申し送り書」をもらって、すぐに目標や入院前の生活、本人の思いがわかって、訓練がやりやすかった。OT 間の申し送りとしてもよい（2名）

○退院後のフォローについて

(A 病院)

- ・追跡評価時のご家族・患者様への連絡では、連絡したことだけで非常に喜ばれた。

(C 病院)

- ・1か月後の追跡を行うことで、なかなか見られない退院後の生活を垣間見ることができた。元気な声や頑張っていることなどを聞くと私たちも励みになった。
- ・追跡調査では普段知ることが難しい退院後の生活の様子を知ることができ患者さんも喜んでくれたので良かったと思う。

○その他

(D 病院)

- ・回復期から作業を明確に出来るので訓練導入しやすい。

- ・ 前回のモデル事業と比較すると作業量や評価にかかる時間が短縮した。

(E 病院)

- ・ 回復期においては、ほとんどの方がこのアプローチの対象であった
- ・ 非介入群においても、今回の考え方は活かされた

1 1) 生活行為向上マネジメントの問題点や課題

○患者の状態により導入困難

(A 病院)

- ・ 入院中の患者様が対象だったので質問項目によっては、患者様の精神的落ち込みを招きえるものもあったように感じます。入院中の患者様の生活レベルに合った質問項目であれば、職員、患者様共により有効なものになったと思う。
- ・ 入院直後で患者様との関係が築けていない時に介入するのは難しい。

(B 病院)

- ・ 重要な作業を挙げることはできたが、実行度や満足度を点数化することが理解しにくい方には、数字で変化を追うことができなかった。
- ・ 現実検討のできない方との目標の共有が難しかった。

(C 病院)

- ・ 急性期病院では本人、ご家族は生活の自立を望み現状からやりたいこと、やってみたいこと（趣味的活動など）を得ることが十分にできない。
- ・ 患者さんによっては、リハに対する認識、とらえ方が様々であり、完全なボトムアップ的な考えの方もおられ、なかなか導入が困難な方もいました。そのため今回の目標の立て方も1、2、3と並列にするのではなく（重要度だけでなく）段階的な目標についても紙面化できるような形でつくればと考えた。
- ・ 評価やシートの作成に時間がかかり患者さんも疲労を感じているようだった。一人の患者さんに向けられる時間が決まっているので訓練も合わせるとなかなかシートが完成しない。
- ・ 質問が在宅生活をしている人のためで質問しづらかった。
- ・ 途中で状態が悪化してしまった患者様の場合、書く内容が難しい感じがした。
- ・ 骨折などで痛みが強い患者様にとっては「作業」といわれてもそれはこの次のような印象だった。また、認知面に影響がある方へは、導入が難しく家族への同意もなかなか取れない状況にあった。(3名)

(D 病院)

- ・ 急性期や回復期のケースを対象とすると現実的な作業項目がイメージできておらず記入しがたい。
- ・ 今回の評価表では意識レベルや重度認知症・重度の失語症の方では聴取が難しい。

(E 病院)

- ・ 急性期では、患者は身体目標がメインになりやすく、今後の生活を考えての目標立ては少し難しかった。
- ・ 急性期で機能回復を求めている時期にこの手法を導入するのは、上手にやらないと誤解を生じる可能性があると感じた。基本訓練もしっかり行わないといけない時期であるため、時間的にも余裕が必要。
- ・ 急性期では、使える患者に限られる。
- ・ 病識がない人との目標の共有が難しかった。
- ・ 意欲のない人（うつなど）の人に目標をきくのが少し難しかった。

○生活行為向上マネジメントシート，方法について

(A 病院)

- ・回復期病棟に入院している方には、質問の内容で高次すぎるものがある。判断にも困る。
- ・生活行為向上マネジメントのシートが訪問・在宅仕様になっており、回復期用のシートになると点数の変化などが見られたのではないかと？病院に入院していればどんなに機能が良くても悪くても変わらないであろう内容も見られた。
- ・PASEは入院中の方では「できない」項目が多いので、内容を詳細に示すなどの改善が必要か？
- ・認知症、失語症の方には介入が難しい。
- ・基本情報、活動調査、HUI、PASEなど在宅の方に向けた質問内容であり、入院中の患者様に向けた質問内容に変更して調査が行えれば良かった。
- ・元気になる申し送り表が本当に役に立っているか分からない。ケアマネに送るだけで支援になるのか？家族がもっと参加できる生活行為向上マネジメントであって欲しい。
- ・CVA、高次脳機能障害、整形疾患などで区別された方が使いやすかったと思う。

(B 病院)

- ・OT で達成できる細かい目標は ICF で考えても多種多様であるので研究の為には使用できるが、臨床では難しいのではないかと。
- ・中止になることが多い患者さん（失語症，認知症，意識障害の方など）にも観察から数値化するなど何かしらの方法で成果が示せるものができたらよいと思う。
- ・PACE-CR の評価で，入院中の為に活動が行えていない場合の点数の付け方で迷った。
- ・点数で表す評価が多く，変化の差が少ない方もいたので，患者さん自身の言語での変化も記載していいのではないかと。

(C 病院)

- ・廃用の患者様には評価項目である年金の書類の記入や友人の見舞い等の項目は不適切と考える。
- ・質問事項が適さない、評価尺度が病院の生活に合わないものがある。(2名)
- ・ADLなどの項目もチェックシートに入れてよいのではないかと。
- ・評価(PASE-CR)について具体的に質問すべきではないかと。例えばきつい家事とはどこからがきついに相当するのか。
- ・疾患にあったシートが出来ればもう少し使いやすい。
- ・評価において質問紙で明らかに割愛しても良い問いの処理方法が統一されていないと感じた。
- ・目標のレベル・内容は徐々に変わっていく。目標が複数ある場合、どう対応すべきか明確でない。

(D 病院)

- ・HUI では似たような質問項目が多く、質問しにくい項目があった。
- ・目標設定の時期など、明確ではなかった。
- ・最後のまとめは統一でもいいと感じますが、疾患によっては評価表を違うものにする必要があるのではないかと。(認知症・失語症)・BI・HUI は変化が捉えにくいので、評価項目としては変更を検討する必要があると感じた。
- ・作業向上プラン評価は目標によっては使いづらいことがある。
- ・興味・関心チェックリストを使用する場合、患者様によっては質問する場合は、負担になる場合がある。
- ・元気の出る申し送り表は疾患や治療経過などの情報を載せる所がない。医療機関からの申し送りでは、そういった点も重要であるため、当院では従来使用していた申し送りと一緒に送る形をとった。そうい

うことも含む申し送りがあれば良いと思う。

- ・回復期初期では、機能面やADL面に目が向いている人が多い為、途中でニーズの再評価を行ってから申し送り表を作成する形を取った方が良いと思う。

(E 病院)

- ・シートは手書きではなく、PCファイルのほうが楽と思った。簡易化されれば良いと思う
- ・追跡調査では特に、聞き方によって家族や本人の主観が入り、差が出るように感じた
- ・ケアプランへの反映については、すでに担当者会議時に決定されているケースが多く、初回のプラン作成については、検討が必要と感じた (2名)
- ・ケアマネが介入しないケースに対してのフォローができない (申し送り先がない)

○導入に時間がかかる

(A 病院)

- ・業務外での作業として多くの時間がかかり業務に支障が出る場合も多かった。
- ・評価項目が多く、特に介入群は記入内容も多く、訓練時間以外にやらなければならない (時間がかかる)。

(B 病院)

- ・記録に時間がかかる。患者さんから聴取することが多く、患者さんから不満の声もあった。
- ・全ての目標にプランを立てていると実際の業務ができなくなる。

(C 病院)

- ・書類が多くシートを作成、まとめるに時間がかかる。(6名)
- ・今回はデータを取る必要があったため質問事項が多すぎた。(2名)

(D 病院)

- ・作業量として多く、新人や経験年数が低いスタッフは時間を要すると感じた。
- ・患者様の真のニーズを聞きだすのに時間を要した。
- ・シートを書くのに時間を要するためにすべての人を実施すると時間がかかりすぎる。
- ・業務内で実施することが大変であった。
- ・本人に聴取する項目が多かった為に、対象者が絞られてしまう
- ・記載内容が多く、必要なデータをしぼりにくい
- ・似たような作業を複数回行わなければならないのは大変だと思う。

(E 病院)

- ・シート記入が多く、時間がかかった (個人の力量にもよるだろうが) (5名)

○その他

(A 病院)

- ・退院時に事前にサービス担当者会議を開催し、患者様・ご家族・PT・OT・Nsが集まり今後の生活での不安を解消すべくサービスを検討した為、「元気になる申し送り書」が二度手間になった。

(C 病院)

- ・本人の希望をスタッフ間などで共有するだけではなくご家族もともに考えられるようなものであったらいいと思う。本人の希望=家族の希望ではないため。
- ・今まで自分の頭の中のことを書くことがなく、なかなか書くことができなかった。
- ・人 (OT) により差が出てしまう。

- ・目標を具体化していく作業は、対象者の人生をどのように理解できるかの聞き手のセンスがあり個人差が出るだろうと感じた。

(D 病院)

- ・元気の出る申し送り表で、在宅や後方支援のスタッフの反応が返ってこないのでケアプランをみても反映されたか判断しにくい。
- ・経験が浅いスタッフは、全て対象者に問い、間に受けてしまい記載していた。

(E 病院)

- ・目標設定のときに、入院中にはできないことを挙げる方もいて、どういうふう達成可能なニーズにしていくかが難しく、入院中の方に対する使いにくさを感じた
- ・目標からニーズの具体化をするときに、その優先順位付けには経験の差があるようであった。
- ・研究の時期的に、活動度について、雪などの影響もあり上がらなかった印象もあった
- ・シートの活用で、考え方などは一般化されるだろうが、概念の理解度により実際のアプローチにおいては、経験による差が生じるのではないかと感じた

Ⅷ. 考察

急性期・回復期における医療機関での生活行為向上マネジメントを用いた介入による結果について考察する。

1. 医療機関における生活行為向上マネジメントの導入とその対象者の特性

今回、5つの医療機関において作業療法が処方されたケースを対象に生活向上マネジメントの導入を前提とした本調査研究への参加協力を試みたケースは全部で509名であり、その中で同意を得てエントリーしたものは268名、同意を得られずエントリーできなかったものは241名であった。エントリーできなかったもののうち、自分の意思で参加を辞退したものは42名であり、残りの199名は、何らかの理由でエントリーできなかった。エントリーできなかった理由は認知症、意識障害、失語症などがあげられた。

急性期や回復期など医療機関においては発症後、間も無いこともあり、生活行為向上マネジメントの適応について難しいのではないかと思われたが、約半数以上のケースが導入可能であることがわかった。特に急性期においても意識障害や失語症などが重症例でなければ、導入も十分可能であると思われる。また、今回、認知症や意識障害などが導入の際の阻害因子になったが、急性期や回復期においては、維持期の症状と違い一時的な症状であることが多く、時期を考慮すれば導入も十分可能と考えられた。今回は追跡しての導入は試みていないため何とも言えないが、今後は精神機能面、身体機能面において発症後の症状、状態などで導入可能な段階を検討し明確にしていければと考える。

2. アウトカム指標の変化

退院後1ヶ月後の追跡調査まで行なえた、介入群67名、対照群66名を比較検討した結果、本調査研究事業の共通評価項目5項目すべてにおいて、初期評価時に比べ、最終評価時（退院時）、追跡調査時）において、介入群、対照群が共に優位に向上した。しかし群間による統計学上の差は認められなかった。

本調査研究前の仮説として、最終評価時までには両群間に差はでないものの、退院後の生活に移行した後に、その向上度合いに差が生じるのではないかと予想していたが、その予想に反する結果となった。

また、病院間やこの理由としては対照群のばらつきが大きく軽症でほとんど問題が無いレベルものが多かったことや、医療機関に勤務する作業療法士がこの生活行為向上マネジメントの導入に不慣れであったことなどが考えられる。今後は、対象者の障害レベル等を詳細に設定するなど精度を高めた上で更なる検証を行なって行きたい。

3. 作業の実行度と満足度の変化

介入群において作業の実行度と満足度の変化について調べた。実行度・満足度共に向上したものは全体の46.6%と最も多く、次いで「実行度・満足度共に変化なし」が28.4%と多い結果だった。病院入院中という環境的因子から、目標としたものがなかなか実施し難い状況にありながらも、多くの事例で実行され満足度も向上していることがわかった。また実行度は変わらないが、満足度が向上したものが9.1%ほどあり、実際の目的の作業を実施しなくても模擬的な練習等を行なうことで満足度が向上することがわかった。これ

は急性期や回復期では機能回復と並行してADL能力も日々向上している時期であり、具体的な作業を実際に行なわず模擬的で基本的な練習でも、目的の動作・行為が行えるというイメージがついたものと思われる。

4. 作業プログラムの現状

介入群のプログラムを基礎練習、基本練習、応用練習、社会適応練習の4分類をそれぞれにおいて医療機関で使用されやすいであろう具体的なプログラムを7項目設定し実行状況を調べた。基礎練習が41%と最も多い時間を費やしており、次いで基本練習が35%、応用練習19%と続き、社会適応訓練は5%であった。これは自然回復も含め、発症後3～6ヶ月までは機能回復が期待できる最も重要な時期であるため、患者・家族はもちろんのこと治療者も含め多くの関係者の関心が機能回復に傾くのは致し方ない。また回復期においては病棟生活も含めてADL向上のための介入が行なわれる。このように急性期・回復期の医療機関での介入の多くが、機能回復訓練やADL訓練に集中することは否定できない状況にある。医療機関に勤務する多くの作業療法士は、目標を遂行するための評価において、機能回復やADLの可能性に期待するプログラムを選択するだろうと予想され、今回の結果も基礎練習、基本練習の占める割合が非常に多く、応用練習や社会適応練習の比率は少なかったと考えられる。

基礎練習では、ROM訓練(68%)が最も高く、次いで上肢機能訓練(50%)、筋力増強訓練(47%)の順で多かった。

基本練習では、歩行・車椅子等訓練(82%)と最も多く、これはすべての具体的なプログラム実施プログラムの中でも最も高い結果だった。また基本練習の中で歩行・車椅子等訓練は他のプログラムよりも著しく実施されており、作業療法士が歩行訓練にも積極的に取り組んでいることがわかった。これは、歩行はあらゆる生活行為の基本的な動作・運動のため多くのケースでプログラムとして選択され実行されたためと思われる。生活行為向上という目標達成のために多くのケースで歩行・車椅子等の移動能力が要求されるためほとんどのケースで介入されていると思われる。

応用練習では、全体的に50%を超える実施率の項目はなくなり、基礎練習、基本練習に比べ実施するケースと実施しないケースでの差が大きい結果となった。応用練習の中では家事動作訓練(42%)が最も多い結果となった。これは、主婦などの場合、調理や洗濯、掃除など家庭での役割として目標に挙げやすく、病院であっても施設基準等で台所や和室などの訓練室が整備されているケースが多いためと思われる。勤務する作業療法士にとっても導入しやすいプログラムの特性も影響していると考えられる。

社会適応練習では、「その他」(50%)の項目以外では「家族等への指導」(39%)が最も多く、次いで「ケアマネ等への指導」(18%)、「家庭訪問指導」という結果であった。医療機関から在宅へ退院するにあたっての生活動作、生活行為に関する本人、家族、ケアマネ等への指導が行われていることがわかった。「その他」(50%)は、具体的なその人にとって意味のある作業を行っているために多種多彩に広がりがあり、非常に多い結果となった。また、担当者会議などへの出席などもここでカウントされた。在宅に帰るにあたっての退院調整が実施されていることがうかがえた。

5. アンケート調査の結果

調査研究終了後、研究に協力していただいた作業療法士にアンケートを行った。

生活行為向上マネジメントの導入について、「難しい」「とても難しい」と答えたのは全体の50%であり、「とてもスムーズ」「スムーズ」の30.6%を大きく上回った。医療機関における導入に苦労していることが伺えた。これは急性期・回復期においては、発症間もない時期であり、身体的にも精神・心理面でも不安定であり、退院後の生活や自分にとってのやりがいなどについて余裕を持って考えることができないために、短絡的に症状改善、機能回復、ADL向上などを訴えるケースが多いと思われる。加えて、そのような患者に日々接している医療機関で働く作業療法士側も、退院後の生活や本人にとって意味のある作業に対して日頃より関心が低いことも少なからず原因として影響しているように思える。

しかし「医療機関で生活行為向上マネジメントが使えるか」との問いに78.1%が「十分使える」「ある程度使える」と答えているのに加え、「有効か？」との質問にも64.6%が「とても有効」「有効」と答えている。これは、導入に際して苦労はしたものの、実際に使用してみた感想はかなり良いものであったと作業療法士は感じていた。有効な介入ツールとして使用できると実感したものと思われる。

次に生活行為向上マネジメントシートを記入するのに要する時間については、120分間以上と答えたものが最も多く19名であり、次いで90～120分間、60～90分間の順で多く、全体の3/4以上の作業療法士が60分間以上の時間を要していた。これは、医療機関における作業療法士がこのシートに不慣れな点が多いという点や先にも述べたように日頃から機能訓練やADL訓練を中心にした介入が多いことから、その人にとって意味のある作業などのQOLや退院後の生活行為全般に関心を向けることが少なかったためと推察される。

「元気の出る申し送り表」を使用してのケアマネの反応について聞いたところ、「使用せず」が33名と最も多い結果となった。これは、介護保険未申請で退院されたケースなどで、退院時に介護保険の認定を受けていないで在宅復帰される方が非常に多くいたことを示しており、医療機関で作業療法を受けたものであっても介護認定者はとても少ないことが伺えた。次に「反応なし、反応わからず」が20名と多い結果だった。このことから申し送り表を手渡しもしくは送付したとしても、その後の状況を病院の作業療法士はスムーズに聞ける状況にないということがわかった。日頃の業務の中で病院の作業療法士とケアマネとの連携が少ないということが推察された。病院とケアマネとの連携を考えた場合、病院側はMSWが窓口となることが多くケアマネとの連携はMSWまかせという状態であると思われる。今後、病院の作業療法士と地域のケアマネの連携強化が望まれる結果となった。

IX. まとめと今後の課題

今回の研究で、急性期・回復期の医療機関でも多くの事例に生活行為向上マネジメントの導入をすることができた。統計学的にその有用性を確認するまでには至らなかったが、研究に参加した医療機関で働く作業療法士は、実際の対象者の変化を確認することでその実用性や有用性を強く認識することができた。

今回の研究から得られた経験から、今後の課題について以下に述べる。

1. 急性期・回復期における適応事例の検討

・急性期・回復期においては、機能回復、ADLの向上が求められるものの退院後の生活を視野に入れた早期からの生活行為向上マネジメントの導入が重要である。決して在宅生活や維持期での施設内生活が始まってから始めればよいものではない。しかし発症後間もない対象者の状態によっては導入が難しいと思われる場合も多い。身体的、精神・心理的にどのような時期にスムーズな導入が可能なのかを明確にすることが重要である。

2. 医療機関に勤務する作業療法士の意識改革

・先に述べたように、医療機関に勤務する作業療法士は、機能回復、ADLの向上が求められるがゆえにその人の生活行為、その人にとって意味のある作業などに視点をあてることが少なく機能訓練やADL訓練のみのアプローチになりやすい。早期からの可能性に絶えず着目し、必要に応じての早期導入ができるように啓発活動や教育活動が求められる。

3. 非介護認定の対象者について

・医療機関からは様々な状態の対象者が在宅へ復帰する。軽症例では介護認定を受けないで在宅復帰される対象者も数多い。しかしこの非介護認定の対象者が在宅復帰する際、退院後のフォローがなかなか行えないような状態にある。医療機関から地域包括支援センターなどへ申し送るような仕組みが必要であると考え。申し送る内容も非介護認定の対象者の場合、機能面、能力面の内容に加え、どのような生活を送りたいかというような生活行為についての内容が大いに役立つ。「元気になる申し送り表」などが運用されるような制度を強く願う。

4. 作業療法士とケアマネの連携強化

・医療機関に勤める作業療法士とケアマネとの連携が今一つ十分でないことが今回伺えた。機能面や能力面のみでの申し送りならばある程度紙面のみでの連携でも良いと思われるが、よりその人らしい生活行為に関わるものの申し送りや情報交換は、紙面のみでは難しい場合も多い。必要に応じては、顔を合わせての連携が取れるような仕組みが求められる。医療機関に勤める作業療法士を病院から少しでも地域社会へ足を向けさせるような具体的な仕組みができれば幸いである。

5. 生活行為向上マネジメントシート作成時間の短縮

・今回の研究で、シート作成に非常に多くの時間が割かれていることがわかった。日々新患におわれるような医療機関のリハビリテーション部門において作成に60分以上かかるシートは実用的ではない。今回は協力作業療法士の不慣れな部分もあると思われるのでなんとも言えないが、作業療法士のスキルアップを図ると共に医療機関用のシートの提案が待たれる。評価指標なども含めて、可能であれば簡素化を検討したい。

○各研究施設報告

(1) NTT 東日本伊豆病院

1. 施設の地域概況

当院は静岡県函南町（人口約4万人）に位置し、地域医療、リハビリテーション医療の拠点として周辺の市・町の医療機関との円滑な連携を図り、地域全体としての適切な医療の提供を行っている。また平成12年に全国に先駆けて開設した回復期リハビリテーション病棟では在宅復帰率70%台を常に維持している。

2. 施設の概要

◆ 4病棟：合計196床

1病棟：一般病棟（内科・整形外科）50床、2病棟：精神科病棟46床

3病棟A：回復期リハ病棟50床、3病棟B：回復期リハ病棟50床

◆ 回復期リハ病棟について

- ・ 病棟専従リハスタッフ数：OT11～12名、PT14名、ST3名。
※OTは7～9名/日が勤務、6～8名/日の患者様を担当
- ・ 2008年2月から日曜、祝日のリハを開始。（STは土・日曜休み）

3. 今回の研究事業対象者（平成23年2月5日現在）

- ・ 対象者数：93名（脳卒中65名、整形疾患：18名、廃用症候群6名、その他4名）
- ・ エントリー者数
介入群：24名（脳卒中16名、整形疾患5名、廃用症候群3名）
非介入群：26名（脳卒中18名、整形疾患5名、廃用症候群1名、その他2名）
- ・ 最終評価終了者数：42名 ・ 追跡評価終了者数：33名 ・ 中止者数：48名

4. 本研究事業にあたっての調整、配慮、苦勞、特別に取り組んだ点

- ・ 同意を得る際は、ある程度の信頼関係が構築されてから行うようにした。
- ・ 訓練外に時間を定め、調査という形で対応したことで、より明確に患者様の意向が確認でき、知らない情報を収集する機会となった。
- ・ 生活行為向上マネジメントのシート記入に時間がかかり、勤務時間外で行うことが多かった。

5. 本事業に取り組んでの感想

- ・ 患者様の個人の生活について改めて考えるいい機会になった。退院後、患者様やケアマネとの情報交換の重要性を実感した。特に追跡調査は、自分がイメージしていた退院後の生活との比較をすることができとてもよかった。
- ・ 非介入群のみの調査であったため、介入群に比べて一人の患者様に対して生活行為向上マネジメントで関わる内容は少なかったが、入院時（現在）の目標の再確認と、その為に何をしたらよいか、一緒に患者様と関わる事ができた。
- ・ 患者様との目標設定が明確になり、共有しやすくなった。
- ・ 評価項目がCVA、高次脳機能障害、整形疾患などで区別された方が使いやすいと思う。
- ・ 認知症、失語症の方には介入が難しい。
- ・ 入院直後で患者様との関係が築けていない時に介入するのは難しい。
- ・ 評価が在宅での生活を基準にした内容であったため、患者様に「できない」事を確認しなければならなかったことが多かった。

6. 生活行為向上マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行向上プラン）の意見

- ・生活状況確認表や興味関心チェックリストは病前の生活状況を伺う点で指標となり、話を進めやすく役に立った。
- ・作業聞き取りシートがあることで、患者様と目標を定めやすかった。また、紙ベースで残っているので、患者様とも確認しやすかった。
- ・生活行為向上マネジメントのシートが訪問・在宅仕様になっており、回復期用のシートになると点数の変化などが見られたのではないかと？病院に入院していればどんなに機能が良くても悪くても変わらないであろう内容も見られた。

7. プログラムの実施についての意見

- ・訓練を行っていく上で実施していくメニューや問題点が見つけやすかった。
- ・病前の生活スタイルを聞くことで、患者様の生活スタイルに合わせた（予後予測しながら）プラン、目標を立てることができた。
- ・具体的な目標が上がらなくても、病前の生活スタイルから会話が広がり、1 つでもやりたい事ができるようになることを目標に介入が行えた。

8. 評価方法について意見

- ・作業に加え、生活（ADL）にも重点を置けるような項目も必要であると思う。
- ・基本情報、活動調査、HUI、PASEなど在宅の方に向けた質問内容であり、入院中の患者様に向けた質問内容に変更して調査が行えれば良かった。
- ・入院中の患者様を対象としていたので、評価すべき生活範囲が院内に限定されていた。

9. 事業参加者の意見

- ・追跡評価時の患者様・ご家族への連絡では、連絡したことだけで非常に喜ばれた。
- ・退院時に事前にサービス担当者会議を開催し、患者様・ご家族・PT・OT・Nsが集まり今後の生活での不安を解消すべくサービスを検討した為、「元気になる申し送り書」が二度手間になった。

10. 今後の課題または提言、感想

- ・元気になる申し送り表が本当に役に立っているか分からない。ケアマネに送るだけで支援になるのか？家族がもっと参加できる生活行為向上マネジメントであって欲しい。
- ・入院中の患者様が対象だったので質問項目によっては、患者様の精神的落ち込みを招きえるものもあったように思えた。入院中の患者様の生活レベルに合った質問項目であれば、職員、患者様共により有効なものになったと思う。

11. 事例

①症例紹介

K 町在住の 60 歳台の男性。10 年前に脳梗塞の既往があるが ADL、IADL は自立していた。N 市にあると特養の理事長で、自家用車で通勤していた。今回、昨年 7 月に左視床出血を発症。身体機能および認知機能の低下が見られたため、8 月にリハビリ目的で当院回復期リハビリ病棟に入院となる。

- ・本人の希望：まずは、日常生活が送れるようになりたい。
- ・妻の希望：仕事は家でできるようになればと思う。自宅への外出などを繰り返し自宅での生活になれるようにしていきたい。

②生活行為向上マネジメント介入前の評価

◆身体機能面 ※著明な ROM 制限、筋力低下なし

- ・BRS：右上肢Ⅵ・手指Ⅵ・下肢Ⅴ 左上肢Ⅴ・手指Ⅴ・下肢Ⅴ

- ・感覚：右上下肢の表在・深部覚とも中程度鈍麻あり。
- ・コミュニケーション：構音障害による聞き取りづらさがある。日常的な会話の理解は可能。

◆精神機能面

- ・全般性注意障害、認知機能の低下あり。
- ・HDS-R：17点／30点。見当識、短期記憶、語想起に減点あり
- ・指示理解の低下：複雑な内容を理解するまでに繰り返し説明が必要。

◆参加・活動

- ・Barthel Index：100点
- ・老研式活動能力指標 9点／13点
- ・主観的健康感：まあまあ健康
- ・病棟内ADLは独歩で自立。屋外歩行は見守り。
- ・服薬管理を1日分から行っているが、飲み忘れあり促しが必要であった。
- ・時間の管理が不十分。病室に掲示してある訓練時間など記入したスケジュール表を確認しても忘れてしまう。メモ帳などを利用して1日のスケジュール管理を促したが、記入内容にも誤りがあり修正が必要であった。
- ・外泊では自宅内ADLは問題なかったが、知人が泊まりにくると思い込んだり、「職場に電話をしたい」と以前に勤めていた会社の名前を出すことがあった。

◆個人因子

《病前》

- ・仕事が好きで、365日職場に行っていたような方であった（家族は職場に行くとは頑張り過ぎてしまうのでは？との不安あり）。また人の面倒を見るのが好きで、常に仲間の中心にいた。

《介入時》

- ・退院後は通所リハなどのサービスの利用を検討している。退院後に自身が経営する特養への希望あり。しかし認知機能低下の影響もあり、病前と同じように理事長職を行うことは難しい。

◆環境因子

《自宅、職場の環境》

- ・特養の理事長。妻も特養で働いている。甥が介護職の責任者として特養の業務全般を担っている。外泊時の協力も可能である。
- ・入院当初より、退院後の復職については妻、甥、特養の職員の受け入れはよい。妻、甥は「頑張り過ぎてしまう」という本人の性格を理解しており、通所リハを利用しながら、徐々に仕事に慣れていくように検討している。
- ・自宅が集会場みたいになっており、仲間が集まることが多い。

《入院環境》

- ・OTは病棟専従であるので、訓練は病棟内および病棟周囲で行っている。
- ・病棟に花壇・畑が隣接している

◆OTプログラム

- ・歩行訓練 ・立位バランス訓練 ・認知機能へのアプローチ（脳トレなど）

◆介入前の面談にて

復職は本人、家族は完全ではなくとも理事長として書類の整理や管理などの事務的な仕事

を行えることを希望していた。しかし外泊を繰り返す中で、家族から認知機能の低下が仕事に影響するのでは、との不安などが聞かれるようになった。

Dr、本人、家族との面談で本人の「頑張りすぎてしまう」性格や認知機能低下の影響を考慮し、理事長職を継続することは本人への負担も大きいので、通所リハを利用しながら徐々に仕事に慣れていき、役割を変更して特養に貢献できる可能性を検討していくこととなった。

③生活行為向上マネジメント介入後の経過

◆生活行為向上マネジメントの実施

面談後に生活行為向上マネジメントを実施した。面談の結果も考慮し OT が作業聞き取りシートを作成するため本人から情報を収集した。その中で「人の面倒を見るのが好き。自宅が集会所みたいになっていて、常にみんなの中心にいた。」「なにか役割を持って動くのが好き」との話が聞かれた。また興味・関心チェックリストから、畑、園芸、日用大工、地域活動（ボランティア）など以前に行っていた作業について、特に「してみたい」と思っていることがわかった。

作業聞き取りシートの「作業の目標」を『特養の庭を手入れなど行い、みんなが過ごしやすくなるよう環境を整える』とした。作業遂行アセスメント表で身体機能や認知機能、環境などを考慮して評価を実施し、入院中の達成可能なニーズを『病院内の庭の手入れを積極的に行える』とした。初回の自己評価は、実行度・満足度とも「1/10」、達成の可能性は「有」であった。

◆「意味のある作業」を展開していくために環境の利用

退院後の生活につながられるような「意味のある作業」を展開していくために、OT は当院の物的・人的環境を利用しての作業を行った。

物的環境として①当院は林や畑があるような広大な敷地の中に病棟が点在しており、回復期リハ病棟にも隣接した畑や花壇がある②OT の訓練でも畑作業を行うため、道具な一式そろっている、などがあった。

人的環境として、①当院の回復期リハ病棟に所属している OT は全員が病棟専従であり、一日中ほとんどの時間を病棟で過ごし、病棟の環境を利用した訓練を行っている、②リハスタッフ、Ns が協働して病棟レクリエーションを開催するなど、スタッフ間の関係も良く、今年の秋は OT が病棟の畑での「やきいも大会」を企画しており、その準備を症例と一緒に行うことを考えていた、などがあった。

◆「意味のある作業」の実施

OT プログラムを畑作業、園芸作業など屋外を中心とした活動に変更し、病棟に隣接する畑や花壇の整備から開始した。屋外での作業にも慣れてきた時点で「やきいも大会」に向け、準備を開始。敷地内に落ちている木々を集め、台車に乗せて病棟の畑まで運ぶ作業や、その木をノコギリで切って薪にする作業などを行った。認知機能低下の影響も心配されたが、手続き記憶は保たれており、以前に経験のある作業については問題なく行うことができた。

OT は最終のアセスメントで「今回の発症で本来の理事長としての役割は外れたが、今後は入所者の方と一緒に特養の環境整備をしながら、理事長としてみんなとふれあうことを役割としていきたい」とした。作業聞き取りシートの最終の自己評価は実行度・満足度とも「10/10」となった。

④最終評価

◆身体構造・心身機能

- ・ BRS、感覚は介入前評価より変化なし。
- ・ HDS-R：18点／30点。見当識、短期記憶、語想起の低下は変化なし。
- ・ 指示理解は介入時より改善はあり。

◆活動・参加

- ・ Barthel Index：100点
- ・ 老研式活動能力指標 11点／13点（初期：9点／13点）
- ・ 主観的健康感：ふつう（初期：まあまあ健康）
- ・ 病棟内 ADL は独歩で自立。屋外歩行は独歩で自立。
- ・ 入院中の服薬管理は不十分だが、外泊時 1 人で可能。
- ・ 時間管理には促しが必要。
- ・ 外泊時に特養に訪問し、朝の会での挨拶や入所者と一緒にカラオケなどが行えた。
- ・ 退院後に「経営する特養の庭の手入れなどの環境整備を行う」ことを目標に、OT と一緒に病棟に隣接する畑の整備や、病棟で行われる「やきいも大会」の準備として病院内に落ちている木を集め、薪を作る作業を行った。

◆個人因子

- ・ 外泊時に特養に訪問し朝の挨拶などの役割が行えたことで復職への自信がついた。
- ・ 妻と一緒にあれば特養での仕事も行えるので通所リハは利用せず自宅退院を希望。

⑤追跡評価の結果

1 ヶ月後の追跡時には無事に復職をされていた。特養の経営自体は、一緒に仕事をしている甥に徐々に引き継いでいるが、会議等に参加をしたり、特養内の環境整備や入所者とのふれあう機会を設けるなどの役割は遂行している。

スムーズに復職できた理由について、退院後の復職につながるよう本人が希望した畑作業という「意味のある作業」について当院の環境を利用して行えたことや、手続き記憶が保たれており、道具の使用や作業の進め方も問題なかったことなどが考えられた。さらに入院中より妻、甥の協力の下で、積極的に職場に訪問して役割を遂行をしたり、入所者と交流する機会を持つことも仕事への自信につながり、復職に移行できたのではないかと考えられた。

その結果、追跡評価でも退院時は「ふつう」であった主観的健康感が「とても健康」に、PASE では退院時に「0」であった「他人の世話」、「2」であった仕事それぞれ「12」になった。

⑥まとめ

病棟専従 OT として退院後の生活を想定して訓練を行っているが、病院という限られた環境であるため、そこに生じるギャップを完全に埋めることは難しい。しかし、患者様とのアセスメントを繰り返し「意味のある作業」を見つけ出すことで、退院後の生活で元気に過ごせるきっかけを、入院中に提供できる可能性があることを今回の事業から感じることができた。

1, 施設概要

当院は石川県の県都金沢市の郊外に位置し、ベットタウン化した町で、今秋には町から市への市制移行が予定されている。

220床の脳神経外科単科病院であり、内訳は脳卒中ケアユニット（以下SCU）9床を含む一般病床が60床、回復期リハビリテーション病棟（以下回復期リハ病棟）106床を含む療養病床160床からなる。回復期リハ病棟の病床数は県内最多である。患者の居住エリアは広く、県内の本院以南各地区の脳卒中医療に深く関わっている。

設立当初（1980年）から「急性期から慢性期の一貫した医療の提供サービス」を方針に、現在も急性期（SCUを含む）、回復期、そして在宅生活が定着する事を目的とした訪問リハサービスを提供、脳卒中地域連携パス（「加賀脳卒中地域連携パス」）のメンバーとして、地域連携にも積極的に関わってきている。

作業療法では、「作業」に焦点を当てた作業療法を2004年から展開。SCUの急性期から回復期にまたがり継続した関わりを行っている。

2, 特色

急性期の脳卒中医療に熱心に取り組んでいる結果、救急搬送者が多く、SCU・一般病床を経て回復期病床に転科転棟する患者が多く、回復期病棟に入棟する患者の9割は自院からの転科転棟者となる。しかし、昨年以降、脳卒中連携パスの運用の関係で、他院からの入棟も増加している。

以上の様な組織的要素の影響で、当院のいわゆる急性期（SCU・一般病棟）の入院期間は短く（平均13.0日）、回復期入棟は発症から経過は短い（発症から入棟までの平均的日数は18.0日）。そこで、今回の研究では、回復期入棟者に限って実施することとした。

また、脳卒中の専門病院として中枢神経全般を診療対象としており、脊椎・脊髄疾患への取り組みも行っている。代表的なものはMD法による顕微鏡下の手術であり、頸椎・腰椎を中心とした術後の患者への作業療法も実施している。その為今回の研究では、脊椎疾患も一部対象としている。

3, 研究事業対象者

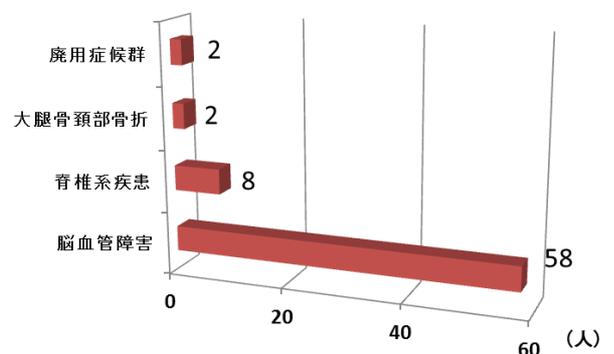
①研究事業参加者全体について

脳血管障害（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）58例、大腿骨頸部骨折2名、脊椎疾患8名、廃用症候群2名の計70名であった（図1）。

対象者のうち、2名は研究事業そのものへの参加を拒まれ（同意書への署名得られず）研究中止となった。同意を得た68名の内、18名が研究中止となった。

理由として（重複を含む）、意識障害（10名）、認知症（6名）、失語（6名）が挙げられた。1名は転院により中止となった。研究続行は50名で研究同意参加者の73.5%であった。

②生活行為向上マネジメント介入群



今回の生活行為向上マネジメント介入群内訳は、脳血管障害 30 例、大腿骨頸部骨折 1 名、脊椎疾患 4 名、廃用症候群 1 名の計 35 名であった。介入群の中から研究事業への辞退者 2 名、転院患者 1 名を除いた人数は 32 名であった。その中から研究中止になったのは 13 名で、理由として（重複を含む）、意識障害（9 名）、認知症（4 名）、失語（4 名）が挙げられた。よって生活行為向上マネジメント実施者は介入群全体 32 名の内 19 名で 59.3%であった。

4, 研究事業参加者

当院に勤務する作業療法士全員の 16 名であった。全国的な傾向と同じく、経験年数の浅い職員が多く、経験 5 年目以下が 12 名を占め、3 年未満が 7 名である（表 1）。

5, 研究事業参加者の感想

感想について、今回の研究と、包括支援本体と混同した意見が集約された。しかし、有意義な内容の感想が多く、研究に対する意見も取り入れてある。

表 1. 研究事業参加者の経験年数と内訳

経験年数	人数
1年目	3
2年目	2
3年目	2
4年目	3
5年目	2
6～10年目	2
20年目～	2
合計	16

設問 1) 「研究事業に参加，包括プランを使用してどうだったか（全体イメージ).」

- ・失語症や認知症で中止になる方が多かった。
- ・一方でそれらの方に作業を用いる有効性もあるので，その点を伝えられると良いと感じた。
- ・評価・プラン作成時に対象者と共に行うことで，問題や課題を共有することができた。その際の作業を通じて，作業療法を理解してもらう機会になった。
- ・普段は頭の中で考えていることを文章化することでより明確になった。
- ・退院後のフォローで，入院中やってきたことが，生活に役立っているか確認する機会になった。

設問 2) 「包括プラン表を使ってみてどうだったか。」

- ・生活状況確認用紙を使用することで，口頭で聴取する場合より，病前の生活（人となり）を詳しく聴取することができた。
- ・頭で考えていた事を実際に文章で記載すると，不十分な所が見えて，分かりやすかった。今やる事が患者さんと明確に共有できた。
- ・記載が面倒，時間が掛かる。

設問 3) 「困難に感じたことは無いか。」

- ・他職種のチームで共有することができないと，限定的な効果に止まる。
- ・認知症，精神疾患，脳血管障害の急性期等，患者によっては大事な作業を探すことが本人にとって過剰に現実検討を促すことにつながり，心理的にストレスになる場合もあった。
- ・脳血管の患者さんが多いので，外出の機会が非常に少なく，活動調査表や PASE などの評

価はあまり、変化が認められなく残念。

- ・失語や認知機能低下の方には困難な評価が多かったので、作業療法の結果としては足りないように感じる（失語や認知機能低下の方々への作業療法アプローチの結果も示せばいい）。
- ・HUI では高次脳機能障害による困難さ（半側無視や、注意障害などによる視覚、聴覚情報の収集能力の低下など）が見えてこない評価のような気がする。

設問 4) 「将来こうなったらいいなと思うこと。」

- ・簡易的になればよいと思う。1枚の紙でわかりやすく書ける用紙が理想。
- ・その人らしさが表れる「元気になる申し送り表」のようなものがどこでも使用されたらよいと思った。書く際にはそのように書くように心がけるようになった。急性期病院からの転院でも、そのような内容があるといいと感じた。
- ・認知症が高度であると今回の研究からは除外となるが、本人から聴取できることや家族の情報を元に実施できるケースもいるのではないかと思う。その様な形での、認知症等に利用できるようなツールも必要である。
- ・重要な作業を挙げたものや、生活行為向上マネジメントシートの内容をカンファレンスなどで他職種にも知ってもらい、その方の考えていることやOTでやりたいことをみんなで共有できたらよいと思った。その様に考えると、今回の内容はリハビリテーション総合実施計画書の中に取り込まれるべきものでは無いかと感じた。
- ・今回の成果指標は点数化に重きをおいて選定されているが、実際の変化は点数的に表すのは難しいことも多いため、点数だけではなく、初期評価時と退院時の患者さん自身の言葉の変化などの記載もいいのではないかと思う。

設問 5) 「対象者からのコメント。」

- ・初期と最終で同じ内容の質問をするため、行動面でどの程度変化したか分かりやすかったと話す方がいた。
- ・作業の話題が増えた。
- ・入院中で、外出の機会が非常に少なく経験していることが限られてくるため、活動調査表やPASEなどの評価を行った際に、「入院中でやっていないから、分からない」と答える人が多く、患者さん自身、作業療法の効果としての評価とはあまり、感じていなかった様子だった。

6, 事例紹介

【事例】

74歳、男性。疾患名は脳出血。家族構成は妻と息子との2人暮らし。趣味は登山などいくつか挙げられた。

【初期評価】(図2)

著明な麻痺は無く、臥床傾向、無気力、精神・高次脳機能の問題があり、BIは90点。老研式活動能力指標は本人12点、

身体機能	著明な麻痺なし。廃用による筋力低下(MMT4レベル) 握力右32.6kg, 左22.6kg
精神機能	HDS-R21点 意欲低下, 判断力低下, 注意機能低下, 記憶力低下, 病識低下, 遂行機能低下
ADL	BI:90点 入浴, 階段昇降にて減点.
活動性	日中常に臥床傾向(リハ中も) 老研式活動能力指標 本人12点 OTR2点 (/13点)
主観的健康感	3 普通
HUI	視力聴力, 手の機能, 歩行は良好(a, b), 感情や不快感, 記憶, 問題解決, 身の回りの動作不良(c,d)
PASE	会話, 座位での活動(歩行)以外全て0

OT2点。主観的健康感は3。HUIは多くで不良であった。PASEも限られた物以外0点であった。

ICFでは(図3)評価のところまで記した心身機能に加え、妻の疾患や、妻が登山には消極的であることや、これまでの登山サークルの仲間の存在が挙げられた。

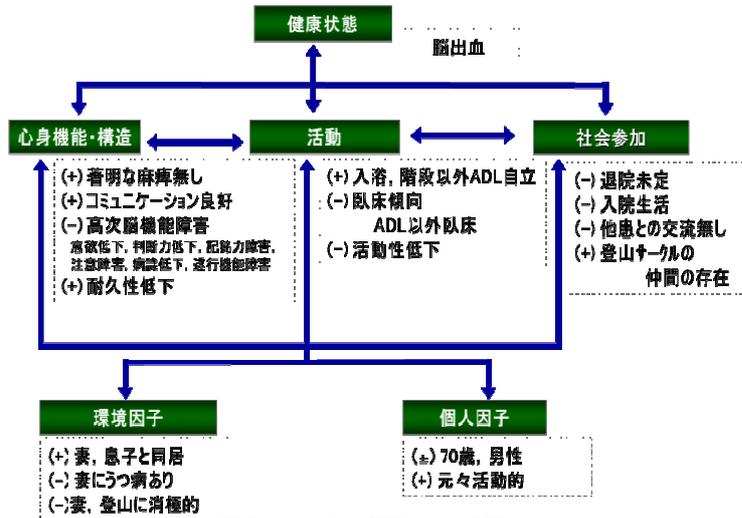


図3. 事例初期評価時のICF

生活行為向上マネジメントでは生活状況確認後、作業聞き取りシートにて、目標1を山登り、目標2を犬と遊ぶこと、目標3を古典植物の世話が挙げられ、作業目標を山登り、達成可能なニーズを仲間との山登りとした。作業遂行アセスメントでは問題の要因を臥床傾向による体力面と精神高次機能面、また、家族が山登りに消極的である事とし、環境因子でこれまでの仲間が支援者として期待できる事を挙げ

た。プランでは登山に必要な体力を増強しつつ、現実検討向上と、支援者との関係作りが挙げられた。

【プランに基づく、OTアプローチ】

発症間もない時期であるため、包括支援と直結しない治療的なアプローチも含んだ。登山のプランニングや、登山に理解を求める家族指導を実施した。

【登山に関する経過】

当初は支援者の受け入れに否定的だったが、退院時には支援者の受け入れを認め、季節が良くなったら登山を再開する事を考えるに至った。家族指導も仲間との登山という形を紹介、承認に至った。

【退院時の評価】

HUIやPACEといった、今回の評価指標での変化を認めた(図4. 変化部分は下線で提示)。退院時の聞き取りシート(表2)では全般には向上したが、主目標の山登りのみ低下した。このことについて、担当の作業療法士は現実検討が向上したためと考えている。

初期評価	評価項目	最終評価
握力右32.6kg, 左22.6kg	握力	握力右33.5kg, 左28.5kg
HDS-R21点 意欲低下, 判断力低下, 注意機能低下, 記憶力低下, 病識低下, 遂行機能低下	認知機能	HDS-R23点 認知機能低下, 注意機能低下, 記憶力低下, 病識低下, 遂行機能低下 残存も改善傾向。特に意欲で改善。
BI: 90点	ADL	BI: 100点
リハ中も含め、日中常に臥床傾向老研式活動能力指標 本人12点 OTR2点	活動性	日中、活動的 老研式活動能力指標 本人12点, OTR: 9点
3 普通	主観的健康観	2 まま健康
視力聴力, 手の機能, 歩行は良好(a, b), 感情や不快感, 記憶, 問題解が決, 身の回りの動作不良(c, d)	HUI	感情, 健康状態のみ不良(c), その他は全て良好(a, b)
会話, 座位での活動, 軽スポーツ以外全て0	PASE	他人の世話, 仕事以外にて全て得点

図4. 事例初期評価と退院時評価の比較

表 2. 生活行為向上マネジメント 作業聞き取りシートの実行度と満足度

	実行度		満足度	
	初期	最終	初期	最終
山登り	3	2	3	2
犬と遊ぶ	5	6	1	6
古典植物の世話	1	5	2	5

【退院後の生活について】

ジムで体力作りを行い，登山仲間とも連絡を取っているとのことである。

【事例紹介まとめ】

脳出血にて意欲低下，認知機能低下が認められた症例に対して自立支援に向けた生活行為向上マネジメントによる総合的なサービスモデルにて，評価，プログラム立案を行った。

症例の趣味である山登りへの参加を目標として OT アプローチを行った。退院後の現在も，山登りに向けた取り組みを継続している。

7. まとめ

研究実施病院は急性期から回復期の病棟を有する脳血管障害の専門病院である。

今回の事業には，脳血管疾患の患者を中心に実施。その 6 割の患者に本包括支援を適用することができた。適用できなかった理由としては，意識障害，認知障害，失語であった。当院の対象が脳血管障害の患者が全体の大多数であること，当院の回復期入棟が発症から 1 ヶ月未満であることから適用できない理由に挙げた項目がより影響したと考える。しかしながら，研究参加した作業療法士からは，今回の包括プランは作成できないが，「作業」を中心に考えた計画は，意識障害，認知障害があっても有効との声が聞かれた。今後，軽度認知障害者へ適用可能なものにする必要がある。

参加した作業療法士は 1～5 年の経験者が多かった。しかしながら，包括支援の使用は数回の経験で利用可能となることから，作業療法士の共通ツールとなり得る可能性を感じた。

(3) 財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院

1. 施設の地域概況

福島県のほぼ中心にある人口約 34 万人の郡山市に位置している。郡山駅まではバスで約 10 分と大変交通の便が良いところにあり、また周囲には大型スーパーやマンション、学校などが数多くある。

2. 施設の概況

- ・設置母体：財団法人太田総合病院
- ・組織：太田西ノ内病院（急性期・1029床）、太田熱海病院（回復期、療養等・518床）、介護老人保健施設、介護サービス事業所等を併設し、包括的な保健、医療、福祉サービスを提供している。
- ・職員：リハスタッフ数（リハDr 2名、PT 33名、OT 24名、ST 7名）
- ・特徴：病床数 1029 床（一般 979 床、精神 50 床）の総合病院で診療科は 32 科である。リハビリテーションにおいては脳血管疾患等リハ料（I）、運動器リハ料（I）、呼吸器リハ料（I）、心大血管疾患リハ料（I）の施設認可を受けており、一日の作業療法対象患者数は入院約 130 名、外来約 20 名である。対象とする患者は脳卒中、整形外科疾患をはじめ呼吸疾患、外科疾患、内部疾患、精神疾患、発達障害と幅広い。

3. 今回の研究事業対象者

40 歳以上の脳卒中または廃用症候群、大腿骨頸部骨折等の疾患で作業療法が処方された 131 名中同意を得られた 61 名

介入群：25名（脳卒中10名、廃用症候群13名、大腿骨頸部骨折2名）

非介入群：36名（脳卒中13名、廃用症候群16名、大腿骨頸部骨折7名）

4. 本研究事業にあたっての調整、配慮、苦労、特別に取り組んだ点

- ・シート作成に時間がかかった。
- ・身体的な問題（痛みや足が動かないから治したい、不安等）により具体的な作業まで患者さんが考えられない場合が多い、または、断られる場合があった。
- ・失語症のある患者さんの聞き取りが難しかった。
- ・認知機能が低下している方については、ご家族の方からも同意を得るようにした。

5. 本事業に取り組んでの感想

- ・書式化することで考えがまとまりやすかった。
- ・作業療法士の役割を説明しやすく、患者さんにわかってもらえた。
- ・作業療法士の役割を認識できた。
- ・どんな疾患を抱えている方でも時期（急性期でも安定した時期など）によっては、導入が可能であり“自信”をつけて在宅生活へ送り出すことができた。
- ・患者さんの「作業」を引き出すという視点を学べた。
- ・目標が明確であり患者さんと共有できたため一緒に取り組むことができ、患者さんが自分の良い所、悪い所などを知り、前に進むことができたように思う。

- ・生活行為向上マネジメントをしなかったら訓練に取り入れようと自分自身思えなかったことを知ることができた。
- ・目標やアプローチ方法を文字にすることで明確になり、OTと患者さんの間でしっかりと情報を共有する事ができ、また、患者さんのモチベーションも上がった。
- ・対象者についてより深く考えることができた。
- ・自宅に帰ってどう過ごすかではなく何をやりたいかを話し合うことができ、その方の生活していく上で大切に思っていること、重要なことがわかった。
- ・「包括」を通じてスタッフ間の対話が生まれた。
- ・インフォームドコンセントの再確認ができた。
- ・1か月後の追跡を行うことで、なかなか見られない退院後の生活を垣間見ることができた。元気な声や頑張っていることなどを聞くと私たちも励みになった。
- ・追跡調査は退院後の生活がわかりセラピスト側の勉強になった。

6. 生活行為向上マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行向上プラン）の意見

- ・聞き取りシートで聞くことで今まで聞いていなかった患者の一面を発見したりすることができた。
- ・様々な疾患がいる中で一つのパターンだとやりにくいところもある。
- ・患者さんによっては、リハに対する認識、とらえ方が様々であり、なかなか導入が困難な方もいた。そのため今回の目標の立て方も1、2、3と並列にするのではなく（重要度だけでなく）段階的な目標についても紙面化できるような形でつくればと思った。
- ・目標を具体化していく作業は、対象者の人生をどのように理解できるかの聞き手のセンスがあり個人差が出るだろうと感じた。
- ・急性期のため患者の状態が日々変化し目標が変わりやすく苦労した。
- ・プログラムを立案する際、セラピストの視点、患者の視点、家族の視点で考えることができた。
- ・本人の希望をスタッフ間などで共有するだけではなくご家族とともに考えられるようなものであったらいいと思う。本人の希望＝家族の希望ではないため。
- ・急性期病院では、本人、ご家族は生活の自立を望む場合が多く、現状からやりたいこと、やってみいたいこと（趣味的活動など）を得ることが十分にできなかった。

7. プログラムの実施についての意見

- ・意欲低下している対象者でも、作業ということを通して動機づけとなりリハに取り組めるようになった。
- ・対象者がどういう作業をしたいのかを知ることができ、それにそってアプローチができた。

8. 評価方法について意見

- ・質問事項が多かった。また質問自体出来ないものがいくつもあった。
- ・ADLなどの項目もチェックシートに入れてよいのではないか。
- ・質問が在宅生活をしている人のためのもので質問しづらかった。（評価尺度が病院の生活に合わない）

- ・感覚障害のある患者の痛み評価など患者の主観で評価するところを客観的な判断で評価してよいのかと疑問になった。
- ・評価の基準がわかりにくかった。
- ・PASE の評価など評価自体が勉強になった。
- ・評価に時間がかかり患者さんも疲労を感じているようだった。

9. 事業参加者の意見

- ・OT やってみて自信がついたから出来ると思ってやってみた。そうしたら次々と色々な事がやりたくなった。
- ・入院中に立てた目標を退院してからも実行し達成できて満足している。
- ・模擬練習で安定して行えたことで外泊なしでも退院できた。自信がついた。
- ・患者さん自身も目標を自分でたてることで意欲向上が見られていた。
- ・家族の反応が良かった。

10. 今後の課題または提言、感想

- ・疾患にあったシートが出来ればもう少し使いやすい。
- ・患者さん自身が何をしたいと望んでいるのか、そのためにどういう目標を立て、それを実行するためにどんな経過をたどったのかが一枚のシートで簡潔にわかりやすくなっており、患者さんの「意味のある作業」に視点をおいた総合アセスメント表は回復期病棟や施設、通所リハビリ、訪問リハビリ等の作業療法士への申し送りに有効ではないかという意見が出た。
- ・すべての作業療法士（医療から在宅）がそのシートにより患者さんの「意味のある作業」を把握できるシステム作りが必要ではないか。
- ・どの作業療法士が書いてもその人にとって「意味のある作業」が同じように引き出せるようなシートになると良い。
- ・生活行為向上マネジメントのシートを使った作業療法は、患者さんの目標が明確になり意欲の向上につながり実行力へと結びついていくと感じた。
- ・身体機能が思わしくない方も作業を実行できたことで満足と評価したことなどからその方にとって、意味のある、価値ある作業が出来た時、人は精神的に健康になれるのではないかとこのことを生活行為向上マネジメントを通して感じた。
- ・急性期病院という限られた環境の中でも、作業療法士として「意味のある作業」を引き出し実行していく、また施設等に行かれた方であってもその思いを継続し引き続きその「意味のある作業」にむけ活動して行けるよう支援していくことの重要性をあらためて認識できた。

11. 事例1

- ・Aさん、55歳、女性 ・疾患名：右被殻出血
- ・夫、夫の姉、息子との4人暮らし。自営業であり、衣服の縫製を行っていた。家事のほとんどを行い活動的な生活を送っていた。
- ・入院時は構音障害があり十分なCOMが取れない状態。Br. stageはIV - V - Vであり、ADLは一部～全介助レベル。

<生活行為向上マネジメント評価> (初回→最終)

- BI : 5点→100点
- 老研式活動能力指標
手段的自立 : はい0→5 いいえ5→0, 知的能動性 : はい2→5 いいえ2→0
社会的役割 : はい1→5 いいえ3→0
- 主観的健康感 : 「あまり良くない」→「とても健康」
- Health Utilities Index:
a : 6→17 b : 5→1 c : 2→0 d : 3→0 e~f : 0
- PASE-CR : 0 : 8→8 1 : 2→0 2~12 : 0→2~10 : 0 11 : 1 12 : 1

<作業聞き取りシート・作業遂行アセスメント表>

作業目標 : 「ミシン・アイロンが使えるようになり復職ができる」



達成可能なニーズ : 「家庭用ミシンでTシャツを作成する」

(実行度 : 1/10→10/10 満足度 : 1/10→10/10 達成の可能性 : あり)

<アプローチ経過>

- 手指の巧緻性の向上に合わせて、ケースの心理的状态を考慮しながら「ミシンの操作」練習を導入。まずは『雑巾』を作成し、更に『Tシャツ』を作成。
- 退院時の Br. stage はVI - VI - VI。左手指に拙劣さが少し残る程度。
- 退院後、すぐに家事やミシン操作を実施していた。追跡調査にて主観的健康感が「とても健康」→「ふうつ」に変化。家事も仕事もケースのペースで行なっており、「ゆっくりだけど、リンゴの皮むきもできるんだ」「みんなにはまだまだ追いつかないけど、自分の担当分はこなしているよ」との話しが聞かれた。

<まとめ・考察>

- 家事の全てを担い仕事もこなしてきたケースが、今回の発症により多くの作業の喪失感を感じていたのではないだろうか。そのケースと「復職」という目標を共有し、具体的に「復職」に対する訓練を実施したことが、ケースの自信を生み、実際に「復職」に繋げることができた。このことより本研究が有効であったといえる。
- 主観的健康感が低下していた原因として、疾病による初期時の大きな喪失感から急激な回復による有能感を感じた事などが「とても健康」となり、在宅生活に戻り“いつもの生活”になったことが「ふうつ」という変化に繋がったのではないか。

事例2

- Bさん, 77歳, 男性 ・疾患名 : 間質性肺炎 (びまん性肺疾患)
- 入院時は SpO₂ が Bed 上安静 93~95%, 運動時 (数m歩行) 88~90%であり、筋力低下あるものの、身体機能上大きな問題なく易疲労であり、すぐに呼吸苦ある状態。
- 隠居に妻との二人暮らしで、妻は右手指切断しており家事の手伝いをしていた。趣味はグランドゴルフ。近くの卸市場で買い物をし料理をして晩酌をするのが楽しみ。

<生活行為向上マネジメント評価> (初回→最終)

- ・BI : 65 点→95 点
- ・老研式活動能力指標
手段的自立 : はい 5→5 いいえ 0→0, 知的能動性 : はい 4→4 いいえ 0→0
社会的役割 : はい 4→4 いいえ 0→0
- ・主観的健康感 : 「まあまあ健康」 → 「まあまあ健康」
- ・Health Utilities Index: a : 6→6 b : 7→7 c : 3→3 d~f : 0→0
- ・PASE-CR : 0 : 8→8 3 : 1→1 6 : 1→1 1~2, 4~5, 7~12 : 0→0

<作業聞き取りシート・作業遂行アセスメント表>

作業目標 : 「苦しくなく、畑や田んぼのことが少しずつできる」



達成可能なニーズ : 「家族と協力し、息苦しさにあわせて、簡単な農作業が出来るようになる」
(実行度 : 1/10→1/10 満足度 : 5/10→5/10 達成の可能性 : あり)

<アプローチ経過>

- ・訓練中にケース自身が SpO₂ の状態や息切れの状態、リカバーまでの時間などについて自己コントロールが可能なる。
- ・当初は農作業を大きな目標としていたが、冬期間ということもあり家事動作訓練を導入。料理訓練を実施し『味噌汁』を作成。作成中 SpO₂ は安定し、本人から「大丈夫そうだなあ、このくらいなら帰ってもできるなあ」との発言あり。
- ・退院後、主観的健康感は「とても健康」に向上。ケースより「時々、苦しくなるけどなんとかやっている」「今日はバイクに乗って、ベニマルに買い物にいったら、比内地鶏ときりたんぽの鍋を作るんだ」「時々、晩酌もしている」「春になったら、また畑仕事も出来そうだな」との話が聞かれた。

<まとめ・考察>

- ・目標を状態や環境により変更した。導入した作業は呼吸状態などが安定して行うことが可能であり、そのことがケースの自信につながり、退院後も活動性を維持することが出来ていたのだと考える。
- ・また自宅内の作業が継続できたことが、状態に合わせて負荷の多い作業へのチャレンジへ繋がったと考えられ、本来の目標を達成する一歩を踏み出したのではないかと考える。

(4) 社団法人 八日会 藤元早鈴病院

1. 施設の地域概要

当施設がある宮崎県都城市は、宮崎県の南西部に位置し、鹿児島県と隣接している。人口は約 17 万 2 千人（高齢化率は 25.6%）であり、南九州では鹿児島市、宮崎市に次いで 3 番目の都市である。

2. 施設の概要

当院は、総合的で大規模（320 床）かつ急性期を中心とする医療機関（7 対 1 看護）である。対象疾患は、脳卒中が大半を占めており、次いで整形疾患、神経難病、小児疾患、循環器疾患などである。その中において、回復期リハビリテーション病棟を中心として、医学的リハビリテーションを展開している。

リハビリテーション関連スタッフは、理学療法士 17 名、作業療法士 14 名、言語聴覚士 6 名が配置されている。また当院では、関連施設である通所リハビリテーション事業所（3 ヶ所）、訪問リハビリテーション事業所（1 ヶ所）、通所介護事業所（3 ヶ所）などの居宅生活支援施設との連携を中心に、各所に作業療法士（以下、OT）を配置して、「作業」の連続性を図っている。

3. 今回の研究事業対象者

対象者は、当院回復期リハビリテーション病棟に入院中の者とした。また研究期間は、平成 22 年 9 月 21 日から平成 22 年 12 月 10 日とした。対象者の詳細は、以下の通りである。

- ・対象者数：65 名（脳血管障害：58 名、大腿骨頸部骨折：7 名）
- ・対象者のうち、本研究事業に協力が得られた者：35 名（介入群：16 名、非介入群 19 名）

4. 本研究事業にあたっての調整、配慮、苦勞、特別に取り組んだ点

- ①元気のでる申し送り表は疾患や治療経過などの情報を載せるところがなかった。医療機関から
の申し送りではそのような点も重要になるため、当施設では従来使用していた申し送りと併せて使用した。
- ②作成した生活行為向上マネジメント用紙の計画内容について複数の OT で検討を行った。また、計画内容の点検および過不足分の修正および助言を行う為に、検討会には経験を持つ OT が必ず参加した。このようにすることにより、担当者が症例から聴取した想いについて、経験のある OT が関与することにより、現状分析、過去の生活状況に基づいて真の「想い」を推察し、計画に活かす指導的役割を担うこととした。

5. 本事業に取り組んでの感想

- ①経験の浅い作業療法士は、「生活行為向上マネジメントシート」を活用することにより、対象者の必要な情報や「想い」などが整理できた。

- ②元気のでる申し送り表は、作業療法士が何故このアプローチを対象者に行うのかを明確にして
いる為、他職種にも理解しやすいと感じた。
- ③「生活行為向上マネジメントシート」の使用感が良好のため、今回対象ではない患者に対しても包括
マネジメントを応用して関わるようにしたい。
- ④評価項目が多く、作業量や時間を考えると普段の業務時間内で行っていくには対象者や
スタッフ
の負担も多いように感じた。

6. 生活行為向上マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行向上プラン）の意見

- ①書面に表記することで、患者と具体的な目標を共有しやすい。
- ②患者様の全体像を整理するのに役立つ。
- ③入院中であっても「作業」をテーマにして話をした際、話が展開しやすかったため将来
目標と
する在宅生活のイメージがしやすかった。しかし、時期的に機能訓練及びADL訓練が
中心と
なっている対象者に対しては、「作業」に対する想いについて聴取が難しい方もいた。
- ④目標設定の具体的な期間が定められていなかったため、病院側である程度の期間を設定
する必
要があった。
- ⑤急性期や回復期初期のケースの場合は、現実的な作業がイメージできていなかったため、
自身
で目標を挙げていくことが難しかった。

7. プログラムの実施についての意見

- ・段階別プログラムを用いると、入院中である対象者の回復段階と訓練内容の変化を追う
のには有効であると感じた。

8. 評価方法について意見

- ①研究式活動能力指標(PASE-CR)は在宅生活ではなかったため、入院中の評価とし
ては困難さを感じた。
- ②認知症や失語症の方はBI・HUIでは変化が捉えにくいので、疾患によっては評価表
を違う
ものにする必要があるのではないか。
- ③重度の意識障害・認知症・失語症の方では、評価が困難であった。
- ④作業目標など自由回答で質問をするとどうしても機能面に関する話をされる方に対し、
「興味
チェックリスト」を用いて確認すると、「旅行に行きたい」というニーズが表出され、OTR
に「旅

行に行くためには何をしたらよいか？」などより具体的な「想い」を引き出すことが出来た。

9. 事業参加者の意見

①対象者について

- ・評価に対しても、質問形式であったため協力的であった。
- ・作業目標の確認においては、入院中であるため機能回復に対する「想い」が強く、具体的な作業に対する「想い」を聞き取ることが難しかった。

②ケアマネージャーについて

- ・退院時のタイミングとケアプラン作成のタイミングが合わず、申し送り表がケアプランに反映できないこともあったため、施設内で連携の強化を行う課題が残された。

③OT について

- ・対象者のことについて把握しておくべき事を再確認することができた。
- ・対象者の「想い」や病前の生活、現在の状態をより詳しく知る事ができた。
- ・評価項目においては、質問項目が多く、評価になれておく必要がある。

10. 今後の課題または提言，感想

①今後の課題と対応策

残された課題	対応策
1) 日常の業務内で、対象者および家族から「想い」を聴取していく時間が必要である。	対象者の情報は、入院中から早期に情報を入手しやすい。一般情報のほか、日常の業務の中で対象者および家族から直接聴取することや定期的なカンファレンスを利用していくことで効率化をはかることができる。
2) 退院前のカンファレンスについては、「生活行為向上マネジメントシート」の計画内容を複数の作業療法士で検討した。しかし、それぞれの診療時間の調整や計画内容の把握などに時間を要した。	診療時間に配慮してランチミーティング的に運用した。これらは、継続していく事でカンファレンス時間そのものも時間短縮につながった。
3) 担当 OT の報告書作成後、チーム内でカンファレンスを実施し情報を共有した。しかし、OT から CM へ郵送した「作業をすることで元気になる申し送り表」で OT の求めることを十分に伝達することは容易でない。	紙面上にわかりやすい言葉（共通言語）を用いることを心がける必要がある。また、疾患や治療経過などの情報も併せて送ることで、より CM に情報を伝達することができる。

②提言

- 1) 医療（回復期）からの「生活行為向上マネジメントシート」の活用は、入院中の担当 OT が在宅生活を想定した入院時アプローチを具体的に実施できる。また、退院後の対象者に対して「作業をすることで元気になる申し送り表」を活用することにより継続的に関わることも可能であり、「作業」の継続に関わることができると予測された。

2) 「作業をすることで元気になる申し送り表」は、医療機関で知り得た、対象者の生活、作業特性をもとに、退院後の生活に必要な条件を記載できる。そのため、CMに情報提供し、複数の職種で共有することによって、対象者の目標に基づいた健康な生活を構築することが可能であると予測された。

11. 事例紹介

1) 医 04-1-C20 (男性, 66 歳, 息子と二人暮らし, 要支援 2)

【診断名】: 脳梗塞, 発症からの期間: 2 ヶ月

【障害名】: 右片麻痺, 失語症 (軽度)

【既往歴】: 脳梗塞 (X-9 年)

【社会資源】: 要介護 2, 通所サービス, 訪問介護

2) OT 評価 (調査用紙記入時)

(1) 心身機能:

精神面: 意識…清明, 注意…問題なし,

知的…HDS-R18 点, Kohs 立方体組み合わせテスト…15 点, IQ=54

高次脳機能障害…失語症 (軽度)

身体機能面: Br. stage 左上肢 V, 手指 V, 下肢 V, 感覚…問題無し,

筋力…右上肢 4, 両下肢 4, 握力…右 28.5Kg, 左 46.2Kg

歩行…T-字杖使用にて, 平地歩行監視, 応用歩行監視

(2) 活動・参加

現在は T 字杖使用にて入浴以外の病棟 ADL は車いすにて自立し, 訓練時の階段やスロープ昇降, IADL 動作も監視にて可能である。週末には外泊し, 外泊時は転倒もなく過ごせているとのことであった。入院時の Barthel Index は 95/100 点, 老研式活動能力指標は 4/13 点であった。

(3) 環境因子

木造平屋建ての家に息子と二人暮らしをしていた。X-9 年に脳梗塞を発症されたが, ADL・IADL の生活全般を自身で行われていた。息子は仕事をしながらも, 定期的に面会へよく来られている。また, 入院前は庭の草むしりや墓参り (週に 3 回程度) を日課とされていたため, それらが出来なくなることも懸念している。本人が退院するにあたって, 今までと同じ生活ができるだろうかなど, 不安が強い状態である。

介護認定審査では要支援 2 の判定が出ており, 退院後は週 2 回通所サービスと家事援助目的で訪問介護を利用予定である。

(4) 個人因子

X-9 年程前に脳梗塞を発症し, 右片麻痺と軽度の失語症を呈していた。以後, T 字杖を使用し, 庭などの近辺は外出をしていた。また, 日課とされていた墓参りはセニアカーを使用して行われていた。

ADL はすべて自立し, IADL は週 1 回の訪問介護を利用し, 調理や買い物の支援を受けていた。

しかし, 息子の世話になりたくない思いが強く, 外来受診などもタクシーを利用していた。

(5) 経過予測

今回の脳梗塞では、失語症と入院生活における活動量の低下による左下肢筋力の低下を認めるも入院前と比べても大きな運動障害はないため、身体的な介護は必要ないと考えられる。しかし、下肢筋力の低下により、自宅内・外での転倒リスクは高い。そのため住環境面へのアプローチを行い、安全面を考慮して活動することにより、リスクを最小限に抑えた生活が送れるのではないかと考える。このことにより、住環境面を整えることにより本人の作業目標の1つである「屋内の身の回りのこと・簡単な家事が自分で行える。」は退院早期より達成可能と予測され、庭作業や墓参りなど屋外への参加も可能となると予測した。

3) OT 実施計画 (表 1)

表 1 OT 実施計画と視点

時 期	アセスメントの視点
入院時	1) 外泊時の日常生活 (セルフケア, 家事等) 状況の把握. 2) 外泊時の日中の過ごし方の聴取. 3) 目標達成のために必要なことと, その条件等を本人・家族・CM と共有する.
退院 1 ヶ月後	1) 日常生活の遂行状況と定着状態を確認. 2) 退院直後の内容が, 継続実施されていたかの確認. 3) 実行状況から, 本人の想いを探り, 問題点を引き出す. 同時に, 家族の状況を把握し, 必要な支援を検討する.
対象者が円滑な在宅生活を送るために CM や他職種とどのように連携を行なったか	入院中に知り得た, 疾病障害構造とともに作業に対する「想い」を聴取して, 退院後の生活に必要な条件をアセスメントし担当 CM に情報提供を行った. 対象者の自宅には退院後のデイケア OT が同行訪問した.

4) 経過

①第 1 期 (入院中調査時) :

入院時に、自宅での生活に対する作業目標を聴取したところ、「家の中の事や庭作業や墓参りを行うなど入院前の生活に戻りたい」との事であった。今回の脳梗塞では、軽度の失語症と活動性低下に伴う廃用性の筋力低下を認めるも、入院前と大きな変化は認めないため、入院前の生活が可能であると予測された。そこで、入院中の達成可能な目標を「以前の介護保険サービスを利用しながら、身の回りのこと・簡単な家事が自分で行える。」として、本人と共有した。

以上の目標を達成するために具体的な作業遂行プランは、試験外泊を定期的に行い、外泊時の状況を本人・家族より担当 OT が確認し、必要な評価及びトレーニングを行い、本人の達成感を踏まえた ADL・IADL の獲得を図った。その結果、外泊時には身の回りの事や炊飯や味噌汁など簡単な家事を实践され、退院後の継続的に行う ADL・IADL に対して自信をもたれるようになった。

しかし、左下肢の筋力低下により、筋疲労に伴う自宅内での転倒の危険性も懸念される。このことは、担当 CM や退院後に利用するデイケアの担当 OT にも伝達し、当面は、家庭環境に適応することを主な支援目標としつつ、希望があれば住環境面へのアプローチを提案するスタンスをとることとなった。

②第 2 期 (1 ヶ月後追跡調査時)

退院直後は、CM とデイケア OT が自宅にて担当者会議を開催し自宅での生活状況を本人に確認すると、「今までと同じ様に生活ができている。」と話され、目標達成に向けた前向きな姿勢が見受けられた。しかし、生活の動線を確認すると主にこたつで座いすに腰掛けて過ごされており、移動時に床から立ち上がる際に左下肢の筋力低下のため、動作時にバランスを崩す危険性があった。また、トイレへの出入りの際にバランスを保つための支えが無く、トイレ横のドアノブを使用しており、転倒の危険性が懸念された。そのため、安全性の確保のため、手摺りの設置などにて住環境面へのアプローチを行った。

1 ヶ月後の追跡調査は、自宅を訪問して行った。自宅内の ADL・IADL は改善されており転倒することなく過ごされていた。調査時の Barthel Index は 100/100 点、老研式活動能力指標は 2/13 点であった。老研式活動能力指標においては、点数の低下を認めたと状況を確認すると現生活を息子と共有できている、お金の管理などは息子が行うようになっていた。また、本人の目標も「庭作業をしたい。墓参りをしたい。」と屋外での作業に目が向いており、入院時の本人のニーズがより現実的となってきたことが確認された。現在では、セニアカーを使用され本人が望む時に屋外へ外出されるようになっている。

この時点で、当初立案した目標、すなわち、「家の中の事や庭作業や墓参りを行うなど入院前の生活に戻りたい」が達成された。

(5) 竹田総合病院

1. はじめに（施設の地域概況・施設の概要）

当院は総合病院であり、リハは脳卒中・整形・内科外科など各科で実施している。本研究の対象は脳卒中の急性期・回復期の入院患者とした。当院の急性期病棟からの脳卒中患者の転帰は、自宅退院が全体の約 50%、回復期病棟への転棟が約 25%である。なお、急性期病棟から直接自宅退院する患者の在院日数は約 28 日である。

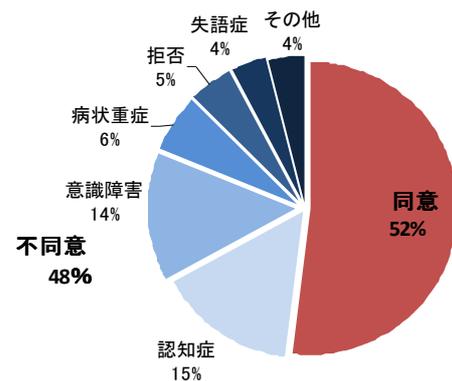
2. 本研究事業にあたっての調整、配慮、苦勞、特別に取り組んだ点

当院は前年度の医療介護連携における研究の協力もしており、ほとんどの OT が生活行為向上マネジメントを経験していた。また、脳卒中急性期係では、早期退院の方に対して、退院後の QOL や活動を通して機能を維持する取り組みも行っており、今回のアプローチ内容については、OT に対して浸透していた。新人スタッフや異動者で生活行為向上マネジメントの経験がない OT に対しては、個別に指導やアドバイスをを行った。

3. 対象者

右のグラフは対象者の同意・不同意の割合である。不同意はその理由ごとに分けてある。

急性期の症例も多いが、約半数がこの研究の対象となり得た。対象者の約半数に対して急性期から生活行為向上マネジメントの概念を OT 治療に生かできるといえるだろう。不同意について、認知症という理由が 15%みられたが、今回は研究ということで評価指標への返答ができない症例は不同意となっている。認知症の方へ実際に生活行為向上マネジメントを使用する場合には、質問内容の検討や評価方法の工夫は必要と思われるが、アプローチの考え方としては十分効果的であると考えられる。



4. 研究を行なった感想

- ・ やりがいや作業を目標にするということで、対象者の意欲が向上し、機能回復への固執を軽減し作業へと取り組むことができた。
- ・ 目標を一緒に立てることで、対象者と OT が目標を共有でき、一緒に取り組んでいける。さらに能力の把握（現実検討）やフィードバックが上手くできた。用紙で目で確認するのも効果的に感じた。また、思いの聴取もシートを用いて行いやすかった。
- ・ 急性期から作業を目標にするということについては、軽度で早期退院の方も多いため、退院後の活動アップにつながる印象。脳卒中以外でも応用できそう。
- ・ 利用できる資源・環境：入院中も家族や他職種との協力が有効なことや、退院後の生活へのつながりを再考できた

5. 今後の課題

- ・作業目標の引き出し方：目標を引き出す面接の仕方については経験の差もある。
- ・目標の設定の仕方：達成できそうなニーズを決定する時に、具体的な予後予測や、目標の優先順位立てがうまくできないことがあった。（特に経験年数の若いOT）

6. 元気の出る申し送り書についての感想

①ケアマネ・家族の反応

- ・本人のやりがいを支援していくことについてケアマネからも共感が得られ、申し送りは喜ばれた
- ・ケアプランは担当者会議以前にすでに決定していることが多かったが、今後のプランや関わりについては参考にするという意見がきかれた。
- ・担当者会議で元気の出る申し送りを紹介したところ、家族にも本人の思いを紹介でき、ケアマネの後押しもあり、退院後の本人の思いの実現につながった

②急性期 OT から申し送りを受けた回復期 OT の感想

- ・OT間での申し送りでも、本人の思いに沿ったOTが継続・発展できた

7. 事例報告

2例の事例の経過については、別表参照。

以下の表は2例の事例の評価結果である。どちらも退院時より退院1カ月後のほうが活動量がアップしている。これは、入院中に経験した作業を通しての目標達成や自信回復が退院後も活かされたものと考えられる。これらの事例の他にも目標をもった作業を入院中に経験した症例は、退院後も生き生きと過ごしているという報告があった。

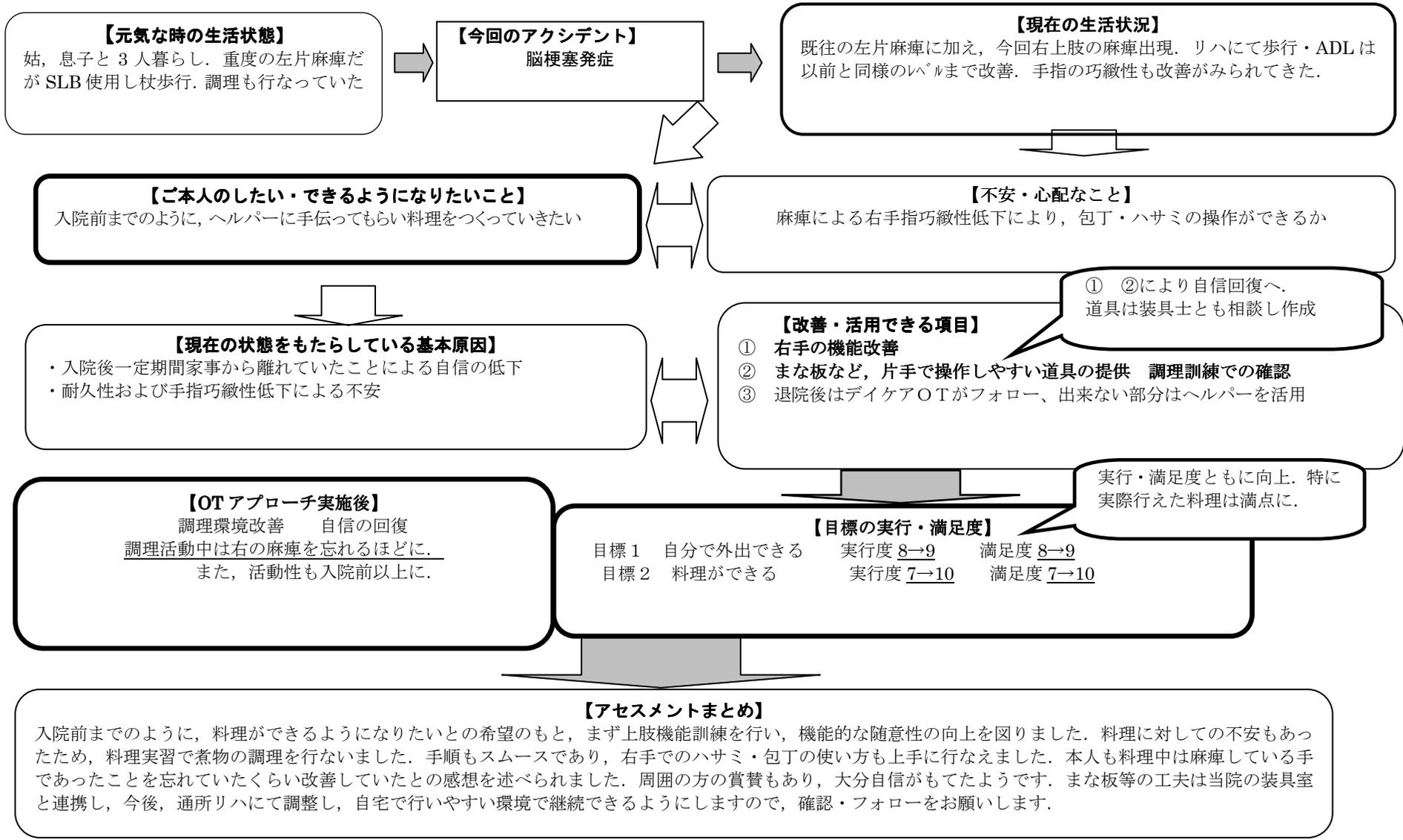
事例1 急性期から機能訓練と環境調整で早期退院した例（入院前より改善した）

	入院時	退院時	退院1カ月後
BI	30	75	85
	食事・排便自制のみ	移乗・歩行見守り	入浴・階段以外自立
老研式 合計点	0	1	11
主観的 健康感	あまり良くない	あまり良くない	外出・買い物以外可能 あまり良くない
HUI	→歩行, 手の機能, 身辺動作↑		→感情, 痛み不快感, 健康状態↑
PASE-CR	会話: 5	会話: 9 座位活動: 11	会話: 11 座位活動: 11 軽い家事: 10 きつい家事: 6 自宅外歩行: 1 軽いスポーツ: 1

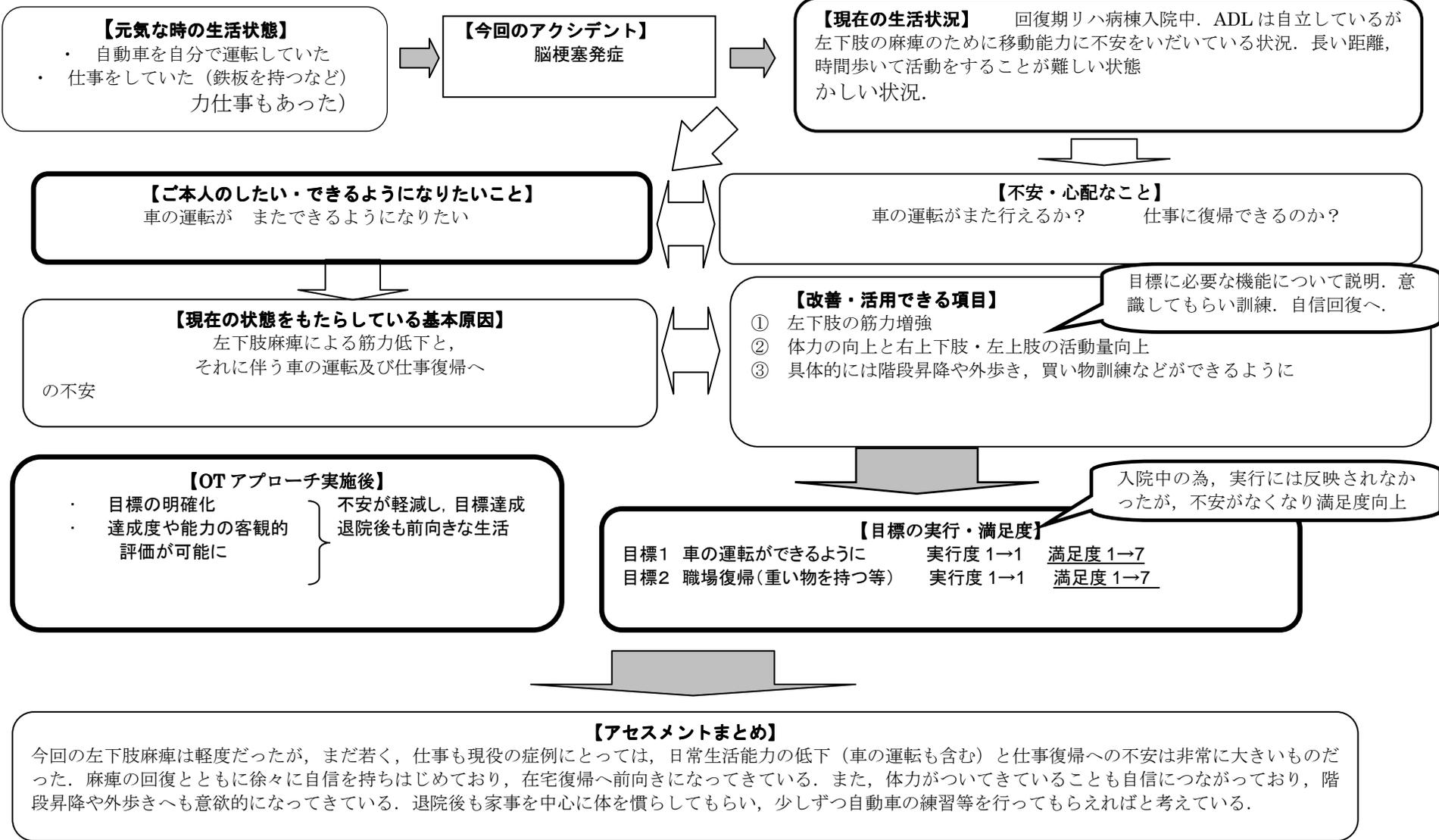
事例2 不安の強い症例

	介入時	退院時	退院1カ月後
BI	80	100	100
	移動は車椅子, 階段不可	自立	自立
老研式 合計点	7	12	13
主観的 健康感	あまり良くない	まあまあ健康	とても健康
HUI	→感情, 痛み不快感, 健康感, 歩行↑		全て良好
PASE-CR	会話: 12 座位活動: 12	初期に加え, 軽い家事: 2	軽い家事: 3, 自宅外の歩行: 12 他人の世話: 6, 仕事: 12

事例1 急性期から機能訓練・環境調整で早期退院した症例 65歳 女性 要介護2 日常生活自立度：J2 認知症なし。息子と嫁との3人暮らし。既往に脳梗塞重度左麻痺あり。通所リハ3回/週、訪問介護3回/週 利用していた。今回は脳梗塞右麻痺発症。発症日よりOT開始、2週間で自宅退院した。



事例2 不安の強い症例 58歳 女性 介護保険未申請 日常生活自立度:J2・認知症なし 家族構成:3人暮らし
 入院前は仕事(車通勤, 力仕事含む)をしていた. 今回は脳梗塞(左麻痺) 麻痺は軽度だが, 不安が強く, 動作が上手く行えない. 急性期~回復期ハ病棟でOT介入



【元気な時の生活状態】
 ・ 自動車を自分で運転していた
 ・ 仕事をしていた(鉄板を持つなど)
 力仕事もあった)

【今回のアクシデント】
 脳梗塞発症

【現在の生活状況】 回復期リハ病棟入院中. ADLは自立しているが
 左下肢の麻痺のために移動能力に不安をいだいている状況. 長い距離,
 時間歩いて活動することが難しい状態
 かしい状況.

【ご本人のしたい・できるようになりたいこと】
 車の運転が またできるようになりたい

【不安・心配なこと】
 車の運転がまた行えるか? 仕事に復帰できるのか?

【現在の状態をもたらしている基本原因】
 左下肢麻痺による筋力低下と,
 それに伴う車の運転及び仕事復帰への不安

【改善・活用できる項目】
 ① 左下肢の筋力増強
 ② 体力の向上と右上下肢・左上肢の活動量向上
 ③ 具体的には階段昇降や外歩き, 買い物訓練などができるように

目標に必要な機能について説明. 意識してもらい訓練. 自信回復へ.

【OTアプローチ実施後】
 ・ 目標の明確化 } 不安が軽減し, 目標達成
 ・ 達成度や能力の客観的 } 退院後も前向きな生活
 評価が可能に }

【目標の実行・満足度】
 目標1 車の運転ができるように 実行度 1→1 満足度 1→7
 目標2 職場復帰(重い物を持つ等) 実行度 1→1 満足度 1→7

入院中の為, 実行には反映されなかったが, 不安がなくなり満足度向上

【アセスメントまとめ】
 今回の左下肢麻痺は軽度だったが, まだ若く, 仕事も現役の症例にとっては, 日常生活能力の低下(車の運転も含む)と仕事復帰への不安は非常に大きいものだった. 麻痺の回復とともに徐々に自信を持ちはじめしており, 在宅復帰へ前向きになってきている. また, 体力がついてきていることも自信につながっており, 階段昇降や外歩きへも意欲的になってきている. 退院後も家事を中心に体を慣らしてもらい, 少しずつ自動車の練習等を行ってもらえればと考えている.