

# ACE (Assessment of Client's Enablement) を使用したことでクライアントと作業療法士の協働が促進された事例

北橋多恵子<sup>1)</sup>, 澤田 辰徳<sup>2)</sup>, 大野 勘太<sup>1)</sup>, 小瀬 綾美<sup>1)</sup>, 伊藤 泰士<sup>1)</sup>

1) イムス板橋リハビリテーション病院

2) 東京工科大学医療保健学部作業療法学科

**Key words**：共有, 作業遂行, 評価

**要旨**：今回、作業療法経過中のクライアントに対し、作業遂行に関する認識差異の評価 (Assessment of Client's Enablement: ACE) を用いて面接を行った。ACEは、作業療法面接で挙げた個々の作業について「現在の状態でその作業をどの程度行うと思うか」をクライアントと作業療法士が個々に回答し、両者の回答の差を作業遂行に関する認識の差異 (GAPスコア) として測定・共有し、作業の習慣化に向けてその後の介入方針などを協議するツールである。本事例では、ACEを用いた結果、クライアントと作業療法士の間に生じていた作業遂行に関する認識の差異が明らかになり、協働が促進され、退院後の生活において作業が遂行可能になった。この経験を通して、クライアントと作業療法士の認識の差異を可視化できる ACEを面接の補助ツールとして用いることは、退院後の生活における作業遂行の可能性に向けた協働を促進するために有効であることが示唆された。

受付日：2016年10月19日 受理日：2017年3月25日 発行日：2017年4月28日

## 【はじめに】

作業療法の実践場面でクライアントの作業遂行が円滑になされていても、クライアントが実際の生活場面でその作業を行わないことがある。代表的なものとしては、「できるADL (Activity of daily living)」と「しているADL」の差がある。上田<sup>1)</sup>は、訓練室での「できるADL」は病棟などの生活の場での「しているADL」には直結せず、両者間の差は想像以上に大きいと述べている。実際、これらの差についての先行研究では、機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure: FIM) の多くの運動項目で平均約0.5から1点の乖離があることが明らかにされている<sup>2,3)</sup>。これらの差を少なくすることはリハビリテーションにおける重要な事項である。一方、この差の要因について、盛田ら<sup>4)</sup>はクライアントのやる気や自己効力が関係することを明らかにした。これは医療職者がクライアントには作業を遂行する能力があると判断しているが、クライアントの自己効力が低く、クライアント自身の意思で作業を遂行しないと考えていることを示す。つまりクライアントの作業遂

行に対する認識を医療職側が認識できていないということである。さらに、これらはADLに限ったことではなく、IADL (Instrumental activities of daily living) でも同様な差が生じることが明らかになっている<sup>5)</sup>。このような問題は他にも存在する。Maitraら<sup>6)</sup>の調査では、作業療法士群の81.8%がクライアントは作業療法の目標設定に参加したと回答したにもかかわらず、クライアント群では十分に目標設定に携わったという回答は23.3%に留まったことが明らかになった。

これらのことを考え合わせると、クライアントと作業療法士の間では様々な情報や認識の共有が困難であることが示されており、この差を埋めることは効果的なクライアント中心の作業療法を実施するうえで必須だといえる。

筆者らはクライアントのニーズに挙げた作業におけるクライアントと作業療法士の認識の差を視覚的に明らかにする評価として作業遂行に関する認識差異の評価 (Assessment of Client's Enablement: ACE) を開発した。

今回、作業療法経過中のクライアントに対してACEを用いて面接を行ったところ、クライアントと作業療法士の間が生じていた認識の差異が明らかになり、その結果を介入に生かすことで協働が促進され、退院後の生活において作業が遂行可能になった事例を報告する。

### 【ACEの紹介】

ACEは、カナダ作業遂行測定 (Canadian Occupational Performance Measure : COPM) や作業選択意思決定支援ソフト (Aid for Decision-making in Occupation Choice : ADOC) などの面接で目標として挙げた個々の作業に対するクライアントと作業療法士の認識の差異を評価する面接ツールである。ACEの評価用紙には、赤色と青色のグラデーションで色付けられた200mmの直線のスケールが設けられている (図1)。COPMなどで挙げられた作業ごとに「現在の心身の状態でその作業を生活の中でどの程度行うか」という問いに対して、クライアントと作業療法士が個々に回答する。作業を生活の中で行うと思えばスケールの青色の方、行わないと思えば赤色の方に垂直線を引く。作業療法士が回答した値をOTスコア、クライアントが回答した値をCLスコアとして扱う。両者の引いた線の間隔をmm単位で測定し、作業遂行に関する認識の差異の値 (以下、GAPスコア) として共有する。その結果をもとに、GAPスコアが生じていた原因や、作業療法介入の方針などについて協議し、その後の介入に生かすものである。ACEを実施する際の注意点として、言語で説明や面接中のやり取りを行うため、その際にコミュニケーションをとる能力や質問内容を理解する能力がクライアントに必要となる。また、クライアントの作業遂行についての認識を問うものであるため、作業療法士はあらかじめクライアントの心身機能や環境の情報を把握している必要がある。したがって、ACEは初期評価以降の時期に用いるべきである。

### 【事例紹介】

A氏、80代女性。自宅内で転倒し右大腿骨転子部骨折を受傷。急性期病院での手術後に当院へ入院となる。合併症及び既往歴は高血圧、糖尿病、脊柱管狭窄症。受傷前は近所に住む息子や娘、ホームヘルパーの援助を受けながら独居生活を送っていた。入院時のFIMは85/126点、MMSE-Jは20/30点であった。なお、今回の報告にあたり、本事例と家族に十分に説明を行い、書面にて同意を得ている。

### 【1回目のACE実施前までの経過】

入院初期に行った作業療法面接では、トイレ、更衣、入浴、簡単な食事の準備、家族との外食が作業ニードとして挙がり、COPMの平均の遂行スコアは3.6、満足スコアは2.2であった。協議の上、セルフケアの獲得を優先的な目標として掲げて介入を開始した。入院5週目には全てのセルフケアの遂行能力が獲得され、平均の遂行スコアは8.6、満足スコアは8.8へ改善し、A氏は病棟での生活場面でも身の回りのことを行うようになった。そこで、中間評価として改めてCOPMを実施すると、墓参り、散歩、簡単な食事の準備、書字、家族との外食が作業ニードとして挙がり、平均の遂行スコア・満足スコアはともに7.0であった (表1)。作業療法士は、挙げた作業ニードに沿ってA氏の作業遂行場面を観察し、能力としてはどの作業も遂行可能であると考えた。しかし、A氏からは、退院後に作業を継続していけるかはわからないという発言や漠然とした不安が聞かれた。作業療法士はA氏との作業遂行に関する認識の差異について疑問を感じたため、両者間の認識の差異を明らかにするためにACEを実施することとした。

### 【1回目のACEの結果】

COPMの中間評価を行った次の介入時に1回目のACEを実施した。その結果、それぞれの作業でGAPスコアが生じており、GAPスコアの程度は作業によって

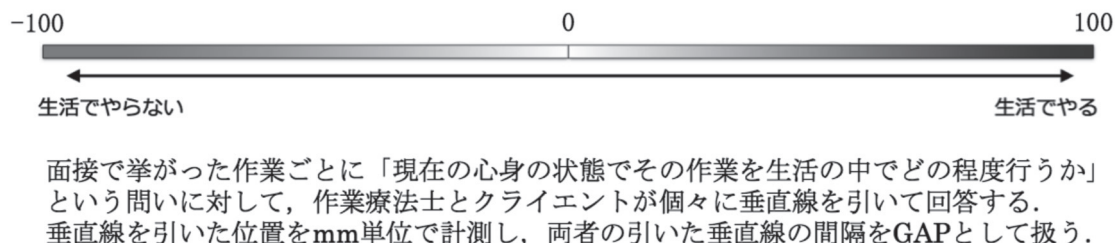


図1 ACEの評価方法

表1 各評価の結果

評価名	初期評価 入院 1 週目	中間評価 入院 5 週目	退院前評価 入院11週目	退院後評価 退院 5 ヶ月後
MMSE-J (30点満点)	20	23	21	—
FIM (126点満点)	85	108	113	—
COPM	(遂行度/満足度)			
作業名 (重要度)				
家族と墓参りに行く (10)	2 / 1	7 / 7	8 / 8	9 / 9
家族と散歩をする (8)	4 / 2	6 / 6	8 / 8	7 / 7
簡単な食事の準備をする (10)	4 / 2	7 / 7	8 / 8	7 / 7
書字をする (10)	3 / 2	6 / 6	7 / 7	7 / 7
家族と外食をする (8)	5 / 4	9 / 9	10 / 10	10 / 10
平均スコア	3.6 / 2.2	7.0 / 7.0	8.2 / 8.2	8.0 / 8.0

異なることが分かった (図 2)。墓参り、書字、食事の準備は、散歩や家族との外食と比較してGAPスコアが高値であった。主にその3つの作業について、生じていたGAPスコアを視覚的に確認したのち、回答の理由やA氏の想いを共有し、認識の差異の解決に向けて協議した。

墓参りについてはGAPスコアが56であった。移動による疲労のしやすさはあるものの作業遂行能力が概ね獲得されていること、A氏の墓参りに対する思い入れが強いことから、OTスコアは56であった。一方でCLスコアは0であり、A氏は家族の協力を得られるかという不安や家族への申し訳なさ、加齢に伴う身体機能低下への不安といった想いを理由として語った。この認識の差異に対して、墓参りを行うにあたっての家族の協力の必要性を改めて確認し、家族との情報共有や家族同伴での外出練習、退院後の継続的な支援が必要であることを共有

した。

書字についてはGAPスコアが56であり、CLスコアがOTスコアを上回っていた。A氏は長年書道教室を営んでいた経緯から、書字に対するこだわりを持っていた。しかし、脊椎狭窄症の影響で手指の痺れが生じたことから生活場面では書字を行わなくなっており、署名などの書字の機会がある度に「思うように書けない」「こんな字では情けない」と発言していた。そのため、OTスコアは0であった。一方で、CLスコアは56であり、A氏は書字の再開について「上手くは書けないけれど生活には欠かせない」「メモを取るからでもやりたい」と発言した。また、書字は仕事に直結すると同時に、指導を通して子や孫、生徒との交流を持つことができていた経緯があり、人生において自身が誇れるとても大切なことであるという語りがA氏から聞かれた。作業療法士が考

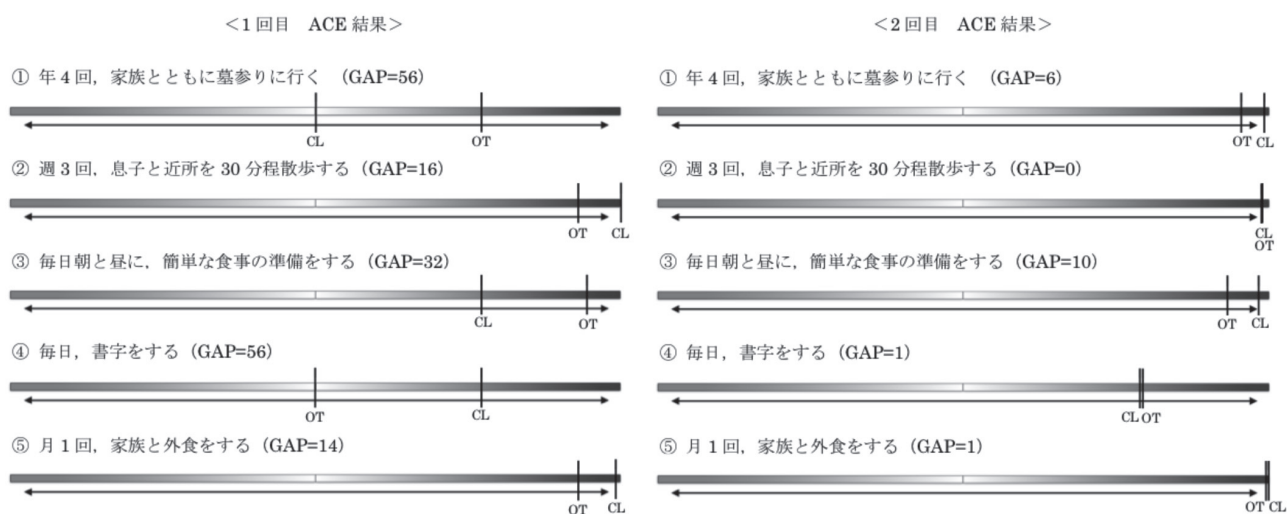


図2 ACE評価結果



えていたよりも、書字という作業がA氏にとって強い意味を持つことが明らかになった。この認識の差異に対して、より書字を円滑に行っていくために、入院中から生活の中で書字をする機会を増やしていくことを作業療法士が提案し、1日の予定をメモすることや書字練習帳の使用について話し合った。

食事の準備についてはGAPスコアが32であった。A氏は炊飯やおかずの温め、トースト、飲み物の用意程度の食事の準備を行うことを希望していた。退院後は独居となるため食事の準備を行う必要性が高いこと、お茶入れや食器洗い、トーストの用意といった課題は一人で遂行できることから、OTスコアは88であった。一方で、A氏は「一人暮らしだから最低限はやりたいが毎日は大変」「退院してすぐはお惣菜やお弁当に頼るかもしれない」と発言し、CLスコアは56であった。この認識の差異に対しては、食事の準備の方法を改めて検討すること、買い物やおかずの提供などの家族の支援について明確にすること、食事の準備の作業経験を積むことが必要であると話し合った。

#### 【1回目のACE実施後の介入】

ACEの結果をふまえて、作業を生活の中で習慣的に行っていくための課題を整理し、次のように介入を行った。

墓参りに関して、まずA氏にとっての墓参りの意味、家族の協力の必要性、耐久性などの課題について、ACEの結果を見ながら細やかに家族に伝達した。それらの情報を共有した後に、家族を積極的に巻き込んだ公共交通機関利用練習を実施した。公共交通機関利用練習に家族が同行して作業経験を共有したことで、乗り物の昇降時の注意点や休憩のタイミングなどの詳細な点を確認することができた。実施後にはA氏と家族の両者から外出に対する前向きな発言が聞かれた。さらに、退院後の継続的な支援として、外出に関する退院後のフォローを家族へ依頼し、ケアマネージャーにもその旨を伝達した。身体機能の維持のための自主トレーニング指導や訪問リハビリ・デイケアの利用の提案も行った。

書字に関して、家族に書字練習帳やメモ帳、A氏が愛用していた筆記用具の持参を依頼した。A氏はリハビリの予定など1日のスケジュールを自らメモするようになり、作業療法以外の時間にも病棟のデイルームで書字練習帳を広げて書字練習をするようになった。書字の上手さについてはまだまだ納得がいかないと話すものの、書くことに対しては意欲を示していた。また、介入中にはA氏にとっての書道が持つ意味が語られた。

食事の準備に関して、週2～3回の息子との買い物時にパンや惣菜を購入することや、娘が様子を伺いに来た際におかずを届けることを検討した。夕食には配食サー

ビスを利用することとした。A氏は食べ物を温める程度の準備を行う必要があったが、火の管理については家族が不安を抱えていた。そのため、電子レンジやオーブントースター、電気ポットの使用を代用することとし、家族に環境調整を依頼した。リハビリテーション室内の台所にて、家族の見学の下で家電の使用練習や物品の運搬練習を行った。A氏は「自宅に戻ったら同じようにやる」と話し、家族は「帰ってからの状況に合わせて対応する」と協力的な姿勢を示していた。

以上のように、ACEを機に改めて認識の共有を図り介入内容を再検討したことで、A氏・作業療法士・家族の協働が深まり、作業の習慣化に向けてより細やかな介入を進めていくことが可能となった。

#### 【結果】

退院時（入院11週目）のFIMは113/126点、MMSE-Jは21/30点であり、COPMの平均の遂行スコア・満足スコアはともに8.2に向上した。2回目のACEを行ったところ、GAPスコアは全体的に減少していた（表1）。

墓参りに関して、遂行度・満足度は8に向上し、ACEのGAPスコアは9に減少した（CLスコア：98、OTスコア：89）。A氏からは「年に4回は家族とともに墓参りに行くつもりだ」と作業の習慣化に対する前向きな発言が聞かれた。墓参りの遂行度・満足度が8に留まった理由としては、「途中で休憩を挟むなどの配慮を要するため」と述べた。書字に関して、遂行度・満足度は7に向上し、ACEのGAPスコアは1に減少した（CLスコア：58、OTスコア：59）。病棟生活においてもA氏が書字に取り組む機会が増加しており、書字に対する想いや書道教室を営んでいた頃のエピソードを度々作業療法士に話していた。そのため、主にOTの認識が変化しGAPスコアが減少した。書字の遂行度・満足度が7に留まった理由としては、「かつての自身の字と比較すると稚拙であり、もう少し改善を目指したいため」と述べた。食事の準備に関して、遂行度・満足度は8に向上し、ACEのGAPスコアは10に減少した（CLスコア：96、OTスコア：86）。配食サービスや家族の支援を受けながら食事を準備することに意欲を示した。食事の準備の遂行度・満足度が7に留まった理由としては、「配食サービスが口に合わなかった場合は家族の負担が増えてしまうかもしれないため」と述べた。

退院5ヶ月後に実施した追跡調査では、A氏は入院中に作業ニードに挙げていたすべての作業に従事していた。COPMの平均の遂行スコア・満足スコアはともに8.0であった（表1）。

墓参りには家族とともに毎月行っており、COPMの遂行度・満足度は9であった。A氏からは「入院中の予想よりもこまめに墓参りに行けて、自分の役目を果たせ

ているように思う」, 家族からは「母の想いを知って以来, 墓参りに行くことを自ら提案するようになった」という発言が聴取された。書字はデイサービス利用時の食事内容を記録することや日常で必要な場面でメモをとること, 気が向いた時に書字練習帳を使用することを続けており, COPMの遂行度・満足度は7であった。A氏は「上手くはないが, 可能な範囲で書くことを続けていく」と述べていた。食事の準備に関してはCOPMの遂行度・満足度が7に下がっていた。理由としてA氏は「配食サービスの食事が口に合わず, 家族におかずを届けもらうことが予定よりも多くなってしまったため」と述べた。一方で, 「トーストを焼くことやおかずを温めることは続けられている」という前向きな発言もA氏から聞かれ, 家族は「今後は別の配食サービスを探すなど良い方法を考えていきたい」と述べていた。

### 【考察】

本事例では, COPMで挙げた作業について介入を進めるなかで, 作業療法士とA氏との間に作業遂行に関する認識の差異が生じていた。本来であれば, COPMを行った際のやり取りや A氏が回答した遂行スコアにより, 作業療法士がクライアントとの認識の差異を察知できるはずである。しかし, COPMは半構成的な面接であるため, クライアントが重要視する日常生活上の課題を焦点化するプロセスにおいて, 作業療法士の十分な概念知識の理解と面接技術を必要とする<sup>7)</sup>とされている。また, COPMの遂行度は実際の作業遂行を反映していない<sup>8)</sup>という報告もあり, クライアントが実際に作業を行うか否かを判断するには技術を要することが考えられる。今回, ACEはその技術を補い, クライアントの作業遂行の認識の理解を促進したと考えることができる。さらに, ACEの結果を提示することで, A氏のみならずA氏の家族とも現状の課題や介入方針について詳細に共有することができ, 家族を巻き込んだ介入が可能となった。このように, ACEを機に認識の差異を解決するように協働した結果, より効果的に作業療法を展開することができ, 退院後に作業が遂行可能となったのだと考える。

また, COPMの遂行度では認識の差異を共有できず, ACEにより認識の差異を共有できた他の要因としては, ACEのスコアがCOPMのような順序変数ではなく, Visual Analog Scale様の線を用いたことも影響している可能性がある。Joyceら<sup>9)</sup>は患者の痛みの意志を表現することにおいて, ACEに採用されているVisual Analog Scale様の連続変数はCOPMのような順序変数より優れていると報告している。このように, 直感的に回答しやすく, GAPスコアなどの結果が視覚的に捉えやすいという点などから, COPMでは表現されなかったものがACEにより直感的に表現された可能性がある。一方で,

作業遂行に対する認識に関して, COPMにおける臨床的に意義のある最小変化は2.0点とされている<sup>7)</sup>。本事例は中間評価(入院5週目)の時点で遂行スコア・満足スコアが7.0と比較的高値であった。中間評価と退院時評価(入院11週目)の間の遂行・満足スコアの変化は+1.2点であり, ACEを用いた介入の実施前後でのCOPMの点数の変化は少なかった。しかし, 中間評価後にACEを用いて認識の差異を埋めるような介入をしなかった場合, 実際場面で作業が遂行されることにつながらず, 退院後の遂行スコア・満足スコアが著しく下がってしまった可能性は推察される。この点からも, 既存の面接ツールにACEを併用することは, 認識を共有し, 作業を実生活で遂行する上で有意義であると考えられる。

本事例を通して, クライアントと作業療法士の認識の差異を可視化できるACEを面接の補助ツールとして用いることは, 作業の習慣化に向けた協働を促進するためには有効であることが示唆された。ただし, 今回は一事例のみの報告であるため, ACEの有用性について一概に述べることはできない。今後も調査研究や事例数を重ね, ACEの臨床有用性について検討していく必要がある。

### 【引用文献】

- 1) 上田敏: 日常生活動作を再考する—「できるADL」, 「しているADL」から「するADL」へ—。リハビリテーション医学30(8): 539-549, 1993.
- 2) 岩井信彦, 青柳陽一郎, 白石美佳, 大川あや, 清水裕子, 他: 回復期脳卒中患者の「できるADL」と「しているADL」の格差: FIMによる評価比較。神戸学院総合リハビリテーション研究2(1): 75-81, 2007.
- 3) 大島永子, 米村真砂美, 牟田博行, 松尾康宏, 増谷瞳, 他: 「できるADL」と「しているADL」のFIMによる検討。藍野学院紀要14: 67-72, 2000.
- 4) 盛田寛明, 塩中雅博, 古井透: 調査・研究 在宅高齢脳卒中片麻痺者の「できるADL」と「しているADL」の差と意欲・自己効力感との双方向因果分析—構造方程式モデルを用いて。保健の科学44(9): 727-733, 2002.
- 5) 山田ゆかり, 石橋智昭, 西村昌記: IADLの自立と遂行(1)—能力と遂行の乖離。老年社会科学20(1): 61-66, 1998.
- 6) Maitra K, Erway F: Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. Am J Occupational Therapy 60(3): 298-310, 2006.
- 7) Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H et al (吉川ひろみ, 上村智子・訳): カナダ作業遂行測定第4版。大学教育出版, 岡山, 2007, pp18-46.
- 8) 後藤進一郎, 糸野咲子, 宗像沙千子, 早川淳子, 小口和代: 急性期脳血管障害者におけるニーズとADLの比較。作業療法27(4): 363-370, 2008.

- 9) Joyce CRB, Autshi DW, Mason RM: Comparison of fixed interval and visual analog scales for rating chronic pain. *Eur J Clinical Pharmacology* 8: 415-420, 1975.