

退院後の作業参加に対するACEの臨床有用性の検討 —Occupational Gapに焦点を当てた実践の一例—

後藤 紀史

社会福祉法人 恩賜財団 愛知県済生会リハビリテーション病院 リハビリテーション科

Key words: 回復期リハビリテーション, 退院支援, 不安

要旨: クライアントが希望する作業に参加できないOccupational Gapは生活満足度と関連があり, 作業療法で解決すべき問題である。その解決のためには, 「できる」作業を, 実生活で「している」という作業参加に繋げることが必要である。しかし, 「できる」と「している」の間にはしばしばギャップが存在し, その要因の一つに作業の参加に対する作業療法士の客観的評価とクライアントの主観的評価の認識のギャップが挙げられる。それを解明するツールに, 作業遂行の認識差異の評価 (Assessment of Client's Enablement: ACE) がある。今回, 退院後の作業参加に関する客観的評価と主観的評価の間に認識のギャップが生じた事例に対して, ACEとCOPMを用いてその原因の解明と解決に向けて協働した。結果, 退院後の生活への不安とOccupational Gapのリスク低減により, 長期的な作業参加に繋げることが可能であったため, ACEの臨床有用性が示唆された。

受付日: 2020年5月25日 受理日: 2020年9月18日 発行日: 2020年9月28日

はじめに

作業療法は「作業を通して, 健康と幸福を促進する」ことを中核概念に持ち, クライアント (以下, CL) が希望する作業に参加できるようになることを主要な目的としている¹⁾。もし, CLが希望する作業に参加できない場合, Occupational Gapが生じる可能性がある。Occupational Gapとは, CLがやりたいことや必要としていることと, 実際していることとの間に生じるギャップと定義されている²⁾。Occupational Gapは, 「今その作業をしたいか」という希望と「今その作業をしているか」という作業参加のギャップを作業ごとに評価するものである。先行報告では, 後天性の疾患の発症前に比べて発症後にOccupational Gapは増加し²⁾, 発症後3~6ヶ月ではCLの86%³⁾, 発症後5年でもCLの70%⁴⁾がOccupational Gapを抱えていたと報告されている。また, Occupational Gapはそのギャップが少ないほど, 生活満足度が高いことも報告されており^{5, 6)}, 作業療法で解決すべき問題の一つである。Occupational Gapを回避するためには, CLが遂行能力として獲得した「できる」作業を, 実生活で「している」という作業参加に繋げることが重要と思われる。回復期リハビリテーション (以下, 回復期リハ) 病棟においては, 入院中の「できる」と「し

ている」の差を軽減することに加えて, 環境が変化する退院後の在宅でも「している」という長期的な作業参加まで繋がられてこそ意味があるといえる⁷⁾。実際, 「できる」と「している」のギャップの存在は, 病院と在宅の双方で報告されている⁸⁾。回復期リハ病棟では, 入院時の「できる」ADL (Activity of daily living) に比べて「している」ADLが有意に低いというギャップが存在し, そのギャップは退院時にも解消されていなかったとの報告もされている⁹⁾。「できる」と「している」のギャップの一要因としては, 医療者側の客観的評価と, CLの主観的評価のギャップが指摘されており¹⁰⁾, CLは作業療法士 (以下, OT) に比べて, 作業遂行能力を低く, リスクを高く見積もる傾向があると報告されている¹¹⁾。こういった作業遂行に関するOTとCLの認識のギャップを把握し対処できれば, 「できる」を「している」に確実に繋げることができると考えられる。

OTとCLの認識のギャップに焦点を当て評価する面接ツールに, 作業遂行に関する認識差異の評価 (Assessment of Client's Enablement: 以下, ACE) があり, 信頼性と妥当性が検証されている¹²⁾。ACEは, 評価結果をもとに, 認識のギャップが生じている原因を話し合い, その後の作業療法介入に活かすことを目的とし

ている。先行報告でも、ACEがOTとCLの認識のギャップを解明し、退院後の作業参加のための協働を促進したとされており¹³⁾、今後の臨床応用が期待されている。

今回、退院後の作業参加に関するOTの客観的評価とCLの主観的評価の間に認識のギャップが生じた事例に対して、ACEとカナダ作業遂行測定 (Canadian Occupational Performance Measure: 以下, COPM) を用いてその原因を解明し、解決に向け協働することで、退院後の生活への不安とOccupational Gapのリスクを低減し、退院後、遂行度、満足度が高い水準での作業参加に繋がったので報告する。

事例紹介

A氏は病前主婦の役割を持っていた脳幹部海綿状血管腫術後の70歳代女性である。脳卒中後遺症を抱える夫と娘家族と同居している。4年前、目眩と嘔吐で初回受診、その際、脳幹部海綿状血管腫を指摘され外来で経過観察をしていた。夫の簡単な世話や家事動作も行い、日常生活は支障なく過ごしていた。しかし、左側の運動障害とふらつき、嚥下障害が徐々に増悪し始め、1ヶ月後に緊急入院し、内視鏡による摘出術を受けた。術後34日目、当院回復期リハビリ病棟へ転院となる。当院入院1ヶ月半後、左半身の痺れと失調 (簡易上肢機能検査: 左65点)、軽度バランス障害 (Berg Balance Scale: 50点) は残存するも、認知機能 (HDS-R: 30点) は高く、独歩でADLは自立していた。しかし、退院後の作業参加も問題なく可能と判断していたOTの客観的評価に反し、A氏の主観的評価は低く、退院後の生活に対する不安は継続していた。そのため、CLとOTの間に退院後の作業参加に関する認識のギャップが生じていると判断し、その原因の解明と解決の必要性があると考えられた。尚、本報告は、本人の同意と社会福祉法人恩賜財団愛知県済生会リハビリテーション病院の倫理委員会の承認 (承認番号: 201714) を得ている。

方法 (図1)

退院後するつもりの方の1日の生活スケジュールを作成してもらい、それをもとに、退院後の生活に対する不安と作業参加についての面接評価を行った。退院後の生活に対する不安の程度を、100件法 (以下、不安指数) で数値化してもらった。A氏の作業ニーズ (退院後にやりたい・必要だが、できるか不安) を踏まえて、COPMにて具体的な作業を抽出し、重要度/遂行度/満足度を採点してもらった。次に、ACEにて「退院後やるかやらないか」の作業参加に対するCLとOT間の認識のギャップの程度をGAP scoreとして算出した。その後、ACEとCOPMの結果をもとに、作業参加の認識のギャップ、不安の原因を明らかにし、作業療法プログラムを立案し実施した。2週間の介入の後に事後評価として、不安指数、COPM、GAP scoreにて介入の効果判定を行った。介入の長期的な効果に対しては、退院5ヶ月後に、退院後の作業参加の頻度と作業遂行の状態 (COPM)、主観的QOL (満足度100点法: 「最も満足な生活を100点とした場合、あなたの今の生活の満足度は何点くらいですか?」¹⁴⁾) を電話での聴き取りにて退院後評価を行った。

結果

1) 事前評価

退院後の生活に対する不安指数は、50/100点と自己評価した。COPMで抽出された作業として、掃除機をかける、床の雑巾掛け、スーパーへの買い物の3つの作業が挙げられた。重要度/遂行度/満足度は、掃除機をかける: 4/3/3、床の雑巾がけ: 4/2/3、スーパーへの買い物: 8/6/5で、平均スコアは遂行度と満足度、共に3.7であった。ACEのGAP scoreは、掃除機をかける: 82、床の雑巾がけ: 64、スーパーへの買い物: 18の順で高かった (図2)。面接評価にて、OTとの認識ギャップ、不安を生んでいる原因を評価した。面接の中で、掃除については「元々綺麗好きだから、掃除機は毎日かけていたし、暇

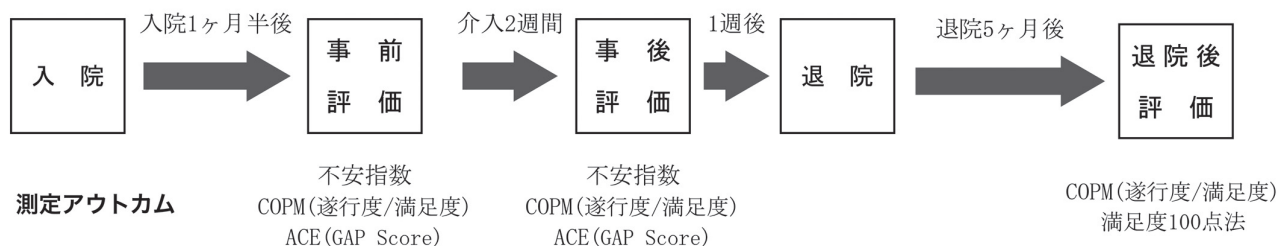


図1 時系列での方法の概略図

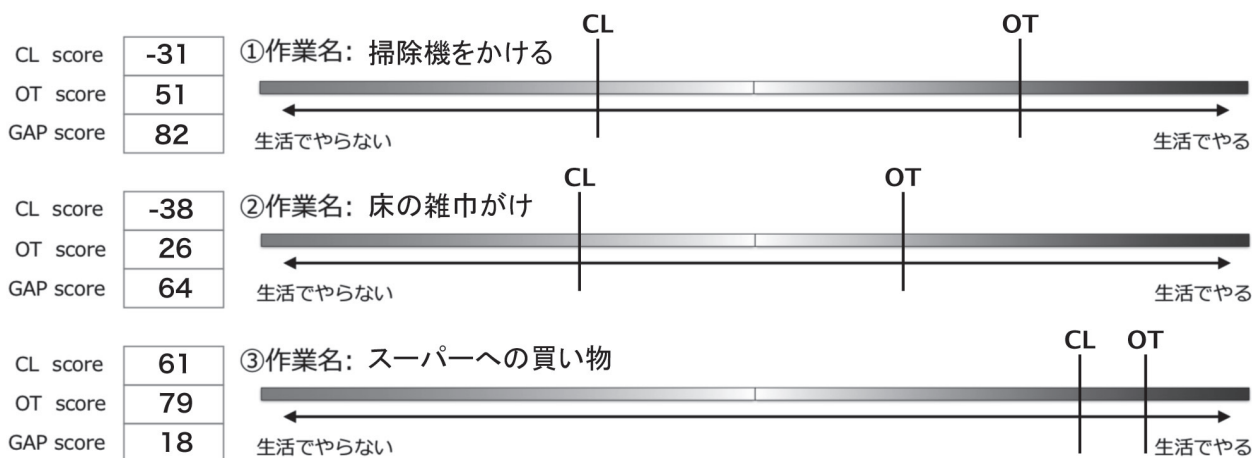


図2 ACEの事前評価

面接で挙げられた作業ごとに「現在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、CLとOTが別々の用紙の200mmの線上に垂直線で回答する。両者の引いた垂直線の間隔を計測し、GAP scoreとして算出する。

があれば、床は拭き掃除もしていた」「自分でやれるといいけれど、これからは汚れをなるべく見て見ぬ振りするかな」「リハビリでも練習したけどまだ自信がない。まあ、娘は代わりにやってくれるとも言っている」、買い物については「今は先生と一緒に外に行くし、病院周りは車の通りも少ない。元々は車だったし、実際、家からスーパーまでは歩いたこともないから」、「買った物を持って運べるかも心配」「買い物も欲しいもの言ってくれれば、娘が買い物に行くときについでに買って来てくれるとも言ってくれている」という語りが聞かれ、個々の作業遂行に対する自己効力感や娘からの役割期待の低下が推察された。同居の娘にも話を伺うと「まだ危なそうだし転んだらいけないから、休みの日なら私も手伝えるので」とやらせたくないのではなく、心配な気持ちから作業を代行しようとしていることが推察された。

2) 介入

A氏と相談し、①作業療法の時間で、実作業を実際の家での状況、方法に近づけて、繰り返し経験・練習する、②家屋訪問し、現場の確認とA氏の想いや自分でする意味をOTが娘に代弁する、③外泊訓練を実施し、実環境での練習することと作業遂行を娘に確認してもらう、という3点を2週間の中で行うこととした。

実作業をする中で、掃除機や雑巾掛けは、特に、掃除機を納戸から出す、バケツに水を汲んで運ぶという物を持った歩行の工程に不安が残るとのことで、準備、片付けを含めて複数回練習した。買い物は、屋外歩行は杖で

30分以上歩くことができていたが、杖を使用し、麻痺手で買い物袋を持って10分の道のりを歩く練習をすると、バランス面の問題はないが、麻痺手が痺れて持ち続けられないという問題が生じた。肩掛けカバンやリュック等も試したが、本人と相談し、最終的に買い物ときは屋外用歩行車をレンタルして運ぶことにした。当初は「シルバーカーは見た目が嫌だな」との価値観を持っていたが、実際の作業遂行上の問題を体験して、パンフレットと一緒に見る中で、「意外とお洒落な柄のタイプもあるのね」と前向きになり、屋外は歩行車を使用した方法で練習を行った。

練習を始めてから、1週間後に家屋訪問を行い、掃除に関しては、不安が聞かれていた準備の工程、買い物に関しては、屋外状況確認と玄関から公道までの歩行車の出し入れ等を実際の現場でやりながら確認した。ケアマネジャーからは、ヘルパーを利用する方法もあることを提示された。娘やケアマネジャーにも、A氏の本音は自分でやれるようになりたいと思っていること、自分で作業をして、役割を持って生活をする中で、退院後も活動能力の維持や精神面での充実を期待できることをOTが代弁し、共通理解を得ることができた。

家屋訪問後、週末に外泊してもらい、掃除と買い物等の様子を娘と一緒に確認してもらった。外泊後、娘からは「特に問題なくできそうでした。なるべく母ができるようにお助けしすぎないようにしようと思います」とA氏の実力の把握と適切な距離での支援関係を共有できた。

3) 事後評価：介入2週間後(表1)

介入2週間後、COPMの平均スコアは、遂行度は6.7、満足度は7.0へと向上、GAP scoreも全ての作業で軽減した。A氏からも「家に帰ったときも何とかできた。娘からも頑張ると言われたから頑張らなくちゃ」と前向きな発言を認めた。退院後の生活に対する不安指数も50点から25点へと低減した。退院時、介護保険でのヘルパーやリハビリのフォローは希望されず、A氏はその1週間後に自宅退院となった。

4) 退院後評価：退院後5ヶ月後(表1)

退院後5ヶ月後に電話調査を行った。COPMの平均スコアは、遂行度は7.3、満足度は7.0と維持されていた。「掃除機は、毎日かけているけど、家は広いから前よりは時間かかるし疲れるね」「雑巾がけも、入院前よりは減っているけど、週1~2回はやっている。足が痺れてくるから、休み休みだけ」「買い物は、退院して最初の1回だけ娘と一緒に歩いて行って、それ以来は1人で行っている。もう慣れた」とその他の作業参加も含め、退院時に想定していた生活は継続して実施できていた。主観的QOLに関して、満足度100点法の結果は75/100点であった。

考 察

本事例の介入経過を通して、第1に退院後のOccupational Gapのリスク低減に対してACEにCOPMを併用する有用性、第2に客観的評価と主観的評価の認識のギャップが生じやすい作業の2点が明らかになったと考える。以下に、その論拠を述べる。

1) 退院後のOccupational Gapのリスク低減に対してACEにCOPMを併用する有用性

回復期リハビリ病棟は、急性期治療終了後のCLに対して、多職種で集中的なリハビリテーションを提供することにより、CLが自宅や社会に復帰することを目的としてい

る¹⁵⁾。しかし、実際、回復期リハビリ病棟退院直後は生活混乱期と呼ばれるように、CLにとって退院後の生活、環境の変化に対応することは容易ではない。先行報告でも、退院後に、生活自立度¹⁶⁾や活動量¹⁷⁾の低下、活動量増加に伴う疲労や痛み¹⁸⁾、作業遂行の遂行度や満足度の低下¹⁹⁾、作業ができずに困る²⁰⁾等の問題が生じている。病院から自宅退院するに当たっては、約半数程度のCLが不安を抱えているという報告もされている²¹⁾。

本事例も、病棟生活は自立し、OTは退院後の生活、作業参加も可能と客観的評価をしていたが、CLの主観的評価は低く、退院の生活に対する不安は継続していた。実際、作業が自立していると、CLはその作業に問題を感じているのに、OT側はその作業を問題として抽出しない可能性も指摘されている²²⁾。

今回、退院後の生活に対してのOTとCLの間に認識のギャップを感じ、ACEとCOPMを併用して原因を解明するための面接評価を行った。COPMは作業を抽出する過程でCLの希望する作業を明らかにでき、その作業の遂行度と満足度をつけることで、作業参加に重要とされる作業遂行の主観的な評価を把握できる⁴⁾。ACEは個々の作業に対する作業参加のCLの主観的な意志を明らかにでき、OTの客観的評価とのギャップも把握できる。特に、COPMで抽出されたCLが作業参加を希望している作業にも関わらず、ACEの結果で作業参加への意志が伴っていない状態は、このまま放置されるとOccupational Gapへと繋がり、主観的QOLの低下を招くリスクがあるとも考えられる。

本事例も、ACEとCOPMの主観的評価から、Occupational Gapへ繋がるリスクが想定され、それが退院後の生活への不安に繋がっていたと考えられる。今回、ACEとCOPMを併用した面接を行ったことで、どの作業に退院後のOccupational Gapのリスクがあるかを把握でき、その原因に介入したことで、退院後、遂行度、満足度が高い水準での長期的な作業参加に繋げることが可能であった。このことから、ACEにCOPMを併用した

表1 介入前後での各評価結果の変化

評価名	作業名	事前評価	事後評価	退院後評価
ACE (GAP Score)	掃除機をかける	82	13	—
	床の雑巾がけ	64	6	—
	スーパーへの買い物	18	15	—
COPM (遂行度/満足度)	掃除機をかける	3 / 3	7 / 8	8 / 7
	床の雑巾がけ	2 / 3	6 / 6	6 / 6
	スーパーへの買い物	6 / 5	7 / 7	8 / 8
	平均スコア	3.7 / 3.7	6.7 / 7.0	7.3 / 7.0
不安指数		50	25	—
満足度100点法		—	—	75

評価・介入の臨床有用性が示唆された。

2) 客観的評価と主観的評価で認識のギャップが生じやすい作業について

本報告でCLとOTで作業遂行の認識のギャップが生まれていた作業は、掃除や買い物といった家事動作が中心であった。実際、退院後の在宅でも、作業遂行に支障が出たり^{19, 20)}、CLの希望に反して、作業への参加もできていないOccupational Gapが生じたりする⁵⁾傾向が家事動作で多いことが報告されている。

本事例で、家事動作にOTとCLの認識のギャップが生まれていた要因は、自己効力感と他者からの役割期待の2つが低下していたことが原因であったと考えられる。

1つ目の自己効力感は、行動をするかを規定する重要な要素の1つで、成功体験の積み重ねで作られ、介入により操作可能とされている²³⁾。しかし、家事動作は入院生活の中では実際にするという作業参加の機会と経験は得られにくく、本事例も作業を行うための遂行能力は向上していたが、自己効力感の向上まで繋がっていなかった。実際、在宅で生活する脳卒中者の「できる」と「している」の差に自己効力感が影響していると報告されている²⁴⁾。自己効力感は、在宅、地域社会で行われる作業形態に近い形で作業を行い、定期的に評価・モニタリングをすることで、より良い作業療法の成果が得られるとされている²⁵⁾。退院後に環境が変化してもできるという自己効力感まで獲得するためには、ACEで作業参加の意志とCOPMで作業遂行に対する主観的評価で、定期的なモニタリングすることが有用ではないかと考える。

2つ目は、同居している娘からの役割期待の低下が生じていた。作業役割獲得モデルにおいても、個人が求める内的期待と他者からの外的期待の不一致が大きくなると、役割を担うことが困難になるとされている²⁶⁾。家事動作は、世帯内に他の遂行者がいる場合、能力があっても遂行する必要がないことが指摘されており²⁷⁾、家事動作の再開を妨げる原因にもなっている^{27, 28)}。本事例においても、同居している娘が作業遂行を代行しようとしていた。その原因は、家族がCLの作業遂行の状態、参加への意志を正しく把握していない点であり、家族とも認識のギャップが生じていた。OTの客観的評価に比べ、作業遂行能力を低く、リスクを高く見積もる傾向は、CLのみならず介護者にも同様の傾向があるとされている¹¹⁾。退院後に想定していた生活と実際の生活でのギャップが生じる要因の1つとしても、介護者に対する情報提供不足は指摘されており²⁹⁾、CLに関わる家族に対しても、退院後のCLの作業遂行、参加に対する正しい認識を身につけてもらうための介入は必要と考えられる。

本事例は、家事動作の作業遂行の認識のギャップには

前述の2つの要因が関与していたが、その原因は個性が高いと考えられる。ACEを用いて、認識のギャップが生じていないかをモニタリングし、ギャップに対しては、その原因を丁寧に聞き取り、個別的な介入に繋げていく必要がある。

結 論

退院後の作業参加に対するOTの客観的評価とCLの主観的評価の間に認識のギャップが生じた際に、ACEとCOPMを用いて協働することは、退院後の生活への不安とOccupational GAPのリスクを低減し、長期的な作業参加に繋げるために、有用であることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただいたA氏をはじめ関係者へ深謝する。

文 献

- 1) World Federation of Occupational Therapists: Definition of Occupational Therapy. <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>. (accessed 2020-07-01).
- 2) Eriksson G, Tham K, Borg J: Occupational gaps in everyday life 1-4 years after acquired brain injury. *Journal of rehabilitation medicine* 38(3): 159-165, 2006.
- 3) Bergström A. L, von Koch L, Andersson M, Tham K, Eriksson G: Participation in everyday life and life satisfaction in persons with stroke and their caregivers 3-6 months after onset. *Journal of rehabilitation medicine* 47(6): 508-515, 2015.
- 4) Bergström A, Guidetti S, Tham K, Eriksson G: Association between satisfaction and participation in everyday occupations after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 24(5): 339-348, 2017.
- 5) Fallahpour M, Tham K, Joghataei MT, Eriksson G, Jonsson H: Occupational gaps in everyday life after stroke and the relation to functioning and perceived life satisfaction. *Occupation, Participation and Health* 31(4): 200-208, 2011.
- 6) Eriksson G, Kottorp A, Borg J, Tham K: Relationship between occupational gaps in everyday life, depressive mood and life satisfaction after acquired brain injury. *Journal of rehabilitation medicine* 41(3): 187-194, 2009.
- 7) 上田敏: 日常生活動作を再考する. *リハビリテーション医学*, 30(8): 539-549, 1993.
- 8) 佐藤忍, 関由香里, 金子昌子: 高齢者のADLギャップに関する研究の動向. *獨協医科大学看護学部紀要*12: 49-64, 2019.
- 9) 岩井信彦, 山下和樹, 長尾賢治, 山本順也, 西角暢修, 他:

- 回復期脳卒中および大腿骨頸部骨折患者のいわゆる「できるADL」と「しているADL」. 理学療法学 42(1): 58-64, 2014.
- 10) 野口多恵子, 深谷安子: 要介護老人の「できるADL」と「しているADL」の差に影響する心理・社会的要因について. 日本看護科学会誌 15(2): 49-57, 1995.
 - 11) 宮口英樹, 宮前珠子: 日常生活活動における片麻痺患者と介護者及び作業療法士のリスク認知の差異について. 作業療法 23(3): 214-226, 2004.
 - 12) Sawada T, Kitahashi T, Kose A, Ashby S, Karamatsu Y, et al.: Reliability and validity of the Assessment of Client's Enablement (ACE). British journal of occupational therapy 81(7): 369-375, 2018.
 - 13) 北橋多恵子, 澤田辰徳, 大野勘太, 小瀬綾美, 伊藤泰士: 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. 日本臨床作業療法研究 4: 7-12, 2017.
 - 14) 小林法一, 宮前珠子: 高齢者の主観的QOLの評価-PGCモラルスケールの工夫と満足度100点法について. 総合リハビリテーション 30(4): 359-362, 2002.
 - 15) 回復期リハビリテーション病棟協会: 回復期リハビリテーション病棟とは. <http://www.rehabili.jp/patient/index.html> (参照2020-05-01).
 - 16) 芳野純, 佐々木祐介, 白田滋: 回復期リハビリテーション病棟患者の退院後日常生活活動変化の特徴と関連因子. 理学療法科学 23(4): 495-499, 2008.
 - 17) 細井俊希, 澤田豊, 加藤剛平, 藤田博暁, 高橋邦泰, 他: 回復期リハビリテーション病棟入院患者の活動量の変化. 理学療法科学 26(1): 111-115, 2011.
 - 18) 大平雄一, 西田宗幹, 大西和弘, 植松光俊: 自宅退院する入院患者における退院前後での身体活動量の比較検討. 理学療法科学 23(2): 313-317, 2008.
 - 19) 木村奈緒子, 吉野眞理子, 澤田辰徳, 小川真寛: 回復期リハビリテーション病棟入院患者の退院後在宅生活における作業遂行の実態: Canadian Occupational Performance Measureを用いて. リハビリテーション連携科学 18(2): 134-142, 2017.
 - 20) 合田秀人, 小峰優佳, 齊藤いつ華: 回復期リハビリテーション病棟退院後の在宅生活状況に関する調査報告(第2報) 困難を感じているADL, IADLに関する疾患別傾向. 理学療法いばらき 19: 5-9, 2015.
 - 21) 美ノ谷新子, 佐藤裕子, 宮近郁子, 陣川チヅ子, 大西美智子, 他: 脳卒中退院患者からみた在宅療養生活開始時の現状と課題. 順天堂医学 54(1): 73-81, 2008.
 - 22) 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.
 - 23) Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review 84(2): 191-215, 1997.
 - 24) 盛田寛明, 塩中雅博, 古井透: 在宅高齢脳卒中片麻痺者の「できるADL」と「しているADL」の差に影響する心理・環境要因-構造方程式モデルによる分析. 総合リハビリテーション 31(2): 167-174, 2003.
 - 25) Gage M, Polatajko H: Enhancing occupational performance through an understanding of perceived self-efficacy. American Journal of Occupational Therapy 48(5): 452-461, 1994.
 - 26) Heard C: Occupational role acquisition: a perspective on the chronically disabled. Amer J Occup Ther 31: 243-247, 1977.
 - 27) 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.
 - 28) 小林竜, 小林法一: 回復期リハビリテーション病棟退院後の在宅脳卒中者における家事再開状況. 作業療法 38(4): 430-439, 2019.
 - 29) 鴨藤祐輔, 宮前珠子: 脳血管障害者が経験する退院後生活のギャップとその要因: 回復期リハビリテーション病棟における作業療法への示唆. リハビリテーション科学ジャーナル (14): 13-28, 2019.