

平成 17 年度 在宅医療助成 報告書

在宅脳血管障害者・家族と作業療法士の双方が  
目標の共有を図ることのできるアセスメントシートの開発

千田直人

作業療法士

財団法人 鹿島病院

314-0012 茨城県鹿嶋市平井 1129-2

平成 19 年 3 月 31 日

< 共同研究者 >

茨城県立医療大学

池田恭敏

筑波大学大学院

飯島節, 大澤彩, 田畑剛

## 1. はじめに

近年，障害者の自己決定を尊重し，QOLの向上に寄与するリハビリテーション（以下，リハ）の在り方が求められている．しかし，在宅脳血管障害者（以下，当事者）のQOLに関する研究では，QOLや生きがい感が低下し，抑うつ・意欲低下・不安状態を呈する者が少なくないことが報告されている<sup>1)</sup>．これに対し筆者らは，当事者の意欲は「当事者・家族と療法士のリハ目標の共有度」等に影響されるという調査結果を得ている<sup>2)</sup>．そして更に，リハ目標は当事者・家族と療法士との間で不一致が生じることが少なくないとの報告<sup>3)</sup>もあり，一層目標共有が必要と考えられる．

現在，在宅脳血管障害者に限らず，リハの目標共有が円滑に行われる方法として，ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health:国際生活機能分類）<sup>4)</sup>やCOPM（Canadian Occupational Performance Measure:カナダ作業遂行測定）<sup>5)</sup>が利用されている．しかし，それぞれ課題が指摘されており，ICFは障害当事者の生命・生活・人生の生活機能の全体を捉えられる一方，日常生活活動の評価が「できる」「している」のみであり，当事者の人生における満足度や重要度など当事者の主観的側面が捉えられないとの指摘がある．また，COPMは当事者の日常生活活動を重要度・満足度で捉えられる一方，当事者との面接が半構造的で時間がかかり，重要度・満足度の抽出に十分な概念知識と面接技術が必要とされると指摘されている．

本研究の目的は，当事者と療法士のリハ目標の共有が円滑に行われるために，障害当事者の生命・生活・人生の生活機能の全体を，当事者の主観的な重要度・満足度や遂行度を含めて捉えることができる客観的な評価方法，つまり，目標共有型評価法を確立するものである．第1研究では，在宅脳血管障害者における一般的な日常生活活動項目の特徴に関する調査を，第2研究では，在宅脳血管障害者のリハ目標になりうる日常生活活動項目の抽出及び決定を，第3研究では，目標共有型評価法の開発を行った．

## 2. 研究の構成

本研究は，以下の3つの研究で構成される．

第1研究：在宅脳血管障害者における一般的な日常生活活動項目の特徴に関する調査

第2研究：在宅脳血管障害者のリハ目標になりうる日常生活活動項目の抽出及び決定

第3研究：目標共有型評価法の開発

## 3. 第1研究の方法

### (1) 目的

ICF項目から在宅脳血管障害者（以下，当事者）における一般的な日常生活活動になりうる項目を抽出し，その項目の特徴を明らかにすることである．

## (2)方法

### 1) ICF項目から当事者における一般的な日常生活活動になりうる項目の抽出

リハ専門職4名(OT2名,PT1名,Dr1名)の協力を得て,ICF180項目から当事者における一般的な日常生活活動になりうる項目の抽出を行った.4名全てが一般的な日常生活活動になりうると判断した項目を抽出した.

### 2)当事者・家族・療法士が重要視している日常生活活動の調査

外来・訪問リハビリテーションを行っている当事者とその家族103組に対して,自記式質問紙調査を留置法にて実施した.調査内容は,本人が各活動が行えるかどうかを日常生活上どれ位重要であるのかを,「非常に重要である」「やや重要である」「どちらでもない」「あまり重要でない」「全く重要でない」の5段階にて回答するものとした.また,その担当療法士19名(OT10名,PT9名)に対して,本人が各活動が行えるかどうかをリハ目標としてどれ位重要であるのかを,同様の調査法にて実施した.分析は,「非常に重要である」から「全く重要でない」に5~1点を与え,各項目の重要度の平均値を用いた.

## 4.第1研究の結果

### (1)対象者の基本属性

無効回答を除き当事者57名(有効回答率55%),家族53名(51%),療法士からは当事者79名分(77%)の回答を分析対象とした.表1に対象者の基本属性を示す.

表1.対象者の基本属性

当事者	年齢	68.6±8.6歳
	性別	男性37名,女性20名
	リハ継続期間	27.6±21.2ヶ月
	麻痺側	右25名,左42名,両側11名
	Barthel Index	69.7±29.4点
家族	年齢	61.9±13.0歳
	続柄	妻:32名,夫:7名,娘:8名 息子:2名,嫁:3名,母:1名

(mean±SD)

(2) リハ専門職が抽出した日常生活活動項目

表2にICF項目とリハ専門職が抽出した日常生活活動項目の比較を示す。リハ専門職が抽出した日常生活活動は52項目であった。

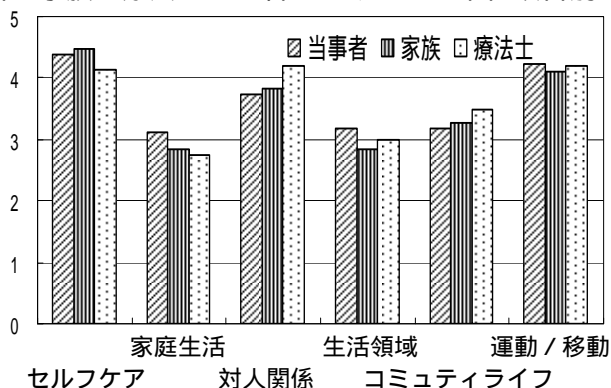
表2. ICF項目とリハ専門職が抽出した日常生活活動項目の比較

ICF180項目	抽出した52項目
セルフケア：入浴,排泄,整容,更衣,飲食,健康管理など	
21項目	20項目
家庭生活：買い物,調理,掃除,裁縫,家族の世話など	
26項目	11項目
対人関係：家族/友人との交流,感情表現など	
27項目	6項目
主要な生活領域：仕事,金銭管理	
19項目	3項目
コミュニティライフ：余暇活動,社会交流,自己決定	
13項目	8項目
運動/移動：屋内外の移動,手の使用,起居動作	
52項目	4項目

(3) 当事者・家族・療法士の3者におけるICF下位項目別の重要度の比較

表3に当事者・家族・療法士の3者におけるICF下位項目別の重要度の比較を示す。当事者・家族・療法士の3者が対応している43組について、ICF下位項目別に重要度を算出した。3者共に「セルフケア」「対人関係」「運動/移動」を重要視している傾向であった。また、当事者・家族は「セルフケア」「家庭生活」を、療法士は「対人関係」「コミュニティライフ」を重要視している傾向であった。

表3. 当事者・家族・療法士の3者におけるICF下位項目別の重要度の比較



(4) 当事者・家族・療法士の3者が共に重要視している日常生活活動の上位5項目

表4に3者が共に重要視している日常生活活動の上位5項目を示す。3者が共に重要視している日常生活活動として、対象者の属性に関らず、在宅生活において最低限必要と思われる項目が挙げられた。

表4. 3者が共に重要視している日常生活活動の上位5項目

3者が共に重要視している日常生活活動	平均重要度
寝床から起き上がる	4.63
屋内を移動する	4.62
食事をする	4.61
トイレで排泄する	4.60
家族と交流する	4.60

(5) 当事者・家族・療法士の3者が共に重要視していない日常生活活動の下位5項目

表5に3者が共に重要視していない日常生活活動の下位5項目を示す。3者が共に重要視していない日常生活活動として、「ペット・家畜の世話」「スポーツ」は発症前に積極的に行っていたと思われる人、「仕事」は壮年層の人、「調理」「裁縫」は主婦といったような、特定の対象者だけに限られる項目が挙げられた。

表5. 3者が共に重要視していない日常生活活動の下位5項目

3者が共に重要視していない日常生活活動	平均重要度
ペット・家畜の世話をする	2.31
仕事を継続する又は、就職する	2.42
手の込んだ調理をする	2.51
ボタン付けなど衣服を補修する	2.52
スポーツをする	2.66

(6) 当事者が療法士より重要視している日常生活活動の上位5項目

表6に当事者が療法士より重要視している日常生活活動の上位5項目を示す。当事者が療法士より重要視している日常生活活動として、BIやFIMなどの一般的なADL評価法では療法士が評価し難い「爪切り」項目が挙げられた。

表6. 当事者が療法士より重要視している日常生活活動の上位5項目

当事者が療法士より重要視している日常生活活動	当事者と療法士の重要度の差
手の爪を切る	1.04
足の爪を切る	1.02
ボタン付けなど衣服を補修する	0.98
調理の後片付けや食卓を掃除する	0.69
手の込んだ調理をする	0.65

(7) 療法士が当事者より重要視している日常生活活動の上位5項目

表7に療法士が当事者より重要視している日常生活活動の上位5項目を示す。療法士が当事者より重要視している日常生活活動として、社会参加を促すような余暇活動や対人交流の項目が挙げられた。

表7. 療法士が当事者より重要視している日常生活活動の上位5項目

療法士が当事者より重要視している日常生活活動	当事者と療法士の重要度の差
よく知らない人に手助けを頼む	0.74
屋内で一人で趣味をする	0.67
クラブやサークルなどに参加する	0.63
外出して一人で趣味をする	0.62
友人・知人との付き合いを続ける	0.61

## 5. 第2研究の方法

### (1)目的

当事者における一般的な日常生活活動 52 項目から当事者のリハ目標になりうる日常生活活動項目を抽出し<sup>6)</sup>、目標共有型評価法の調査項目として決定することである。

### (2)方法

#### 1) 当事者のリハ目標になりうる日常生活活動項目の抽出及び決定

第1研究の結果をもとに、リハ専門職4名(OT2名, PT1名, Dr1名)の協力を得て、当事者における一般的な日常生活活動52項目の項目内容や文章表現を再考し、当事者のリハ目標になりうる日常生活活動項目を抽出した。4名全てが当事者のリハ目標になりうる判断した日常生活活動を目標共有型評価法の調査項目として決定した。

## 6. 第2研究の結果

### (1) 当事者のリハ目標になりうる日常生活活動項目

表8に当事者のリハ目標になりうる日常生活活動項目を示す。目標共有型評価法の調査項目として43項目を採用した。この43項目は、1項目ごとにトランプ状のカードにして第3研究に使用することとした。

表8. 当事者のリハ目標になりうる日常生活活動項目

セルフケア	
1. 手や顔を洗う	2. 体を洗う
3. タオルで体を拭く	4. 歯を磨いたり,入れ歯を手入れする
5. 髪を整える	6. ひげをそる
7. 化粧をする	8. 手・足の爪を切る
9. 自分の思い通りに排尿・排便をする	10. 排泄後,体をきれいにする
11. 服を着たり脱いだりする	12. くつ下やくつを履いたり脱いだりする (足の装具を含む)
13. 食事をする	14. 飲み物を飲む
15. バランスよく栄養をとる	16. 体力を維持するよう管理する
17. 薬を管理する	
運動/移動	
18. 障害のある方の手を生活で使う	19. 寝床から起き上がる(ベッド・布団など)
20. 屋内を移動する(杖・車椅子利用を含む)	21. 屋外を移動する (車の運転,自転車・交通機関の利用など)
対人関係	
22. よく知らない人に手助けを頼む	23. 友人・知人との付き合いを続ける

24. 家族との関係を保つ	
家庭生活	
25. 買い物をする	26. 料理をする
27. 洗濯や物干しをする(整頓を含む)	28. 部屋を掃除する
29. 収集所にゴミを捨てる	30. 食事の後片付けをする
31. 服の補修をする (ボタン付け・靴磨きなど)	32. 花や菜園などの手入れをする
33. ペット・家畜の世話をする	34. 他の人の役に立つことをする
生活領域	
35. 仕事をする	36. お金を管理する
コミュニティライフ	
37. クラブやサークルなどに参加する	38. 冠婚葬祭に出席する
39. 人と遊ぶ (将棋・麻雀, 子供や孫との遊びなど)	40. 屋内で趣味活動を行う (テレビ・音楽鑑賞, 読書, 絵画, 編物など)
41. 外出して趣味活動を行う (映画鑑賞・パチンコ・写真撮影など)	42. スポーツをする
43. 宗教的な活動をする (仏壇・神棚の管理, 寺院への訪問など)	

## 7. 第3研究の方法

### (1) 目的

障害当事者の生命・生活・人生の生活機能の全体を当事者の主観的な重要度・満足度や遂行度を含めて捉えることを条件とした, 当事者と療法士のり八目標の共有が円滑に行われる評価方法を開発し, 在宅脳血管障害者と療法士のり八目標の共有を促進させる目標共有型評価法を確立することである。

### (2) 目標共有型評価法の開発

#### 1) 使用物品

日常生活活動項目カード 43 枚, 空白カード 7 枚, 重要度シート, 遂行度シート, ペン

#### 2) 目標共有型評価法の施行手順

第2研究により作製した当事者のり八目標になりうる日常生活活動項目カード 43 枚を用い, 当事者が各カードについて「その日常生活活動を行うことができるかが, 自分にとってどの位重要か?」を「全く重要でない」「あまり重要でない」「やや重要である」「非常に重要である」の4段階で重要度を回答し, その4段階が記された重要度シートに選別する。図1に重要度の選別方法を示す。





) )で順位付けしたカードについて、療法士が遂行可能性と可能到達期間を説明する。この時、遂行可能性は身体機能の改善ではなく、住環境・福祉機器調整、動作・介護法指導、自主トレ・作業内容等の改善により示唆することに留意する。

) )で「良くやっている」「非常に良くやっている」に選ばれたカードについて、当事者が「その日常生活活動を少しでも変えたい」カードがあれば、選択する。

) )で選ばれたカードについて療法士が理由を聴取し、遂行可能性があれば説明する。

) 療法士は「カードに書かれている以外の日常生活活動について、当事者が変えたいと思うことがないか？」を確認する。もしあれば、空白のカードに記入する。

) )に ) )に選ばれたカードを追加し、当事者が「リハビリテーション目標にしたい」カードを5つ選択し、可能到達期間が短いものから介入する。

### (3)目標共有型評価法のテスト施行

#### 1) 対象

脳梗塞発症後4年経過した左片麻痺の65歳男性。Barthel Indexは80点で入浴、階段昇降に介助を要す。室内は杖歩行自立。

#### 2) 分析方法

目標共有型評価法施行前後のリハビリテーション目標を比較し、項目の差異を明らかにする。

## 8. 第3研究の結果

表9に目標共有型評価法施行前後におけるリハビリテーション目標の比較を示す。施行前後において大幅にリハビリテーション目標が変化した。

表9. 目標共有型評価法施行前後におけるリハビリテーション目標の比較

施行前	施行後
20. 屋内を移動する(杖利用) 歩行の安定性を高める	41. 外出して趣味活動を行う パチンコ・カラオケに行く
19. 寝床から起き上がる(ベッド) 寝起きをスムーズに行う	浴槽の出入りを行う
18. 障害のある方の手を生活で使う 手が柔らかくなる	34. 他の人の役に立つことをする 家の電球の付け替え
	19. 寝床から起き上がる(コタツに入る)

## 9. 考察

### (1) 在宅脳血管障害者と療法士におけるリハビリテーション目標共有の必要性について

リハビリテーション目標は当事者・家族と療法士との間で不一致が生じることが少なくないとの報告がある中、本研究の第1研究においても同様の結果を得た。当事者・家族は、個人の身の回りの活動である「セルフケア」「家庭生活」を重要視し、療法士は当事者の社会参加を促すような「対人関係」「コミュニティライフ」を重要視している傾向であった(表3, 6, 7)。

このような、当事者と療法士のリハ目標の不一致が生じる理由に、療法士の面接・評価技術の未熟さとそれに伴う当事者・家族の身体機能障害の改善への固執が考えられる。療法士の中には「療法士の専門的立場からみたニード」=「当事者・家族のニード」と解釈していることが少なくなく、当事者の人生における重要度や満足度など当事者の主観的側面や生活機能障害が捉えきれていないことが考えられる。また当事者においては、身体機能障害の改善のみに固執し、生活機能障害の改善や社会参加をリハ目標に据えることに消極的であることも考えられる。そこでやはり、障害当事者の生命・生活・人生の生活機能の全体を当事者の主観的な重要度・満足度や遂行度を含めて捉えることを条件とした、当事者と療法士のリハ目標の共有が円滑に行われる評価方法を開発し、在宅脳血管障害者と療法士のリハ目標の共有を促進させる目標共有型評価法を確立することが必要と考えられる。

### (2) 在宅脳血管障害者の日常生活活動項目の決定について

第1研究より、リハ専門職がICFより抽出した在宅脳血管障害者における一般的な生活活動は、52項目であった(表2)。抽出した項目の構成は、対象者の属性に関らないような、在宅生活において誰でも最低限必要と思われる項目と、特定の対象者だけに限られる個別性の高い項目が含まれていることが明らかになった(表4, 5)。第2研究では、第1研究の結果をもとに、52項目の項目内容や文章表現を再考し、当事者のリハ目標になりうる日常生活活動として43項目に絞り、目標共有型評価法の調査項目として採用した(表8)。

当事者のリハ目標になりうる日常生活活動として、生活機能の全体を網羅するためにICF項目から抽出し、複数のリハ専門職によって項目の構成概念妥当性を保障した。また、第1研究の当事者へのアンケートで、52項目以外で重要視する日常生活活動について自由記述を求めたが、回答は無かった。これらの工程により、当事者の生命・生活・人生の生活機能の全体を捉えられる調査項目が得られたと考えられる。しかし、対象当事者の地域や属性が限られたものであることが否めなく、全国の在宅脳血管障害者に対応できる日常生活活動項目とは言えないため、目標共有型評価法の調査項目に空白カードを用意し、多様なニードに応えられるよう配慮した。

### (3) 目標共有型評価法の開発について

第1・2研究を踏まえ、在宅脳血管障害者と療法士のリハ目標の共有を促進させる目標共

有型評価法を開発し、第3研究では1事例ではあるが目標共有型評価法を施行した。第3研究の結果から、目標共有型評価法の施行により長期受療でリハビリ目標が曖昧であったものが、リハビリ目標が変化し明確な目標設定が図られた。外来リハビリテーションでは昨年より診療期間が規定され、長期受療を希望する当事者にとっては「終了」という現実に困惑が隠しきれないことが現状である中、明確な目標設定や「卒業」の目安が確認できることは、在宅脳血管障害者のQOL向上の一助になりえることが考えられる。

しかし、第3研究では当事者と療法士のリハビリ目標の共有が促進されたか否かは分からず、今後は多くのデータを集積し、目標共有型評価法の妥当性・信頼性・有用性の検証を十分に行う必要がある。具体的には、目標共有型評価法のアウトカム指標として目標到達指標(GAS)<sup>7)</sup>、リハビリテーション収束率、当事者と療法士の主観的目標共有感、当事者の生活意欲・不安、介護者の介護負担感等を用い、目標共有型評価法の介入群と通常評価施行の対照群で比較検討を行うことを考えている。この目標共有型評価法を開発することによって、多くの在宅脳血管障害者のQOL向上に寄与でき、また慢性期リハビリテーションのあり方を再考する機会にできると考えられる。

## 10. 謝辞

本研究においてご協力いただいた103組206名の被験者の皆様、筑波大学大学院の飯島節先生及び同研究室の皆様、財団法人鹿島病院リハビリテーション科の皆様、また報告書作成にあたってご指導していただいた茨城県立医療大学の池田恭敏先生に深く感謝いたします。また本研究に対し、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成によるご支援をいただき厚く感謝いたします。

## 11. 参考文献

- 1) 澤俊二・他：障害受容と情緒的支援ネットワーク．総合リハ 31：827-835，2003
- 2) 千田直人・他：訪問リハビリテーションの関わり方が在宅脳血管障害者の意欲低下に及ぼす影響．第40回日本作業療法学会，2006
- 3) 吉野貴子・他：外来理学療法に対する脳卒中後遺症者の期待と理学療法士の意識との相違．理学療法学 30：296-303，2003
- 4) 上田敏：ICFの理解と活用．東京，萌文社，2005
- 5) Law M et al．吉川ひろみ・他 訳：Canadian Occupational Performance Measure カナダ作業遂行測定．大学教育出版．2001
- 6) 上岡裕美子・他：脳卒中後遺症を対象とした外来理学療法目標項目の抽出および決定．理学療法科学 21：43-49，2006
- 7) Janet EG, Colin P, Kenneth R：Goal attainment scaling as a measure of clinically important change in nursing-home patients．Age and ageing 28：275-281，1999