

□原著論文□

急性期作業療法の介入戦略の構築を目指した 作業療法事例報告集事例の分析

白砂 寛基^{1,2} 谷口 敬道^{1,2} 杉原 素子¹

抄 録

経験年数の少ない作業療法士に対して、介入のための視座を与える急性期作業療法の介入戦略の構築を目指し、事例文献の評価項目、介入方針、実施内容について整理、分析することで、現在の急性期作業療法の実態を調査した。調査対象とした日本作業療法士協会事例報告集には583事例が掲載されており、そのうち身体障害領域の回復状態が急性期の事例は132事例であったが、介入期間が1ヵ月以内の事例は19事例であり、長期的な介入が多かった。19事例からは、機能改善、早期離床、ADLの改善を基本方針とし、座位訓練や、本人・家族指導、他職種と連携したADL訓練を行い、その結果、上肢機能やバランス、起居・移乗動作の改善をしているという標準的な急性期作業療法の状態が示されたが、同時に、心身機能だけでなく、入院生活に関わる様々な活動の何ができ、何ができないかという事例に応じた評価・介入がなされていた。急性期作業療法の介入は身体機能に限らず、病院内でできる様々な活動の数を増やすという介入戦略の可能性についての示唆を得た。

キーワード：急性期、介入方針、事例

Case report analysis for the construction of a strategy for occupational therapy intervention in acute care

SHIRAMASA Hiroki, TANIGUCHI Takamichi and SUGIHARA Motoko

Abstract

We investigated the current state of occupational therapy in acute care by studying evaluation procedures and interventions used by occupational therapists in published case reports, with a view to constructing a perspective for novice occupational therapists to use in building strategies for intervention. The Japanese Association of Occupational Therapists published a collection of 583 case reports, from which 132 involved acute care recovery of physical disability. Only 19 out of these cases involved interventions of less than a month, with long-term care being more prevalent. The reports of these 19 cases revealed that the basic aims were functional improvement, early ambulation, and enhancing activities of daily living (ADL) through interventions involving sitting exercise, giving guidance to the patient and family, and ADL training in conjunction with other personnel. The results led not only to standard acute care occupational therapy improvements in upper limb function and balance, daily tasks, and transfers, but also to assessments and interventions to explore what each patient could and could not do to deal with the practicalities of being in an acute care setting. The results suggested that rather than limiting interventions of occupational therapy in acute care to physical function, there are possibilities for strategies to increase the various activities patients can engage in while in a hospital.

Keywords : acute care, intervention strategy, case reports

受付日：2014年8月27日 受理日：2014年10月29日

¹国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健医療学専攻 作業療法学分野 博士課程

Division of Occupational Therapy, Doctoral Program in Health Sciences, Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare

²国際医療福祉大学 保健医療学部 作業療学科

Department of Occupational Therapy, School of Health Sciences, International University of Health and Welfare

shiramasa@iuhw.ac.jp

I. はじめに

急性期のリハビリテーションの目的は、1980年代から、Impairments（機能障害）を極力改善すること、新たなImpairmentsを追加しないようにすることとされている¹⁾。近年でも急性期リハビリテーションの目的は、早期離床により合併症の発症・増悪を最大限に予防しつつ機能回復を促進させてゆくことにより、よりよい状態で早期の退院や転院を促進すること²⁾とされ、回復期リハビリテーション病院への転院を見据えた視点が加わっているが、基本的な目的に大きな変化はないと思われる。

具体的な急性期リハビリテーションプログラムとしては、①良肢位保持、②他動的関節可動域訓練、③体位交換、④体位排痰、⑤坐位立位訓練、⑥自立への動機づけと日常生活活動（ADL）訓練、⑦非麻痺側筋力維持・強化訓練、⑧心理的支持などとされている³⁾。

脳卒中ガイドライン2009⁴⁾では、「廃用症候群を予防し、早期のADL向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる（グレードA）。その内容には、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などが含まれる」とあり、近年の診療報酬改定でも、早期リハビリテーション加算が定められ、発症後早期から対応の充実に向けられた改定がなされている。

上述のような急性期リハビリテーションのなか、作業療法の担う役割は、意識改善を早め次の段階へのアプローチの早期移行、二次的合併症の予防を目的として、①嚥下訓練・指導（自力摂取への援助）、②意識レベルの改善（聴覚刺激、味覚刺激、触覚刺激を与えるなど）、③心理的支持（不安の軽減や興奮状態の鎮静化など）、④高次脳機能障害と意識障害、認知症などの鑑別、⑤家族や他スタッフに対する病棟での環境設定の指示や指導、⑥浮腫の軽減、患肢の管理、分離運動の促進といった上肢機能面への対応、⑦ベッドサイドでのADL訓練と家族や他スタッフに対するADL指導が介入内容として挙げられている⁵⁾。

しかし、現在の急性期作業療法場面では、関節可動域（ROM）や筋力などの機能訓練や座位訓練、移乗の訓練が多く行われていると筆者は感じている。応用動作能力や社会的適応能力の回復を図ることを目的とする作業療法の訓練内容が、急性期とはいえ、座位訓練や廃用予防の機能訓練だけでよいのだろうかという疑問を持った。小林ら⁶⁾の前向き調査研究では、急性期は救命や疾患に対する治療が最も優先される時期ではあるが、そうしたなかでも作業療法士はクライアントの生活や価値観にみられる個別性を考慮した支援を実践しようとしていると述べている。しかし、現在、作業療法士の約50%が30歳以下の若い作業療法士で構成されており⁷⁾、筆者の知る範囲ではあるが、経験年数の少ない作業療法士の実施する治療内容は機能訓練に偏りがちであり、また経験年数の少ない作業療法士たちはそのことに悩みながら臨床を行っていると感じることがある。急性期では様々な疾患、症状の対象者がおり、作業療法士は多様な対応が求められると考える。しかし経験年数の少ない作業療法士は、急性期では、早期離床、廃用予防と早期ADL訓練を行い、回復期で寝たきり予防と家庭復帰を目指すという基本的な脳卒中に代表されるリハビリテーションの流れ⁸⁾の構造から抜け出せないのではないかと考えた。

そこで、急性期作業療法では、どのような点に着目した評価のもとに介入方針を立て、機能訓練や座位訓練以外にはどのような介入が行われているのかを明らかにし、経験年数の少ない作業療法士へ介入の視座を与えるものが提示できないだろうかと考え、急性期事例の文献から、現在の急性期作業療法の実態の分析を行った。

日本作業療法士協会では事例報告登録制度に基づく作業療法の成果効果について報告しており⁹⁾、吉川ら¹⁰⁾により98事例の介入の成果について研究がなされている。また、會田¹¹⁾により身体障害作業療法の効果に関するシステムティックレビューがなされているが、それらはいずれも作業療法の効果に関する研究であった。介入方針に関しては、作業療法士を対象として、何を評価してどのような介入方針を立てて作業

療法実践を行っているかという考え方を探る研究があるが¹²⁾、多くの事例から分析した研究は確認できなかった。

今回の研究の目的は、経験年数の少ない作業療法士に対して、介入のための視座を与える急性期作業療法の介入戦略の構築を目指して、急性期事例の評価項目、介入方針、実施内容について整理、分析することで、現在の急性期作業療法の実態を明らかにすることである。

本研究は文献研究である。事例報告集では十分な倫理的配慮のもとに事例登録がなされている。本研究を開始するにあたり、(一社)日本作業療法士協会に登録事例を研究に使用することの確認を得ている。

II. 方法

1. 用語の定義

1) 急性期作業療法：急性期の期間については様々な見解があるが、今回は、日本作業療法士協会 作業療法マニュアル4 急性期の作業療法¹³⁾で「10 病日前後の開始時期から約1 ヶ月の、医学的に一般状態が安定していない時期」を対象としていることから、今回の研究では急性期作業療法の期間を、発症・受傷から1 ヶ月間とした。

2) 経験年数の少ない作業療法士：今回の研究では、臨床経験年数5年以下の作業療法士とした。

2. 対象文献

本研究の分析対象文献は日本作業療法士協会 事例登録報告制度 事例報告集（以下、事例報告集）Vol.1 (2007)～Vol.5 (2011)¹⁴⁻¹⁸⁾とした。報告集の情報「回復状態」が急性期の身体障害領域の事例とし、「疾患コード」はすべての疾患を対象とした。

事例報告登録制度とは、①会員個々の作業療法実践の質的向上を図ること、②集積される事例報告の分析より作業療法成果の根拠を示すこと、③臨床実践に基づく作業療法の成果を内外へ示していくことを目的に、2005年から開始されているものである¹⁹⁾。報告のための書式が統一されており、査読審査のある臨床の実践家の報告であることから、現在の作業療法実践

を調査するのにふさわしいと考えた。

3. 分析方法

分析方法は、事例報告集を精読し、対象事例の属性、介入方針、介入方法、結果、転帰先の項目ごとに内容を抽出した。事例報告集では、「報告の目的」「事例紹介」「作業療法評価」「介入の基本方針」「作業療法実施計画」「介入経過」「結果」「考察」と書式が定められている²⁰⁾が、「介入経過」のなかにも介入方針の変更や介入中の変化すなわち結果などが含まれている。それらの内容も、介入方針や結果として抽出した。それぞれの項目で抽出した内容は、著者の判断で類似した内容ごとに分類し、集計した。例としては、事例1の基本方針のなかには「自宅へ戻る条件としてトイレ動作自立があり」「ポータブルトイレ自立に向けたトランスファーの安定が不可欠」「繰り返しトイレ動作訓練を行うことを基本方針とした」という内容があり、それぞれを「退院のため/退院後の生活のため」「ADL改善」「基本動作獲得」という分類に加え集計した。

III. 結果

1. 対象文献について

事例報告集には全583事例が掲載されており、その中には精神障害事例や発達障害事例、老年期障害事例も含まれている。そのうち身体障害急性期事例は132事例であり、対象となる開始期間と実施期間から算出した介入期間が発症・受傷から1 ヶ月の事例は19事

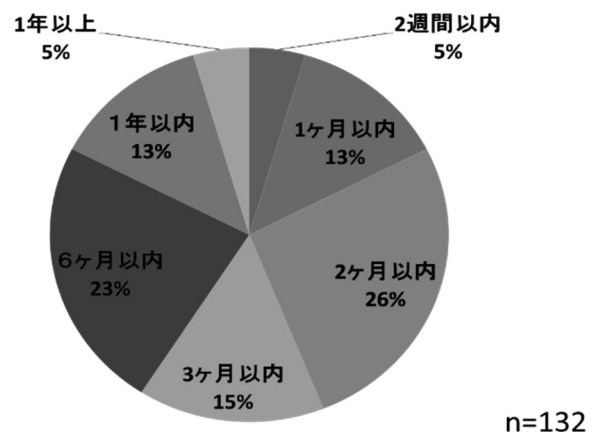


図1 事例報告集急性期事例の介入期間

表1 対象事例の要約

実施期間	タイトル	疾患名	年齢	性別	要約
1 1ヵ月	0013	小脳出血により失調症状を呈した右片麻痺患者に対するアプローチ	左小脳出血、左放線冠梗塞	72 女性	既往による失調症状に加え、反対側の片麻痺になり座位バランス不良、移乗全介助の対象者に、1ヵ月間、バランス訓練、トランスファーの方法指導を繰り返し行い、バランス向上、移乗安定、トイレ動作安定しADLもBI85点と改善した。
2 4週	0036	治療回数4回でADLが拡大した右中指中節骨折の一症例	右中指中節骨折	74 男性	右中指中節骨折し、右中指のROM制限、熱感・浮腫・しびれがあり、箸、書字、ピンの蓋の開閉や整容等の物品操作が不十分であった対象者に、4週間(外束4回)、交代浴、フリクションマッサージ、関節他動・自動屈曲運動(感覚訓練)をホームプログラム中心に実施し、ROM改善(Fullではないが)、浮腫・熱感改善、箸・書字等も日常生活に問題なく可能となった。
3 1ヵ月	0091	ギランバレー症候群患者に対する早期介入の試み	ギランバレー症候群	76 女性	ギランバレー症候群、下肢優位の四肢筋力低下、下肢感覚障害、座位保持不可、自立神経障害なし、病前支援でAPDLは家族の支援を受けており、現在臥床傾向の対象者に、1ヵ月間、廃用予防(ROM訓練、筋再教育訓練)、座位訓練、寝返り・起き上がり訓練、食事動作訓練(机上リーチ動作、スプーンの工夫)を実施し、筋力の改善はみられないが、座位保持可能、左寝返り可能(起き上がり、移乗は介助)、スプーンでのすくう動作は可能だが実用レベルには至らないレベルとなりリハビリ病院へ転院した。
4 1ヵ月	0092	AVMによるくも膜下出血後の右上下肢麻痺患者に対する早期リハビリテーション	くも膜下出血(脳動脈瘤奇形による)	36 女性	脳動脈瘤奇形によるくも膜下出血後、右片麻痺、運動性失語、静的座位は安定していたが、術後熱発等を利用して遅れた対象者に、1ヵ月間、ギャッジアップ下での食事介入から開始し、車椅子でのADLを獲得しながら耐久性を高め、装具を導入しながら歩行訓練を行い、麻痺の改善、シューホーンブレース・杖歩行、車椅子使用での病棟ADL見守り自立となり、回復期へ転院した。
5 3週	0100	胸部大動脈瘤と大動脈解離を併発し、人工血管置換術後、対麻痺を呈した作業療法の経験	遠位弓部大動脈瘤、大動脈解離(stanford B型)	69 男性	心臓外科手術後、虚血性対麻痺を呈し、17日の安静後OT開始となった対象者に、3週間、起立性低血圧等リスク管理に注意し、座位訓練と基本動作訓練、筋力増強訓練、福祉機器や環境調整を取り入れながらの病棟ADL訓練を実施し、残存機能の強化、安定した座位時間の延長、移乗の介助量軽減、ADLが向上し、リハビリ病院へ転院となった。
6 1ヵ月	0104	肺炎の治療中に脳梗塞を発生し、早期より介入することでADLが拡大した症例	右脳梗塞(前頭葉)	70代後半 女性	肺炎治療中に脳梗塞を発生し、軽度左片麻痺、基本動作要介助、ADL要介助の対象者に、病棟O2投与下から回復した起き上がり訓練、ポータルトイレ訓練(家族・NS指導)、上肢機能訓練(お手玉)し、経過に対応しながら1ヵ月間実施し、麻痺の改善、基本動作自立、ADL改善した。認知機能の低下が認められるが今後自宅退院となる予定。
7 1ヵ月	0113	脳卒中中ケアユニット治療により急性期病院から自宅退院および職業復帰を果たした一例	左脳梗塞(椎骨動脈解離による)	46 男性	椎骨動脈解離による脳梗塞を発生し、右片麻痺、ADL低下を呈した対象者に、脳卒中ケアユニットから、1ヵ月間廃用予防、上肢機能訓練(お手玉、ベグ、ドライバービス留めなど)、基本動作訓練、ADL訓練、病棟での自主トレーニング(ストレッチや書字・塗り絵等の宿題)を実施し、麻痺の改善、ADL改善し自宅退院、外來リハ継続しながら職業復帰した。
8 1ヵ月	0116	重度感覚障害と注意障害を呈する左片麻痺患者への作業療法アプローチ	右視床出血	64 女性	脳出血により左片麻痺、重度感覚障害、動作維持の筋緊張亢進、バランス低下、左半側空間無視、注意障害を呈した対象者に、1ヵ月間、病棟での回復した起居動作・ADL動作訓練を視覚的代償やキーワード法を用いて実施、また、訓練室でも回復した起居動作方法訓練での安定性の向上、バランス訓練を実施し、麻痺わずかに改善、感覚変化なし、バランス向上し、車椅子操作、排泄動作時誤動作あるも自己修正できるようになり、監視レベル、ADL BI 50点に改善し、転院となった。
9 10日	0154	急性心筋梗塞後患者の作業療法のかかわり	急性心筋梗塞	70代 男性	急性心筋梗塞後の、心タンポナーデを合併し、筋力や意識レベルにも廃用症候群をきたした対象者に、10日間、筋力増強訓練、端座位訓練、基本動作訓練、食事動作訓練、リスク管理をしながらの病室内トイレ動作訓練を実施し、筋力向上、認知も回復、病棟内ADL向上し、心臓リハビリテーションプログラムへ移行し、OT終了となった。
10 2週	0189	急性期脳卒中重症片麻痺対象者の座位訓練について	左視床出血	68 男性	視床出血重症右片麻痺、座位保持可能だが、重心移動困難な対象者に、2週間、座位訓練、ベッドサイドでのADL訓練、上肢機能訓練を行い、麻痺の改善、麻痺側への重心移動が可能となりリーチ範囲拡大、動作に合わせた姿勢バリエーションの変化が増加し、回復期リハビリテーション病院へ転院した。
11 16日	0210	指空間認知に着目した訓練にてADLの質的改善が得られた事例	右脳梗塞	69 男性	右脳梗塞により左片麻痺、半側空間無視を呈した対象者に、左側方向への追跡活動を促しながらの端座位輪移動、環境設定、ADL指導を19日間実施し、机上検査では半側空間無視の改善は見られないが、ADL上では探索を行いながら無視症状が改善、日中離床できADLも改善し回復期リハビリテーション病院へ転院となった。
12 1ヵ月	0221	ADL訓練と上肢機能訓練を併行して行った右片麻痺患者への作業療法アプローチ	左脳梗塞(放冠線)	62 男性	脳梗塞右片麻痺を呈し、弛緩性麻痺、感覚障害、立位バランス低下した対象者に、1ヵ月間(23日)ベッドサイドからADL訓練、上肢機能訓練をワイピング、自動介助運動から始め段階的にお手玉つかみを実施し、麻痺の改善、補助手機能獲得、バランス向上、ADL改善となった。
13 16日	0306	聴神経腫瘍術後に発症した高次脳機能障害患者の自宅復帰	前庭神経腫瘍	56 女性	右前庭神経腫瘍摘出術後水頭症により、記憶障害を呈した対象者に、16日間、ADL訓練、メモタイマーを用いた代償手段の獲得を目指したアプローチを行い、系列動作に誤りがありながらも調理動作が可能となった。メモの習慣化には至らなかったが、自宅退院となった。
14 1ヵ月	0348	離床時間の延長が日常生活活動の改善に有効であった一事例	右脳梗塞	94 女性	アルツハイマー型認知症の既往のある高齢の脳梗塞の対象者に、1ヵ月間、車椅子選定、病棟スタッフと連携して離床時間延長、病前の趣味であった民謡、カラオケを利用し他患との関わりへ介入し、認知機能の低下や廃用症候群を予防することができた。
15 2週	0361	左片麻痺を呈した対象者のADL能力と麻痺側上肢の機能向上に対する急性期のアプローチ	アテローム血栓性脳梗塞	66 男性	脳梗塞左片麻痺(麻痺中等度だが体幹安定)の対象者に、2週間、共通の目標を定めた病棟でのADL訓練、上肢機能訓練(促通やベグ)、麻痺側管理指導を行い、麻痺の改善、ADLの改善、前向きな発言が見られるようになった。
16 3週	0434	呼吸器疾患に対する作業療法の経験—動作指導により低酸素血症、呼吸困難が改善した症例	急性呼吸窮迫症候群(ARDS)	67 男性	慢性閉塞性肺疾患(COPD)の憎悪、急性呼吸窮迫症候群(ARDS)を合併し、労作時の低酸素血症、呼吸困難を呈する対象者に、発症治療後14日間、コンディショニングづくりで獲得した呼吸パターンをADLの中で反映できるよう病棟での生活場面で動作指導、環境調整等を行い、動作と呼吸を合わせる、呼吸を整える、休息を入れる等のエネルギー節約型の行動を獲得、低酸素血症や呼吸困難感が改善し、ADLが拡大した。
17 1ヵ月	0438	左大腿骨転子部骨折を受傷した両側股関節OAの患者に対する早期ADL介入	左大腿骨転子部骨折	66 女性	両股関節の変形性関節症を既往に持つ、大腿骨頭部骨折の対象者に術前指導を含め早期から離床、ROM訓練、筋力増強訓練、ADL(起居～トイレ)訓練、自助具適用を行い、筋力、ROM改善、ADLが改善し転院となった。
18 7日	0507	自己効力感に配慮したADL指導—肺線維症患者の一例—	肺線維症	68 女性	肺線維症増悪の対象者に、息切れを軽くする具体的な方法を獲得するために、7日間、Borg Scaleでの呼吸困難感の定量化やパルスオキシメーターでのセルフモニタリングを行いながら指導を行い、息こらえ減少や前傾姿勢が改善、動作スピードの適性化が図れ労作後の呼吸困難感が改善された。
19 2週	0508	右片麻痺を呈した対象者への上肢訓練、食事動作に対するアプローチ	脳梗塞	80 女性	脳梗塞(左内包後脚)右弛緩性右片麻痺の対象者にプレッシング、お手玉、座位訓練、食事動作訓練を、14日間実施し、麻痺の改善、ADLの改善がみられ、回復期リハビリテーション病院へ転院となった。

例であった(表1)。

長期的な介入を行っている事例が多く、41%が3ヵ月を超える介入期間であった(図1)。長期介入が多くなっている事例は、外来移行後の介入を含む事例や、回復期リハビリテーション病棟を経ずに直接自宅退院する対象者への関わりによる長期化した事例、また、医療度の高い重症事例などであった。

2. 分類結果について

1) 属性について

属性は、男性9事例、女性10事例、平均年齢67.0(SD±12.14)、対象疾患は、脳血管障害11例、骨折2例、循環器疾患2例、呼吸器疾患2例、悪性腫瘍1例、ギランバレー症候群1例であった。

2) 介入の基本方針について

介入の基本方針では、事例に対して①どのような問題点・利点があり、②何を目標として、③どのようにアプローチして行くかが記されていた。また、健康状態、環境・個人因子から必要となる介入方針についても記され、作業療法実施計画の根拠について述べられていた。

介入方針で多い項目は、【ADLの改善】が8事例、【機能改善】7事例、【早期離床/体幹・座位機能・耐久性向上】6事例、【退院のため/退院後の生活のため】5事例であった。その他にも14の項目が抽出され、全18項目であった(表2)。多くは身体機能や離床・座位に介入し、ADLの改善を目指すという結果であった。

3) 介入内容について

介入内容は、作業療法実施計画および介入経過に記されている介入内容を抽出した。【ADL訓練】が14事例、【座位訓練(離床、バランス訓練を含む)】が11事例と多く挙がっていたが、【指導(本人/家族/他職種との情報共有、を含む)】9事例、【福祉用具・自助具/環境調整】7事例と、機能訓練や基本動作訓練以外の介入も多く挙がっていた。その他には【上肢機能訓練】が7事例、【基本動作訓練(起居・移乗)】が7事例、【廃用予防(ROM訓練、筋力増強訓練を

含む)】が6事例であった。その他7項目が抽出され、全14項目であった(表3)。

4) 結果について

結果で多い項目は、【麻痺の改善】が11事例、【座位姿勢・バランスの改善】が8事例、【起居・移乗改善】が8事例、【上肢機能の改善】が7事例、【歩行改善】が6事例、【排泄動作の改善】が6事例、【車椅子移動改善】が5事例、【筋力改善】が5事例、【食事動作の改善】が5事例、【更衣動作の改善】が5事例であり、機能改善や基本動作、ADLに関する内容が多く挙がっていたが、その他にも23項目が抽出され、全33項目と多くの内容が記されていた(表4)。

結果の項目は多くの内容が記されており、たとえば【上肢機能】の内訳では、ADL時の上肢の一部参加が可能、箸の使用が可能、実用補助手レベル、ベンチの把持が可能、立位での数秒の右手動作が、リーチ範囲の改善、机上での紙押さえが可能、歯磨き粉開け時の保持が可能など様々な点に着目した評価が記されていた。

また結果では、目標に対して達成あるいは改善した項目以外にも、達成できなかった点も評価結果として記されていた。

5) 転帰先について

転帰先は、【転院】が10事例、【自宅退院】が6事例、【作業療法終了(外来終了、心臓リハビリテーション・プログラムへ移行)】が2事例、【介護老人保健施設へ戻る】が1事例となっていた(表5)。

IV. 考察

1. 標準的な急性期作業療法と事例に応じた急性期作業療法

抽出された多い項目からは、以下のような内容が得られた。急性期作業療法の介入期間は転院までの期間、介入方針は、機能改善、早期離床、体幹座位機能・耐久性を向上してADLの改善を目指す、訓練内容は、座位訓練、本人・家族の指導、他職種と連携しながらのADL訓練、結果は麻痺および上肢機能、座位姿勢・バランスを向上させ、起居・移乗動作が改善となる。

表2 19事例から抽出された介入方針

内容	対象事例 No. ()内は事例数
ADL の改善	①②③④⑦⑬⑰⑱ (8)
機能改善	②⑦⑧⑪⑮⑰⑱ (7)
早期離床 / 体幹・座位機能・耐久性向上	③④⑤⑩⑪⑭ (6)
退院のため / 退院後の生活のため	①⑥⑬⑰⑱ (5)
代償手段の獲得 / 環境調整	⑤⑬⑰ (3)
動作方法 / 自己管理能力の獲得	⑭⑰⑱ (3)
早期介入の効果がある	⑤⑧⑮⑰ (4)
心理的支持・活動性の向上	⑥⑭⑮ (3)
基本動作の獲得	①③⑪ (3)
廃用症候群の予防	③⑤⑭ (3)
病棟 (実際の ADL 場面での介入)	⑥⑧ (2)
予後予測より	⑥⑦ (2)
その他 (各1) 自主訓練確認②, 早期の装具利用⑤, 介助量軽減⑤, 復職支援⑦, クリニカルパス⑨, 補助手機能⑫	

表3 19事例から抽出された実施内容

内容	対象事例 No. ()内は事例数
ADL 訓練 (食事, トイレ)	④⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑰⑱ (14)
座位訓練 (離床, バランス訓練を含む)	①③⑤⑥⑦⑨⑩⑪⑭⑰⑱ (11)
指導 (本人 / 家族 / 他職種との情報共有を含む)	②④⑥⑦⑪⑮⑰⑱ (9)
基本動作訓練 (起居・移乗)	①③⑤⑨⑧⑪⑫ (7)
福祉用具・自助具 / 環境調整	⑤⑪⑬⑭⑰⑱ (7)
上肢機能訓練	⑥⑦⑧⑩⑫⑮⑱ (7)
廃用予防 (ROM 訓練, 筋力増強訓練を含む)	②③④⑦⑨⑰ (6)
その他 (各1) 失調症状の改善①, 物理療法②, 神経再教育④, 高次脳機能訓練⑧, 他者との関わりを引き出す⑭, 民謡 / カラオケ⑭, 呼吸コンディショニングづくり⑰	

疾患が異なり、19事例と少ない事例数だが、「はじめに」で前述した急性期作業療法と同様の内容であり、現在の急性期作業療法の標準的な様相を表していると考えられる。

一方で、各項目で挙げた抽出内容数に着目すると、介入方針18項目、介入内容14項目、結果34項目(できなかったことを含めると41項目)となっており、多くの項目が抽出され、なかでも結果の項目が多く挙げられていた。結果の項目が他よりも多いことは、作業療法が評価する項目が多岐にわたることを示すものと考えられる。障害を構造的に捉えるためには、世界保健機構の国際生活機能分類(ICF)が用いられ、作業療法領域でもその概念に基づき、評価、介入がなされている(図2)²¹⁾。急性期では、対象者の障害像は急激に変化する可能性があり²²⁾、急性期作業療法の評価では、対象者の変化を捉え、予後予測の判断材料とし今後の

治療計画の修正とする。評価する内容は、心身機能だけでなく、活動、参加、環境因子に関わる内容も含まれる。応用的動作の獲得を目的とし、生活を支援する作業療法士は、急性期から事例に応じた評価を行い、それぞれに対応した作業療法実践を行っていることが示されたものと考えられる。

その際に必要なものは、今回得られた結果のうち、上肢機能の評価(表6)に表されるような、何ができていて何ができないのかという個別の事例に応じた評価であると考えられる。

2. 急性期作業療法と急性期病院の作業療法

急性期の作業療法の目的は「意識改善を早め次の段階へのアプローチの早期移行、二次的合併症の予防」⁵⁾とされている。しかしそれは、対象者への介入期間が短期間の場合であろう。今回、「回復状態」が急性期

表4 19事例から抽出された結果

内容	対象事例 No. ()内は事例数
麻痺の改善	①④⑥⑦⑧⑩⑪⑫⑭⑮ ⑲ (11)
座位姿勢・バランスの改善	①③⑧⑩⑪⑭⑮⑲ (8)
起居・移乗改善	①③⑤⑧⑪⑫⑬⑲ (8)
上肢機能の改善	②⑥⑦⑧⑩⑫⑮ (7)
歩行改善	⑦⑫⑮⑯⑰⑲ (6)
排泄動作の改善	①⑥⑧⑪⑫⑲ (6)
車椅子移動改善	④⑤⑧⑪⑫ (5)
筋力改善	⑤⑦⑨⑯⑰ (5)
食事動作の改善	③⑤⑥⑫⑲ (5)
更衣動作の改善	⑤⑥⑩⑫⑲ (5)
高次脳機能の改善	⑧⑨⑪⑬ (4)
本人の満足度改善	②⑬⑯⑱ (4)
離床時間の延長	⑪⑭⑲ (3)
基本動作改善	⑥⑨⑫ (3)
整容動作の改善	②⑤⑫ (3)
座位耐久性の向上	③⑤ (2)
立位バランス改善	⑧⑫ (2)
ROM改善	②⑰ (2)
疼痛軽減	⑰⑲ (2)
熱感・浮腫・しびれの改善	②⑰ (2)
呼吸機能改善	⑯⑱ (2)
入浴動作の改善	⑤⑫ (2)
認知機能の改善	⑥⑭ (2)
失語の改善	④⑭ (2)
主訴の変化	⑫⑮ (2)
遂行時間の改善	②⑱ (2)
その他(各1) 肩関節亜脱臼改善⑲, 皮膚の状態の改善②, 階段⑦, 意識レベル改善⑨, コミュニケーションの改善⑥, 行動変容の変化ステージは行動期へ移行⑱, 職業関連動作可能⑦, 認知症の悪化や廃用症候群を防止することができた⑭	

表5 19事例から抽出された転帰先

内容	対象事例 No. ()内は事例数
転院	③④⑤⑧⑩⑪⑫⑮⑰⑲ (10)
自宅退院	①⑥⑦⑬⑯⑱ (6)
OT終了	②⑨ (2)
介護老人保健施設へ戻る	⑭ (1)

の132事例のうち、8割を超える多数の事例の介入期間が1ヵ月以上であり、急性期病院における作業療法実施は、決して短期間の介入のみではないことが示された。また、19事例の転帰先においても、4割が自宅退院や作業療法終了となっており、必ずしも回復期リハビリテーション病院へ転院しているわけではない。

表6 結果のうち上肢機能の評価の内訳

内容	対象事例 No.
箸の使用が可能②	②
実用補助手レベル⑥	⑥
ペンチの把持が可能⑦	⑦
立位での数秒の右手動作が可能⑧	⑧
リーチ範囲の改善⑩	⑩
机上での紙押さえが可能⑫	⑫
膳・歯磨き粉開け時の把持が可能⑫	⑫
ADL時の上肢の一部参加が可能⑫⑮	⑫⑮

急性発症・受傷直後の短期間の介入では、心身機能やリスク管理の評価に基づく介入がなされる²³⁾が、その後の介入には、対象者の心身機能のみならず、対象者の生活を支援するための活動、参加、環境因子に関する多くの評価に基づく作業療法介入が求められる。それは、一般的には回復期リハビリテーション病院で行われる内容とされているが、急性期病院においても、それを必要とする対象者がおり、なくてはならない介入と考える。

今回の結果から、急性期の作業療法には、病院で実践される「急性期病院作業療法」と、そのなかでも発症・受傷直後に特化して実践される「急性期作業療法」があり(図3)、急性期病院で実践を行う作業療法士は、発症・受傷直後の急性期作業療法とともに、自宅退院へ向けた介入や、1ヵ月を超える介入を意識した介入戦略が求められると考えた。

3. 急性期作業療法の介入戦略についての考察と仮説

急性期リハビリテーションの役割として、廃用症候群の予防は必須である。そのための目標が、まず早期離床である。離床ができない原因は、疾病による安静やリスク、機能障害による動作遂行困難の他にも、方法の未学習による制限、疲労による制限、意欲の低下による活動性の低下、動いてよいのかどうかの知識不足による活動性の低下等もあると考える。これらの対応には、機能改善以外にも、方法指導、環境調整、福祉機器・自助具の適用、活動の機会の提供、心理的支持、家族を含む指導・教育等様々な対応が可能となる。

従来から作業療法の介入戦略では、目標を定め、そ

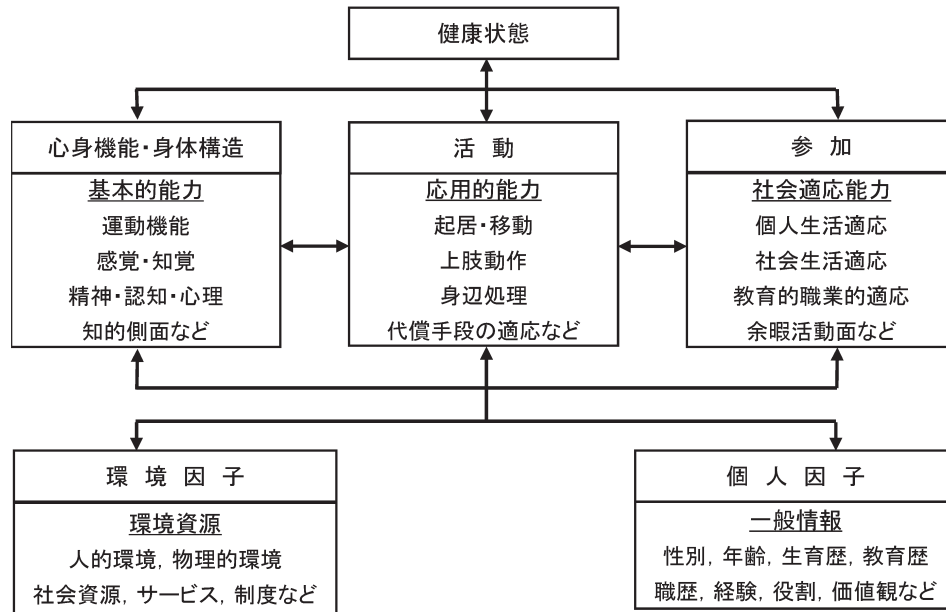


図2 ICFと作業療法の評価および治療、指導、援助内容との対応（文献21より一部改変引用）

れを妨げる身体機能や基本動作能力を向上させることでADLを向上させ、次いでIADLの向上という介入方針が一般的であると考え、そのため急性期では基本動作訓練が多くなるのではないだろうか。しかし、方法の指導や環境設定等により、病院内での様々な活動ができるようになることで、活動量が向上し、それが身体機能や基本動作能力を向上させ、ADLの向上にもつながるという双方向的なアプローチが可能ではないかと考えた。そこで、急性期作業療法の介入戦略には「できることの数を増やす」ことがあり、できることの数を増やせば、病院内での臥床時間が短縮できるのではないかと仮説を考えた。

急性期で行うことのできる活動とは、ADLの自立や趣味活動の獲得等のような、ある程度の期間の必要な活動というよりは、今回の結果からもみられた、布団をめくるといった活動や車椅子のブレーキ操作、瓶の蓋の開閉のような活動が中心になると考える。急性期においても作業療法は環境調整、福祉機器の適用、実施する機会の提供等、機能改善以外の様々な方法を用いて、できることの数を増やすという介入戦略は、対象者の活動性向上のためにも、経験年数の少ない作業療法士に対して、身体機能訓練にとどまらない対象者に応じた介入の視座を与えるためにも有益な視点では

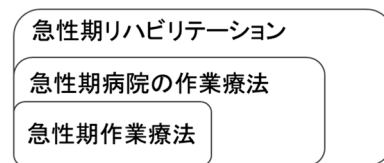


図3 急性期病院の作業療法と急性期作業療法の位置づけ

ないかと考える。

4. 本研究の限界と課題

本研究で具体的な介入内容を検討した事例は19事例と少なく、このまま一般化しにくいという限界がある。また、対象疾患は脳血管疾患、整形疾患、内科系疾患など様々であったが、疾患の特性に応じた評価や介入については検討することはできなかった。今後は、検討する事例を増やして身体障害急性期の作業療法の実態をさらに詳しく調査するとともに、疾患に応じた介入にも考慮しながら検証していきたい。

V. 結論

経験年数の少ない作業療法士に対して、介入のための視座を与える急性期作業療法の介入戦略の構築を目指して、事例報告集から急性期事例の分析を行った。

急性期作業療法では、対象者それぞれに応じた評価に基づき、長期的な介入の視点も持ちながら、作業療法実践がなされていることが示された。急性期作業療法は、身体機能にのみ介入するのではなく、できる活動の数を増やすという介入戦略の可能性についての示唆を得た。

文献

- 1) 福井園彦. 脳血管障害急性期リハビリテーション. 総合リハビリテーション 1988; 16: 115-121
- 2) 水間正澄. 医療制度におけるリハビリテーションの位置付けと今後. 病院 2010; 69: 852-855
- 3) 村地俊二, 福本安甫, 井神隆憲編. リハビリテーション解説辞典第2版. 東京: 中央法規出版, 1996: 97-99
- 4) 篠原幸人他編. 脳卒中ガイドライン 2009. <http://www.jsts.gr.jp/main08a.htm>. 2012.7.12
- 5) 日本作業療法士協会身体障害作業療法委員会. 早期作業療法の実施内容とその意義. 作業療法 1991; 10: 79-85
- 6) 小林法一, 池田聡子, 河原絵美ら. 短期目標とその達成度からみた身障系急性期作業療法の目的と効果. 北海道作業療法 2006; 23: 91-97
- 7) 日本作業療法士協会. 作業療法白書 2010. 東京: (社)日本作業療法士協会, 2012
- 8) 浜村明德監修. これからの脳卒中リハビリテーション: 急性期・回復期の実践指針とあり方. 東京: 青海社, 2004
- 9) 日本作業療法士協会学術部. 一般社団法人日本作業療法士協会事例報告登録制度登録事例に基づく作業療法の成果効果報告書. www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/08/jirei-eport.pdf. 2012.7.18
- 10) 吉川法生, 小林法一, 石川隆志ら. 事例報告登録制度の成果と課題. 作業療法 2010; 29: 404-409
- 11) 會田玉美. わが国における身体障害分野作業療法の効果—文献のシステマティックレビュー—. 目白大学健康科学研究 2010; 3: 13-24
- 12) 大松慶子, 山田孝. 作業療法士の作業療法のとらえ方と初回面接・実践内容の関連. 作業行動研究 2011; 14: 263-273
- 13) 日本作業療法士協会学術部編. 作業療法マニュアル4 急性期の作業療法. 東京: (社)日本作業療法士協会, 1994
- 14) 日本作業療法士協会学術部編. 作業療法事例報告集 Vol.1 2007. 東京: (社)日本作業療法士協会, 2008
- 15) 日本作業療法士協会学術部編. 作業療法事例報告集 Vol.2 2008. 東京: (社)日本作業療法士協会, 2009
- 16) 日本作業療法士協会学術部編. 作業療法事例報告集 Vol.3 2009. 東京: (社)日本作業療法士協会, 2010
- 17) 日本作業療法士協会学術部編. 作業療法事例報告集 Vol.4 2010. 東京: (社)日本作業療法士協会, 2011
- 18) 日本作業療法士協会学術部編. 作業療法事例報告集 Vol.5 2011. 東京: (社)日本作業療法士協会, 2012
- 19) 石川隆志, 小林正義. 「事例報告登録制度」とその学術的意義. 作業療法 2005; 24: 336-339
- 20) 日本作業療法士協会学術部. 事例報告書作成の手引き(第5.3版) <http://www.jaot.or.jp/wp-content/uploads/2010/08/Handbook-for-Case-report-Ver5.3.pdf>. 2014.7.12
- 21) 日本作業療法士協会. 作業療法全書第4巻作業治療学1 身体障害. 第3版. 東京: 協同医書出版, 2008: 1-13
- 22) 大川弥生, 渡辺直美. 脳卒中急性期における作業療法士の役割—QOL向上にむけたリハビリテーションのスタートとしての位置づけの明確化のために—. 作業療法ジャーナル 1995; 29: 928-935
- 23) 前野豊. 脳血管障害の新しい治療戦略—急性期治療を中心に—ICU・SCUにおける脳卒中リハビリテーション. ICUとCCU 2008; 32: 475-480