

急性期病院から自宅退院した軽度脳血管障害患者の 生活行為の不自由感とその関連要因

廣瀬里穂 會田玉美

(Riho HIROSE, Tamami AIDA)

【要約】

《目的》健康高齢者の生活の不自由さを評価するツールである「生活行為確認表」を用いて、軽度脳血管障害患者の生活の不自由感を数値化し、関連項目を明らかにする。

《方法》急性期病院から自宅退院した軽度脳血管障害患者の退院後に「生活行為確認表」「LSA」「JST版活動能力指標」「JSS-D」を用いて評価し、生活行為確認表と各調査項目との検定を行った。

《結果》14名より回答が得られ、自宅退院の1カ月後に生活行為の不自由さを感じている者は多く、指先の筋力と基本動作、外出に不自由さを感じ、生活行為と「JSS-D」「LSA」に相関がみられた。

《結論》急性期病院の作業療法士は、軽度脳血管障害患者に対し、入院時より退院後の生活を見据えたADLやIADL、手指の筋力や操作時の姿勢、基本動作と身体の柔軟性、外出の方法や移動距離を評価する必要がある。また、自宅退院後は作業活動や社会参加につなぐ継続的な支援体制とサービスを提供する必要があると考えられる。

キーワード：急性期病院、軽度脳血管障害、生活行為

I. はじめに

身体障害領域の医療機関で働く作業療法士の対象者の疾患・障害の第一位は脳血管障害である¹⁾。日本では早期退院の流れが加速し、急性期病院から約半数が自宅退院すること、Japan Coma Scale 1桁の軽症者であることが報告されている²⁻³⁾。また、脳卒中治療ガイドライン⁴⁾では早期離床と早期のリハビリテーション（以下、リハ）の開始が強く推奨されているが、脳血管障害患者の作業療法実践内容はActivities of Daily Living（以下、ADL）が中心で^{1,5)}、在宅生活への介入の有効性を検討した報告は少ない。筆者の前職である急性期病院でも早期リハが実施されているが、脳血管障害は軽度であり自宅退院をする者が多く、作業療法士は退院後の生活を視野に入れたりリハを早期より開始

し、自宅での生活を支援することが求められていると考えられる。しかし、急性期病院から退院した軽度脳血管障害患者に対するサポートは障害が軽度であるため十分には行われておらず、介護保険等の利用できる支援が少ない印象がある。再発や活動量の低下により、要支援に陥るリスクも考えられ、発症後の健康な生活を目標に、軽度脳血管障害患者の自宅での生活に向けた支援方法を検討する必要がある。

日本作業療法士協会では、2008年度厚生労働省老人保健健康増進等事業を基盤に、国民にわかりやすく地域包括ケアに貢献できる作業療法の形を示すため、生活行為向上マネジメント（Management tool for daily performance：以下、MTDLP）⁶⁾が開発された。「生活行為」とは、人が生きていく上で営まれる生活全般の行為であり、ADLやInstrumental Activity of Daily

Living (以下, IADL), 仕事や趣味, 余暇活動などの行為がすべて含まれると定義されている⁶⁾. MTDLPの評価の一つに在宅生活を評価するツールとして, 大庭ら⁷⁾は健康高齢者の生活行為の不自由感を評価する「生活行為確認表」を開発した. この生活行為確認表は地域在住の高齢者を対象とし日常生活の不自由さを評価しているが, 自宅退院した軽度脳血管障害者の生活行為の不自由さを把握する際に使用できる可能性が高いと考えた. 65歳以上の高齢者では, 特別な疾患や疾病がなくても半数近くが何らかの自覚症状を訴え, 日常生活への影響は, 「日常生活動作」「外出」が大きいとされ⁸⁾, 軽度脳血管障害者にも, 活動と参加を維持するために退院後の生活行為の遂行状況と不自由さを把握する必要があると考えられる. 現在, 脳血管障害者の生活行為を評価する尺度は開発されていないが, 在宅生活の不自由感を評価できる点から, 軽度脳血管障害者の生活の不自由感を数値化する事を試みた. また, 脳卒中患者の活動や参加にうつや心理面の低下, 在宅への移行支援には環境の差異が影響を与えることが報告され⁹⁻¹¹⁾, 作業療法士の包括的な視点を持った支援が必要である. これらから, 急性期病院から軽度脳血管障害者が自宅退院後にどのような精神状態にあり, 環境面で支援を必要とするか, どの生活行為に問題があるかを把握し, 不自由にある生活行為の特性を検討し, 自宅退院に向けた支援を含め理解する必要がある.

II. 本研究の目的

本研究の目的は, 急性期病院から退院した軽度脳血管障害者の生活行為の不自由感を生活行為確認表で数値化する. また, 生活行為の不自由感と生活活動範囲・生活状況・精神状態の関連を明らかにすることである.

III. 研究方法

1. 研究対象者

研究対象者は20歳以上の脳血管性障害者であり, 急性期病院へ入院し, 作業療法を受療後, 病院から自宅退院しており, かつコミュニケーションが可能な患者である. 本研究では退院後の初回外来診察時に来院した患者を自宅生活が安定したものと操作的に定義

し, 外来診察を継続している患者を対象とした. 除外基準はMini Mental State Examinationが23点以下の認知機能の低下が考えられる者¹²⁾, 自記式質問紙への記入が困難な者とした. なお, 本研究において軽度脳血管障害者はNational Institutes of Health Stroke Scaleで極軽度・軽症であり, Functional Independence Measureでは運動項目13項目が修正自立以上の者を軽度脳血管性障害者と定義した.

2. 調査項目

調査項目は, 生活行為の遂行状況と生活範囲, 生活状況, およびうつ状態とした.

(1) 自宅内での生活行為の遂行状況の調査には生活行為確認表を用いた. これは, 健康高齢者の在宅での生活行為の不自由さと主観的健康感を評価する尺度であり, 全30項目の生活行為に対して, 「不自由を感じる」「少し感じる」「あまり感じない」「感じない」の4段階で回答し, 得点範囲は0-90点である. 主観的健康感は, 「とても健康」「少し健康」「あまり健康ではない」「健康ではない」の4段階で評価する⁷⁾.

(2) 活動範囲を評価するためにLife-Space-Assessment (以下, LSA)を用いた. これは, 個人の生活の空間的な広がりにおける移動を評価する指標であり, 退院後から評価実施前の1か月間における通常行動パターンを調査した. 日常的に外出した距離によって規定され, 生活空間を「レベル1居室内, レベル2自宅内, レベル3敷地内, レベル4町内の外出, レベル5町外への外出」を5段階別に評価する¹³⁾.

(3) 生活状況を把握するためにJST版活動能力指標を用いた. これはIADLの評価を行うことを目的とし, 質問に対し「はい/いいえ」で答え, 得点範囲は0-16点である. また, 「新機器利用」「情報収集」「生活マネジメント」「社会参加」の4つの下位尺度を評価する¹⁴⁾.

(4) 精神状態を評価するために脳卒中うつスケール (Japan Stroke Scale Depression Scale: 以下, JSS-D)を用いた. これは「気分」「罪責感, 絶望感, 悲観的考え, 自殺念慮」「日常活動への興味, 楽しみ」「精神運動抑制または思考停止」「不安, 焦燥」「睡眠障害」「表情」の7項目で構成され, 得点が高くなるほどうつの可能性が高く, 2.4以上はうつの可能性がある¹⁵⁾と判断される.

3. 調査方法

調査方法は、軽度脳血管障害にて筆者の前職である東京都内の急性期病院に入院し、作業療法を受療し、自宅退院した患者に、退院後の初回診察時に「生活行為確認表」「LSA」「JST版活動能力指標」「JSS-D」を実施した。手順は図1に示す。

対象者に研究協力依頼書を紙面提示の上、研究目的と協力内容、倫理的配慮を説明した。研究に同意を得られた対象者には同意書に署名をもらい、基本属性(年齢、性別、疾患名、在院日数、家屋形態、同居者)の聞き取りと、「JSS-D」を実施した。必要に応じて聞き取り内容をノートに記録した。対象者の初回診察時に「生活行為確認表」「LSA」「JST版活動能力指標」そして「JSS-D」に回答を求めた。所要時間は30分程度であった。なお、「JSS-D」は退院時と在宅生活で精神状態の変化がある可能性があるため、2度評価し、軽度脳血管障害患者の精神状態を把握することとした。調査期間は筆者所属の病院と人および動物に関わる研究倫理審査委員会承認後より2018年11月30日までとした。

4. 分析方法

対象者の不自由感を明らかにするために以下の手順で分析を行った。

(1) 年齢、在院日数、生活行為の不自由感の総得点、JST版活動能力指標、JSS-Dの得点(退院時と再評価時)、LSA得点、生活環境アンケートの集計を行った。

(2) 生活行為確認表とLSAおよびJST版活動能力指標、JSS-Dはスピアマンの相関分析を行った。また、年齢を高い群と低い群の2群に分け、LSA、JST版活

動能力指標、JSS-DでマンホイットニーのU検定を行った。なお、統計学的有意水準は5%未満とした。データの解析にはSPSS Statistics Premium Grad Pack Ver25を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究は筆者所属の人および動物に関わる研究倫理審査委員会の承認と、筆者の前職の倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:18研-005)。対象は、研究への参加・中断は自由意志であり、どの時点で断っても不利益を被ることなくいつでも辞退ができることを十分な説明し、同意が得られた対象者に調査を行った。得られた情報は個人が特定できないように番号を割り付けし、個人情報との対応表は鍵のかかる書庫に研究者以外の他の者に入手不可能な管理下で厳重に保管し、本研究以外の目的で使用しないこと、研究終了後5年は保管し、その後データを破棄することを厳守する旨を説明し、研究協力への同意を得た。なお、本研究を行う際に利害関係が想定される個人あるいは企業との関りはない。

IV. 結果

調査実施期間は2018年6月1日から2018年11月30日まで行い、対象者は17名のうち、条件を満たした14名より協力が得られた。

1. 対象者

対象者の属性は、平均年齢が66.0 ± 9.3歳、平均在院日数は16.5 ± 9.5日であった。性別は男性が10名、女

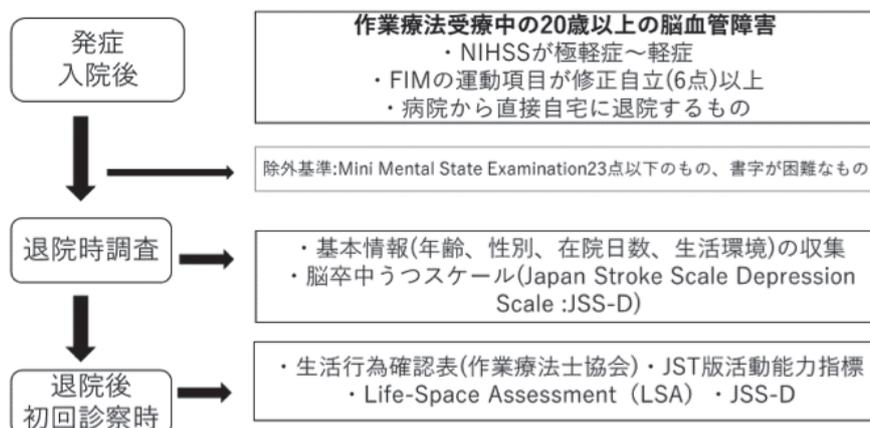


図1 調査手順

性が4名で、家屋形態は集合住宅が11名、一軒家が3名、同居者は有りが9名、無しが4名であった(表1)。疾患は、ラクナ梗塞6名、血栓性脳梗塞5名、脳出血3名、心原性脳塞栓症2名、くも膜下出血2名、小脳梗塞1名であった。

表1. 患者特性 (N=14)

年齢(歳)	平均±SD	66.0±9.3歳
在院日数(日)	平均±SD	16.5±9.5日
性別(人)	男/女	10/4
家屋形態(人)	集合住宅/一軒家	11/3
同居者(人)	いる/いない	10/4

2. 各調査項目の得点

LSA総計の平均値と標準偏差(以下、standard deviation:SD)は90.9±23.2点であった。下位項目の平均値は、レベル1は7.4±1.7点、レベル2は14.5±3.7点、レベル3は21.2±4.0点、レベル4は22.9±7.8点、レベル5は25.4±11.8点であった(表2)。

JST版活動能力指標の総計平均値とSDは9.7±2.7点、下位項目の得点は新機器利用が3.2±1.3点、情報収集は3.4±1.0点、生活マネジメントは2.5±1.0点、社会参加は0.5±1.0点であった(表2)。

JSS-Dの退院時の平均値は3.0±1.7点、2.4点以上のうつの可能性が有る者は8名、うつの可能性が無い者は6名であった。JSS-Dの再評価時の得点の平均値は1.6±1.0点、うつの可能性が有る者は3名、うつの可能性が無い者は11名であった(表2)。

表2. 各評価項目の得点 (N=14)

LSA総得点	平均±SD	90.9±14.6点
レベル1		7.4±1.7点
レベル2		14.5±3.7点
レベル3		21.2±4.0点
レベル4		22.9±7.8点
レベル5		25.4±11.8点
JST版活動能力指標総得点	平均±SD	9.7±2.7点
新機器利用		3.2±1.7点
情報収集		3.4±1.0点
生活マネジメント		2.5±1.0点
社会参加		0.5±1.0点
JSS-D得点(退院時)	平均±SD	3.0±1.7点
うつの可能性(人)	あり/なし	8/6
JSS-D得点(再評価時)	平均±SD	1.6±1.0点
うつの可能性(人)	あり/なし	4/10

3. 生活行為確認表の結果

生活行為の不自由感の合計得点の平均値は19.4±14.6点で最小値-最大値1-40点、主観的健康感は、とても健康が1名、少し健康であるが9名、あまり健康ではないが3名、健康ではないが1名であった。

生活行為確認表の上位項目の選定として、対象者の人数の半数以上が不自由感を感じた項目とするため、〈とても感じる〉〈少し感じる〉〈あまり感じない〉を含めた3項目を不自由感があった項目としてまとめ、11項目を選定した。人数の割合を図2に示す。生活行為確認表の不自由感を感じた人の得点が高い上位11項目は、【4. 階段の昇降に不自由を感じますか?】が10名、【2. 床からペンを拾うのに不自由を感じます

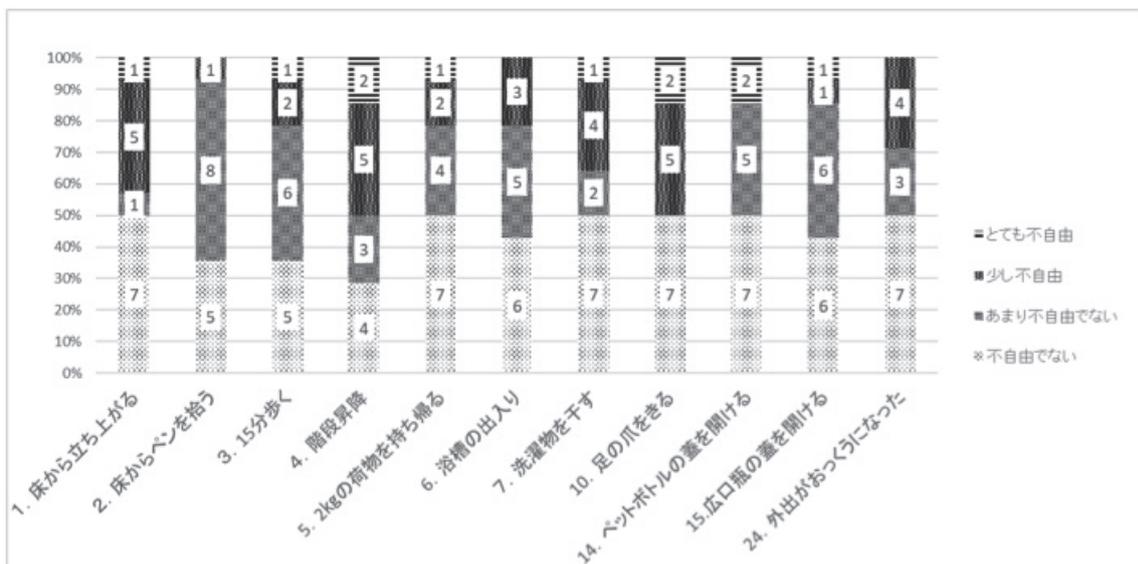


図2 生活行為確認表の不自由感の人数 (N=14)

か?】【3. 15分ほど歩くのに不自由を感じますか?】が9名, 【6. 浴槽の出入りに不自由を感じますか?】【15. ジャムなどの広口瓶の蓋を開けるのに不自由を感じますか?】が8名, 【1. 床から立ち上がるのに不自由を感じますか?】【7. 洗濯物を干すのに不自由を感じますか?】【10. 足の爪を切るのに不自由を感じますか?】【14. ペットボトルの蓋を開けるのに不自由を感じますか?】【24. 外出がおっくうになったと感じますか?】が7名の順であった。

4. 生活行為確認表と各調査項目との相関

生活行為確認表の合計得点とのスピアマンの順位相関係数ではLSA総得点が $\langle r = -.26 \rangle$, JST版活動能力指標総得点は $\langle r = .19 \rangle$, JSS-D得点(退院時)は $\langle r = .37 \rangle$, JSS-D得点(再評価時)は $\langle r = -.08 \rangle$ であり, JSS-Dの退院時得点では弱い正の相関がみられ, LSAでも弱い負の相関がみられた(表3)。

表3. 生活行為確認表の総得点と各調査項目の相関

調査項目	相関係数 (r)
LSA 総得点	-.26 *
JST 版活動能力指標総得点	.19
JSS-D 得点 (退院時)	.37 *
JSS-D 得点 (再評価時)	-.08
スピアマンの順位相関係数	

また, 年齢を平均値の66歳より高い「高齢群」と, 平均値の66歳より低い「若年群」に分け生活行為確認表の合計点でマンホイットニーのU検定を行った。【生活行為確認表の合計点】で $\langle p = .01 \rangle$ と両群間に有意差がみられた(表4)。

表4. 年齢の高い群と低い群の各調査項目の比較

調査項目	有意確率 (p)
生活行為確認表総得点	.01 *
JST 版活動能力指標総得点	.50
JSS-D 得点 (退院時)	.50
JSS-D 得点 (再評価時)	.39
LSA 総得点	.95
マンホイットニーのU検定 ($p < .05$)	

V. 考 察

自宅退院軽度脳血管障害患者の生活の不自由感を, 生活行為確認表を用いて調査した。その結果, 生活行為確認表とうつ評価表に関連がみられ, 特に巧緻性を要する課題で不自由感を感じていた。また, 生活行為確認表と生活空間の広がりにも関連がみられ, 運動習慣や外出頻度の減少も懸念された。

1. 対象者と各調査項目の得点

(1) 対象者の属性

対象者は概ね60歳代の極軽症の脳血管障害患者であった。急性期病院における在院日数を, 八木らは自宅退院群 15.6 ± 5.8 日¹⁶⁾, 久保田らは 20.0 ± 8.0 日と報告しており¹⁷⁾, 本研究の対象者は 16.5 ± 9.5 日と先行研究に近い数値であった。これより, 対象者は他の急性期病院と退院日数に差がない集団であると考えられる。住宅環境では, 病院の周辺が都内でも有数の集合住宅の多い地区であるため, 集合住宅に共住するものが多かったと考えられる。また, 年齢的にも配偶者と死別した者は少なかったと考えられる。

(2) 各調査項目の得点

LSA総計の平均値は, レベル1からレベル5へ生活空間が広がるにつれてSDにばらつきが多くみられ, 個人差が大きくなった。これは自宅内の移動は自立している者が多いが, 屋外の移動距離が多くなるほど活動する頻度が減る者が多いこと, または杖等の福祉用具や他者の支援を必要とする者が多くなることを裏付けていると考えられる。このことから, 急性期病院退院時には, 生活上自立していると思われる対象者であっても, 退院後の生活範囲にばらつきが大きいことが読みとれる。

この要因には, 退院直後に一人で長距離の外出をすることに身体的, 精神的不安があることが考えられる。元々外出が少なかった者は脳卒中発症をきっかけに外出頻度が減った者が多く, 生活への満足度が低いことが報告されており¹⁸⁾, 本研究の対象者も発症1カ月以内であることから, 外出する機会や頻度が少ない, もしくは生活空間が自宅とその周辺のみであったことが考えられる。退院後の外出頻度や範囲は退院後の不安面や生活の質に関係する一方で, 外出距離の拡

大には段階的な時間を要することや、入院中に長時間の外出練習や公共交通機関等の利用練習を十分に行えないことがリハの課題としてあげられる。そのため、退院後は外来リハ等の支援を利用し運動を習慣づけるためのフォローアップが必要であると考えられる。

JST版活動能力指標の下位項目は社会参加の得点が一番低かった。鈴木ら¹³⁾はJST版活動能力指標の標準値を総計9.7+4.3点、新機器利用2.3±1.5点、情報収集2.9±1.3点、生活マネジメント2.9±1.3点、社会参加1.7±1.6点と報告しており、本研究の対象者の総計点は鈴木らの報告に概ね合致していたが、新機器利用・情報収集の得点は高く、社会参加では得点が低かった。本研究の対象者は60歳代が多いため、日々の生活で携帯電話やパソコンなどを日常的に使っているため、機器の利用や情報の収集が行われていることが推測される。

一方で、地域活動は町会行事などの項目があるが、勤労者であると、町会行事に参加しにくいことが得点低下の要因であると推察される。加えて、本研究の対象者の多くは都内有数の昭和40年代に建設された集合住宅の居住者が多かった。築年数の経過した近年の集合住宅では、様々な国籍・文化の者が居住し、年齢層も様々である。このような背景が共同体としてまだ成熟しておらず、社会参加の得点の低下につながった可能性も考えられる。

JSS-Dでは、【うつの可能性有り】の者が退院時と比して再評価時には4名と減少した。萩原ら¹¹⁾は、急性期病院で脳卒中患者の抑うつ症状や不安といった精神症状を有する者に運動療法を行うことで精神症状の改善に一定の成果があったと報告している。脳血管障害の発症と慣れない病院生活でうつ症状が出現し、退院時まで継続していたが、退院後の慣れた環境で生活と運動を行うことにより日中の活動性が向上したことがうつ症状が軽減した一因と考えられる。また、萩原ら¹¹⁾は疾病教育を行い病気に対する不安の軽減や再発予防を図ることが重要であるとも報告している。本研究でも作業療法士による生活行為の支援や、理学療法士による運動療法の指導がなされたことが患者の疾病理解・再発予防につながった可能性が考えられる。また、担当医師による自宅退院後の外来診察フォローもうつ症状の不安感を軽減したと推察される。

(3) 生活行為確認表の結果

生活行為確認表の主観的健康感は全体の2/3が健

康と感じていた。また本研究の対象は極軽度の脳血管障害患者であったが、全く不自由がないと答えたものはいなかった。生活行為確認表の得点が低かった理由としては、生活行為確認表の項目に家事の項目が多く含まれていたが、対象者に男性が多いこと、同居者がいるものが多いことから、自宅で家事を行っていないものが多かったため得点が低かったと推察される。

不自由感を感じたと答えた者が多かった上位11項目のうち、【ペットボトルの蓋を開ける】【ジャムなどの広口瓶の蓋を開ける】は、手指の筋力や物品の操作を要求される課題である。本研究の対象者はADLが自立し通院が可能な者であったが、実生活において手指の筋力や物品の操作に不自由感を感じていたと考えられる。これは麻痺手の物品の保持力やピンチ力の低下が影響したと考える。対象者はFIMの得点が修正自立以上でありADLの自立度は高いため、入院中の生活では指先の筋力を要する課題は少なく不自由さを感じることは少ないが、退院後に生活を再開した段階で不自由感が生じたと考えられる。

【床からペンを拾う】【洗濯物を干す】【足の爪を切る】は、手指の筋力や物品の操作に加え、身体の柔軟性も要する課題である。身体の柔軟性の低下により、不安定な姿勢で動作を行うことにより手指の操作が行いにくかったと思われる。柔軟性が低いものに対して生活行為を行う際に椅子を使用するなどの姿勢の工夫ができるように指導を行い、安全な姿勢で行為ができるようにする必要があると考えられる。

次に【床から立ち上がる】【浴槽の出入り】は、入院中に練習する機会が少ないまま退院したため、自身のバランス能力や筋力低下に気付かず、退院後に自宅環境で行った際に不自由感を感じていた可能性がある。特に急性期では入院期間が短く、リハの介入時間が限られるため、著明な麻痺がみられない軽度脳血管障害患者は生活上の動作を詳細に評価、訓練することを見落としてしまう可能性も考えられる。そのため、障害が軽度であっても床からの立ち上がりや浴槽の出入りなどの動作は、自宅の環境に近い状態で動作確認ができることが望ましいと考えられる。

その他、【15分ほど歩く】【階段の昇降】【2kgの荷物を持ち帰る】【外出がおっくうになった】は外出に関する課題である。統計的な有意性は示されていないが、LSAのレベルが高くなるにつれてばらつきが増加した結果と関係している可能性がある。長距離を歩

く、階段の昇降は体力や筋力を要求される課題で、退院1ヵ月以内では外出に対する不安があり、外出の頻度が低く、生活空間が狭小化した可能性がある。

2. 生活行為確認表と各調査項目との関係

生活行為確認表の総得点とJSS-Dの退院時得点では弱い正の相関、LSAでは弱い負の相関がみられた。JSS-Dの退院時得点でうつの可能性が高いものは、自宅生活への不安から不自由感が高くなることが予測される。また、LSAでは、空間の拡大に伴い個々のばらつきが見られ、体力や移動能力による生活行為確認表の外出に関する項目で不自由感が高くなる可能性があり、そのため相関がみられたと考えられる。

次に年齢を平均値から「高齢群」「若年群」の2群に分け各調査項目のマンホイットニーのU検定を行い、有意差が見られた項目は【生活行為確認表の合計】の項目のみであった。これは、脳血管障害を発症する以前に年齢の高齢群と若年群では日常生活の運動機能に差があり、その運動機能の差が在宅生活の生活行為にも影響を与えていたと考えられる。

これらの結果から、入院当初からADLのみでなく退院後の患者個人の生活環境や心理面の変化も見据え、運動機能や疾患への理解を促すことのほか、自宅退院後も必要な支援が提供できる体制を整えることが必要であると推察された。

3. 急性期病院で作業療法士が行う支援

自宅退院した軽度脳血管障害患者は生活行為に不自由を感じて生活をしている結果であったが、これは作業療法士が確認すべき生活行為の項目を示していると考えられる。金子¹⁹⁾は、脳卒中維持期の作業療法は、対象者が「障害を持ちつつも心理的・社会的存在としての人間の幅を拡大する」ことができるよう援助をすとしており、入院中から退院後の生活支援が重要で、継続的に支援する必要があると考えられる。急性期作業療法マネジメントにおいても、実際の作業場面での評価は難しいが工夫し一度でも作業を経験することにより、退院後の生活に自信を持つことが出来ると述べている²⁰⁾。在宅の生活は患者の個別性が高いため、同一的な介入ではなく、作業療法士の包括的な視点での支援が行われることが望ましい。今回の軽度脳血管障害の患者に対して生活行為確認表にて表出された生活行為の不自由さ、具体的には手指の筋力を要す

る作業への支援や、自宅での床からの立ち上がりや浴槽の出入りなどの身体の柔軟性、バランス機能、筋力を必要とする動作の確認や、公共交通機関の利用などの自宅から外出する方法や移動距離に関して評価し、経験し、適切な支援を行うことが重要である。また、退院後に外来リハ等を利用して、生活空間の狭小化を防ぎ、外出に関わる作業活動や社会参加に対して継続的な支援を行うことにより、退院後の健康状態や生活行為の質の向上を図ることができると考えられる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、生活行為確認表から軽度脳血管障害者の自宅退院後の生活行為において不自由を感じている行為を数値化した。が、実際に不自由を感じていると回答した項目の原因を示すことが出来なかった。この確認表を用いた調査を行うにあたり、その項目で不自由を感じる理由を同時に聴取する必要がある。また、対象者が行わない生活行為の項目があったことから、該当しない項目を「今はやっていない」か「今後もある必要がない」と分けて考える必要がある。加えて、対象者数は14名と少数であったため、今後は対象者数を増やし、研究を継続する必要がある。そして本研究は1急性期病院を退院した軽度脳血管障害者の結果であるため、複数の地域の病院でデータ収集を行い、研究の妥当性を深める必要があると考えられる。

VII. 結論

自宅退院した軽度脳血管障害患者が感じている生活行為を生活行為確認表と、LSA・JST版活動能力指標・JSS-Dの評価表を用いてその関連を調べた。その結果、軽度の軽度脳血管障害であっても自宅退院後1か月間で生活行為の不自由さを感じており、指先の筋力・操作性を要する課題、起居・階段などの基本動作と外出に関して不自由感が多くあげられていた。作業療法では入院中よりADLのみならず、指先の筋力を要する作業や物品の操作時の姿勢、基本動作の確認と身体の柔軟性、そして環境面を含め、外出する方法や移動距離を評価していく必要がある。また、必要に応じて外来リハ等を利用し生活空間の狭小化を防ぎ、外出に関わる作業活動や社会参加に対して継続的な支援体制を整えること、医療者に相談できる環境など切れ目のない

支援, サービスを提供する必要があると考えられる.

VIII. 謝 辞

本研究を行うにあたり, 協力して頂いた患者様に心より感謝申し上げます. また, 研究協力して下さった病院関係者の皆様にお礼申し上げます.

【文献】

- 1) 一般社団法人日本作業療法士協会: 作業療法白書. <https://www.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2010/08/OTwhitepepar2015.pdf> (参照2020-05-20)
- 2) 高根和希, 平澤直己, 林翔太, 他: 自宅退院した急性期病院脳卒中患者の健康QOLと身体機能およびADLに関する検討. 理学療法科学34 (5): 661-665 (2019)
- 3) 久保勝幸, 永井義樹, 三上直剛, 他: 道内脳神経外科における作業療法士に関する調査—リハビリ開始時から30日までの作業療法アプローチと経過—. 北海道作業療法23 (2), 104-115 (2006)
- 4) 脳卒中ガイドライン (追補2017) 委員会: 脳卒中治療ガイドライン2015 (追補2017). 株式会社協和企画, 90-91 (2017)
- 5) 黒田杏奈, 古川智巳, 祝あゆみ, 他: 急性期脳卒中患者における ADL の自立と 自宅退院に関連する要因の検討. 長野県作業療法士会学術誌 34, 129-133 (2016)
- 6) 一般社団法人日本作業療法士協会: 生活行為マネジメントパンフレット. <https://www.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2014/12/panflet.pdf> (参照2019-01-09)
- 7) 大庭潤平, 小林正・他: 生活行為確認表の開発—健康高齢者の生活行為の不自由感と作業ニーズの調査—. 作業療法33, 53-66 (2014)
- 8) 内閣府: 平成28年度高齢社会白書 (全体版). https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/pdf/1s2s_3_1.pdf (参照2019-01-09)
- 9) 中村元紀, 宮武慎, 直原和仁, 他: 急性期病院における「生活行為向上マネジメント」の活用—作業療法の「見える化」により, 多職種連携が促進された一事例—. 大阪作業療法ジャーナル29 (1), 9-13 (2015)
- 10) 小林幸治, 小林法一, 山田孝: 病院の作業療法で行われている脳血管障害者の心理社会面への支援を構成する要因の検討. 作業行動研究16 (4), 237-247 (2013)
- 11) 萩原晃, 高橋和宏, 藤原亜希子, 他: 急性期脳卒中自宅退院患者の抑うつと不安の調査. 理学療法群馬27, 21-25 (2016)
- 12) 杉下守弘, 逸見功, 竹内具子: 精神状態短時間検査—日本版 (MMSE-J) の妥当性と信頼性に関する再検討. 認知神経科学18 (3.4), 168-183 (2016)
- 13) 日本理学療法士協会: 介護予防事業における運動器の機能向上と生活空間等に関する調査事業E-SAS評価用紙. <http://jspt.japanpt.or.jp/esas/pdf/e-sas-s-hyouka.pdf> (参照2018-02-09)
- 14) 鈴木隆雄: JST版活動能力指標利用マニュアル https://www.jst.go.jp/ristex/pdf/korei/JST_1115090_10102752_suzuki_ER_2.pdf (参照2019-01-09)
- 15) 日本脳卒中学会Stroke Scale委員会: 日本脳卒中学会・脳卒中感情障害 (うつ・情動障害) スケール. 脳卒中25 (2), 206-214 (2003)
- 16) 八木麻衣子, 川口朋子, 吉岡了, 他: 急性期病院の脳梗塞患者における退院先の検討—自宅退院群と回復期退院群における検討—. 理学療法学39 (1), 7-13 (2012)
- 17) 久保田雅史, 山村修, 野々村忠芳, 他: 急性期脳梗塞患者の在宅支援と Berg balance scale の関係. 神経治療27 (4), 573-578 (2010)
- 18) 林有美, 山本加奈子, 川本奈津紀, 他: 在宅脳血管障害患者の外出に関わる要因. 大阪作業療法ジャーナル26 (2): 96-101 (2013)
- 19) 金子翼: 脳卒中慢性期における作業療法の有効性. OTジャーナル34, 646-654 (2000)
- 20) 小林毅: 急性期作業療法マネジメント, シームレスにつながる早期のアプローチ. 文光堂, 135-138 (2015)

(2020年10月2日受付、2020年11月26日受理)

Daily life performance of patients with mild cerebrovascular disease returning home from acute care hospital: The feeling of inconvenience and related factors

Riho HIROSE, Tamami AIDA

【Abstract】

Objective: The study aimed to examine the feeling of inconvenience in patients with mild cerebrovascular accidents (CVA) and identify relevant items using an assessment tool called “Daily Life Performance Checklist;” which assessing the feeling of inconvenience of daily life in healthy elderly people.

Methods: Patients with mild CVA who were discharged from an acute care hospital were assessed at the time of discharge from the hospital. Later each survey item was tested, using the Daily Life Performance Checklist, Life-Space-Assessment (LSA), Japan Science and Technology Agency Index of Competence, Japan Stroke Stare-Depression Scale (JSS-D), and Lifestyle Checklist.

Results: Fourteen patients responded and many of them felt that (after one month of being discharged from the acute hospital) they had a feeling of inconvenience in daily life performance. For example, they felt weakness in fingertip strength and found difficulty to accomplish other activities, such as hands operability, basic movements, and going out of their houses. There was a correlation between lifestyle behaviors and JSS-D and LSA.

Conclusion: Occupational therapists in acute care hospitals need to evaluate Activities of Daily Living and Instrumental Activities Daily Living for patients with mild CVA in the early stages of their hospitalization for a better life after discharge. In addition, after discharge from the hospital, it is necessary to provide continuous support systems and services that lead to activities and social participation.

Keywords: Acute hospital, mild cerebrovascular disease, daily life performance

Department of Occupational Therapy, Faculty of Health Sciences, Mejiro University