

茨城県立医療大学大学院博士論文

リハビリテーション病院における
成人患者とセラピスト間の目標共有に関する研究
- その現状分析と方法の有効性 -

千 田 直 人

茨城県立医療大学大学院博士後期課程保健医療科学研究科

保健医療科学専攻

2014 年 3 月

目 次

第 1 章 序論

第 1 節	研究背景	01
第 1 項	保健医療における目標共有の研究動向	01
1.1	医療の質と患者・医療者間の関係	02
1.2	Shared Decision Making の推進	02
1.3	保健医療における目標共有の課題	03
第 2 項	リハビリテーション医療における目標共有の研究動向	04
2.1	会話を基にした患者と医療者の目標共有	10
2.2	質問紙等を基にした患者と医療者の目標共有	14
2.3	リハビリテーション医療における目標共有の課題	18
第 2 節	現状の課題	20
第 3 節	目的	20
第 4 節	構成	21
第 1 項	研究構成	21
第 2 項	倫理的配慮	21

第 2 章 第 1 研究：リハビリテーション病院成人患者の目標実態 —患者の目標達成度と患者・セラピスト間の目標一致度ならびに 健康関連 QOL との関係—

第 1 節	目的	22
第 2 節	方法	22
第 1 項	対象と実施概要	22
第 2 項	調査内容	22
2.1	目標達成度	22
2.2	患者・セラピスト間の目標一致度	23
2.3	健康関連 QOL	25
第 3 項	分析	25
3.1	目標達成度と健康関連 QOL の関係	25
3.2	目標一致度と健康関連 QOL の関係	27

第3節	結果	31
第1項	目標達成度と健康関連 QOL の関係	31
1.1	退院時の目標達成度	31
1.2	退院時の目標達成度と健康関連 QOL の関係	32
1.3	退院時の目標達成度と退院後の健康関連 QOL との関係	34
第2項	目標一致度と健康関連 QOL の関係	35
2.1	入院時の目標一致度	35
2.2	退院時の目標一致度	35
2.3	退院時の目標一致度と退院後の健康関連 QOL との関係	36
第4節	考察	40
第1項	退院時の目標達成度と健康関連 QOL の関係	40
1.1	退院時の目標達成度	40
1.2	退院時の目標達成度と健康関連 QOL の関係	40
1.3	退院時の目標達成度と退院後の健康関連 QOL との関係	41
第2項	目標一致度と健康関連 QOL の関係	41
2.1	入退院時の目標一致度	41
2.2	入退院時の一致・不一致目標の特徴	42
2.3	退院時の目標一致度と退院後の健康関連 QOL との関係	42
第5節	小括	43

第3章 第2研究：リハビリテーション病院成人患者・セラピスト間における目標共有のリハビリテーション効果

第1節	目的	44
第2節	方法	44
第1項	対象と割付け	44
第2項	介入	45
第3項	測定尺度	47
第4項	分析	47
第3節	結果	48
第4節	考察	50
第1項	共有型と通常型の比較検討	50
第2項	共有型の特徴	51
第5節	小括	52

総括	53
謝辞	57
参考文献	58
資料	67
別紙 1 入院時調査票（患者用）	68
別紙 2 入院時調査票（セラピスト用）	70
別紙 3 退院時調査票（患者用）	74
別紙 4 退院時調査票（セラピスト用）	82
別紙 5 退院後 1 カ月・3 カ月調査票（患者用）	84

第 1 章 序論

第 1 節 研究背景

入院リハビリテーション医療費の医科診療費総額に対する構成割合（1 日当たり）は 4.9%（平成 24 年度）を占め、前年比では外科的治療や在宅診療と同等に 15.3%も増加している^{1,2)}。これは、地域社会における入院リハビリテーションの必要性を如実に示しており、入院リハビリテーションにおける質の高い医療および患者の Well-Being を希求する医療者の態度が社会的に求められていると言える。

医療の質の向上には、多様な医療者が各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務分担しつつも互いに連携・補完しあい、患者の状況に的確に対応した医療を提供することが必須とされている³⁾。また、医療の質の改善を図るためには、コミュニケーションや情報の共有化が重要とされ⁴⁾、患者をチームの一員として位置づける、患者中心の多職種連携の実践が求められる。更に、集団や組織を基盤とした地域社会生活には、人類の存続が為し得た原始社会から、生産性・効率性が求められる現代社会まで一貫して、複数の人が共通の達成すべき明確な目標に向けて知恵と力を合わせる、チームワークや協働^{5,6)}が不可欠である。

つまり、Well-Being を希求する地域社会生活の営みには、他者と目標を共有したチームワークが欠かせず、それは保健医療分野は基より、リハビリテーション医療における成人入院患者とセラピスト間でも同様である。患者が連携の枠組みに入ることは、患者がケアの受身的な存在ではなく、地域生活者として積極的に必要なケアを選択し、医療者とのパートナーシップの基に Well-Being を目指すことを意味しており⁷⁾、両者の協業や目標共有が質の高い医療に欠かせない要素といえる。

しかし、その現状には課題もあり、患者と医療者の目標共有は未だ十分とは言えない。そこで本節では主に、患者とリハビリテーション（以下、リハ）を担うセラピスト（以下、TH）を含む医療者との目標共有の現状と課題を明らかにする。

第 1 項 保健医療における目標共有の研究動向

質の高い医療の実現には、患者をチーム医療の一員として位置づけ、患者の心理要因を向上させる Shared Decision Making（以下、SDM）に基づいた関わりなどの患者と医療者の目標共有が重要である。

その例には、複数の異なる専門職が患者とともに、チームとしてニーズやゴールに向かって協業することであるインタープロフェッショナル・ワーク（interprofessional work；以下、IPW）⁷⁾があり、IPW のアウトカムの一つには患者満足度向上が挙げられている。これは、患者と医療者の目標共有が

患者の心理要因に関係することを示唆しているといえ、患者のデマンドの尊重と共に、医療者の専門的見地を統合させた目標設定の必要性が推察される。

SDM とは、患者と医療者が望ましい決定に向けて対話を重ね、患者の現状認識や目標・価値観を分かち合い、実施される医療に対して両者が合意に至るプロセスである⁸⁻¹⁰⁾。この患者の自己決定の保証は、患者の満足度と共に医療者の充実感につながる¹⁰⁾とされ、SDM も保健医療における患者と医療者の目標共有に求められるあり方といえる。しかし、患者・医療者間の関係や SDM の現状には課題もあり、当該領域での目標共有の動向を明らかにする。

1.1 医療の質と患者・医療者間の関係

医療の質を高めるには、健康関連 Quality of Life（以下、HR-QOL）や満足度などの患者の心理要因に配慮した医療者の関わりが求められており¹¹⁻¹⁴⁾、患者の HR-QOL や満足度の向上には、患者と医療者の良好なコミュニケーション¹⁵⁾や作業療法士（以下、OT）および理学療法士（以下、PT）等の TH による患者の同意を重視する共同作業の過程¹⁶⁾が重要とされている。また、IPW も同様であり、患者のデマンドを尊重した上で、医療者による医学的根拠を基にした助言と両者の相談による目標決定を行うことが、医療の質にとって大切な患者・医療者間の関係といえる。

更に、リハ入院患者が抱く退院後生活への不安感は少なくなく¹⁷⁾、TH には患者の健康感や自己効力感の向上に配慮した指導や、退院後のサービスの適切な活用を援助する綿密な退院計画が求められている。患者にとって設定された目標が達成されるか否かは退院後の生活を見据える上で重要な関心事であることから、TH は患者の HR-QOL の向上を目指すべく、両者で十分に検討した患者中心の目標設定を行うことが不可欠である。

しかし、リハ病院の入院時に設定された目標が退院までに十分に達成されていない現状もあり、回復期リハ病棟の入院時に設定された自宅復帰や移動能力の目標が、約 3 割の患者について退院時には変更されること¹⁸⁾や、ADL 自立度に関する目標の退院時の的中率は 6 割であること¹⁹⁾が示されている。つまり、質の高い医療を実現するためには、患者をチーム医療の一員として位置づけ、患者の心理要因の向上に努めると共に、患者・医療者間の信頼関係に基づくインフォームド・コンセント、更には両者の協業であるインフォームド・コオペレーション²⁰⁾を経た目標設定が必要といえる。

1.2 Shared Decision Making の推進

患者と医療者の協業によって患者の自己決定が促進されるインフォームド・コオペレーションと同義とされる概念に、意思決定の共有（Shared Decision Making ; SDM）がある²⁰⁾。SDM とは前述の通り、患者と医療者が望ましい決定に向けて対話を重ね、患者の現状認識や目標・価値観を分かち合い、実施される医療に対して両者が合意に至るプロセスである⁸⁻¹⁰⁾。このプロセスは、倫理的な臨床ケア実践ならびに人々の健康や QOL の最適化を目的

になされ、決定に関する満足とともに患者の内的な変化・成長を導くとされている⁹⁾。また、意思決定過程に関与する医療者の役割には次の5つが挙げられており¹⁰⁾、1) 情報収集や記録の明確な伝達、2) 患者が質問できる環境作り、3) 医療オプション選択への助言、4) 最適な意思決定に向けた交渉、5) 意思決定を強化させる援助、が医療者に求められている。

SDM の効果^{21, 22)}に関して、SDM は治療構造への患者の積極的参加を導き、そのプロセスによる目標設定が患者の動機を高め、生活の自律を促すとされている。看護分野²³⁾において患者と共に立てる看護計画が求められていることや、社会福祉学分野²⁴⁾においてケアへの自己決定権を尊重する当事者主権という概念が求められていることも、保健医療における患者・医療者間のSDM の重要性を示唆している。つまり、患者のQOLの向上には、患者・医療者間の信頼関係を高め、患者の医療選択における意思決定を医療者と共に行うSDM、ひいては目標共有が重要である。

しかし、SDM の活用には課題も指摘されており、喘息患者が吸入器を選択する際の自己決定に関する質的研究²⁵⁾では、看護師の推奨に基づく決定がなされる傾向にあることが示している。また、SDM のプロセスにおける患者・医療者間の目標や希望の分かち合いに関する詳細な方法は、未だ確立されていない¹⁹⁾ことが挙げられており、これは患者のデマンドが明確にされ、両者の目標共有が実現される方略の必要性を示唆している。

1.3 保健医療における目標共有の課題

保健医療における目標共有の課題として、入院時に設定された目標が退院までに十分に達成されていないことや、患者と医療者の協業によって為される目標設定の不十分さがある。患者と医療者の目標が共有されない理由は、症状に焦点化されすぎていることや、全ての患者に同じ目標が設定されていること²⁶⁾が指摘されており、患者が重要視する意味ある活動の顕在化が必要といえる。作業療法分野では、患者中心の臨床を妨げる要因として患者とOTの目標の不一致²⁷⁾が挙げられ、目標設定に参加できていないと認識する患者も少なくない²⁸⁾とされている。同様に、脳卒中患者の外来理学療法では、患者は運動機能の維持・改善を目標としている一方、PTは積極的な社会参加促進を目標としていることが示されている^{29, 30)}。看護分野では、看護師は患者の展望に必ずしも気づいているとは限らず、患者が退院後の積極的役割の再獲得を期待して意欲的になっていると過大評価する傾向にあり³¹⁾、看護ケアにおける意思決定に患者が参加できていない³²⁾と指摘されている。

以上より、保健医療における患者と医療者の目標共有は未だ十分とは言えない。特に、リハ入院患者の退院時の目標の達成度と患者・TH間の目標共有の程度は、患者の退院後のHR-QOLに影響を及ぼしていると推察される。また、THを含む医療者は患者にとって意味のある活動を的確に把握し、それに基づいた介入が患者のWell-Beingに寄与すると考えられる。

第2項 リハ医療における目標共有の研究動向

既述の通り，入院リハ医療費の総額に占める割合は大きく^{1,2)}，リハ医療における高い質および患者の Well-Being を希求する TH の態度が社会的に求められている。質の高いリハ医療の実現には，患者をチームの一員としたチーム医療や患者と TH の協業が求められ，特に目標設定においては，患者のデマンドの尊重と共に，TH の専門的見地を統合させて両者の意思決定を図る目標共有のプロセスが必要と推察される。

リハ医療における目標共有の研究動向の資料収集には，系統的文献検索を用いた。2013 年以前の上記基準を満たす論文を，2013 年 7 月 26 日 13 時に，医学中央雑誌 Web Ver. 5（以下，医中誌）と PubMed にて検索した。また，文献データベース（以下，文献 DB）での検索に加えて，論文を網羅的に収集するためにハンドサーチを行った。文献 DB の検索式は，下記の 5 条件を満たす論理演算子とした。なお，研究選択の適格基準として，対象とする研究は，1) 身体や神経障害を呈する成人患者へのリハ介入であること，2) 目標設定において患者と医療者の目標共有や SDM に言及していること，3) 言語が日本語か英語の原著論文であること，とした。また，除外する研究は，1) 対象患者の主な疾患が精神障害や発達障害であること，2) 患者が医療者との目標共有や SDM に言及されたりハ介入を受けていないこと，とした。

検索式の第 1 条件は，研究対象をリハビリテーションの臨床実践とするため，医中誌と PubMed の検索式をそれぞれ，「リハビリテーション AND (作業療法 OR 理学療法 OR 言語聴覚療法 OR 看護 OR 保健 OR 医療)」と

「rehabilitation AND (occupational therapy OR physical therapy OR speech therapy OR nursing OR health services)」とした。

第 2 条件は，リハ介入の対象を患者とするため，各検索式を，「患者 OR 入院患者 OR 障害者 OR クライアント OR クライエント OR 利用者 OR 当事者 OR 消費者」と「patient* OR inpatient* OR disabled OR person* OR client* OR consumer*」とした。

第 3 条件は，患者と目標を共有する対象をリハに関わる医療者とするため，各検索式を，「セラピスト OR 作業療法士 OR 理学療法士 OR 言語聴覚士 OR 看護師 OR 医師 OR 医療従事者 OR 医療専門職」と「therapist* OR occupational therapist* OR physical therapist* OR speech therapist* OR nurse* OR doctor* OR physician* OR professional* OR paramedic OR provider」とした。

第 4 条件は，リハ介入に用いる目標設定方法を患者と医療者の目標共有に言及したものとするため，各検索式を，「目標 AND (共有 OR Shared Decision Making OR 自己決定 OR ((患者 OR クライアント OR クライエント) AND 中心))」と「shared goal setting OR shared goal OR shared goals OR goal sharing OR common goal OR common goals OR (goal AND (shared decision making OR shared decision OR decision sharing OR person centered OR

client centered OR patient centered))」とした。

第5条件は、目標を共有したリハ介入の効果指標をADLかQOLとするため、各検索式を、「(生活機能 OR 日常生活 OR 活動 OR ADL OR 自立度 OR FIM OR バーサルインデックス OR Barthel Index OR 動作 OR 身体機能 OR 介護度) OR (生活の質 OR QOL OR 健康 OR 健康関連 QOL OR ウェルビーイング OR Well-Being OR 満足 OR 幸福 OR 参加)」と「(functional health OR health status indicators OR activities of daily living OR functional independence OR barthel index OR physical function OR dependent living) OR (quality of life OR attitude to health OR health related OR Well-Being OR satisfaction OR happiness OR participation)」とした。最後に各条件をAND検索した。

収集論文の研究デザインの質的評価は、Minds 医療情報サービス³³⁾や奥野³⁴⁾のエビデンスレベル分類を参考とし、systematic review、ランダム化比較対象研究（以下、RCT）、非 RCT、シングルシステムデザインを含む前向き研究（以下、cohort）、後ろ向き研究（以下、case control）、質的研究、事例研究に分類した。

リハ医療における目標共有の研究動向に関する文献 DB 検索の結果、588 編の論文が抽出された。各文献 DB の内訳は、医中誌で 421 編、PubMed で 167 編であった。その内、研究選択の適格基準に合致した 30 編を抽出した。更にそれらの参考文献から適格基準に合致する論文 11 編を追加し、最終的に 41 編を採用した。採用論文 41 編の各研究デザインの内訳は、systematic review が 2 編、RCT が 4 編、非 RCT が 2 編、cohort が 1 編、case control が 6 編、質的研究が 2 編、事例研究が 24 編であった。

41 編の論文より、患者と医療者の目標共有を高める主な目標設定方法は 19 種類が特定された。これらは患者が目標を明確化させるプロセスにおいて、会話を基にする方法と質問紙等を基にする方法の 2 つの特徴に大別され、それぞれ 10 種類と 9 種類であった。2 つの大別された方法は、患者が目標を明確化させるプロセスにおいて異なる特徴を有し、それぞれには課題も見られる（表 1, 2）。それを概観すべく、各プロセスに大別された主たる目標設定方法を展開し、リハ医療における目標共有の現状を明らかにする。

表 1. 会話を基にした目標設定方法の主な研究概要

会話を中心とした非構造的面接（6 種類）						
目標設定方法	著者	年	デザイン	対象	介入方法	結果
目標指向的 アプローチ ^{35, 36)}	上田 ³⁵⁾	2000	非 RCT	入院 脳卒中患者* (100 名)	方法：異なるプログラムを実施している 2 病院から抽出された 初期条件のほぼ等しい 50 組の患者 (matched pair) に 介入した。（頻度、各職種に関わり未記入） 介入群 (50 名)：ICF を基盤とした目標指向的アプローチ 対象群 (50 名)：訓練室運動中心アプローチ	介入群は対象群よりも有意に 最終歩行自立度が高く、入院 期間が短かった。
患者参加型 カンファレンス ^{37, 38)}	Hedberg ら ³⁷⁾	2008	質的研究	入院 脳卒中患者* (14 名)	介入：退院後に必要なケアに関する、患者と家族を含めた 多職種（看護師、社会福祉士、OT など）参加型カンファ レンスを実施した。	患者と各職種が同席するカン ファレンスを患者のデマンド 聴取の場として積極的に活用 していた。
GAS ³⁹⁻⁴³⁾	Kamioka ら ³⁹⁾	2009	system- atic review	採択論文 (72 編)	方法：介入後に予測される結果の程度について患者と TH が 介入前に話し合い、共に目標を設定した。	身体障害患者（小児や高齢者） の目標設定方法として信頼 性、妥当性、感受度を有した。
訪問リハによる 目標創出 ⁴⁴⁻⁴⁶⁾	荒ら ⁴⁵⁾	2010	事例研究	訪問 人工膝関節 置換術後関節 リウマチ患者 (1 名) -術後 5 カ月 訪問 2 か月-	方法：PT が屋内自立歩行を目的に週 2 回、2 か月間介入した後、 新たな目標に対して多職種で関わった。 介入：介護支援専門員と相談の下、OT と PT が、週 1 回ずつ、 自立入浴を目的に、自助具の作成、福祉用具の導入、 動作練習を行った。	自立入浴が可能となり、気分 や満足度が改善された。 目標達成に伴う患者の意欲 向上が、次のより具体的なデ マンドの創出につながった。
傾聴 ⁴⁷⁻⁴⁹⁾	羽田ら ⁴⁹⁾	2002	事例研究	入院 脳卒中患者 (1 名) -発症 5 カ月 入院 2 か月-	方法：積極的傾聴により患者の思いを受け止めた。 介入：抑うつやリハ拒否の強い患者に対して、4 カ月間、自宅 退院という目標を看護師が共有し、夜間の排泄や眠剤の 自己管理に介入した。	患者の精神面の安定や FIM の 改善が図られ、自宅退院が 可能となった。
共有看護計画 ^{50, 51)}	須藤ら ⁵⁰⁾	2004	case control	入院 脳卒中等患者* (30 名)	方法：看護師が患者との話し合いの下、共に計画を立案した。 分析：看護計画の立案後に、目標共有の程度を患者に質問した。	全ての患者が自身の意見を 看護計画に反映できたと認識 した。

(表 1 つづき)

医療者の質問内容の一部が構造化されている半構造的面接 (4 種類)						
目標設定方法	著者	年	デザイン	対象	介入方法	結果
ADL 表 ⁵²⁻⁵⁷⁾	近藤ら ⁵⁷⁾	2003	事例研究	入院 大腿骨頸部 骨折術後患者 (3 名) -術後 1 日-	方法 : 看護師が聴取した起居・移動能力の目標や, PT による評価等が記載できるリハビリカードを用いて, 患者が自身の ADL 自立度を客観的に把握し, ADL 上の目標を明確にした. 介入 : 疼痛によって離床に消極的な患者に対して, 病棟やリハ室でそれぞれ看護師と PT が介入した. (期間未記入)	患者の動作能力や活動意欲が向上した.
COPM ⁵⁸⁻⁶⁰⁾	Phipps ら ⁶⁰⁾	2007	非 RCT	外来 脳卒中等患者 (155 名) -平均発症期間 約 10 ヶ月-	方法 : 患者が重要視する生活上の課題を半構造化面接を通して明確にした. 介入 : 週 2 回 (1 回 45-90 分), 4-12 週間, COPM で設定されたセルフケアや家事活動等の目標に OT が介入した.	目標とした活動の遂行度と満足度が有意に向上した.
KOMI チャートシステム ⁶¹⁾	本多ら ⁶¹⁾	2004	事例研究	入院 大腿骨頸部 骨折術後患者 (2 名) -術後 2 日-	方法 : 患者の生活像を視覚的に把握し, その持てる力を明確にした. 介入 : 車いすやトイレ移乗に介助を要す患者に対して, 看護師が 10 か月間, 活動を援助した.	患者の意欲が向上し, 看護師との信頼関係が深まった.
fair process ⁶²⁾	Lorenz ら ⁶²⁾	2011	事例研究	外来 高次脳機能 障害患者 (6 名) -発症 1 年以上-	方法 : 患者の生活上の問題を, ST や支援者がカメラやビデオなどの視覚媒体で撮影し, それを患者と ST が共に見ながら患者の問題意識を高めた. 介入 : 病識の乏しさやコミュニケーション障害を有する患者に ST が介入した. (頻度, 期間未記入)	患者の課題が焦点化され, ST との目標共有が図られた.

* : 対象患者の発症からの期間が未記入な論文

表 2. 質問紙等を基にした目標設定方法の主な研究概要

質問紙を用いた患者の目標選択 (6 種類)						
目標設定方法	著者	年	デザイン	対象	介入方法	結果
RPE ⁶³⁾	Kurz ら ⁶³⁾	2008	事例研究	入院 悪性腫瘍*, 多発 性硬化症急性 増悪患者 (各 1 名) -発症 8 年 (後者)-	方法: FIM18 項目を 4 段階の自立度別にした 72 項目から, 患者 が目標とする活動とその自立度を重要な順に選択した. 介入: 選択された目標は, その目標到達予測に関して TH や看護 師等の医療者チームカンファレンスにおいて検討され, 患者と医療者の見解を交えて設定された目標に対して, OT や PT, 看護師等が毎日介入した.	改善が困難な歩行の自立を 希望する患者が, 自身の身体 状況を受け入れ, 医療者チ ームが必要と捉えた他の ADL へ の理解が深まった.
生活行為向上 マネジメント ⁶⁴⁾	日本作業 療法士協会 ⁶⁴⁾	2012	RCT	介護老人保健 施設入所 要介護 高齢患者* (93 名)	方法: 各群の設定目標に 3 ヶ月間 OT が介入した. (頻度未記入) 介入群 (48 名): 患者が重要視する生活上の課題を興味・関心 チェックシート等を用いて明確にする生活 行為向上マネジメント 対象群 (45 名): 通常プログラムの継続	介入群は対象群よりも有意に ADL 自立度や健康関連 QOL が 高かった.
OSA II ⁶⁵⁾	長谷部ら ⁶⁵⁾	2007	事例研究	訪問 脳卒中患者 (1 名) -発症 3 年-	方法: 質問紙によって患者が自身の価値ある活動を自己評価し た. 介入: 長期のひきこもり生活をしてきた患者に対して, 月 1 回, 2 年間の OT の訪問で徐々に活動への積極性を促し, 目標 の明確化のために OSA II を実施した.	機能訓練事業などによる他者 交流や家事の可能化という 明確な目標設定ができた.
PGPQ ⁶⁶⁾	Asenlöf ら ⁶⁶⁾	2005	cohort	外来 筋骨格系疼痛 患者* (2 名)	方法: 疼痛によって遂行困難な活動や改善したい活動を患者が 3 つ程度挙げ, 患者の重要な活動から目標とした. 介入: 週 1 回, 4-6 ヶ月間の認知行動療法を基盤とした PT の介 入で, 目標とした活動の遂行時に発する疼痛の自己管理 方法を指導した.	目標とされた家事や自動車運 転などの活動時の疼痛が 2 名 共に緩和された.
goal-forum intervention ⁶⁷⁾	Arnetz ら ⁶⁷⁾	2004	RCT	入院, 外来 関節リウマチ 患者* (77 名)	方法: 各群で設定された目標に PT が介入した. (期間, 頻度未記入) 介入群 (48 名): 患者と医療者が重要視する生活上の問題を目 標チェックリスト等を用いて明確にする goal-forum intervention 対象群 (45 名): 通常の PT プログラム	介入群は対象群よりも有意に ROM やバランスの目標達成度 が高く, PT 介入の質を高く 格付けした.
PPGMC ⁶⁸⁾	上岡ら ⁶⁸⁾	2010	事例研究	外来 脳卒中患者 (3 名) -平均発症期間 約 1 年-	方法: 患者と PT が重要視する生活上の課題を生活機能目標チェ ックリスト等を用いて明確にした. 介入: 週 1-2 回, 約 3 ヶ月間, 設定された目標に対して PT が介 入した.	パークゴルフや映画鑑賞, 買い物など各患者独自の生活 機能目標が設定でき, その 目標が達成された.

(表 2 つづき)

絵カード等の取捨を通した患者の目標選択 (3 種類)						
目標設定方法	著者	年	デザイン	対象	介入方法	結果
Talking Mats ^{69, 70)}	Harty ら ⁷⁰⁾	2011	case control	入院 脳卒中等患者* (12 名)	方法: コミュニケーション障害患者が絵カード化された ICF 項目の遂行度を 3 段階で判別して目標を絞った. (頻度, 期間未記入) 分析: 患者と ST, OT, PT, SW 等の各職種が判定した遂行度の一致性を用いた.	患者と各職種が共に問題視した活動は, 運動と移動, セルフケアやコミュニケーションであったのに対し, 両者の認識が異なっていた活動は, 余暇や家事であった.
ADOC ⁷¹⁻⁷³⁾	Tomori ら ⁷³⁾	2012	case control	入院や デイケア 脳卒中等患者* (100 名)	方法: iPad を用いて, イラスト化された作業場面 94 項目から患者と OT がそれぞれ, 患者にとって重要な作業を 20 項目以内で選択し, 両者で 5 つ以内の目標を決定した. 分析: ADOC の使用後に, その有用性について患者に質問した.	90%以上の患者が, ADOC を OT と意思決定の共有が可能な目標設定方法として認識した.
共有型 目標設定法 ^{74, 75)}	千田ら ⁷⁵⁾	2013	RCT	訪問, 外来 脳卒中患者 (14 名) -平均発症期間 約 2 年-	方法: 週 1-2 回 (1 回 60 分以内), 3 ヶ月間, 各群で設定された目標に OT が介入した. 介入群 (7 名): 患者にとって意味のある活動をカードを用いて抽出できる共有型目標設定法 対象群 (7 名): 通常の半構造的もしくは非構造的な面接で目標を絞る目標設定方法	介入群では目標とした活動の遂行度と満足度が有意に向上し, 対照群ではリハの満足度が有意に低下した.

* : 対象患者の発症からの期間が未記入な論文

2.1 会話を基にした患者と医療者の目標共有

会話を基に患者と医療者の目標共有を図る主たる目標設定方法（表 1）には、10 種類が特定された。これらは患者が目標を表出する過程において、更に異なる 2 つの特徴に分けられ、会話を中心とした非構造的面接と、医療者の関わりの一部が構造化されている半構造的面接であった。前者には、目標指向的アプローチ^{35,36)}、患者参加型カンファレンス^{37,38)}、Goal Attainment Scaling（以下、GAS）³⁹⁻⁴³⁾、訪問リハによる目標創出⁴⁴⁻⁴⁶⁾、傾聴⁴⁷⁻⁴⁹⁾、共有看護計画^{50,51)}の 6 種類が特定され、後者には、ADL 表⁵²⁻⁵⁷⁾、カナダ作業遂行測定（Canadian Occupational Performance Measure；以下、COPM）⁵⁸⁻⁶⁰⁾、KOMI チャートシステム⁶¹⁾、視覚媒体を活用した fair process（以下、fair process）⁶²⁾の 4 種類が該当した。次に、各特徴と課題を明らかにする。

2.1.1 会話を中心とした非構造的面接

会話を中心とした非構造的面接を通して、患者と医療者の目標共有を図るプロセスには、目標指向的アプローチ^{35,36)}、患者参加型カンファレンス^{37,38)}、GAS³⁹⁻⁴³⁾、訪問リハによる目標創出⁴⁴⁻⁴⁶⁾、傾聴⁴⁷⁻⁴⁹⁾、共有看護計画^{50,51)}の 6 種類が特定された。

リハ医療における目標設定には国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health；以下、ICF）を基にした目標指向的アプローチが広く用いられている^{35,36)}。目標指向的アプローチでは、まず患者との対話を通して、各職種が患者の心身機能や活動レベルの予後予測から個々の専門的な目標設定を行う。そして、医療者チームによる計画書作成⁷⁶⁾やカンファレンスを通して、複数の達成可能な参加レベルの主目標をチームとして構想し、医師等の計画書の説明の際に患者の選択を促す。入院脳卒中患者 100 名を対象とした目標指向的アプローチ³⁵⁾は、訓練室運動中心アプローチよりも有意に退院時の歩行自立度が高く、入院期間が短かったことが報告されている。この過程によって患者の自己決定権は尊重され、医療者チームとの目標共有が促進される。しかし ICF 活用には課題もあり、活動と参加の評価が遂行状況や可能性のみで、患者の人生における満足度や重要度など主観的側面が十分に捉えられないこと⁷⁷⁾が挙げられている。また、計画書の活用においては、患者は十分な理解を得ないまま計画書にサインを行い医療者任せの治療を受けている⁷⁸⁾ことや TH の記載内容の画一化⁷⁹⁾が指摘されている。そのため、各職種は個々の目標設定において、患者の価値観を十分に受け止めた上で計画書作成やカンファレンスに臨むことが求められる。また、計画書の説明の際には、SDM²⁰⁾を基に患者と医療者が意思決定を共有する必要性が推察される。

患者参加型カンファレンスによって、患者の意思を確認する取り組みもある^{37,38)}。入院脳卒中患者 14 名に対し、患者が参加するカンファレンスを観察調査した質的研究³⁷⁾では、各職種は患者参加型カンファレンスを患者のデマンド聴取の場として活用していることが示されている。また、目標指向的

アプローチと異なり、当該方法を多職種が同席する計画書説明の機会としている報告³⁸⁾もある。しかし、専門性の異なる各職種が同席することで会話が複雑化されることや、患者が優先すべき課題を協調の基に決定することに課題を有する。患者中心の目標設定の阻害要因は、患者と TH 間の目標の不一致であること⁸⁰⁾や、各専門職種が互いに患者にとって重要な目標に対する議論を避けていること、多職種協働に患者が不在であること^{81, 82)}が挙げられている。つまり、患者参加型カンファレンスを用いた患者と医療者の目標共有プロセスには、患者のデマンドを顕在化させる方法の検討を要す。

GAS は、小児や高齢者などの身体障害患者の目標設定方法として信頼性 (reliability)、妥当性 (validity)、感度 (sensitivity) を有しており³⁹⁾、介入後に予測される結果の程度について患者と TH が介入前に話し合い、共に目標を設定する方法である。1960 年台から精神保健分野で活用されており⁸³⁾、現在では具体的で現実的な目標に対する僅かな行動変化を捉えられること^{84, 85)}から、高齢者福祉^{40, 41)}を含めたりハ分野^{42, 43)}において広く用いられている。GAS の特徴は、患者と共に目標達成ガイドを作成する過程にあり、到達度合いが詳細に段階付けられることは、患者が将来を見通し、意欲高く自身の問題に臨むことができると推察される。しかし課題には、TH と共に患者が自身の問題を整理する過程が構造化されていないことや、変化の起こりにくい問題に焦点化されないこと⁸⁵⁾が挙げられており、患者自身が日常生活上の問題を明確化し、自己決定が促されるように GAS を用いる必要がある。

退院後の在宅生活に不安を有し、将来にむけた目標を見出し難くなっている患者にとって、訪問リハを通じた患者と TH の密な対話が、患者の目標の創出につながるとの報告⁴⁴⁻⁴⁶⁾が散見される。訪問リハを利用する人工膝関節置換術後関節リウマチ患者の事例研究⁴⁵⁾では、一つの目標達成に伴う患者の意欲向上が、より具体的な次のデマンドの表出に結びつくとされている。多職種協働が常に求められる訪問リハでは、各職種が把握した患者のデマンドを、統一された目標に統合させる関わりも重要といえ、そのプロセスによって患者と TH の信頼関係が構築されると考える。しかし、訪問リハの目的に対する患者の理解度を調査した研究では、理解度は 3 割程度である⁸⁶⁾とされ、訪問リハにおける患者と TH の目標の不一致は患者の生活意欲低下に影響する⁸⁷⁾とされている。これには、患者と TH の対話の重要性と共にその難しさが示唆されており、患者のデマンドの尊重と共に、TH の専門的見地を統合させて両者の意思決定を図る目標共有プロセスに関する方略が求められる。

上述の訪問リハ患者と同様に、脳卒中や整形疾患等の身体障害に伴う抑うつや意欲低下といった二次的な精神症状によって、自身の目標を明確化し難い患者との関わりでは、積極的な傾聴に努め、生活に即した具体的な目標設定と自由意志に基づく選択を支えることが求められている⁴⁷⁻⁴⁹⁾。抑うつやリハ拒否の強い重度身体障害を呈する発症 5 カ月の脳卒中患者に対して積極

的傾聴に努めた看護の事例研究⁴⁹⁾では、夜間の排泄や眠剤の自己管理に看護師が介入したことで、患者の精神面の安定やFIMの改善が図られ自宅退院が可能となったとの報告がある。しかし、新卒看護師は患者との目標共有を困難としていること⁸⁸⁾が示されており、患者の個別性を尊重することへの再認識や感情を適切に表現しつつ生産的な人間関係を築く感情活用⁸⁹⁾の技術が求められる。

看護分野では2000年に看護記録の開示に関するガイドライン²³⁾が定められて以降、患者と看護師が話し合いによって患者が抱く目標を聞き取り、それを基に計画立案を行う共有看護計画に関する報告が散見される^{50, 51)}。入院脳卒中等患者30名を対象とした研究⁵⁰⁾では、全ての患者が自身の意見を看護計画に反映できたと認識し、幾度となく交わされる両者の会話が信頼関係を確立させるとしている。しかし、本法に取り組む看護師の意識調査⁹⁰⁾では、患者の意見を反映できなかったとする結果も示され、看護師が問題視しても患者がそれに積極的ではないことや患者自身が問題をうまく表現できないことが推察される。

以上より、会話を中心とした非構造的な面接を通して患者のデマンドを明確にし、それを医療者の専門的見地と統合させる過程は、目標指向的アプローチ、患者参加型カンファレンス、GAS、訪問リハによる目標創出、傾聴、共有看護計画の6種類によって効果的になされているとの報告がある一方、それぞれには課題がみられ、両者の目標共有をより高めるためには、患者のデマンドの聴取における医療者の関わりの一部において構造化された方略が必要といえる。

2.1.2 医療者の関わりの一部が構造化されている半構造的面接

医療者の関わりの一部が構造化されている半構造的面接を通して、患者のデマンドを明確化し、医療者の専門的見地と統合させる目標共有プロセスには、ADL表⁵²⁻⁵⁷⁾、COPM⁵⁸⁻⁶⁰⁾、KOMIチャートシステム⁶¹⁾、fair process⁶²⁾の4種類が該当した。

このプロセスには、患者が自身のADL自立度を客観的に把握し、ADL上の目標を明確にするADL表の活用に関する報告が多い⁵²⁻⁵⁷⁾。発症後2年経過し疼痛管理のため入院した脊髄疾患患者が必要とするADLを看護師がFIM (Functional Independence Measure; 機能的自立度評価表)の測定と共に聴取した事例研究⁵⁶⁾では、各ADLの目標値と具体的な行動目標を設定することで患者の目標意識が高まり、積極的な問題解決行動が促されたとされる。また、大腿骨頸部骨折術直後患者から看護師が聴取した起居・移動能力の目標や、PTによる評価、医療者チーム(医師、看護師、PT)のカンファレンスによって得られた退院までの目標が記載できるリハビリカード⁵⁷⁾は、患者の動作能力や活動意欲向上に効果的であるとされる。このように、ADL表の活用で患者のADLに関するデマンドを明確にし、医療者との目標共有を図ることが可能といえる。しかし、入院脳卒中患者11名を対象としてADL表の

活用実態を調査した研究⁹¹⁾では、設定された ADL 目標に向かって積極的にリハに取り組めた患者は半数であったとの報告もある。これには、退院後の生活に向けて、家事や仕事などの役割活動や社会交流などの余暇活動等の ADL 以外に患者が重要視する活動にも、目標として焦点化できる方略の必要性が示唆されている。

他方、COPM⁹²⁾は、患者が重要視する活動に関する患者との半構造化面接を通して、両者の協業が促進される方法であり、OT によってその有用性が多く示されている⁵⁸⁻⁶⁰⁾。患者が重要視する活動は、セルフケアや生産活動、余暇活動の 3 領域に分けて聴取され、得られた活動の重要度や遂行度、満足度を患者が判定するプロセスによって、患者の自己洞察が促され、問題が整理される。医療者が必要と感じない活動については、患者がそれを必要とした背景についての十分な対話が求められる。発症後約 10 ヶ月の脳卒中や頭部外傷患者 155 名を対象とした外来作業療法の介入研究⁶⁰⁾では、目標とされたセルフケアや家事活動の遂行度と満足度が有意に向上した。しかし課題は、患者との面接が半構造的であるがゆえに時間がかかる⁹²⁾とされる。患者が重要視する活動の焦点化や両者の目標に齟齬が生じた際の対話においては、クライアント中心アプローチ⁹²⁾に関する医療者の十分な概念知識や、患者との協業を重視した面接技術が必要といえる。

KOMI チャートシステム⁹³⁾は、患者の心身機能レベルや生活背景の評価から、医療者が現状の生活像を視覚化できるレーダーチャートを作成し、そのチャートの提示や患者との面談によるデマンドの確認を通して、目標共有を図る方法である。これは活用した医療者のケア計画立案において一定の質が維持されることを目的に開発された⁹³⁾。大腿骨頸部骨折術直後で車いすやトイレ移乗に介助を要す患者に対して看護師が当該方法を用いた事例研究⁶¹⁾では、患者の持てる力が明確になると共に、患者の活動意欲が向上し、看護師との信頼関係が深まったと報告されている。しかし、本法は看護師による活用が多い⁹⁴⁾ものの、OT や PT 等の TH による活用や、介護福祉分野における事例の蓄積が課題といえ、介護保険におけるケアプランのように、多様な医療福祉専門職が一定の質でケア計画立案できるような検討が求められる。

上記の他、医療者の関わりの一部が構造化されている方法に、写真やビデオなどの視覚媒体を活用して、患者の問題意識を高める fair process⁶²⁾がある。発症後 1 年以上経過している病識の乏しい外来高次脳機能障害患者 6 名に対する事例研究⁶²⁾では、言語聴覚士（以下、ST）や支援者が患者の生活上の問題をカメラやビデオなどの視覚媒体で撮影し、それを患者と ST が共に見ながら患者の問題に焦点化する。これにより、患者の問題への意識が高まり、両者の目標共有が促されると報告されている。しかし、現時点の fair process に関する研究は患者の即時的な問題意識の変化を検討するに留まっており⁶²⁾、その後の生活上の問題への効果は未だ明らかとは言えない。認知機能障害を呈する患者と医療者の双方が捉える問題を共有する過程は容易ではないことから、今後の研究が期待される。

以上より、医療者の関わりの一部が構造化されている半構造的面接を通して、患者の価値観に即した多様なデマンドを把握することや、そのデマンドと医療者の専門的見地から見立てたニーズを統合させるプロセスは、ADL 表、COPM、KOMI チャートシステム、fair process の 4 種類によって効果的になされているとの報告がある一方、それぞれには課題もみられる。これには、医療者の高度な面接技術を必要十分条件とすることなく患者のデマンドが顕在化され、より構造化された方略によって両者の目標共有が促進されることが求められる。

2.2 質問紙等を基にした患者と医療者の目標共有

質問紙等を基に構造化された方法によって患者と医療者の目標共有を図る主たる目標設定（表 2）には 9 種類が特定された。これらは患者が目標を選択する過程において、更に異なる 2 つの特徴に分けられ、質問紙を用いた患者の目標選択と、絵カード等の取捨を通した患者の目標選択であった。前者には、Recovery Preference Exploration（以下、RPE）⁶³⁾、生活行為向上マネジメント⁶⁴⁾、作業に対する自己評価（The Occupational Self Assessment Version 2.1；以下、OSAⅡ）⁶⁵⁾、Patient Goal Priority Questionnaire（以下、PGPQ）⁶⁶⁾、goal-forum intervention⁶⁷⁾、チェックリスト式患者参加型目標設定法（Patient Participation Goal-setting Method using Checklist；以下、PPGMC）⁶⁸⁾の 6 種類が特定され、後者には、Talking Mats^{69, 70)}、作業選択意思決定支援ソフト（Aid for Decision-making in Occupation Choice；以下、ADOC）⁷¹⁻⁷³⁾、共有型目標設定法^{74, 75)}の 3 種類が該当した。次に、各特徴と課題を明らかにする。

2.2.1 質問紙を用いた患者の目標選択

質問紙を用いた患者の目標選択を通して、患者が自身の重要視する目標を明確にし、医療者の規準的な見解と合致させる目標共有プロセスには、RPE⁶³⁾、生活行為向上マネジメント⁶⁴⁾、OSAⅡ⁶⁵⁾、PGPQ⁶⁶⁾、goal-forum intervention⁶⁷⁾、PPGMC⁶⁸⁾の 6 種類が特定された。

RPE⁹⁵⁾は、FIM18 項目を 4 段階の自立度別にした 72 項目中から、患者が目標とする活動とその自立度レベルを重要な順に選択する方法である。RPE によって選択された目標は、その目標到達予測について TH や看護師等の医療者カンファレンスで検討され、患者の意思を尊重しつつも、医療者の見解を交えた目標が設定される。入院する悪性腫瘍患者や多発性硬化症患者を対象とした事例研究⁶³⁾では、RPE の過程における患者と医療者チームの関わりによって、改善困難な歩行の自立を希望する患者が自身の身体状況を受け入れ、医療者チームが必要と捉えた他の ADL への理解が深まったと報告されている。医療者が目標設定する際、患者の意思や心身機能レベルから、ADL に関する目標の優先度が高いと判断される状況においては、当該方法の活用が有効といえる。しかし RPE の課題は前述の ADL 表と同様に、FIM 項目以外の患

者が重要視する活動に対応を要することと推察され、患者の多様な価値観に応じうる各職種の間わりも求められる。

ADL 以外の患者が重要視する活動を目標として抽出できる方法に、近年 OT によって広く活用され始めている生活行為向上マネジメント^{96,97)}がある。本法による患者のデマンドの聴取では、興味・関心チェックシートが用いられ、家事や余暇活動等の項目から患者が興味の高い活動を選択する。医療者は患者が選択した活動について、遂行が困難な要因を ICF の観点から分析し、達成可能な目標を患者と共に設定する。介護老人保健施設入所者 93 名を対象に OT が本法を用いた研究⁶⁴⁾では、介入群は対象群よりも有意に ADL 自立度や健康関連 QOL が高かったと報告されている。本法の特徴は、患者の多様な価値観に応じたデマンドの聴取が可能な点にあり、医療者による遂行状況の分析から患者と目標を共有する一連の過程には、両者の協業が不可欠といえる。その介入効果は、対照群との比較における交互作用に統計学的な課題⁹⁶⁾が指摘されるものの、介護老人保健施設や通所リハ、医療機関において RCT による有用性が検証されている。

また OT によって開発された、質問紙を用いて患者の価値ある活動を明確化する方法には、OSA II⁹⁸⁾もある。OSA II は、人間の行動が意思、習慣化、遂行技能、環境の相互作用からなると捉えられた人間作業モデル^{99,100)}に基づく評価法であり、質問紙の回答によって患者が自身の問題を見出し、医療者がその問題の表出された生活背景を分析し、共に目標を設定する。質問項目には自身の役割や日課、義務的や願望的な活動など約 30 項目があり、患者がそれらの問題性や重要性を評価する。この過程において両者の協業が促進され、患者中心の作業療法を実践する上で有用とされている。3 年間ひきこもり生活をしていた在宅脳卒中患者に対し OT が訪問して当該方法を用いた事例研究⁶⁵⁾では、患者が前向きに対人交流や身近家事などの目標を見出す過程が報告されている。課題として、一部の質問項目の表現が曖昧¹⁰¹⁾であることから更なる再テスト信頼性の検証や質問紙の回答に応じうる認知機能が求められる。しかし、OSA II の特徴は、患者自身が問題を自己洞察する点にあり、より患者にとって重要な活動が目標として設定できると考えられる。

筋骨格系疼痛患者の外来理学療法における目標設定には、PGPQ^{39,66)}が用いられている。PGPQ は当該患者が疼痛によって遂行困難な活動や、改善したい活動を 3 つ程度挙げ、患者にとって重要な順に医療者が目標設定する方法である。患者 2 名に本法を用いた cohort 研究⁶⁶⁾では、認知行動療法を基盤とした PT の介入で活動時に発する疼痛の自己管理方法を指導した結果、目標とした家事や自動車運転などの活動時の疼痛が 2 名共に緩和された。これには、患者にとって価値のある活動が目標になることで、疼痛の自己管理や日々の運動を意欲高く臨むことができたこと⁶⁶⁾が考察されている。医療者が問題視する活動と患者のそれが異なった際の共有方法については課題があるものの、筋骨格系の疼痛によって活動が制限される患者にとって、自身の重要視する活動が目標となる本法は有効であるといえる。

関節リウマチ患者の理学療法目標の設定には、goal-forum intervention^{39, 67)}が用いられている。これは、関節リウマチ患者と PT がそれぞれ同一内容の質問紙に回答し、両者の認識を共有した上で目標を設定する。質問項目は、維持・改善したい身体の疼痛部位や動作、生活活動などであり、両者の差異が明確になるよう同一書式となっている。最終的に両者の協業の基に優先すべき 3 つの目標が設定される。入院や外来理学療法を受ける関節リウマチ患者 77 名を対象とした研究⁶⁷⁾では、介入群は対象群よりも有意に ROM やバランスの目標達成度が高く、PT 介入の質を高く格付けすることが、RCT によって報告されている。本法の特徴は、患者と PT の両者が質問紙に回答する点にあり、目標に対する認識の差異が明らかとなりやすいといえる。これは、運動器の維持・改善が目標の一つである本邦の介護保険のデイサービス等における、他の専門職の目標設定においても活用できると推察される。

goal-forum intervention と同様に、患者と PT が同一書式の質問紙で目標を明確化する方法に PPGMC⁶⁸⁾がある。PPGMC は、外来理学療法における脳卒中患者の目標設定に開発された。質問項目は、身体機能や運動・移動、セルフケア、家庭・社会生活等の 60 項目からなり、患者と PT のそれぞれが重要な目標を 3 つ選択する。両者はそれぞれの項目選択理由を話し合い、PT が専門的見地から達成困難と予測する活動には、患者の意思を尊重し、両者の協業の下、新たな目標が設定される。平均発症期間約 1 年の外来脳卒中患者 3 名を対象に PPGMC で設定された目標に PT が介入した事例研究⁶⁸⁾では、パークゴルフや映画鑑賞、買い物など各患者独自の生活機能目標が設定でき、その目標が達成された。本法の特徴は、前述の生活行為向上マネジメントのように、生活に関わる多くの幅広い項目から目標を選択でき、患者の多様な価値観に応じたデマンドの聴取が可能な点にある。また、患者と医療者が目標を共有する際の話し合いでは、構造化が容易ではない両者の協業プロセスを可能化させる。本法の課題には、事例の蓄積や従来方法との比較検討⁶⁸⁾があり、より質の高い研究デザインで有用性を検討することが求められるものの、他の疾患患者や医療者による活用も見込まれる。

以上より、質問紙を用いた患者の目標選択を通して、患者が自身の重要視する目標を明確にし、医療者の規準的な見解と合致させる目標共有プロセスは、RPE、生活行為向上マネジメント、OSA II、PGPQ、goal-forum intervention、PPGMC の 6 種類によって実践されている。その実践においては、介入効果をより質の高い研究デザインで検討することが必要といえ、今後の研究が期待される。

2.2.2 絵カード等の取捨を通した患者の目標選択

絵カード等の取捨を通した患者の目標選択において、患者が自身の重要視する目標を明確にし、患者と医療者の目標共有を図るプロセスには、Talking Mats^{69, 70)}、ADOC⁷¹⁻⁷³⁾、共有型目標設定法^{74, 75)}の 3 種類が該当した。

Talking Mats^{69, 70)}は、失語症患者等のコミュニケーション障害を呈する患

者のデマンドを明確化させるために、STによって開発された。Talking Matsには、ICF活動と参加の9領域と各領域に属する生活活動がイラスト化された絵カードを用いる。患者はまず活動と参加の9領域の絵カードについて、その遂行度を3段階で振り分け、次に、遂行度が低い領域の生活活動について同様に3段階で分けて、できていない活動を絞る。外来言語療法を行う脳卒中患者に対して本法で目標を絞りSTが介入した事例研究⁶⁹⁾では、患者の遂行度の低い活動が減少したと報告されている。また、入院する12名の脳卒中等患者やST、OT、PT、SWなどの各職種がTalking Matsを用いて患者の遂行上問題となっている活動を調査した研究⁷⁰⁾では、患者と各職種が共に問題視した活動は、運動と移動、セルフケアやコミュニケーションであったのに対し、両者の認識が異なっていた活動は余暇や家事であった。本法は、患者が絞った問題視している活動と、各職種が専門的見地から必要とする活動を統合させる関わりにおいて検討を要すものの、デマンドの言語表出が困難な認知機能障害を呈する患者の主観的側面を捉えられる方法として活用できる。

上記と同様に、様々な活動がイラスト化された項目を、患者が自身の価値観に基づいて取捨選択する方法に、OTが開発したADOC⁷¹⁻⁷³⁾がある。ADOCにはiPadが用いられ、患者は自身にとって重要な活動を94項目から20項目以内で選択し、それらの重要度の判定からより価値の高い活動を絞り込む。OTも同様に活動を絞り、各々が選択した活動を照らし合わせながら、介入すべき活動を決定する。ADOCの有用性は、失語症⁷¹⁾や認知症患者⁷²⁾に対して確認されている他、入院やデイケアの脳卒中等患者100名を対象にADOCを用いた研究⁷³⁾では、90%以上の患者が当該方法をOTと意思決定の共有が可能な目標設定方法として認識した。臨床活用においては、作業療法の専門的理論を必ずしも必要としない⁷¹⁾ことから、他の職種による利用も可能な目標設定方法といえるものの、今後は対照群を設定した比較試験における有用性の検討が求められる。

最後に、患者にとって重要な活動をカードの取捨で明確にする共有型目標設定法^{74, 75)}がある。これは、ICF活動と参加から抽出された47項目の活動名が記されたカードを用い、患者自らその遂行度と重要度を判定し、できていないが重要な活動を絞り込む。そしてTHによる医学的根拠を基にした助言と両者の相談によって目標を決定する。在宅脳卒中患者14名を対象にOTが本法を用いた研究⁷⁵⁾では、介入群では目標とした活動の遂行度と満足度が有意に向上し、通常方法で目標設定した対照群ではリハの満足度が有意に低下したとRCTで報告されている。患者の疾患や医療者の専門性など適用対象の偏りが課題であるものの、本法の特徴であるカードの取捨による目標選択は、患者が自身の問題を整理し、目標すべき活動を自己決定できると共に、作業がもたらす共有体験によって患者と医療者の協業を促進させると推察される。

以上より、絵カード等の取捨を通した患者の目標選択において、患者が自

身の重要視する目標を明確にするプロセスは、Talking Mats, ADOC, 共有型目標設定法の3種類によってなされ、カードの取捨による目標選択は、患者が自身の問題を整理し、より自己決定が促される方法といえる。特に認知機能障害によって自身のデマンドを表出し難い患者と医療者との目標共有に活用できる可能性が示唆される。

2.3 リハ医療における目標共有の課題

リハ医療において、患者と医療者の目標共有を高める目標設定方法は、患者が目標を明確化させる過程の特徴において、会話を基にする方法と質問紙等を基にする方法の2つに大別された。更に、それぞれは方法の差異から、会話を中心とした非構造的面接と医療者の関わりの一部が構造化されている半構造的面接、ならびに質問紙を用いた患者の目標選択と絵カード等の取捨を通した患者の目標選択に分けられた。各々は患者のデマンドを顕在化させる目標共有プロセスや、対象患者の適用疾患、活用する医療者の専門性、研究デザインの質的評価において特徴的に用いられていた。

会話を中心とした非構造的面接が用いられている目標設定方法には、目標指向的アプローチ、患者参加型カンファレンス、GAS、訪問リハによる目標創出、傾聴、共有看護計画の6種類が特定された。目標指向的アプローチは、各職種が患者との対話を通して個々の専門的な目標設定を行った後に、医療者チームとしての主目標を構想し、患者の選択を促すため、各職種は個々の目標設定において、患者の価値観を十分に受け止めることが求められる。患者参加型カンファレンスは、その場において各職種が患者のデマンド聴取するため、専門性の異なる職種が同席する場において患者が優先すべき課題を各職種が協調して決定することが求められる。GASは、目標達成予測によって患者が意欲高く自身の問題に臨むことができる。在宅生活の不安や身体障害に伴う精神症状によって目標を見出し難くなっている患者には、訪問リハを通したTHの関わりや積極的な傾聴が目標の創出につながる。患者・看護師間の目標設定には共有看護計画が有効である。

また、医療者の関わりの一部が構造化されている半構造的面接に該当するのは、ADL表、COPM、KOMIチャートシステム、fair processの4種類であった。ADL表は患者が自身のADL自立度を客観的に把握でき、COPMやKOMIチャートシステムは患者が重要視する活動を医療者が多面的に捉えられる。fair processは病識の乏しい高次脳機能障害患者の目標設定において有効である。

これらには、患者の価値観に即して多様なデマンドを把握することや、そのデマンドと医療者の専門的見地から見立てたニーズを統合させるプロセスにおいて有効性が示されている。一方で、医療者の高度な面接技術を必要十分条件とすることなく患者のデマンドが顕在化され、より構造化された方略によって両者の目標共有が促進されることが求められる。

他方、質問紙を基に構造化された方法によって患者が目標を選択する方法

には、RPE、生活行為向上マネジメント、OSAⅡ、PGPQ、goal-forum intervention、PPGMCの6種類が特定された。RPEはADL目標の優先度が高い患者に有効で、生活行為向上マネジメントは患者の多様な価値観に応じたデマンドの聴取が可能である。OSAⅡは患者自身が問題を自己洞察できる。PGPQ、goal-forum intervention、PPGMCはそれぞれ、筋骨格系疼痛患者、関節リウマチ患者、脳卒中患者の理学療法目標の設定において有効である。

また、絵カード等の取捨を通した患者の目標選択に該当するのは、Talking Mats、ADOC、共有型目標設定法の3種類であった。Talking MatsやADOCは認知機能障害を呈する患者の主観的側面を捉えられ、共有型目標設定法を含めたカードの取捨による目標選択は、患者が自身の問題を整理でき、より自己決定が促されると推察される。

これらには、患者が自身にとって重要な活動を明確にし、医療者の規準的な見解と合致させる目標共有を構造化された方法で行いうることが示されている。その有効性は今後より質の高い研究デザインで検討することが求められるものの、患者の疾患や病期、医療者の専門性に応じて目標設定方法を選択できる可能性が示唆された。

以上より、リハ医療における患者と医療者との目標共有には、患者にとって意味のある活動と医療者の専門的見地を統合させうる目標設定方法が必要といえ、その介入効果を適用疾患が限定されることなく、より質の高い研究デザインで検討することが求められる。

第2節 現状の課題

リハ医療における高い質や患者の地域生活における Well-Being を希求する TH の態度が社会的に求められている昨今、その実現には、患者をチーム医療の一員として位置づけることや患者と TH が共に意思決定を行うことが求められる。特に目標設定においては、患者のデマンドの尊重は基より、TH の規準的な見解と統合させて両者の意思決定を図る目標共有のプロセスが必要といえる。

しかし、リハ病院における成人患者と TH 間の目標共有の課題には、入院時に設定された目標が退院までに十分に達成されていないことや、患者と医療者の協業によって為される目標設定の不十分さがある。患者にとって設定された目標が達成されるか否かは退院後の生活を見据える上で重要な関心事であることから、TH は患者の心理要因の向上を目指すべく、両者で十分に検討した患者中心の目標設定を行うことが不可欠である。また、退院時の目標の達成度や患者・TH 間の目標共有の程度は、患者の退院後の HR-QOL に影響を及ぼすと推察されることから、TH には患者との目標共有に基づく協業を主体とした介入が求められる。

両者の目標共有を高める目標設定方法は、患者が目標を明確化させる過程の特徴において、会話を基にする方法と質問紙等を基にする方法の2つに大別され、更にそれぞれは方法の差異から、会話を中心とした非構造的面接と医療者の関わりの一部が構造化されている半構造的面接、ならびに質問紙を用いた患者の目標選択と絵カード等の取捨を通した患者の目標選択に分けられる。また、各々は患者のデマンドを顕在化させる目標共有プロセスや、対象患者の適用疾患、活用する医療者の専門性、研究デザインの質的評価において多様な特徴を有している。

しかし、リハ病院における成人患者と TH 間の目標を効果的に共有できる方法は未だ十分に確立されているとは言えず、両者の目標共有が患者の退院時のリハ効果や退院後の HR-QOL に与える影響は、国内外において明かにされていない。リハ医療における患者・TH 間の目標共有には、意思決定を共有するパートナーシップが不可欠なだけに、患者にとって意味のある活動と TH の専門的見地を統合させうる目標設定方法が必要といえ、その介入効果を適用疾患が限定されることなく、より質の高い研究デザインで検討することが求められる。

第3節 目的

リハ病院における成人患者と TH 間の目標共有がリハ効果にいかなる影響を及ぼすかを明らかにする。

第 4 節 構成

第 1 項 研究構成

本研究は、以下の 2 つの研究によって構成される。

第 1 研究：リハ病院成人患者の目標実態

—患者の目標達成度と患者・TH 間の目標一致度ならびに HR-QOL
との関係—

第 2 研究：リハ病院成人患者・TH 間における目標共有のリハ効果

第 2 項 倫理的配慮

本研究は、茨城県立医療大学倫理委員会の承認(番号 368, H21 年; 番号 445, H23 年)を得た後、対象者に研究の説明と同意を得てから実施した。なお本研究は、平成 21～23 年度茨城県立医療大学地域貢献研究「長期的な地域在宅生活の継続を目指したリハビリテーション医療に関する研究」の一部である。

第2章 第1研究

リハ病院成人患者の目標実態

—患者の目標達成度と患者・TH間の目標一致度ならびに HR-QOL との関係—

第1節 目的

リハ病院における成人患者の目標実態を、患者の目標達成度と患者・TH間の目標一致度ならびに HR-QOL の退院後追跡調査から検証する。

第2節 方法

第1項 対象と実施概要

2009年4月から2011年8月までに、茨城県のリハ医療の中核施設¹⁰²⁾であるA病院に入院した全ての成人患者(540名)の内、同意の得られた者(281名, 同意率52%)と担当TH(OT19名, PT17名)を対象に、質問紙調査を実施した。調査は4時点で実施され、入院時、退院時、退院後1ヶ月および退院後3カ月であった。入院時と退院時は自記式質問紙調査とし、患者とTHに対しそれぞれ対面と留め置きにて実施した(別紙1-4)。退院後調査は患者のみに郵送式で行われた(別紙5)。入院時調査は入院より数週間経過した初期カンファレンス後になされ、退院時調査は退院前の約1週間内に実施された。

なお、本研究におけるリハ病院とは回復期リハビリテーション病棟や障害者施設等一般病棟を有する病院とし、成人患者とは疾患別リハビリテーション料の算定対象となる疾患を有する18歳以上の者と定義した。

第2項 調査内容

2.1 目標達成度

目標達成度は、Goal Attainment Scaling (GAS)⁸³⁾に準じて用いた。GASは、身体障害患者の目標設定方法として信頼性、妥当性、感度を有しており³⁹⁾、介入後に予測される結果の程度について患者とTHが介入前に話し合い、共に目標を設定する方法である。本研究では、入院時にTHが退院までの目標到達予測を5段階で設定し(別紙2の質問番号2)、その達成度を患者が退院時に回答する過程をとった(別紙3の質問番号3)。THが患者ごとに設定した各目標の到達予測は、「1~5」の5段階で構成され、「1」を「入院時の患者の状況」、「2」を「予測より低い目標」、「3」を「予測された退院までの目標」とし、「4-5」を「予測より高い目標」とした(表3)。すなわち、退院時の患者の状況が、予測された目標「3」、もしくはそれ以上「4-5」に達していれば「達成」となり、入院時の状況のまま「1」、もしくは予測より低い段階「2」であれば「未達成」と解釈するスケールである。

表 3 入院時における目標到達予測と退院時の達成度

目標到達予測	OT 目標例（食事の準備）	達成度
1:入院時の状況	1:中等度の身体努力と、僅かな介助で行う	未達成
2:予測よりやや低い	2:軽度の身体努力と、僅かな介助で行う	未達成
3:予測された目標	3:軽度の身体努力で、一人で行う	達成
4:予測よりやや高い	4:身体努力なく、一人で行う	達成
5:予測より高い	5:受傷前と同様に行う	達成

2.2 患者・TH間の目標一致度

入院時と退院時において、それぞれ退院までと退院後3カ月までに重要視する上位3項目の目標を、患者（別紙1と別紙3の質問番号4）とTH（別紙2の質問番号1と別紙4）の両者に調査した。質問紙は、ICFの「活動と参加」の項目から抽出した9領域34項目で構成した（表4）。項目以外で重要視している目標は自由記述とした。質問紙の作成は、主に研究協力者ら2名（リハビリテーション修士を有するOTとPT各1名）が行い、A病院に所属する複数のリハ関連職者（医師1名、看護師1名、OT2名、PT3名、ソーシャルワーカー1名）の合議で決定した。

目標一致度は、患者とTHのそれぞれが重要視する上位3項目の目標の内、両者で一致した項目数によって算出した。すなわち、OTまたはPTのみの担当の場合は、一致度が $0/3 - 3/3$ とし、OTとPTの両担当の場合は、 $0/6 - 6/6$ とした。

表 4 目標一致度の調査項目

セルフケア		家庭生活	
☐ 1	入浴、シャワー、洗面	☐ 18	買い物
☐ 2	歯磨き、爪きり、整髪、髭剃り、化粧、義歯の手入れ	☐ 19-1	食事の準備・後片付け
☐ 3	排尿、排便、生理のケア	☐ 19-2	洗濯、掃除、ごみ捨てなど
☐ 4	衣服、靴下、靴、装具などの着脱	☐ 20-1	縫い物、アイロン、植物・動物の世話
☐ 5	食べること、はし・フォークなどの使用、ふた・袋を開ける	☐ 20-2	家族の世話や援助など
☐ 6	飲み物・薬を飲む、ビン・缶を開ける、コップ・ストローの使用	対人関係	
☐ 7	体温や明かりへの配慮、食事や体調の管理	☐ 21	人の気持ちに対する適切な対応、感情コントロール、社会ルールに従う
運動・移動		☐ 22	家族、友人、異性、職場・学校の人との関係を作り、保つ
☐ 8-1	寝起き、立ち座りなどの動作	主要な生活領域	
☐ 8-2	座位・立位の保持	☐ 23	教育機関で学ぶ（高等学校、大学、職業訓練など）
☐ 8-3	ベッド・椅子などへの乗り移り	☐ 24	仕事（報酬あり・報酬なし）、職探し
☐ 9-1	物を持って運ぶ	☐ 25	金銭管理（貯蓄、資産管理・運用等）
☐ 9-2	手の使用（つまむ、握る、手を伸ばす、ドアの把手を回すなど）	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	
☐ 10	歩行と移動（屋内の移動、屋外の移動、段差・階段の昇り降り、走る、車いす等を使った移動など）	☐ 26	社会生活上の集まりへの参加（式典、冠婚葬祭、諸団体、サークルなど）
☐ 11	公共交通機関の利用、自動車・自転車などの運転	☐ 27	余暇活動（趣味、スポーツ、人との交流、遊びなど）
コミュニケーション		☐ 28	宗教的な活動（仏壇や神棚の世話、お墓・寺院・教会などを訪れる）
☐ 12	理解する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	☐ 29	自己決定を行う、人権の享受
☐ 13	表出する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	☐ 30	選挙など社会・政治的活動に関与する
☐ 14	電話、パソコンなどの利用	一般的な課題と要求	
学習と知識の応用		☐ 31	1つの課題を成し遂げる
☐ 15	注意して見る、聞く、味わう、感じる	☐ 32	複数の課題を成し遂げる
☐ 16	読み、書き、計算、技能習得	☐ 33	日課の管理と達成
☐ 17	集中、思考、問題解決、意思決定	☐ 34	ストレス・危機などへの対処
		その他の目標	
		☐ 35	
		☐ 36	
重要な目標 : 1 位 () 2 位 () 3 位 ()			

2.3 HR-QOL

HR-QOL は，退院時と退院後 1 カ月，3 カ月において患者に調査され，その測定には，包括的な健康感尺度である 8-Item Short-Form Health Survey（以下，SF-8）が使用された（別紙 3 の質問番号 2 と別紙 5 の質問番号 13）。SF-8 は高い信頼性と妥当性を有し，日本で広く使用されている HR-QOL 尺度の一つである¹⁰³⁾。SF-8 は身体機能，日常役割機能（身体），体の痛み，全体的健康感，活力，社会生活機能，日常役割機能（精神），心の健康の 8 下位尺度及び身体的健康感と精神的健康感の 2 つのサマリースコアで構成されている。サマリースコアは，8 下位尺度の得点を基に算出され，それぞれ身体的な側面における QOL と精神的な側面における QOL として評価される。得点の算出は，国民標準値に基づくスコアリングによって行われ，日本人国民標準値が 50 点，その標準偏差が 10 点として標準化される。それぞれの点数は，より高いほど健康状態が良いことを意味する。

第 3 項 分析

3.1 目標達成度と HR-QOL の関係

3.1.1 分析対象

3.1.1.1 調査期別回答者数

目標達成度と HR-QOL の調査期別回答者数を表 5 と図 1 に示した。研究同意者 281 名の内，退院時の目標達成度と退院時・退院後の HR-QOL に関する調査項目について，患者と TH の両者が対応した有効回答者は，退院時，退院後 1 カ月および 3 カ月でそれぞれ，56 名，30 名および 24 名であった。退院時の回答率が 20% となった主な理由には，目標到達予測に関する TH の回答数があつた。

表 5 調査期別の目標達成度と HR-QOL の有効回答者数（回答率）

退院時	56/281 (20%)
退院後 1 カ月	30/ 56 (54%)
退院後 3 カ月	24/ 30 (80%)

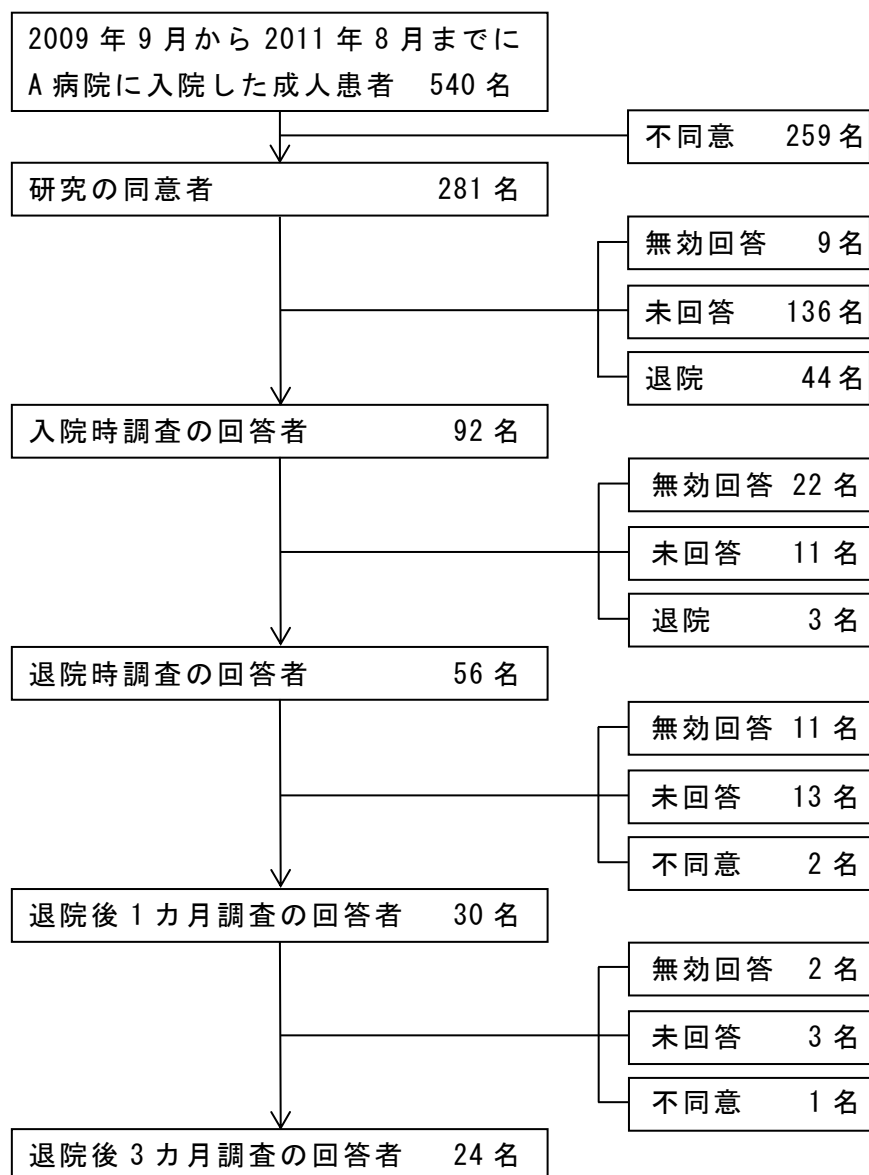


図1 対象者の流れ

3.1.1.2 分析対象者の属性

退院時の目標達成度と HR-QOL に関する調査項目（別紙2の質問番号2と別紙3の質問番号2, 3）について，患者と TH の両者が対応した有効回答者56名の属性を表6に示した。

また，退院時の目標達成度と退院後3カ月の HR-QOL（別紙2の質問番号2と別紙3の質問番号3，別紙5の質問番号14）に関する調査項目について，患者と TH の両者が対応した有効回答者24名の属性を表7に示した。

表 6 退院時の目標達成度と HR-QOL に関する分析対象者

分析対象		患者* (N=56)
性別	(人)	男 38, 女 18
疾患	(人)	脳血管疾患 38, 脊髄損傷 10, 他 8
年齢	(歳)	62.3±16.1
入院期間	(日)	116.5±36.8
退院時 FIM	(点)	110.1±14.6

* 患者と TH の両者が対応した有効回答者

表 7 退院時の目標達成度と退院後 3 カ月の HR-QOL に関する分析対象者

分析対象		患者* (N=24)
性別	(人)	男 15, 女 9
疾患	(人)	脳血管疾患 15, 脊髄損傷 4, 他 5
年齢	(歳)	60.9±16.4
入院期間	(日)	102.3±59.3
退院時 FIM	(点)	113.9±11.8

* 患者と TH の両者が対応した有効回答者

3.1.2 分析方法

目標達成度の分析には記述統計を用い、HR-QOL との関係には相関関係の検定(Pearson 積率法による相関分析)及び T 検定、 χ^2 検定を用いた。いずれも SPSS Statistics 19 を用い、有意水準 5%未満を有意差ありと判定した。

3.2 目標一致度と HR-QOL の関係

3.2.1 分析対象

3.2.1.1 調査期別回答者数

目標一致度と HR-QOL の調査期別回答者数を表 8 に示した。研究同意者 281 名の内、入退院時の目標一致度と退院時・退院後の HR-QOL に関する調査項目について、患者と TH の両者が対応した有効回答者は、入院時、退院時、退院後 1 カ月および 3 カ月でそれぞれ、186 名、113 名、74 名および 49 名であった。

表 8 調査期別の目標一致度と HR-QOL の有効回答者数（回答率）

入院時	186/281 (66%)
退院時	113/186 (61%)
退院後 1 カ月	74/113 (65%)
退院後 3 カ月	49/ 74 (66%)

3.2.1.2 2 群に振り分ける方法

退院時の患者・TH 間の目標一致度と退院後の HR-QOL の関係（別紙 3 の質問番号 2, 4 と別紙 4）について、 2×3 の分散分析を用いて分析するため、退院時の目標一致度を基に対象者を 2 群に振り分けた。退院時の目標一致度を表 9 に示した。退院時の有効回答者 113 名における、目標一致度の全体の中央値が 33%（一致項目数 $2_{/6}$ もしくは $1_{/3}$ ）であることから、それより高い一致度である 50%（一致項目数 $3_{/6}$ ）以上を目標一致群とし、一致度 33% 以下を目標不一致群として群分けした。

表 9 退院時の目標一致度

一致度	一致 項目数	PT/OT 両担当		一致 項目数	OT のみ		PT のみ		全体（計）	
		N	N%		N	N%	N	N%	N	N%
100%	($6_{/6}$)	0	0.0	($3_{/3}$)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
83%	($5_{/6}$)	2	4.1	—	—	—	—	—	2	1.8
67%	($4_{/6}$)	2	4.1	($2_{/3}$)	0	0.0	9	21.4	11	9.7
50%	($3_{/6}$)	4	8.2	—	—	—	—	—	4	3.5
33%	($2_{/6}$)	14	28.6	($1_{/3}$)	14	63.6	15	35.7	43	38.1
17%	($1_{/6}$)	17	34.7	—	—	—	—	—	17	15.1
0%	($0_{/6}$)	10	20.4	($0_{/3}$)	8	36.4	18	49.2	36	31.9
Mean±SD		25.5±20.1			21.2±16.4		26.2±26.1		24.9±22.2	
中央値		17%			33%		33%		33%	

OT/PT 両担当（N=49）， OT のみ（N=22）， PT のみ（N=42）， 全体（N=113）

網かけ：一致群 網かけなし：不一致群

3.2.1.3 分析対象者の属性

退院時の有効回答者 113 名の内、退院後 3 カ月まで追跡できた 49 名（一致群 12 名，不一致群 37 名）を分析対象者とし，これまでの流れとその属性をそれぞれ図 2 と表 10 に示した。FIM に群間差が認められ，一致群の方が不一致群より自立度が高かった。その他に，2 群間の有意差は認められなかった。

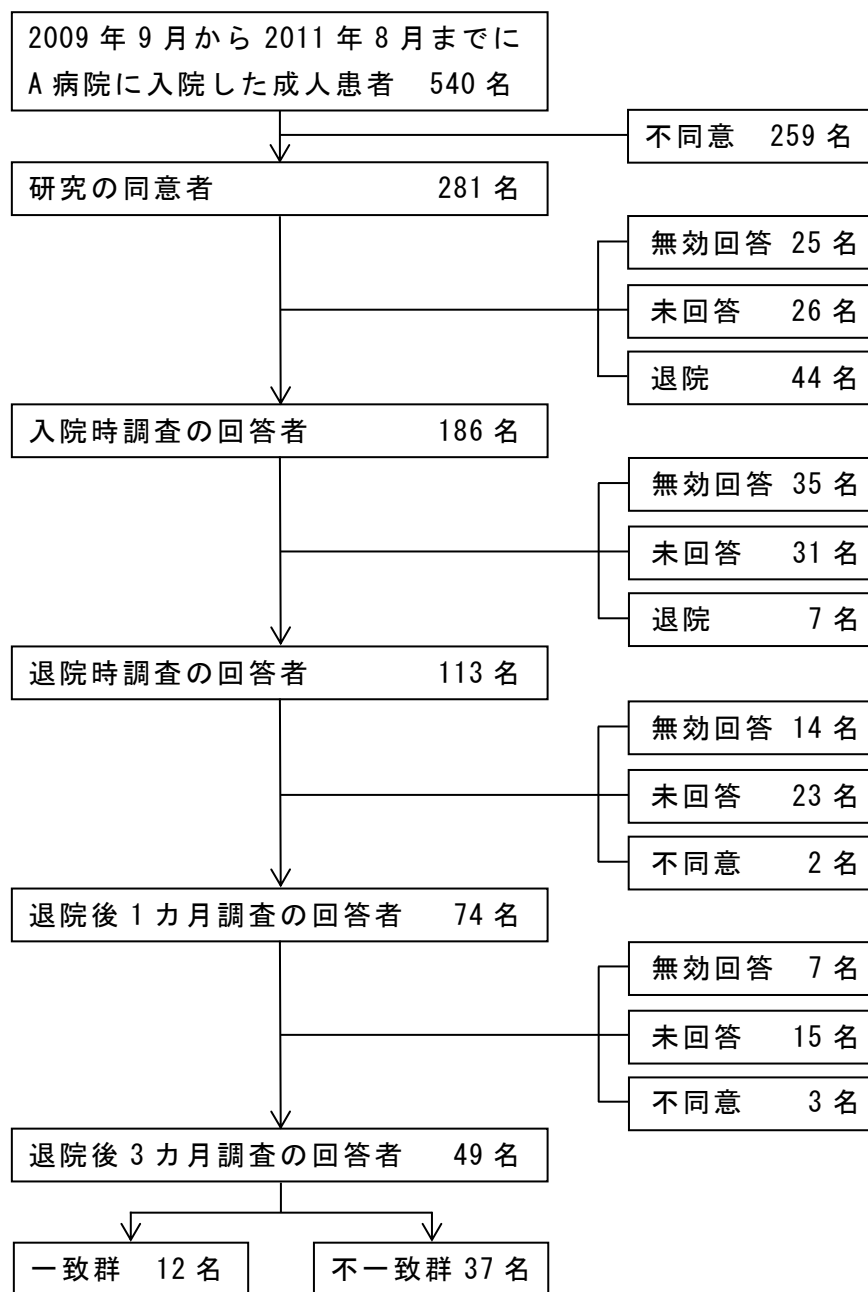


図 2 対象者の流れ

表 10 目標一致度と HR-QOL の関係の分析対象者

	一致群 (N=12)	不一致群 (N=37)	P
年齢 (歳)	54.3±17.1	58.5±16.6	NS
性別			
男性	8 名 (66.7)	23 名 (62.2)	NS
女性	4 名 (33.3)	14 名 (37.8)	
疾患			
脳血管疾患	6 名 (50.0)	18 名 (48.6)	NS
脊髄疾患	2 名 (16.7)	10 名 (27.0)	
骨・関節疾患	4 名 (33.3)	4 名 (10.8)	
その他	0 名 (0.0)	5 名 (13.5)	
入院期間 (日)	96.6±58.9	98.4±50.7	NS
家族構成			
単身	3 名 (25.0)	3 名 (8.1)	NS
配偶者	4 名 (33.3)	10 名 (27.0)	
配偶者と子	2 名 (16.7)	9 名 (24.3)	
2 世帯	2 名 (16.7)	12 名 (32.4)	
その他	1 名 (8.3)	3 名 (8.1)	
居住場所			
自宅	12 名 (100)	37 名 (100)	NS
施設	0 名 (0)	0 名 (0)	
退院時 FIM (点)	123.7±2.9	111.1±16.4	.001
介護度			
利用なし	9 名 (75.0)	26 名 (70.3)	NS
要支援	2 名 (16.7)	2 名 (5.4)	
要介護 1.2	1 名 (8.3)	5 名 (13.5)	
要介護 3.4	0 名 (0.0)	4 名 (10.8)	
利用サービス			
利用なし	7 名 (58.3)	18 名 (48.6)	NS
通所介護・リハ	1 名 (8.3)	3 名 (8.1)	
外来 OT・PT	1 名 (8.3)	7 名 (18.9)	
その他	3 名 (25.0)	9 名 (24.3)	
TH 経験年数 (年目)			
OT	4.9±2.7	6.1±2.7	NS
PT	5.9±1.6	5.7±3.1	

性別と疾患は χ^2 検定, その他は T 検定, () 内は%, mean±SD

3.2.2 分析方法

目標一致度の分析には記述統計を用い、2 群間の HR-QOL 変化には T 検定を用いた。また、退院時の目標一致度と退院後の HR-QOL の関係を分析するため、SF-8 を従属変数、目標一致度(一致群・不一致群)と期間(退院時・退院後 1 カ月・退院後 3 カ月)を独立変数、群間差のあった FIM を共変量とした 2×3 の分散分析を行った。分析には SPSS Statistics 19 を用い、有意水準 5%未満を有意差ありと判定した。

第 3 節 結果

第 1 項 目標達成度と HR-QOL の関係

1.1 退院時の目標達成度

入院時に TH に設定された目標の退院時の達成・未達成率を図 3 に示した。患者 56 名に設定された目標の延べ数 139 個の内、達成された目標 (GAS の 5 点満点中 3 点以上) は 103 個 (74.1%) であり、主にセルフケアの排泄や更衣、運動・移動の歩行や移乗、家庭生活の料理や買い物、ならびに仕事といった内容であった。一方、未達成の目標 (5 点満点中 2 点以下) は 36 個 (25.9%) であり、主に運動・移動の手の使用や姿勢保持といった内容であった。

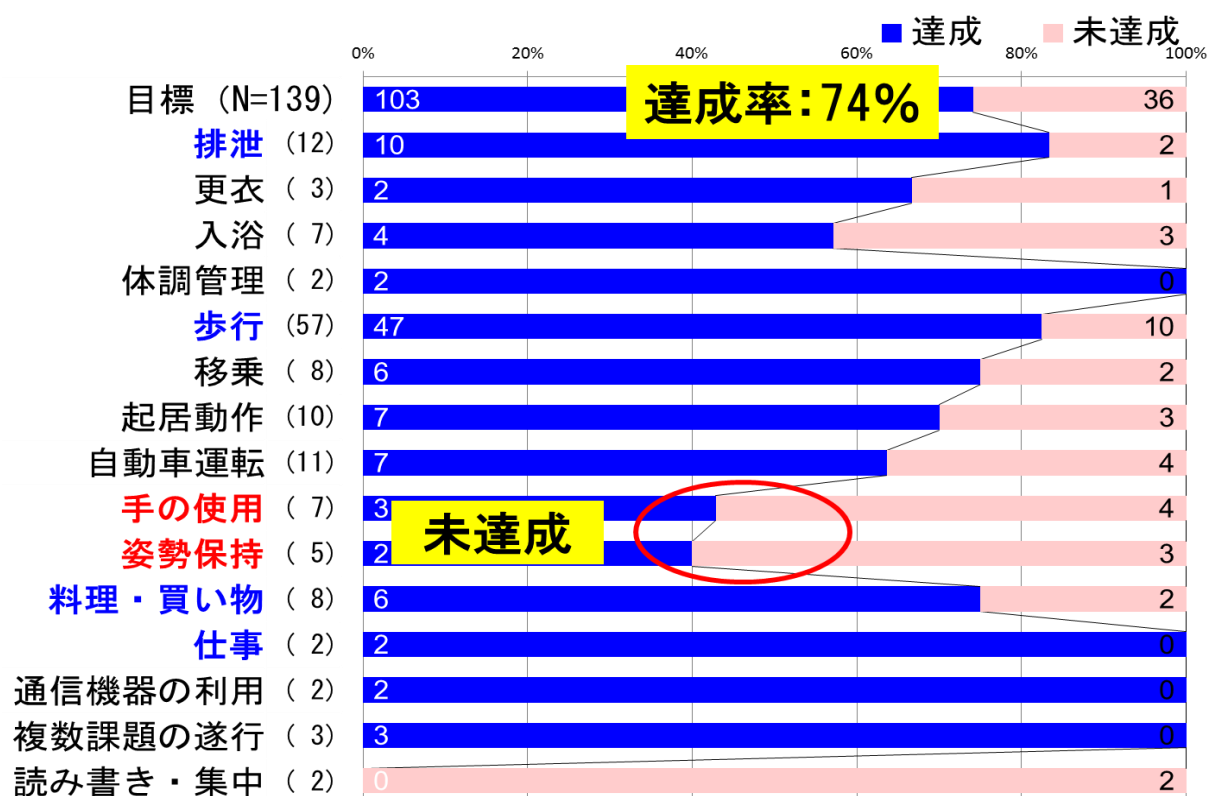


図 3 設定された目標の達成・未達成率

1.2 退院時の目標達成度と HR-QOL の関係

退院時の目標達成度と HR-QOL との関係を表 11 に示した。退院時の目標達成度は全体で 3.0 ± 0.9 点であり，SF-8 の関係では，サマリースコアの「身体的健康 (36.9 ± 10.3 点)」と下位項目の「身体機能 (39.6 ± 10.7 点)」に，それぞれ弱い相関 ($r = .23$, $p = .084$; $r = .23$, $p = .087$) が認められた。一方，SF-8 の他項目との関連には有意差を認めなかった。

表 11 退院時の目標達成度と HR-QOL との関係

		Mean (SD)	R
サマリー スコア	身体的健康	36.9 (10.3)	.23
	精神的健康	45.7 (10.4)	-.11
下 位 項 目	身体機能	39.6 (10.7)	.23
	日常役割機能(身体)	28.7 (14.2)	.20
	身体の痛み	43.4 (10.7)	.03
	全体的健康感	49.0 (9.0)	.09
	活力	48.5 (7.7)	-.01
	社会生活機能	38.6 (11.4)	.07
	日常役割機能(精神)	40.1 (14.8)	-.05
	心の健康	45.3 (7.3)	.04
Pearson 積率相関分析		(N=56)	

目標達成可否と SF-8 や属性との関係を表 12 に示した。何らかの目標が達成された患者（少なくとも 1 つの目標が 5 点満点中 3 点以上）は、全ての目標が未達成だった患者（全目標が 5 点満点中 2 点以下）より全体的健康感が高い傾向にあった。SF-8 の他項目や属性との関連には有意差を認めなかった。

表 12 目標達成可否と HR-QOL や属性との関係

		何らかの目標が達成 (N=38)	全ての目標が未達成 (N=8)	P
サマリー スコア	身体的健康	36.4 (9.7)	31.8 (10.1)	NS
	精神的健康	45.7 (10.9)	48.1 (12.2)	NS
下 位 項 目	身体機能	39.8 (10.7)	33.6 (13.0)	NS
	日常役割機能(身体)	27.8 (14.0)	27.4 (13.5)	NS
	身体の痛み	43.4 (10.3)	40.9 (13.0)	NS
	全体的健康感	48.9 (8.6)	42.8 (9.6)	.081
	活力	48.1 (8.0)	47.3 (6.3)	NS
	社会生活機能	36.8 (11.1)	39.9 (13.9)	NS
	日常役割機能(精神)	40.7 (15.3)	44.7 (10.5)	NS
	心の健康	45.7 (7.7)	42.5 (7.7)	NS
性別	(人)	男 23, 女 15	男 5, 女 3	NS
疾患	(人)	脳血管疾患 27 脊髄損傷 7, 他 4	脳血管疾患 4 脊髄損傷 2, 他 2	NS
年齢	(歳)	62.1 (15.4)	68.3 (10.6)	NS
FIM	(点)	112.0 (10.0)	101.7 (26.6)	NS

性別と疾患は χ^2 検定, その他は T 検定, NS: not significant, Mean(SD)

1.3 退院時の目標達成度と退院後の HR-QOL との関係

退院時の目標達成度と退院後 3 カ月の HR-QOL 変化との関係を表 13 に示した。双方の関係は、SF-8 下位項目の「日常役割機能(身体) (6.8±15.3 点)」に、弱い相関 ($r=.40$, $p=.081$) があったが、他項目との関連には有意差を認めなかった。

表 13 退院時の目標達成度と退院後 3 カ月の HR-QOL 変化との関係

		Mean (SD)	R
サマリー スコア	身体的健康	-0.5 (12.2)	.17
	精神的健康	-1.7 (10.9)	.01
下 位 項 目	身体機能	-4.1 (14.7)	.09
	日常役割機能(身体)	6.8 (15.3)	.40
	身体の痛み	-2.0 (11.2)	-.11
	全体的健康感	-5.9 (8.7)	.22
	活力	-1.1 (8.2)	-.20
	社会生活機能	-1.9 (15.4)	-.05
	日常役割機能(精神)	0.2 (13.2)	.17
	心の健康	-2.5 (6.4)	.20
Pearson 積率相関分析			(N=24)

第2項 目標一致度と HR-QOL の関係

2.1 入院時の目標一致度

入院時の有効回答者 186 名について、患者の入院時目標に占める TH と一致している目標の割合を算出し、ICF 活動と参加領域別における患者・TH 間の入院時の目標一致度を図 4 に示した。患者 186 名が重要視した目標の延べ数 550 個の内、TH と一致していた目標（両者が上位 3 項目内に挙げた目標）は 130 個（23.6%）であり、主に運動・移動や主要な生活領域の目標であった。一方、不一致の目標（両者が上位 3 項目内に挙げなかった目標）は 420 個（76.3%）であり、主にセルフケアやコミュニティライフの目標であった。

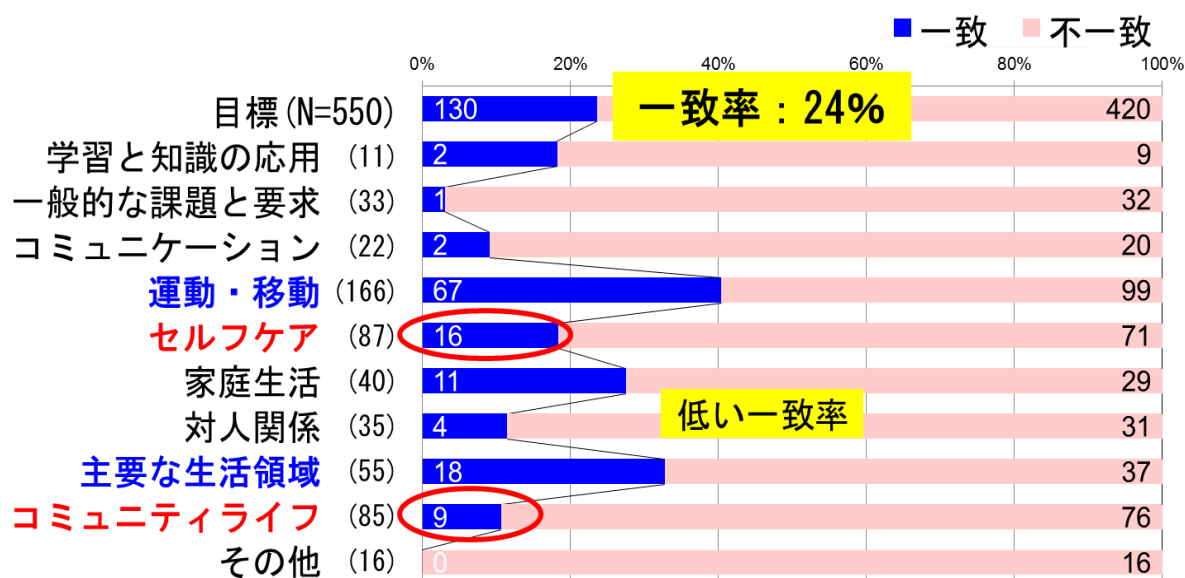


図 4 入院時の目標一致度

2.2 退院時の目標一致度

退院時の有効回答者 113 名について、患者の退院時目標に占める TH と一致している目標の割合を算出し、ICF 活動と参加領域別における患者・TH 間の退院時の目標一致度を図 5 に示した。患者 113 名が重要視した目標の延べ数 278 個の内、TH と一致していた目標は 66 個（23.7%）であり、主に家庭生活や対人関係の目標であった。一方、不一致の目標は 212 個（76.3%）であり、主に一般的な課題と要求、コミュニケーションやコミュニティライフの目標であった。

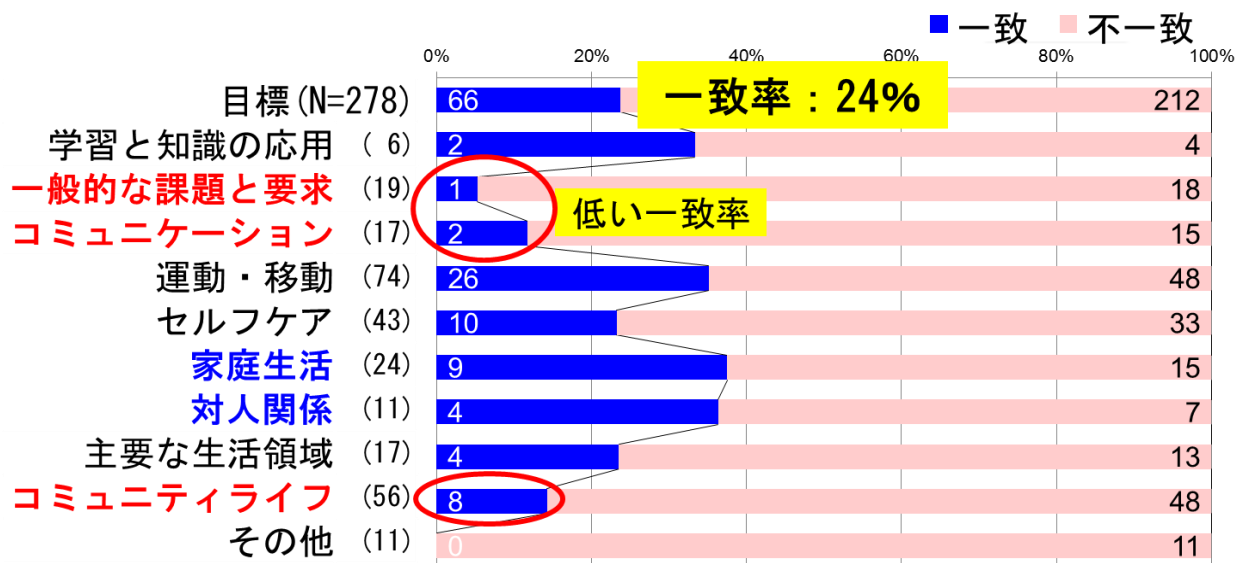


図 5 退院時の目標一致度

2.3 退院時の目標一致度と退院後の HR-QOL との関係

次に、退院時の目標一致度を基に振り分けられた 2 群（本章 2 節 3 項 3.2.1.2）の退院時の HR-QOL と退院後変化を表 14 に示した。退院時の HR-QOL に 2 群間の有意差は認められなかった。退院後の HR-QOL の変化は、1 カ月と 3 カ月の両期間において、下位項目の「日常役割機能(身体)」とサマリースコアの「身体的健康度」に有意な差がそれぞれ認められ、いずれも一致群の方が不一致群に比べて良好であった。また、3 か月間の変化では、下位項目の「社会生活機能」に有意な差が認められ、同様に一致群の方が良好であった。

表 14 2 群間の退院時の HR-QOL と退院後変化

SF-8 下位項目と サマリースコア	群	退院時		退院後 1 カ月の 変化量		退院後 3 カ月の 変化量	
		Mean (SD)	P	Mean (SD)	P	Mean (SD)	P
身体機能	一致	40.0 (10.4)	NS	3.0 (11.6)	NS	6.3 (12.6)	NS
	不一致	42.3 (6.0)		-5.1 (12.8)		-0.7 (11.4)	
日常役割機能(身体)	一致	29.8 (13.2)	NS	12.3 (14.1)	.026	16.1 (16.3)	.020
	不一致	36.4 (13.0)		1.4 (14.5)		3.5 (15.6)	
身体の痛み	一致	41.3 (9.7)	NS	1.8 (9.2)	NS	4.9 (12.7)	NS
	不一致	46.1 (11.0)		-1.6 (10.9)		-1.5 (12.4)	
全体的健康感	一致	47.2 (7.0)	NS	1.1 (7.2)	NS	1.8 (9.5)	NS
	不一致	47.2 (7.4)		-0.7 (9.8)		-1.5 (12.4)	
活力	一致	50.0 (4.8)	NS	-0.8 (9.1)	NS	0.2 (8.8)	NS
	不一致	47.1 (8.0)		0.2 (8.8)		-0.5 (8.6)	
社会生活機能	一致	35.9 (9.4)	NS	5.2 (8.3)	NS	11.7 (12.7)	.020
	不一致	38.0 (9.5)		3.8 (10.8)		3.5 (13.1)	
日常役割機能(精神)	一致	45.4 (8.1)	NS	1.2 (6.6)	NS	4.7 (8.2)	NS
	不一致	40.8 (12.7)		2.4 (15.8)		2.7 (14.7)	
心の健康	一致	44.5 (7.8)	NS	4.4 (5.9)	NS	6.5 (8.4)	NS
	不一致	44.2 (8.2)		1.3 (7.4)		1.7 (7.6)	
身体的健康度	一致	36.6 (11.4)	NS	5.0 (11.2)	.024	8.1 (15.4)	.024
	不一致	41.5 (8.4)		-3.2 (10.2)		-1.0 (10.4)	
精神的健康度	一致	46.9 (9.9)	NS	1.6 (7.4)	NS	4.2 (10.4)	NS
	不一致	42.8 (10.2)		4.1 (10.0)		3.0 (10.2)	

T 検定, NS : not significant

分散分析の結果を図 6-8 に示した。SF-8 下位項目とサマリースコアにおいて、一致度と期間の有意な交互作用は認められなかったが、単純主効果の検定では、SF-8 下位項目の「日常役割機能(身体)」や「社会生活機能」、「心の健康」において、一致群における期間（退院時 vs 退院後 3 カ月）に有意差（それぞれ $p=.014$; $p=.028$; $p=.046$ ）がみられた（図 6-8）。各期間における群間差（一致群 vs 不一致群）は認められず、「日常役割機能(身体)」では、退院時や退院後 1 カ月、退院後 3 カ月において、それぞれ $p=.282$, $p=.400$, $p=.193$ であった。同様に「社会生活機能」では、それぞれ $p=.632$, $p=.890$, $p=.151$ であり、「心の健康」では、それぞれ $p=.917$, $p=.150$, $p=.067$ であった。

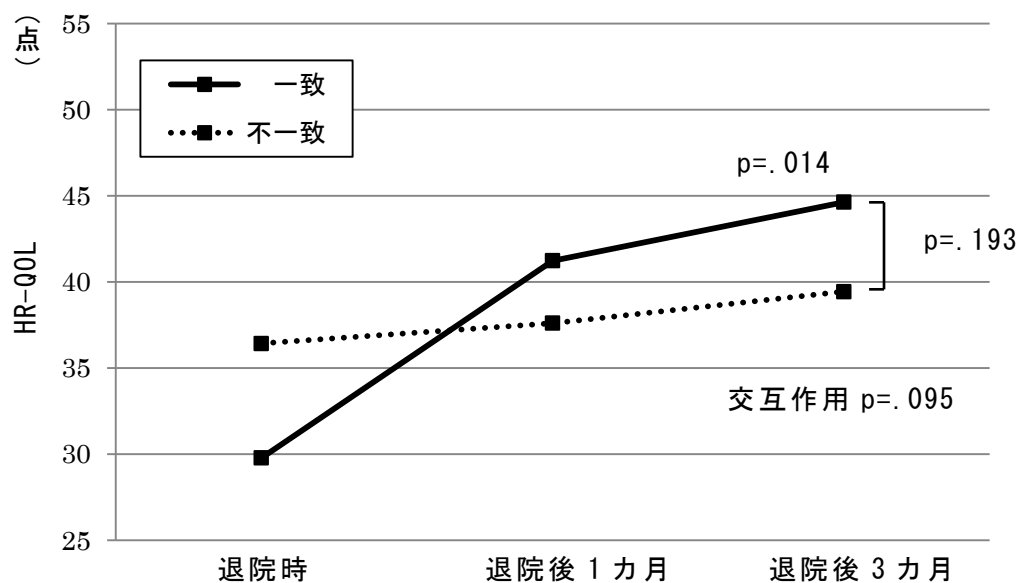


図 6 日常役割機能（身体）の群間比較
2×3 分散分析

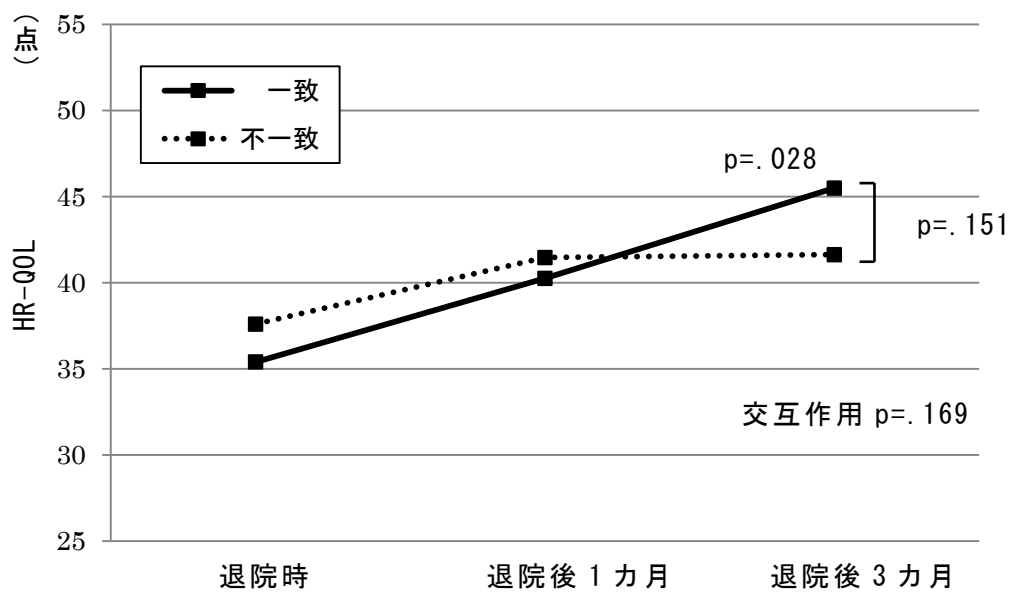


図 7 社会生活機能の群間比較
2×3 分散分析

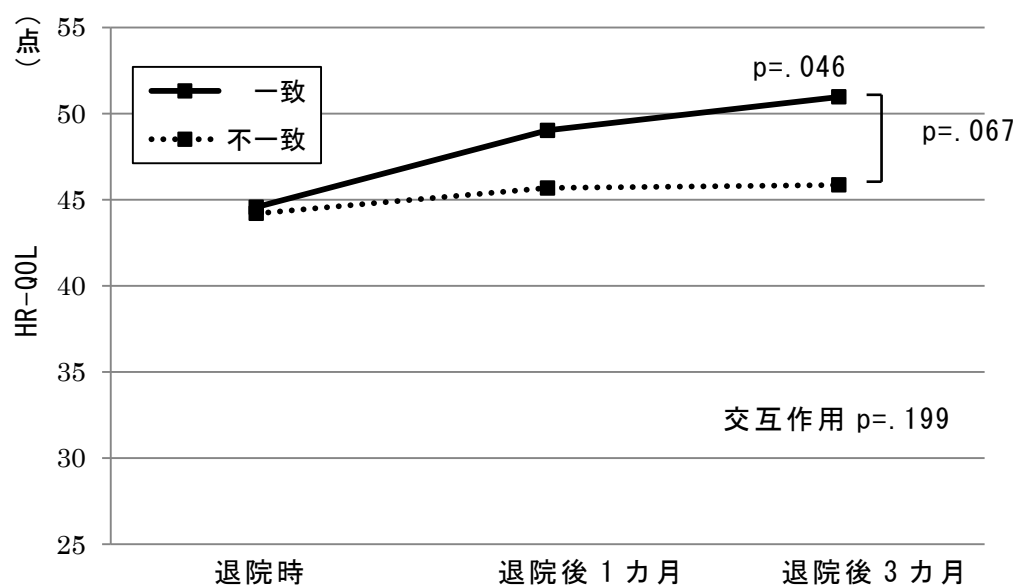


図 8 心の健康の群間比較
2×3 分散分析

第4節 考察

第1項 目標達成度と HR-QOL の関係

1.1 退院時の目標達成度

結果より、茨城県のリハ医療の中核施設である A 病院に入院する患者の退院時の目標達成度は、約 75%であることが示された（図 3）。脳卒中や骨折等の運動器疾患によって回復期リハ病棟に入院する患者の退院時の目標的中率^{19,104)}は、本研究と同等の 6 割-8 割と報告されており、これは本結果が外的妥当性を有することを示唆している。しかし、上肢機能や姿勢保持に関する目標の未達成が多く（図 3）、運動・移動に直結する心身機能の予後予測の困難さがうかがえた。また、TH の目標達成予測に関する回答数が多くなかったことも、予測の難しさを示している。

上述の未達成目標の予後予測は、元来より容易ではないとの報告^{105,106)}が散見される。脳卒中片麻痺の上肢機能については、共同運動レベルから分離した運動へとゆっくりと持続的に回復を示す痙性麻痺や、低緊張で徐々に運動発現を示す患者は、補助手の程度予測が困難¹⁰⁵⁾とされる。また、姿勢保持については、運動失調や体幹の低緊張を呈する患者の歩行能力予測に難渋する¹⁰⁶⁾ことが多く、大腿骨頸部骨折患者¹⁰⁴⁾においては、受傷前より移動能力の自立度を 1 段階程度低く見積もる必要性が指摘されている。更に、回復期リハ病棟の入院時に設定された自宅復帰や移動能力の目標が、約 3 割の患者について退院時には変更されること¹⁸⁾が示されており、その要因には、患者の認知機能障害や内科・整形疾患の合併などの心身機能、ならびに住環境調整の遅延や家族の対応変化などの環境因子が挙げられている。

他方、目標達成度の構成概念は自己効力感や健康感である¹⁰⁷⁾とされていることから、患者にとって未達成の目標があることは、身体的な健康感を低下させる要因となり得る。つまり、TH は入院中の目標達成予測を随時検証し、その達成レベルを修正する際には、患者や家族に十分な説明と同意を行うことが必要と言える。加えて、目標内容の検討も適宜行い、患者の入院中の心理的变化に即して、患者が重要視する意味のある活動を常に模索することが求められる。

1.2 退院時の目標達成度と HR-QOL との関係

退院時の目標達成度と HR-QOL は弱い相関関係であったものの、入院中の目標が達成された患者は、身体的な健康感が高く、体を使う日常活動を支障なく行えると感じていること（表 11）や、全般的な健康状態を良好と捉えて退院する傾向にあること（表 12）が明らかとなった。目標達成と満足感には有意な関連があること¹⁰⁸⁾や、課題遂行の達成感が自己効力感の向上をもたらす¹⁰⁹⁾とされていることは、目標の達成が各患者の心理要因に良好に作用したことを示唆する。回復期リハ病棟に入院する脳卒中患者が抱く退院後生活への不安感は少なくなく¹⁷⁾、TH には患者の健康感や自己効力感の向

上に配慮した指導や、退院後のサービスの適切な活用を援助する綿密な退院計画が求められる。患者にとって設定された目標が達成されるか否かは退院後の生活を見据える上で重要な関心事であることから、THは患者のHR-QOLの向上を目指すべく、両者で十分に検討した患者中心の目標設定を行うことが不可欠といえる。

1.3 退院時の目標達成度と退院後のHR-QOLとの関係

退院時の目標達成度と退院後3カ月のHR-QOLも同様に弱い相関関係であったものの、入院中の目標が達成された患者は、退院後3カ月には仕事や家事などの自身の役割に対する身体的な支障を感じなくなる傾向にあることが明らかとなった(表13)。これは、退院時の達成目標が家庭生活の料理や買い物ならびに仕事などであった(図3)ことが関係していると考えられ、身体的な課題を抱えつつも、当該目標をより上手く遂行できるようなTHの介入がなされたためと推察される。

つまり、障害によって健康感の低下を余儀なくされた患者は、THのより実用的かつ、患者の価値に沿った介入によって、健康感や自己効力感の向上が図られるといえ、健康感の高い状態で退院後の生活を営むためには、入院中の目標達成の重要性が示唆された。

第2項 目標一致度と退院後のHR-QOLの関係

2.1 入退院時の目標一致度

結果より、入退院時の患者・TH間の目標一致度は約24%に留まり、患者が重要視した目標の内、THは目標として挙げなかった割合は3/4を占めた(図4, 5)。訪問リハの目的に対する患者の理解度が3割程度である⁸⁶⁾ことや、患者中心の臨床を妨げる要因に患者・TH間の目標の不一致が挙げられている²⁷⁾ことは、本結果が外的妥当性を有することを示している。しかし、両者の目標共有が不可欠なりハ医療において本結果が得られたことは、THが患者中心の目標設定を再考する必要性を示唆している。

自身が障害当事者である谷口は、支援者に求められる当事者のニーズ探究プロセスとして、次の5つを挙げている¹¹⁰⁾。第1は、デマンドの明確化であり、何を求めているかが不明で意見の表出をためらう当事者には、積極的な傾聴に努め、ピアカウンセリングを基本とした人間的アプローチが求められる。第2は、フェルト(Felt)ニードの構成であり、当事者のデマンドを具体化(時間、空間、主体、方法、技術など)する中で、自身のニーズを再確認させていく段階である。第3は、ノーマティブ(Normative)ニードの提示であり、支援者が当事者のフェルトニードの妥当性に応じて、専門的見地から規準的な提案を行う段階である。第4は、リアル(Real)ニードの混沌であり、当事者のフェルトニードと支援者のノーマティブニードが混ざり、新しいニードへと転換される段階で、時間をかけた双方の納得が大切とされる。最後に、リアルニードの決定であり、双方の納得を経たリアルニードを

明確に表出することで、当事者の自己実現が形成される。

上記のニーズ探究プロセスは、リハ医療における患者と TH の目標共有にも共通し、質の高い患者中心の医療を目指す TH に希求される支援の在り方といえる。

2.2 入退院時の一致・不一致目標の特徴

入院時の主な一致目標は、運動・移動や仕事を含む主要な生活領域であり（図 4）、これらは心身機能障害に伴う遂行制限が顕著に反映される活動であることから、患者がデマンドとして明確化しやすいと推察される。また、退院時の主な一致目標は、家庭生活や対人関係であり（図 5）、これらは患者の家庭内役割や地域社会交流を表す活動であることから、直近の退院後生活を見据えた上で両者がリアルニード¹¹⁰⁾として決定したといえる。

一方、入院時の主な不一致目標は、セルフケアや余暇活動などのコミュニティライフであり（図 4）、退院時には日課管理やストレス対処である一般的な課題と要求、およびコミュニケーションなどであった（図 5）。これらは TH が目標として優先順位を低く見積もる傾向にある活動といえ、とりわけ作業療法目標³⁾に関連する活動が挙げられた。TH は専門的見地からノーマティブニード¹¹⁰⁾を患者に提示し、患者のデマンドとすり合わせる必要があるだけに、特に OT において本結果に留意した目標設定が求められる。

2.3 退院時の目標一致度と退院後の HR-QOL との関係

TH と目標共有が高い患者は、退院時に比べ退院後 3 カ月で、仕事や家事などの役割に対する身体的支障や、家族や友人などとの対人交流の制限、生活における不安などの心理的問題が軽減していた（図 6-8）。また、目標一致度と退院後の HR-QOL との関係に有意な交互作用は得られなかったものの、TH と目標共有が高い患者と低い患者の役割に対する身体的支障に関する退院後の変化パターンが異なる傾向にあった（図 6、表 14）。更に、TH と目標共有が高い患者は、それが低い患者より退院後 3 カ月には心理的安定が図られる傾向にあった（図 8）。これは、TH が患者と目標を共有し、生活機能および HR-QOL の向上に対して、より積極的かつ効果的に介入する必要性を示唆している。患者と医療者の目標が共有されない理由には、症状に焦点化されすぎていることや全ての患者に同じ目標が設定されていること²⁶⁾が指摘され、目標設定に参加できていないと認識する患者^{28, 32)}も少なくない。また、維持期の脳卒中患者を対象とした研究では、患者・TH 間の目標不一致は患者の生活意欲低下に影響する⁸⁷⁾ことや、両者の目標共有が図られる方法（カードを用いた共有型目標設定法や人間作業モデルなど）による介入は患者の生活に満足感や健康感を与えること^{75, 111)}が示されている。更に、変形性股関節症患者の生活機能の向上には、COPM を用いた患者・TH 間の目標共有や HR-QOL 測定を通じた患者の健康感の把握¹¹²⁾が求められている。

このことから、患者の自己決定を尊重した TH の関わりが、患者の心理要

因を良好に保つ上で不可欠といえ、THは患者にとって意味のある活動を正確に把握し、それに基づいた介入が生活機能およびHR-QOLの維持・向上に寄与すると推察される。

第5節 小括

リハ病院に入院する成人患者の目標の実態を、退院時の目標達成度や患者・TH間の目標一致度ならびにHR-QOLの退院後追跡調査から検証した。その結果、1)入院中の目標達成度は約75%であるのに対し、患者・TH間の目標一致度は約24%に留まったこと、2)入院中の目標が達成された患者は、身体的な健康感が高く、体を使う日常活動を支障なく行えると感じて退院することや、退院後3カ月には仕事や家事などの自身の役割に対する身体的な支障を感じなくなる傾向にあること、3)THと目標共有が高い患者は、退院時に比べ退院後3カ月で役割に対する身体的支障や、家族や友人などとの対人交流の制限、生活における不安などの心理的問題が軽減すること、が示された。

対象施設がリハ医療の中核病院であることや、結果が先行研究と関連している点は、本研究が外的妥当性を有することを示唆している。また、本邦におけるリハ病院成人患者の目標の実態を明らかにできたことは、患者のWell-Beingを可能化させる目標達成および患者・TH間の目標共有の必要性を示す。

臨床実践においては、目標の未達成や両者の不一致が患者の健康感に影響するため、本研究はTHが患者中心の目標設定を介入中に再考する可能性を示す。患者にとって設定された目標が達成されるか否かは退院後の生活を見据える上で重要な関心事であることから、THは患者のHR-QOLの向上を目指すべく、入院中の目標達成予測を随時チェックすることにより、効果的介入が可能となる。また、THは患者のデマンドを尊重しつつ専門的見地から規準的な提案を行い、両者の目標共有を目指すことが可能となる。

第3章 第2研究 リハ病院成人患者・TH間における目標共有のリハ効果

第1節 目的

カードを用いた共有型目標設定法（以下，共有型）と通常 of 半構造的面接による目標設定方法（以下，通常型）との比較から，リハ病院における成人患者と TH が目標を共有することによるリハ効果について検討する。

第2節 方法

第1項 対象と割付け

2011 年 4 月から 2013 年 3 月までに A 病院に入院した成人患者の内，同意の得られた 19 名と 9 名の担当 OT であった。対象者の基本属性を表 15 に示した。なお，研究同意には書面による説明の上，自署を得た。

対象患者は，サイコロを用いて共有型か通常型の 2 群（それぞれ共有型群と通常型群）に割付けられた¹¹³⁾。

表 15 対象者の基本属性

	共有型 (N=8)	通常型 (N=11)	P
年齢 (歳)	61.6±14.9	57.9±16.3	NS
性別			
男性	5 名 (62.5)	10 名 (90.9)	NS
女性	3 名 (37.5)	1 名 (9.1)	
疾患			
脳血管疾患	6 名 (75.0)	6 名 (54.5)	NS
脊髄疾患	0 名 (0.0)	1 名 (9.1)	
骨・関節疾患	2 名 (25.0)	4 名 (36.3)	
入院期間 (日)	112.0±27.0	124.5±41.2	NS
FIM (点)	95.1±16.5	99.2±17.2	NS
TH 経験年数 (年目)	5.9±3.6	4.5±2.9	NS

性別と疾患は χ^2 検定，その他は T 検定，NS : not significant

() 内は%， mean±SD

第 2 項 介入

共有型群には共有型で設定された目標への介入が行われた。共有型はカードを取捨して目標選択を図る方法であり、研究者が先行研究^{74, 75)}より一部変更して実施した(図 9)。共有型では、まず ICF の「活動と参加」から抽出された 34 項目(表 4)のそれぞれが記載されたカード(縦 65mm×横 105mm)を患者に手渡す。次に、患者自身が目標を選択するために、患者は手渡されたカードに記載された各項目の重要度と遂行度を自ら判定し、「重要である」が「できていない」項目をリハ目標として絞り込む。更に、未選択の項目や当初の 34 項目以外で「できるようになりたい」目標を追加する。最後に、患者は目標としたい上位 3 項目を選択し、TH と相談しながら目標を決定するプロセスを辿る。所要時間は、患者の現状認識や会話の疎通性の程度によって異なるものの、カードによる選択が 5 分程度、TH との相談による目標決定が 10-15 分程度、計 15-20 分程度であった。本法で設定された目標は主に、更衣や排泄などのセルフケア、料理や買い物などの家庭生活、ならびに仕事であり、担当 OT によって課題に対する実用的な遂行練習等がなされた。

一方、通常型群には通常の方法、即ち担当 OT が患者のデマンドを半構造的もしくは非構造的な面接で聴取し、作成したリハ実施計画書の説明と同意を経て設定された目標への介入が行われた。当該群の目標は主に、手の使用や歩行、自動車運転などの運動/移動で、身体機能の改善に関する練習等が実施された。

両群への介入は、約 3 ヶ月間(週 5 回、60 分程度)に渡ってなされた。

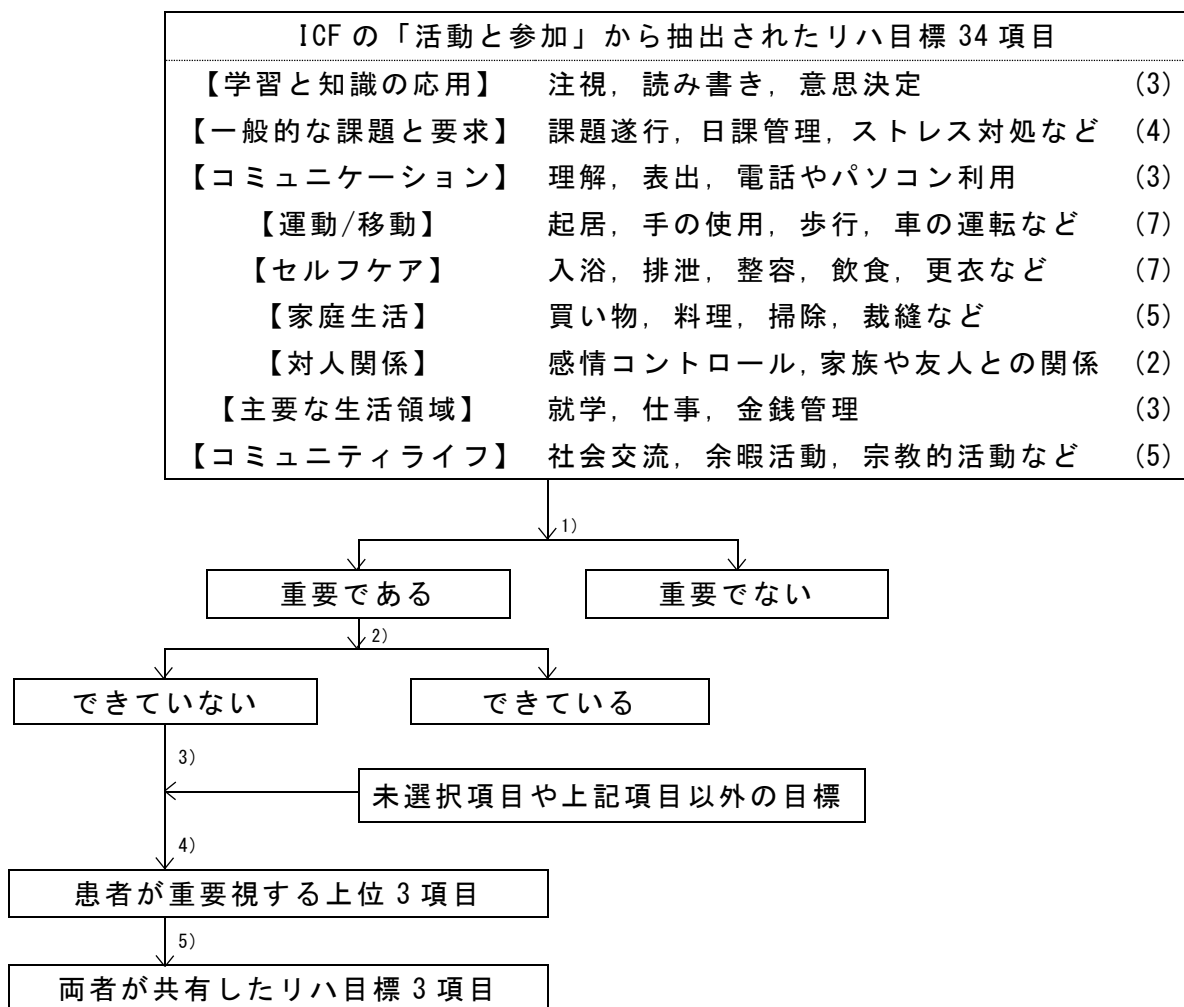


図 9 共有型目標設定法

() 内は項目数

注：1) 患者による重要度の選択

2) 患者による遂行度の選択

3) 患者による追加

4) 患者による選定

5) TH による医学的根拠を基にした助言と両者の相談による決定

第3項 測定尺度

効果判定尺度には目標達成度と FIM (Functional Independence Measure ; 機能的自立度評価表) を用いた。

目標達成度は、Goal Attainment Scaling (GAS) ⁸³⁾ に準じて測定した。GAS は前述の通り、身体障害患者の目標設定方法として信頼性、妥当性、感度を有しており ³⁹⁾、介入後に予測される結果の程度について5段階で設定する方法である。本研究では、共有型群には共有型の実施後、通常型群には計画書作成後に、担当 OT が退院までの目標到達予測を5段階で設定した。その達成度は患者が退院時に回答した。設定された各目標の到達予測は、「1~5」の5段階で構成され、「1」を「入院時の患者の状況」、「2」を「予測より低い目標」、「3」を「予測された退院までの目標」とし、「4-5」を「予測より高い目標」とした(表3)。すなわち、退院時の患者の状況が予測された目標「3」、もしくはそれ以上「4-5」に達していれば「達成」となり、入院時の状況のまま「1」、もしくは予測より低い段階「2」であれば「未達成」と解釈するスケールである。

FIM は、13 運動項目と5 認知項目の計18 項目について、実際にしている状況を7 段階で評価する。点数幅は18-126 点で得点が高いほど ADL 自立度が高い ¹¹⁴⁾。介入前の FIM は、共有型群には共有型の実施時、通常型群には計画書作成時に、それぞれの直近の測定値を診療録から得た。また、介入後の FIM は、退院時の測定値を診療録から得た。効果判定には、介入後から前を差し引いた介入前後変化を用いた。

第4項 分析

基本属性の検定には χ^2 検定と Mann-Whitney 検定を用いた。また、介入効果判定には Mann-Whitney 検定を用いた。いずれも SPSS Statistics 19 を用い、危険率5%未満を有意差あり、10%未満を有意な傾向ありとした。

第3節 結果

目標達成度において、共有型は通常型より有意 ($P=.026$) に高く目標が達成された (図 10)。また FIM の合計得点と運動項目では、共有型は通常型より介入後に良好な変化が得られる傾向 (それぞれ $P=.091$; $P=.075$) にあった (図 11, 12)。認知項目には 2 群間差はみられなかった。

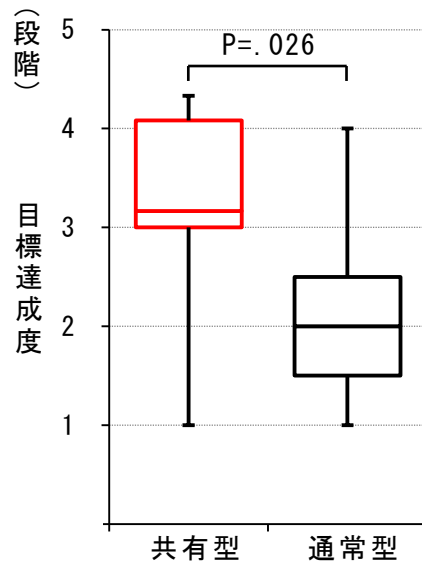


図 10 2 群における介入後の目標達成度
Mann-Whitney 検定

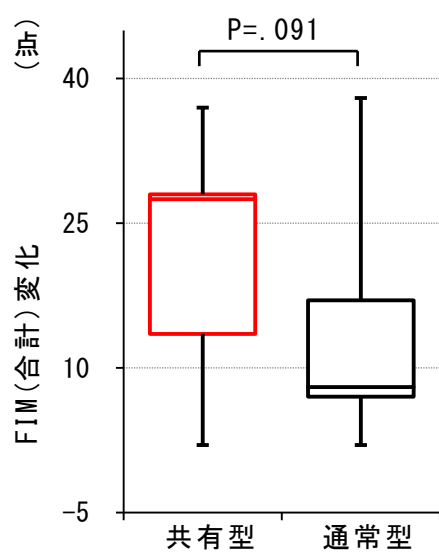


図 11 2 群における FIM 合計の介入前後変化
Mann-Whitney 検定

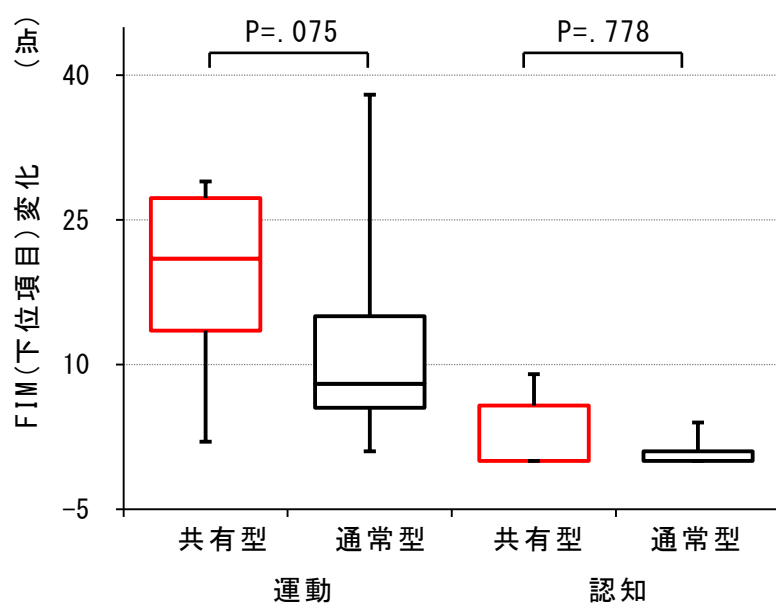


図 12 2 群における FIM 下位項目の介入前後変化
Mann-Whitney 検定

第4節 考察

第1項 共有型と通常型の比較検討

今回、カードを用いてリハ病院成人入院患者と TH の目標共有を図る共有型は、通常型より目標が達成され、ADL 自立度の向上が促されることが、RCT デザインで示された。

この目標達成と ADL 自立度の結果には、患者・TH 間の目標共有と患者のリハに臨む意欲との関連が推察される。維持期の脳卒中患者を対象とした研究では、患者・TH 間の目標不一致は患者の生活意欲低下に影響する⁸⁷⁾ことや、両者の目標共有が図られる方法を用いた介入は患者の生活に満足感を与えること⁷⁵⁾が示されており、患者の自己決定を尊重した TH の関わりが、患者の心理要因を良好に保つ上で不可欠といえる。他方、目標達成には患者のリハに臨む意欲や動機付けが必要であり^{21, 115)}、患者の行動変容を促す心理学的理論の一つとして挙げられている health action process approach¹¹⁵⁾では、患者の意思決定や意欲が目標達成を導くとされる。つまり、患者と TH の目標共有が、患者のリハに臨む意欲を高め、結果的に目標達成や ADL 自立度の向上が得られたと考えられる。

通常型は既述の如く、担当 OT が患者との半構造的もしくは非構造的な面接を通してデマンドを聴取し、リハ実施計画書の作成を基にした説明と同意を経て、患者との目標共有を図った。しかし、結果として目標達成に及び難かったことは、TH が患者との会話を主体としてデマンドを聴取し、協業を図るプロセスに課題があることを示している。患者は十分に理解することなく計画書にサインを行い医療者任せの治療を受けている⁷⁸⁾との指摘があることから、通常型は、TH が患者と目標を共有できる方法とは断定し難いことが確認された。

共有型と同様に患者の意思を尊重した目標設定方法によって、患者の ADL 自立度向上が図られる介入に目標指向的アプローチ³⁵⁾や生活行為向上マネジメント⁶⁴⁾がある。目標指向的アプローチ^{35, 36)}では、まず患者との対話を通して、各職種が患者の心身機能や活動レベルの予後予測から個々の専門的な目標設定を行う。そして、医療者チームによる計画書作成⁷⁶⁾やカンファレンスを通して、複数の達成可能な参加レベルの主目標をチームとして構想し、医師等の計画書の説明の際に患者の選択を促す。入院脳卒中患者 100 名を対象とした目標指向的アプローチ³⁵⁾は、訓練室運動中心アプローチよりも有意に退院時の歩行自立度が高く、入院期間が短かったことが報告されている。この過程によって患者の自己決定権は尊重され、医療者チームとの目標共有が促進される。生活行為向上マネジメント^{96, 97)}による患者のデマンドの聴取では、興味・関心チェックシートが用いられ、家事や余暇活動等の項目から患者が興味の高い活動を選択する。医療者は患者が選択した活動について、遂行が困難な要因を ICF の観点から分析し、達成可能な目標を患者と共に設定する。介護老人保健施設入所者 93 名を対象に OT が本法を用いた研究⁶⁴⁾

では、介入群は対象群よりも有意に ADL 自立度が高かったと報告されている。このことから、共有型による患者の意思を尊重した関わりは、通常型より患者のデマンドをより顕在化させ、生活機能をより効果的に向上させうる方法であることを示唆している。

第 2 項 共有型の特徴

共有型の特徴は以下の 4 点にある。第 1 は、リハ目標の 1 項目ごとに患者自身が重要度と遂行度を判定すること、第 2 は、その判定にカードを用いて患者が自ら選択した目標と TH の専門的知見を統合させられること、第 3 は、所要時間が 15-20 分程度であること、第 4 は、リハ病院成人入院患者に対する介入効果が RCT デザインで示されたこと、である。

リハ医療における患者と OT の目標共有に広く用いられている COPM¹¹⁶⁾は、患者との協業を重視した面接技術が求められ、面接に要する時間は 30-40 分程度とされる。患者と TH の協業には、課題解決を共に行うことが重要とされ¹¹⁷⁾、作業を通した共有体験は相互の心理的距離を持ちやすい¹¹⁸⁾とされていることから、共有型のカードを用いて患者が目標決定するプロセスは、TH の高い面接技術を必ずしも条件とすることなく両者の協業が促進される方法と推察される。また、共有型は既存の方法に比べてより短時間で実施できることから、臨床上の高い業務効率性が考えられる。

同様に、iPad を用いた絵カードの取捨を通して両者の目標共有を図る ADOC⁷³⁾は、対照群との比較における効果の検討が期待されている。本研究において、対象患者の基本属性に限定なく、無作為化比較試験によってリハ効果が得られたことは、共有型がリハ病院における成人患者と TH の目標共有をより効果的に高める方法であることを示唆している。

加えて共有型は、患者のエンパワメントが促される機会であるともいえる。元気になることの意であるエンパワメントの原則¹¹⁹⁾には、目標を患者が選択することや、主導権と決定権を患者が持つこと、問題点と解決策を患者が考えることなどが挙げられており、患者の自己決定は Well-Being に直結する概念として捉えられる。加えて、医療者に求められる患者のニーズ探究プロセス¹¹⁰⁾には、積極的な傾聴やピアカウンセリングを基本としたデマンドの明確化や、患者がデマンドを再確認するフェルトニードの構成が求められ、共有型のカードを用いる目標選択はこの再確認を促す機会といえる。他には、医療者が患者のフェルトニードの妥当性に応じて専門的見地から規準的な提案を行うノーマティブニードの提示や、双方の納得を経たリアルニードの創出が患者の自己実現を形成する¹¹⁰⁾とされ、共有型のカード選択や TH による医学的根拠を基にした助言、および両者の相談による決定は、意思決定の共有を目指す TH に希求される支援の在り方といえる。

以上より、共有型による患者が主体的に目標選択を図る工程は、患者のエンパワメントや Well-Being に寄与しうることが推察され、共有型はリハ医療における患者と TH の目標共有を高める方法であることが示唆された。

第 5 節 小括

リハ病院に入院する成人患者と TH の目標共有を高めるべく開発された共有型の介入効果を、通常型と無作為比較した結果、患者・TH 間の目標共有は患者の目標達成や ADL 自立度に影響することが明らかとなり、両者の協業によってなされる目標設定の必要性が推察された。共有型の特徴は、1) リハ目標の 1 項目ごとに患者自身が重要度と遂行度を判定すること、2) その判定にカードを用いて患者が自ら選択した目標と TH の専門的知見を統合させられること、3) 所要時間が 15-20 分程度であること、4) リハ病院成人入院患者に対する介入効果が適用疾患の限定なく、より質の高い研究デザインで示されたこと、が挙げられた。これは当該領域における既存の方法に比べ、共有型がより効果的に患者・TH 間の目標共有を実現させると共に、患者のエンパワメントを促す方法であることを示す。

以上より、カードを用いて患者が目標選択を図る共有型は、リハ医療における患者と TH の目標共有を高めると共に、患者の Well-Being に寄与する効果的な目標設定方法であることが示唆された。

総 括

入院リハにおける質の高い医療や患者の地域生活における Well-Being を希求する TH の態度が社会的に求められている昨今，リハ病院における成人患者と TH 間の目標共有の課題には，入院時に設定された目標が退院までに十分に達成されていないことや，患者と TH の協業によって為される目標設定の不十分さがある。現在，両者の目標共有を高める目標設定方法には，1) 会話を中心とした非構造的面接，2) 医療者の関わりの一部が構造化されている半構造的面接，3) 質問紙を用いた患者の目標選択，4) 絵カード等の取捨を通した患者の目標選択，があり，各々は患者のデマンドを顕在化させる目標共有プロセスや，対象患者の適用疾患，活用する医療者の専門性，研究デザインの質的評価において多様な特徴を有している。

しかし，リハ病院における成人患者と TH 間の目標を効果的に共有できる方法は未だ十分に確立されているとは言えず，両者の目標共有が患者の退院時のリハ効果や退院後の HR-QOL に与える影響は，国内外において明かにされていない。

そこで本研究の目的は，リハ病院における成人患者と TH 間の目標共有がリハ効果にいかなる影響を及ぼすかを明らかにすることとし，第 1 研究では，リハ病院成人入院患者の目標の実態を，退院時の目標達成度や患者・TH 間の目標一致度ならびに HR-QOL の退院後追跡調査から検証した。第 2 研究では，当該患者と TH が目標を共有することによるリハ効果について検討した。

本研究は 2 つの研究で構成され，第 1 研究では，茨城県のリハ医療の中核施設である A 病院の成人患者と担当 OT，PT を対象に，入退院時や退院後 1 および 3 ヶ月において，患者の目標達成度や患者・TH 間の目標一致度，HR-QOL に関する質問紙調査を実施した。第 2 研究では，カードを用いて，患者にとって重要であるができていない活動を OT と共有できる目標設定方法（共有型）の介入効果を，目標達成度や ADL 自立度から通常目標設定方法（通常型）と無作為比較した。共有型と通常型の対象患者は，それぞれ 8 名と 11 名であった。

第 1 研究の結果，1) 入院中の目標達成度は約 75% であるのに対し，患者・TH 間の目標一致度は約 24% に留まったこと，2) 入院中の目標が達成された患者は，身体的な健康感が高く，体を使う日常活動を支障なく行えると感じて退院することや，退院後 3 カ月には仕事や家事などの自身の役割に対する身体的な支障を感じなくなる傾向にあること，3) TH と目標共有が高い患者は，退院時に比べ退院後 3 カ月で役割に対する身体的支障や，家族や友人などとの対人交流の制限，生活における不安などの心理的問題が軽減すること，が示された。

第 2 研究の結果，共有型は通常型より退院時に目標が達成され，ADL 自立度が向上することが示された。また共有型の特徴は，1) リハ目標の 1 項目

ごとに患者自身が重要度と遂行度を判定すること、2) その判定にカードを用いて患者が自ら選択した目標と TH の専門的知見を統合させられること、3) 所要時間が 15-20 分程度であること、4) リハ病院成人入院患者に対する介入効果が適用疾患の限定なく、より質の高い研究デザインで示されたこと、が挙げられた。

以上より、本研究の意義は次の 2 点にある。第 1 は、リハ病院における成人患者の目標達成度や患者・TH 間の目標一致度は患者の退院後の HR-QOL に影響することが明らかにされたこと、第 2 は、カードを用いて患者にとって意味のある活動を TH と共有できる目標設定方法を通して、介入効果が国内外において初めて明らかにされたこと、である。

リハ医療の中核病院である対象施設に入院する成人患者の目標達成度や患者・TH 間の目標一致度の実態は、対象患者の年齢、性別、疾患等の基本属性や、調査内容が類似する先行研究との関連性から外的妥当性を有することが推察される。目標達成度においては、回復期リハ病棟に入院する脳卒中や運動器疾患等を呈する患者の退院時の目標的中率が本研究と同等の 6 割 -8 割とされている^{19,104)}ことや、未達成目標の予後予測には難渋する^{18,105,106)}こと、患者の健康感や自己効力感と関係する^{17,107)}ことが報告されているのに加えて、目標一致度においては、患者のリハ目標に対する理解度が 3 割程度である⁸⁶⁾ことや、両者の目標不一致^{26,27)}および患者の目標設定への未参加^{28,32)}があること、患者の生活意欲や満足感と関係する^{75,87)}ことが報告されている。

目標の達成が患者の心理要因に良好に作用したことは、身体障害者施設入所者 38 名に対してなされた興味にあった介入プログラムの達成が、健康感に好影響を及ぼした¹⁰⁹⁾ことから示されている。また、健常大学生 59 名を対象とした調査研究¹⁰⁸⁾では、目的的作业課題の達成と満足感との関係が示されている。しかし、リハ病院成人入院患者を対象に目標達成度と HR-QOL の関係を検証した研究は見当たらず、本結果はリハ医療における目標達成の重要性を示した。

目標一致度と HR-QOL の関係においては、生活行為向上マネジメントを用いた患者・TH 間の目標共有と健康感との効果的な関連⁶⁴⁾が、老人保健施設入所者 93 名を対象に示されており、リハ病院成人入院患者を対象とした効果検証⁹⁶⁾も進められている。しかし、退院後の健康感との関連には統計学的な課題が指摘される。その他、患者・TH 間の協業によってなされる目標設定方法を用いた介入が、患者の HR-QOL に効果的であるとする研究が散見される^{111,112)}ものの、リハ病院成人入院患者と TH の目標共有が患者の退院後の HR-QOL と関係していることを検証した研究は見当たらない。

つまり、リハ病院における成人患者と TH 間の目標共有が患者の退院後の HR-QOL に影響することは、国内外における初めての知見であることに意義がある。患者が高い健康感を有して長期的に在宅生活を営むには、入院中の目標達成や TH との協業が不可欠なだけに、本研究は TH が患者中心の目標設

定を再考する必要性を示唆している。

このリハ病院成人患者の目標実態を受けた第2研究では、患者・TH間の目標共有を高めるべく開発された共有型を通して、両者が目標を共有することによるリハ効果を、通常型と無作為比較した。結果、両者の目標共有は患者の目標達成やADL自立度に影響することが明らかとなり、両者の協業によってなされる目標設定の重要性が再確認された。

目標達成には患者のリハに臨む意欲や動機付けが必要であり、意欲を良好に保つためには患者の自己決定を尊重したTHの関わりが不可欠であることから、本結果には患者・TH間の目標共有と患者のリハに臨む意欲との関連が考えられた。通常型が目標達成に及び難かったことは、THが患者との会話を主体としてデマンドを聴取し、協業を図るプロセスに課題があることを示している。目標設定から治療・介入まで一貫して、患者・TH間のインフォームド・コオペレーション²⁰⁾やShared Decision Making²¹⁾が求められている昨今、目標設定における協業のみでもリハ効果が得られたことは、患者・TH間の目標共有を経た治療・介入を含めてなされた際の効果がより高まる可能性を示唆している。

リハ医療における患者とTHの目標共有には、会話を中心とした非構造的面接であるGAS³⁹⁻⁴³⁾や、医療者の関わりの一部が構造化されている半構造的面接であるCOPM⁵⁸⁻⁶⁰⁾、質問紙を用いて患者が目標選択するOSA II⁶⁵⁾やPPGMC⁶⁸⁾、絵カードの取捨を通して患者が目標選択するTalking Mats^{69, 70)}やADOC⁷¹⁻⁷³⁾等が用いられているものの、それぞれには共有型と異なる特徴がある。

GAS³⁹⁻⁴³⁾は介入後に予測される結果の程度について両者が介入前に話し合い、共に目標を設定する方法であり、目標達成予測によって患者が意欲高く自身の問題に臨むことができる。しかし、THと共に患者が自身の問題を整理する過程が構造化されていないことや、変化の起こりにくい問題に焦点化されにくいこと⁸⁵⁾が指摘されており、患者自身が日常生活上の問題を明確化し、自己決定が促されるように面接を行う必要がある。

COPM⁵⁸⁻⁶⁰⁾では患者にとって重要な活動をTHが面接を用いて多面的に捉え、得られた活動の重要度や遂行度、満足度を患者が判定するプロセスによって、問題が整理される。しかし、患者との面接が半構造的であるがゆえに時間がかかる⁹²⁾とされ、所要時間は30-40分程度¹¹⁶⁾と報告されている。

OSA II⁶⁵⁾は患者が自身の役割や願望的な活動などの重要性について質問紙を通して評価し、自身の問題を自己洞察する。しかし、一部の質問項目について表現の曖昧さ¹⁰¹⁾ゆえに更なる再テスト信頼性の検証が求められる。

PPGMC⁶⁸⁾は、外来脳卒中患者に対する理学療法目標設定に用いられ、患者とTHが同じ質問紙を通して患者の価値観に応じた多様な生活目標を設定できる。しかし課題には、事例の蓄積や従来方法との比較検討がある。

Talking Mats^{69, 70)}は、生活活動がイラスト化された絵カードを用いて、患者がその遂行度を判定することから、認知機能障害を呈する患者の主観的側面を捉えられる。しかし、患者が絞った問題視している活動と、THの意見

をすり合わせる関わりは明確化されていない。

ADOC⁷¹⁻⁷³⁾では、絵カードの取捨に iPad を用い、患者は自身にとって重要な活動を TH と共に絞り込むことを通して両者の目標共有を図る。しかし、対照群との比較試験における有用性の検討が求められる。

一方、既述の共有型の特徴において、患者と TH の協業の促進には、患者に課題活動への参加の機会を提供し、課題解決を共に行うことが重要である¹¹⁷⁾とされ、特にモノを媒介とした課題活動は、作業がもたらす共有体験によって相互に適度な心理的距離を持ちやすい¹¹⁸⁾とされている。

つまり、共有型のカードを用いて患者が自らリハ目標を決定していく課題解決のプロセスおよび TH との目標共有は、TH の高度な面接技術を必要十分条件とすることなく患者のデマンドが顕在化され、より構造化された方略によって両者の協業が促進されると推察される。また、共有型の所要時間は、患者の現状認識や会話の疎通性の程度によって異なるものの、カードによる選択が 5 分程度で、TH との相談による目標決定が 10-15 分程度である。所要時間は患者中心の目標設定を展開する上である程度の長さが必要であるとも考えられるが、既存の方法に比べてより短時間での実施が可能である共有型には、臨床実践におけるより高い業務効率が示唆される。更に、リハ病院成人入院患者に対して、適用疾患が限定されることなく、より質の高い研究デザインで介入効果が示されたことは、共有型がより効果的に患者・TH 間の目標共有を実現させる目標設定方法であることを示唆している。

しかし、本研究は 1 施設のみで実施されたことから地域性の偏りが否めず、分析対象者の人数や TH を OT や PT のみとしたことにおいても課題が残る。第 1 研究では有効回答率が低値となり、目標達成度の調査から TH の目標達成予測の困難さが推察された。HR-QOL との関係においては弱い相関に留まり、目標一致度と HR-QOL との関係には有意な交互作用が得られなかった。第 2 研究では、研究者が共有型を施行したことによる対象患者へのリハ意欲等の心理的バイアスが考えられる。また、共有型による目標設定やリハ介入が主に OT によってなされたことから、目標を多職種協働チームとして統一した際の介入効果は、患者の生活機能や心理要因に対してより良好に作用すると推察される。

今後は、リハ病院における成人患者・TH 間の目標共有が、患者の退院時の目標達成や ADL 自立度、退院後の HR-QOL に影響することから、両者の高い目標共有や患者の Well-Being を目指すべく、リハ医療における臨床実践を重ねることが求められる。その実践においては、患者の価値観に即して多様なデマンドを把握し、そのデマンドと医療者の専門的見地から見立てたニーズを統合させる目標共有プロセスの介入効果を、より多様な対象患者や施設で検討することが必要である。

謝 辞

本研究は指導教員である村木敏明教授の指導のもとに行われました。村木敏明教授には、博士課程における研究を進めるにあたり、指導教員として多大なるご指導を頂き深謝申し上げます。

また本研究は、茨城県立医療大学地域貢献研究からの助成を受けて遂行され、研究代表者の茨城県立医療大学理学療法学科水上昌文教授には、的確なご指導やご助言を頂きましたこと深く感謝申し上げます。特に、上岡裕美子准教授、松田智行氏、ならびに関係者の皆様には、調査用紙の作成からデータ収集まで多大なるご協力を頂き深謝致します。居村茂幸教授には、副指導教員として研究のみならず、対象施設のリハ部長として研究環境を整えて下さったことに深く感謝致します。

何より本研究を行うことができたのは、対象者およびご家族の皆様のご協力の賜物です。更に、対象施設の作業療法科ならびに理学療法科のセラピストの皆様には、ご多忙な中にご協力を頂きましたことに心より感謝申し上げます。

そして、励ましの言葉と共に日々暖かく見守って下さいました、茨城県立医療大学作業療法学科教員の皆様にも感謝申し上げます。加えて、第2研究で用いた共有型目標設定法の創案にお力添え頂いた、筑波大学大学院修士課程時代の恩師である飯島節先生や同期生の大澤彩氏、田畑剛氏にも感謝申し上げます。

最後に、日頃より献身的に支えてくれた家族に心より感謝致します。

参考文献

- 1) 厚生労働省．医科診療．平成 24 年社会医療診療行為別調査の概況．（オンライン）．＜URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa12/dl/ika.pdf>>．（参照 2013.11.22）．
- 2) 二木立．医療保険の維持期リハビリテーションは 2 年後に廃止されるか？．文化連情報．2012；411：18-23．
- 3) チーム医療の推進に関する検討会．チーム医療の推進について．厚生労働省．東京．2010．
- 4) チーム医療推進会議．チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集．厚生労働省．東京．2011．
- 5) 野中猛．図説ケアチーム．中央法規出版．東京．2007．10-25．
- 6) 山口裕幸．チームワークの心理学 - よりよい集団づくりをめざして - ．サイエンス社．東京．2008．1-39．
- 7) 田村由美．新しいチーム医療．看護と科学社．東京．2012．1-43．
- 8) 酒井未知．インフォームド・コンセントにおける情報共有．臨床看護．2006；32：1070-1073．
- 9) 辻恵子．意思決定プロセスの共有 - 概念分析 - ．日本助産学会誌．2007；21：12-22．
- 10) 仲田洋美．Informed consent と shared decision making．腫瘍内科．2012；10：268-273．
- 11) 小谷野亘．社会老年学における QOL 研究の現状と課題．公衆衛生．2004；53：204-208．
- 12) 福原俊一．QOL - EBM, SDM との関係．QOL と理学療法．清水和彦，黒川幸雄・編．三輪書店．東京．2006．24-29．
- 13) 前田泉．実践!患者満足度アップ．日本評論社．東京．2005．1-64．
- 14) 「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」普及啓発委員会．生き生きとした生活機能の向上を目指して．厚生労働省．東京．2003．
- 15) Rodriguez KL, Bayliss NK, Alexander SC, Jeffreys AS, Olsen MK, Pollak KI, Garrigues SK, Tulsky JA, Arnold RM. Effect of patient and patient-oncologist relationship characteristics on communication about health-related quality of life. *Psychooncology*, 2011; 20: 935-942.
- 16) 會田玉美，八重田淳．病院リハビリテーションセラピストに対する顧客満足度の探索的研究．リハビリテーション連携科学．2005；6：3-14．
- 17) 椎野良隆，大黒一司，須藤美代子，遠山さやか．回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の健康関連 QOL に影響を及ぼす要因 - Euro Qol と Barthel Index を用いた検討 - ．竹田綜合病院医学雑誌．2010；36：18-25．

- 18) 塩川清信, 矢澤俊二, 北沢香奈絵, 須田洋輔, 深町秀彦. 回復期リハ病棟での目標達成チェックシートによる目標設定の妥当性について. 理学療法研究. 2011; 39: 107-108.
- 19) 酒井康生, 木佐俊郎, 小野恵司, 三谷俊史, 石田徹. 回復期リハビリテーションにおけるリハビリテーションゴール的中率. Journal of Clinical Rehabilitation. 2009; 18: 851-854.
- 20) 上田敏. リハビリテーション医療におけるインフォームド・コンセント. 作業療法ジャーナル. 1996; 30: 333-338.
- 21) Levack WM, Taylor K, Siegert RJ, Dean SG, McPherson KM, Weatherall M. Is goal planning in rehabilitation effective? -A systematic review-. Clin Rehabil, 2006; 20: 739-755.
- 22) Moser A, van der Bruggen H, Widdershoven G. Competency in shaping one's life: autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting -a qualitative study-. Int J Nurs Stud, 2006; 43: 417-427.
- 23) 日本看護協会. 看護記録の開示に関するガイドライン. 日本看護協会. 東京. 2000. 1-19.
- 24) 上野千鶴子. ケアの社会学. 太田出版. 東京. 2011. 65-84.
- 25) Upton J, Fletcher M, Madoc-Sutton H, Sheikh A, Caress AL, Walker S. Shared decision making or paternalism in nursing consultations? -A qualitative study of primary care asthma nurses' views on sharing decisions with patients regarding inhaler device selection-. Health Expect, 2011; 14: 374-382.
- 26) Schulman-Green DJ, Naik AD, Bradley EH, McCorkle R, Bogardus ST. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. Patient Educ Couns, 2006; 63: 145-151.
- 27) Sumsion T, Smyth G. Barriers to client-centredness and their resolution. Can J Occup Ther, 2000; 67: 15-21.
- 28) Maitra KK, Erway F. Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. Am J Occup Ther, 2006; 60: 298-310.
- 29) 上岡裕美子, 吉野貴子, 菅谷公美子, 大橋ゆかり, 飯島節. 脳卒中後遺症者と担当理学療法士が認識している外来理学療法目標の相違 - 回復期後期, 維持期前期, 維持期後期別の比較研究 -. 理学療法科学. 2006; 21: 239-247.
- 30) 吉野貴子, 飯島節. 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. 理学療法科学. 2003; 30: 296-303.
- 31) Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing -A comparative study of nurses' and patients' perceptions-. J Clin Nurs, 2006; 15: 1498-1508.

- 32) Elo S, Saarnio R, Routasalo P, Isola A. Gerontological rehabilitation nursing of older patients in acute health centre hospitals -nursing views-. *Int J Older People Nurs*, 2012; 7: 46-56.
- 33) 福井次矢, 吉田雅博, 山口直人. 診療ガイドライン作成の手引き 2007. 医学書院. 2007. (オンライン). <URL: <http://minds4.jcqhc.or.jp/minds/glg1/glg1.pdf>>. (参照 2013.8.19).
- 34) 奥野雅子. ナラティブとエビデンスの関係性をめぐる一考察. 安田女子大学紀要. 2011; 39: 69-78.
- 35) 上田敏. 科学としてのリハビリテーション医学. 医学書院. 東京. 2001. 78-96.
- 36) 星野なつき. 家事と職業の両立を目指した片麻痺患者に対する活動向上訓練について. 理学療法いばらき. 2006; 10: 30-33.
- 37) Hedberg B, Johanson M, Cederborg AC. Communicating stroke survivors' health and further needs for support in care-planning meetings. *J Clin Nurs*, 2008; 17: 1481-1491.
- 38) 寺田一郎, 横山敦子, 小澤陽子, 石田佐登美, 森伊津子, 長谷川健, 藤巻一美, 山岸律子. 急性期病院における回復期リハビリテーション病棟の取り組み - 情報の共有と目標統一を目指して -. みんなの理学療法. 2005; 17: 47-50.
- 39) Kamioka Y, Yoshino T, Sugaya K, Saito H, Ohashi Y, Iijima S. Goal-setting method and goal attainment measures in physical therapy for stroke patients -a systematic review-. *J Phys Ther Sci*, 2009; 21: 399-415.
- 40) Gordon JE, Powell C, Rockwood K. Goal attainment scaling as a measure of clinically important change in nursing-home patients. *Age and Aging*, 1999; 28: 275-281.
- 41) Rockwood K, Stadnyk K, Carver D, MacPherson KM, Beanlands HE, Powell C, Stolee P, Thomas VS, Tonks RS. A clinimetric evaluation of specialized geriatric care for rural dwelling, frail older people. *J Am Geriatr Soc*, 2000; 48: 1080-1085.
- 42) Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure -a systematic review-. *Clin Rehabil*, 2006; 20: 756-772.
- 43) Trombly CA, Radomski MV, Trexel C, Burnet-Smith SE. Occupational therapy and achievement of self-identified goals by adults with acquired brain injury. *Am J Occup Ther*, 2002; 56: 489-498.
- 44) 畠中瑠美, 宮本麻矢, 下村美穂, 吉川芳江, 今井稔也. 訪問リハにおいて利用者との信頼関係の構築を模索した 1 症例の報告 - ICF を用いて -. 訪問リハビリテーション. 2012; 2: 251-254.
- 45) 荒和代, 本多祐介, 蟹本信一郎. 入浴動作の自立に意欲のある関節リウマチ患者の一症例 - 訪問リハにて PT・OT が関わった症例 -. 理学療法福

- 井. 2010 ; 14 : 123-125.
- 46) 北林雅大, 太田貴文. 訪問リハビリテーションにおける目標の共有化. 長野県作業療法士会学術誌. 2010 ; 28 : 29-30.
- 47) 恵良知子, 金山萬紀子, 日高艶子. 意欲に影響を及ぼす看護介入の検討. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録 12 回. 2000 : 182 - 184.
- 48) 水元明裕, 柿田和代. 患者参加の看護計画 - 依存を呈した熱傷患者の事例を通して -. 熱傷. 2000 ; 26 : 280-285.
- 49) 羽田由利子. 脳血管疾患により重度障害をきたした患者の自宅退院を可能にした援助. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録 14 回. 2002 : 1-3.
- 50) 須藤三千代, 高橋郁子. リハビリテーション科における患者との看護目標共有の現状と課題 - 患者アンケート調査から -. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録 16 回. 2004 : 70-72.
- 51) 川端友美, 大川雅子, 梶浦万里子, 島崎久, 高橋美紀, 福崎彩子, 松木みどり. 一緒に立てよう看護計画 - 患者さんと目標を共有して -. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録 17 回. 2005 : 88-90.
- 52) 丹後みゆき, 伊藤洋子, 徳原加寿子, 佐野カンナ. 患者・医療者間のリハビリテーション情報の共有 - リハビリテーション意欲をひき出すために -. 整形外科看護. 2008 ; 13 : 101-105.
- 53) 河津真喜, 木下美和. 患者参加型 ADL チェック表の作成・活用 - 亜急性期病床に入室中の脳外科患者様の自宅退院に向けて -. 日本看護学会論文集看護総合. 2008 ; 39 : 128-130.
- 54) 小林絵理, 大園恵美, 深澤彰恵, 大川菜桜, 天野麻古. 患者・理学療法士・看護師が評価表を共有したリハビリカンファレンスの取り組みの効果 - 日常生活活動機能状況表を用いて -. 日本看護学会論文集成人看護Ⅱ. 2010 ; 40 : 191-193.
- 55) 植松梨花, 井崎若菜, 白仁田智恵美, 志田知之. 患者と共有出来るベッドサイド ADL 表の改訂に向けての取り組み. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録 21 回. 2009 : 54-55.
- 56) 大石初巳, 藤原多佳子, 田村礼子, 山盛真保, 成澤こずえ, 金子美紀. 高齢下半身麻痺患者の在宅支援を試みて - 機能的自立度評価法を用いて -. 日本看護学会論文集老年看護. 2007 ; 37 : 166-168.
- 57) 近藤真貴子, 松橋由美子, 佐々木冷子. 大腿骨頸部骨折手術患者に対する目標共有化の効果 - 患者・家族・医療者間でのリハビリカードの活用の実際 -. 日本看護学会論文集老年看護. 2003 ; 33 : 94-96.
- 58) 真田康孝, 竹村仁, 舩友一洋. カナダ作業遂行測定を用いた心疾患患者への作業療法の経験. 大分県リハビリテーション医学会誌. 2010 ; 8 : 52-53.
- 59) Doig E, Fleming J, Cornwell PL, Kuipers P. Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury. Am J

- Occup Ther, 2009; 63: 559-568.
- 60) Phipps S, Richardson P. Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. Am J Occup Ther, 2007; 61: 328-334.
- 61) 本多すみ江, 馬場リツ子, 渡邊さつえ, 飯塚明子. 高齢である大腿骨頸部骨折患者の看護 - KOMI チャートシステムの有用性 -. 日本看護学会論文集老年看護. 2004 ; 34 : 89-91.
- 62) Lorenz LS, Chilingerian JA. Using visual and narrative methods to achieve fair process in clinical care. J Vis Exp, 2011; 48: 4-10.
- 63) Kurz AE, Saint-Louis N, Burke JP, Stineman MG. Exploring the personal reality of disability and recovery -a tool for empowering the rehabilitation process-. Qual Health Res, 2008; 18: 90-105.
- 64) 日本作業療法士協会. 入所事業における効果検証報告. 平成 23 年度老人保健健康増進事業 生活行為向上マネジメントの普及啓発と成果測定研究事業報告書. 2012:70-93. (オンライン). <URL: <http://www.jaot.or.jp/members/h23kenkyujigyo-roken/>>. (参照 2013.9.2).
- 65) 長谷部真奈美, 山田孝. 長期のひきこもり生活をしてきた女性クライアントとの関わり - OSAIL を通した生活の検討 -. 作業行動研究. 2007; 10 : 22-28.
- 66) Asenlöf P, Denison E, Lindberg P. Individually tailored treatment targeting motor behavior, cognition, and disability -2 experimental single-case studies of patients with recurrent and persistent musculoskeletal pain in primary health care-. Phys Ther, 2005; 85: 1061-1077.
- 67) Arnetz JE, Almin I, Bergstrom k, Franzen Y, Nilsson H. Active patient involvement in the establishment of physical therapy goals -Effects on treatment outcome and quality of care-. Advances in Physiotherapy, 2004; 6: 50-69.
- 68) 上岡裕美子, 斉藤秀之, 大橋ゆかり, 飯島節. 脳卒中者への理学療法におけるチェックリスト式患者参加型目標設定法および Goal Attainment Scaling の臨床有用性の検討. 茨城県立医療大学紀要. 2010; 15: 98-108.
- 69) Bornman J, Murphy J. Using the ICF in goal setting -clinical application using Talking Mats-. Disabil Rehabil Assist Technol, 2006; 1: 145-154.
- 70) Harty M, Griesel M, van der Merwe A. The ICF as a common language for rehabilitation goal-setting -comparing client and professional priorities-. Health Qual Life Outcomes, 2011; 87: 1-9.
- 71) 齋藤佑樹, 上江洲聖, 金城正太, 友利幸之介, 東登志夫. 作業選択意思決定支援ソフト (ADOC) を用いた失語症のあるクライアントと作業療法士との意味のある作業の共有. 作業療法. 2012 ; 31 : 22-31.

- 72) 齋藤佑樹, 友利幸之介, 東登志夫. 作業選択意思決定支援ソフト(ADOC)を用いた認知症クライアントと作業療法士の意味決定の共有と協働. 作業療法. 2013 ; 32 : 55-63.
- 73) Tomori K, Uezu S, Kinjo S, Ogahara K, Nagatani R, Higashi T. Utilization of the iPad application -Aid for Decision-making in Occupation Choice-. Occup Ther Int, 2012; 19: 88-97.
- 74) 千田直人, 村木敏明, 大澤彩, 田畑剛, 飯島節. セラピストは在宅脳血管障害者とリハビリテーション目標を共有できているのか? - 通常型とより効果的な方法の比較検討 -. 茨城県立医療大学紀要. 2012;17:11-16.
- 75) 千田直人, 村木敏明, 大澤彩, 田畑剛, 飯島節. 作業療法士と在宅脳血管障害者間のリハビリテーション目標と心理要因の検討 - カードを用いた共有型目標設定法を活用して -. 作業療法. 2013 ; 32 : 151-159.
- 76) リハビリテーション(総合)実施計画書の書き方検討委員会. リハビリテーション(総合)実施計画書を上手に使いこなす法. 厚生労働省. 東京. 2003.
- 77) 上田敏. ICF の理解と活用. 萌文社. 東京. 2005. 1-70.
- 78) 大井賢一, 竹中文良: 患者さんが医療に求めるもの. 荒川泰行・編, 国民は医療になにを求めているか, メディカルレビュー社. 東京. 2005. 39-56.
- 79) 諸橋勇. リハビリテーション総合実施計画書の書き方と活用, そして現状. PT ジャーナル. 2005 ; 39 : 989-998.
- 80) Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. Clin Rehabil, 2011; 25: 501-514.
- 81) Leach E, Cornwell P, Fleming J, Haines T. Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. Disabil Rehabil, 2010; 32: 159-72.
- 82) Levack WM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Navigating patient-centered goal setting in inpatient stroke rehabilitation -How clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities-. Patient Educ Couns, 2011; 85: 206-213.
- 83) Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE. Goal Attainment Scaling -Applications, Theory, and Measurement-. Lawrence Erlbaum. New Jersey. 1994. 1-14.
- 84) Radomski MV. Occupational therapy for physical dysfunction. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins. Maryland. 2008. 53-54.
- 85) 原田千佳子: ゴール達成スケーリング (GAS). OT ジャーナル. 2004 ; 38 : 591-595.
- 86) 矢野秀典, 吉野貴子, 飯島節. 訪問リハビリテーションの目的に対する理解度に関する検討. 理学療法学. 2004 ; 31 : 168-174.

- 87) 千田直人, 池田恭敏, 村木敏明. 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. 日本作業療法学会抄録集 2006. 2006 : 0109.
- 88) 大柳薫, 中江秀美, 片岡睦子, 大原幸子, 鳩野みどり, 玉川緑. 卒業後 2 年未満の看護職者の看護実践能力に関する自己評価. 中国四国地区国立病院附属看護学校紀要. 2008 ; 4 : 108-115.
- 89) 加藤隆子. 回復期にある頸髄損傷患者の苦悩と看護師の揺らぎからみた援助関係の構造 - 患者と看護師の感情に焦点をあてて - . お茶の水医学雑誌. 2012 ; 60 : 305-334.
- 90) 細川可奈子, 門間世史子, 川嶋麻有, 隅田ひとみ. 共有看護計画に対する看護師の意識調査 - 患者が主体的に取り組む共有看護計画を目指して - . 市立千歳市民病院医誌. 2010 ; 6 : 47-49.
- 91) 近藤芳美, 氷見香奈, 川端豊子. 脳血管障害患者の ADL 拡大にむけた目標共有への試み - ADL 表を改善して - . 福井県立病院看護部研究発表集録 平成 23 年度. 2012 : 35-38.
- 92) Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. カナダ作業遂行測定. 第 4 版. 吉川ひろみ, 上村智子・訳. 大学教育出版. 東京. 2006.
- 93) 金井一薫. KOMI 記録システム - KOMI 理論で展開する記録様式 - . 現代社. 東京. 2004.
- 94) 金井一薫. KOMI 理論 - 看護とは何か, 介護とは何か - . 現代社. 東京. 2004. 143-149.
- 95) Stineman MG, Rist PM, Kurichi JE, Maislin G. Disability meanings according to patients and clinicians -imagined recovery choice pathways-. Qual Life Res, 2009; 18: 389-398.
- 96) 日本作業療法士協会. “作業” の捉え方と評価・支援技術 - 生活行為の自律に向けたマネジメント - . 医歯薬出版. 東京. 2011.
- 97) 村井千賀. 生活行為向上マネジメントとは. 作業療法ジャーナル. 2013 ; 47 : 390-395.
- 98) Baron K, Kielhofner G, Iyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. OSA II - 作業に対する自己評価使用手引書 - . 改訂第 2 版. 山田孝, 石井良和・訳. 日本作業行動研究会. 東京. 2005.
- 99) Kielhofner G・編. 人間作業モデル - 理論と応用 - . 改訂第 4 版. 山田孝・監訳. 協同医書出版社. 東京. 2012.
- 100) Kasven-Gonzalez N, Souverain R, Miale S. Improving quality of life through rehabilitation in palliative care -case report-. Palliate Support Care, 2010; 8: 359-369.
- 101) 京極真, 山田孝, 石井良和, 京極久美, 谷村厚子. 精神科作業療法における作業に関する自己評価改訂版 (Occupational Self Assessment version 2, OSA II) 日本語版の再テスト信頼性. 作業行動研究. 2006 ; 9 :

11-16.

- 102) 茨城県保健福祉部. 新茨城県地域リハビリテーション指針. (オンライン). <URL: <http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/koso/localhealth/rehabilitation/download/guide.pdf>>. (参照 2013.12.3).
- 103) 福原俊一, 鈴嶋よしみ. SF-8™日本語版マニュアル. NPO 健康医療評価研究機構. 東京. 2004.
- 104) 山路協, 大島美生, 大楠和之, 小山裕佳, 西野充, 舩橋真行, 松山武史. 回復期リハビリ病棟入院患者の移動能力における目標達成率 - 目標設定の妥当性の検討 -. 耳原病院医報. 2007 ; 25 : 42-45.
- 105) 花岡寿満子. 上肢の協調性・巧緻性を妨げる因子は, また上肢の機能回復予後は. 脳卒中最前線 - 第3版 -. 福井圀彦, 藤田勉, 宮坂元麿・編. 医歯薬出版. 東京. 2003. 169-173.
- 106) 田丸冬彦, 金井敏男. 歩行をあきらめるのはどんなときか. 脳卒中最前線 - 第3版 -. 福井圀彦, 藤田勉, 宮坂元麿・編. 医歯薬出版. 東京. 2003. 137-146.
- 107) Williams RC, Steig RL. Validity and therapeutic efficacy of individual patient goal attainment procedures in a chronic pain treatment centre. Clin J Pain, 1987; 2: 219-228.
- 108) 石井良和, 石井奈智子, 林千栄子. 目的的作业課題とフロー概念に関する考察. 秋田大学医学部保健学科紀要. 2007 ; 15 : 26-33.
- 109) 高木雅之, 吉川ひろみ. 身体障害者施設入所者に対するパソコンを使用したプログラムが作業遂行及び健康感に与える影響. 作業療法. 2008 ; 27 : 522-532.
- 110) 谷口明広. 障害をもつ人たちの自立生活とケアマネジメント - IL 概念とエンパワメントの視点から -. ミネルヴァ書房. 京都. 2005. 145-157.
- 111) 篠原和也, 山田孝. 脳卒中維持期の対象者に人間作業モデルを用いた実験群とそれ以外の理論を用いた統制群の作業療法効果の比較検証. 作業療法. 2010 ; 29 : 422-434.
- 112) Oberg T, Oberg U, Sviden G, Nordwall Persson A. Functional capacity after hip arthroplasty -a comparison between evaluation with three standard instruments and a personal interview-. Scand J Occup Ther, 2005; 12: 18-28.
- 113) Alejandro J. ランダム化比較試験. 舟喜光一, 津谷喜一郎・訳. じほう. 東京. 2004. 1-10.
- 114) 千野直一, 園田茂, 里宇明元, 道免和久. 脳卒中患者の機能評価 - SIAS と FIM の実際 -. シュプリンガー・フェアラーク東京. 東京. 1997. 43-98.
- 115) Scobbie L, Wyke S, Dixon D. Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. Clin Rehabil, 2009; 23: 321-333.
- 116) 吉川ひろみ: カナダ作業遂行測定 (COPM). OT ジャーナル. 2004 ; 38 :

563-566.

- 117) 山田孝. 協業 collaboration とは何か. 作業行動研究. 2002 ; 6 : 1-6.
- 118) 小林正義. 作業を通して人と接するために. コミュニケーションスキルの磨き方. 澤俊二, 鈴木孝治・編. 医歯薬出版. 東京. 2007. 16-25.
- 119) 安梅勅江. コミュニティ・エンパワメントの技法 - 当事者主体の新しいシステムづくり -. 医歯薬出版. 東京. 2005. 2-15.

資 料

別紙 1	入院時調査票（患者用）・・・・・・・・・・・・・・・・	68
別紙 2	入院時調査票（セラピスト用）・・・・・・・・・・・・	70
別紙 3	退院時調査票（患者用）・・・・・・・・・・・・・・・・	74
別紙 4	退院時調査票（セラピスト用）・・・・・・・・・・・・	82
別紙 5	退院後 1 カ月・3 カ月調査票（患者用）・・・・・・・・	84

平成 21～23 年度 茨城県立医療大学地域貢献研究

長期的な在宅生活の継続を目指したリハビリテーション医療に関する研究
「いつまでもいきいき生活プロジェクト」

入院時調査票

この調査票は、ご本人様への質問です。

フリガナ

ID. _____

患者氏名： _____

記入日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

調査実施者

職種 _____ 氏名 _____

この研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得ており、ご協力いただく皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われています。また対象患者様には、研究協力の御同意を頂いております。

実施にあたり、本調査票は対象患者様の初期カンファレンス後に、研究関係者より渡され、回収は適宜行います。なお、この調査票の提出に関わらず、研究協力について、不利益を受けずにいつでも撤回することができます。

研究への協力に際してご意見ご質問などございましたら、気軽に研究関係者にお尋ねください。

（問い合わせ先）

研究責任者	茨城県立医療大学	保健医療学部	理学療法学科	教授	水上昌文
研究分担者	茨城県立医療大学	保健医療学部	作業療法学科	助教	千田直人
			理学療法学科	准教授	上岡裕美子

1. 退院までに目標としている活動を項目中から選び、☑印を付けて下さい。複数回答可。

項目以外に目標があれば、「その他の目標」欄に具体的にご記入下さい。また、☑印か記入した目標の中から重要な目標を3つ選び、より重要なものから下端の1～3位の()欄に番号をご記入下さい。

目標とは、達成したい、達成しなければならない現実的な事柄を指します。

セルフケア		家庭生活	
☐ 1	入浴、シャワー、洗面	☐ 18	買い物
☐ 2	歯磨き、爪きり、整髪、髭剃り、化粧、義歯の手入れ	☐ 19-1	食事の準備・後片付け
☐ 3	排尿、排便、生理のケア	☐ 19-2	洗濯、掃除、ごみ捨てなど
☐ 4	衣服、靴下、靴、装具などの着脱	☐ 20-1	縫い物、アイロン、植物・動物の世話
☐ 5	食べること、はし・フォークなどの使用、ふた・袋を開ける	☐ 20-2	家族の世話や援助など
☐ 6	飲み物・薬を飲む、ビン・缶を開ける、コップ・ストローの使用	対人関係	
☐ 7	体温や明かりへの配慮、食事や体調の管理	☐ 21	人の気持ちに対する適切な対応、感情コントロール、社会ルールに従う
		☐ 22	家族、友人、異性、職場・学校の人との関係を作り、保つ
運動・移動		主要な生活領域	
☐ 8-1	寝起き、立ち座りなどの動作	☐ 23	教育機関で学ぶ（高等学校、大学、職業訓練など）
☐ 8-2	座位・立位の保持	☐ 24	仕事（報酬あり・報酬なし）、職探し
☐ 8-3	ベッド・椅子などへの乗り移り	☐ 25	金銭管理（貯蓄、資産管理・運用等）
☐ 9-1	物を持って運ぶ	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	
☐ 9-2	手の使用（つまむ、握る、手を伸ばす、ドアの把手を回すなど）	☐ 26	社会生活上の集まりへの参加（式典、冠婚葬祭、諸団体、サークルなど）
☐ 10	歩行と移動（屋内の移動、屋外の移動、段差・階段の昇り降り、走る、車いす等を使った移動など）	☐ 27	余暇活動（趣味、スポーツ、人との交流、遊びなど）
☐ 11	公共交通機関の利用、自動車・自転車などの運転	☐ 28	宗教的な活動（仏壇や神棚の世話、お墓・寺院・教会などを訪れる）
コミュニケーション		☐ 29	自己決定を行う、人権の享受
☐ 12	理解する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	☐ 30	選挙など社会・政治的活動に関与する
☐ 13	表出する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	一般的な課題と要求	
☐ 14	電話、パソコンなどの利用	☐ 31	1つの課題を成し遂げる
学習と知識の応用		☐ 32	複数の課題を成し遂げる
☐ 15	注意して見る、聞く、味わう、感じる	☐ 33	日課の管理と達成
☐ 16	読み、書き、計算、技能習得	☐ 34	ストレス・危機などへの対処
☐ 17	集中、思考、問題解決、意思決定	その他の目標	
		☐ 35	
		☐ 36	

重要な目標

：
1 位 ()
2 位 ()
3 位 ()

平成 21～23 年度 茨城県立医療大学地域貢献研究

長期的な在宅生活の継続を目指したリハビリテーション医療に関する研究
「いつまでも生き生き生活プロジェクト」

入院時調査票

理学療法士

この調査票は、上記患者様の担当 作業療法士 への質問です。

ID. _____ フリガナ
患者氏名: _____

記入日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者

氏名

この研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得ており、ご協力いただく皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われています。また対象患者様には、研究協力の御同意を頂いております。

実施にあたり、本調査票は対象患者様の初期カンファレンス後に、研究関係者より渡され、回収は適宜行います。なお、この調査票の提出に関わらず、研究協力について、不利益を受けずにいつでも撤回することができます。

研究への協力に際してご意見ご質問などございましたら、気軽に研究関係者にお尋ねください。

(問い合わせ先)

研究責任者 茨城県立医療大学 保健医療学部 理学療法学科 教授 水上昌文

研究分担者 茨城県立医療大学 保健医療学部 作業療法学科 助教 千田直人

理学療法学科 准教授 上岡裕美子

1. 退院までに目標としている活動を項目中から選び、☒印を付けて下さい。複数回答可。

項目以外に目標があれば、「その他の目標」欄に具体的にご記入下さい。また、☒印か記入した目標の中から重要な目標を3つ選び、より重要なものから下端の1～3位の()欄に番号をご記入下さい。

目標とは、達成したい、達成しなければならない現実的な事柄を指します。

セルフケア		家庭生活	
☐ 1	入浴、シャワー、洗面	☐ 18	買い物
☐ 2	歯磨き、爪きり、整髪、髭剃り、化粧、義歯の手入れ	☐ 19-1	食事の準備・後片付け
☐ 3	排尿、排便、生理のケア	☐ 19-2	洗濯、掃除、ごみ捨てなど
☐ 4	衣服、靴下、靴、装具などの着脱	☐ 20-1	縫い物、アイロン、植物・動物の世話
☐ 5	食べること、はし・フォークなどの使用、ふた・袋を開ける	☐ 20-2	家族の世話や援助など
☐ 6	飲み物・薬を飲む、ビン・缶を開ける、コップ・ストローの使用	対人関係	
☐ 7	体温や明かりへの配慮、食事や体調の管理	☐ 21	人の気持ちに対する適切な対応、感情コントロール、社会ルールに従う
		☐ 22	家族、友人、異性、職場・学校の人との関係を作り、保つ
運動・移動		主要な生活領域	
☐ 8-1	寝起き、立ち座りなどの動作	☐ 23	教育機関で学ぶ（高等学校、大学、職業訓練など）
☐ 8-2	座位・立位の保持	☐ 24	仕事（報酬あり・報酬なし）、職探し
☐ 8-3	ベッド・椅子などへの乗り移り	☐ 25	金銭管理（貯蓄、資産管理・運用等）
☐ 9-1	物を持って運ぶ	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	
☐ 9-2	手の使用（つまむ、握る、手を伸ばす、ドアの把手を回すなど）	☐ 26	社会生活上の集まりへの参加（式典、冠婚葬祭、諸団体、サークルなど）
☐ 10	歩行と移動（屋内の移動、屋外の移動、段差・階段の昇り降り、走る、車いす等を使った移動など）	☐ 27	余暇活動（趣味、スポーツ、人との交流、遊びなど）
☐ 11	公共交通機関の利用、自動車・自転車などの運転	☐ 28	宗教的な活動（仏壇や神棚の世話、お墓・寺院・教会などを訪れる）
コミュニケーション		☐ 29	自己決定を行う、人権の享受
☐ 12	理解する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	☐ 30	選挙など社会・政治的活動に関与する
☐ 13	表出する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	一般的な課題と要求	
☐ 14	電話、パソコンなどの利用	☐ 31	1つの課題を成し遂げる
学習と知識の応用		☐ 32	複数の課題を成し遂げる
☐ 15	注意して見る、聞く、味わう、感じる	☐ 33	日課の管理と達成
☐ 16	読み、書き、計算、技能習得	☐ 34	ストレス・危機などへの対処
☐ 17	集中、思考、問題解決、意思決定	その他の目標	
		☐ 35	
		☐ 36	

重要な目標

：
1 位 ()
2 位 ()
3 位 ()

2. 入院期間中に目標としている活動を3つ以内で挙げて下さい。
- また、それらについて退院時点の目標到達予測を5段階で定めて下さい。
- なお、5段階の到達予測の作成は、裏面のスケール作成例を参照して行い、下記の□1には現状（－2）を、□3には目標到達予測（0）を、□2には予測よりやや低い段階（－1）を、□4には予測よりやや高い段階（1）を、□5には予測より高い段階（2）を記入して下さい。

目標とする活動	スケール
①	□ 1
	□ 2
	□ 3
	□ 4
	□ 5
②	□ 1
	□ 2
	□ 3
	□ 4
	□ 5
③	□ 1
	□ 2
	□ 3
	□ 4
	□ 5

理学療法目標 スケール作成例

目標とする活動	達成度	スケール
排尿・排便 (トイレ動作)	－2 (現状)	車いす移動でトイレにて中介助
	－1	車いす移動でトイレにて軽介助
	0 (目標)	車いす移動でトイレにて自立 (夜間はおむつ)
	1	車いす移動でトイレにて自立、夜間は尿器にて自立
	2	昼間・夜間共に車いす移動でトイレにて自立
歩行移動 (距離延長)	－2 (現状)	150m 以内を歩行器 or 四点杖使用にて休まず歩行する
	－1	150m 以上を歩行器 or 四点杖使用にて休まず歩行する
	0 (目標)	300m 以上を歩行器 or 四点杖使用にて歩行する
	1	600m 以上を歩行器 or 四点杖使用にて歩行する
	2	600m 以上を歩行器 or 四点杖使用にて歩行し、短距離なら支持物なし
買い物に行く (杖歩行にて)	－2 (現状)	外出は家の周りの散歩のみ
	－1	コンビニへ家族の付き添いで買い物に行く
	0 (目標)	コンビニへ1人で買い物に行く
	1	コンビニ以外へも買い物に行く (1ヶ所)
	2	コンビニ以外へも買い物に行く (2ヶ所以上、日によって様々な所)

作業療法目標 スケール作成例

自助具を使って 手の爪を切る	－2 (現状)	多くの介助で、手の爪を切る
	－1	見守りで、手の爪を切る
	0 (目標)	ひとりで、手の爪を切る
	1	軽度の介助で、自助具を使わずに、手の爪を切る
	2	ひとりで、自助具を使わずに、手の爪を切る
4人分の夕食を 作る	－2 (現状)	多くの介助で、中等度の身体努力と非効率性を伴って行う
	－1	軽度の介助で、中等度の身体努力と非効率性を伴って行う
	0 (目標)	軽度の介助で、軽度の身体努力と非効率性を伴って行う
	1	ひとりで、軽度の身体努力と非効率性を伴って行う
	2	ひとりで、身体努力なく効率的に行う
電動4輪車 (シニアカー)で 移動する	－2 (現状)	見守りで、100m程度、移動する
	－1	ひとりで、100m程度、移動する
	0 (目標)	ひとりで、1 k m程度、移動する
	1	ひとりで、数 k m程度、移動する
	2	見守りで、1 k m程度、移動する (自動車)

☐ 1 : 予測より低い －2 (現状) ☐ 2 : 予測よりやや低い －1 ☐ 3 : 予測レベル 0 (目標)
☐ 4 : 予測よりやや高い 1 ☐ 5 : 予測より高い

別紙3 退院時調査票（患者用）

＊本研究では，質問番号 2-4（HR-QOL，目標達成度，目標一致度）を分析に用いた。

平成 21～23 年度 茨城県立医療大学地域貢献研究

長期的な在宅生活の継続を目指したリハビリテーション医療に関する研究
「いつまでもいきいき生活プロジェクト」

退院時調査票

この調査票は、ご本人様への質問です。

フリガナ

ID. _____

患者氏名： _____

記入日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

この研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得ており、ご協力いただく皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われています。なお、この調査票の提出に関わらず、研究協力について、不利益を受けずにいつでも撤回することができます。

研究への協力に際してご意見ご質問などございましたら、気軽に研究関係者にお尋ね下さい。

（問い合わせ先）

研究責任者 茨城県立医療大学 保健医療学部 理学療法学科 教授 水上昌文

研究分担者 茨城県立医療大学 保健医療学部 作業療法学科 助教 松田智行

1. 実際に行っている活動の頻度についてお伺いします。当てはまる頻度に☑を付けて下さい。

1) 食事の用意をしていますか。(買い物は含まない)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(週に1-3回程度)している ☐週に3回以上している

2) 食事の後かたづけをしていますか。

☐していない ☐まれにしている ☐時々(週に1-3回程度)している ☐週に3回以上している

3) 洗濯をしていますか。

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

4) 掃除や整頓をしていますか。(ほうきや掃除機を使った掃除、衣類や身の回りの整理整頓など)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

5) 力仕事をしていますか。(布団の上げ下ろし、ぞうきんで床をふく、家具の移動や荷物の運搬など)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

6) 買い物をしていますか。(自分で選んだり購入したりすること)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

7) 外出をしていますか。(映画、観劇、食事、酒飲み、会合など)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

8) 散歩、買い物、外出のために少なくとも15分以上歩いていますか。

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

9) 園芸、編み物、スポーツなどの趣味を行っていますか。(テレビ鑑賞は含まない)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

10) 自転車、車、バス、電車、飛行機などの交通手段を利用していますか。

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

11) 車、バス、電車、飛行機などに乗って楽しみのための旅行をしていますか。(仕事は含まない)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

12) 庭仕事をしていますか。

☐していない ☐草抜き、芝刈り、水撒き、庭掃除などの庭仕事を時々している
☐定期的に行っている
☐庭仕事を定期的に行っている。必要があれば掘り起こし、植えかえなどの作業もしている

13) 家や車の手入れをしていますか。

☐していない ☐電球その他の部品の取り替え、ねじ止めなどを行っている
☐ペンキ塗り、室内の模様替え、車の点検、洗車などもしている
☐ペンキ塗り、室内の模様替え、車の点検、洗車などのほか、家の修理や車の整備もしている

14) 読書をしていますか。(新聞、週刊誌、パンフレットなどは含まない)

☐読んでいない ☐まれに読んでいる ☐時々読んでいる(月に1回程度)
☐読んでいる(月に2回以上)

15) 仕事をしていますか。(勤務形態を問わず収入を得る仕事。ボランティア活動は含まない)

☐していない ☐週に1～9時間働いている
☐週に10～29時間働いている ☐週に30時間以上働いている

2. ご自分の健康をどのように考えているかについてお伺いします。

毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になりますので、当てはまるものに☑を付けて下さい。

1. 全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に良い	とても良い	良い	あまり良くない	良くない	ぜんぜん良くない
▼	▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

2. 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨^{さまた}げられましたか。

ぜんぜん妨 ^{さまた} げられなかった	わずかに妨 ^{さまた} げられた	少し妨 ^{さまた} げられた	かなり妨 ^{さまた} げられた	体を使う日常活動ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨^{さまた}げられましたか。

ぜんぜん妨 ^{さまた} げられなかった	わずかに妨 ^{さまた} げられた	少し妨 ^{さまた} げられた	かなり妨 ^{さまた} げられた	いつもの仕事ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

4. 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

5. 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し 元気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん 元気でなかった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. 過去1ヵ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨^{さまた}げられましたか。

ぜんぜん 妨 ^{さまた} げられ なかった	わずかに 妨 ^{さまた} げられた	少し 妨 ^{さまた} げられた	かなり 妨 ^{さまた} げられた	つきあいが できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. 過去1ヵ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん悩ま されなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり 悩まされた	非常に 悩まされた
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

8. 過去1ヵ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨^{さまた}げられましたか。

ぜんぜん 妨 ^{さまた} げられ なかった	わずかに 妨 ^{さまた} げられた	少し 妨 ^{さまた} げられた	かなり 妨 ^{さまた} げられた	日常行う活動が できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. 現在の活動状況についてお伺いします。当てはまるものに☑を付けて下さい。

目標とする活動	スケール
①	☐ 1 入院時調査（TH 用）を添付
	☐ 2
	☐ 3
	☐ 4
	☐ 5
②	☐ 1
	☐ 2
	☐ 3
	☐ 4
	☐ 5
③	☐ 1
	☐ 2
	☐ 3
	☐ 4
	☐ 5

目標とする活動	スケール
④	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
⑤	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
⑥	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. 退院後3ヵ月までに目標としている活動を項目中から選び、☒印を付けて下さい。複数回答可。

項目以外に目標があれば、「その他の目標」欄に具体的にご記入下さい。また、☒印が記入した目標の中から**重要な目標を3つ**選び、より重要なものから**下端の1～3位の()欄に番号**をご記入下さい。

目標とは、達成したい、達成しなければならない現実的な事柄を指します。

セルフケア		家庭生活	
☐ 1	入浴、シャワー、洗面	☐ 18	買い物
☐ 2	歯磨き、爪きり、整髪、髭剃り、化粧、義歯の手入れ	☐ 19-1	食事の準備・後片付け
☐ 3	排尿、排便、生理のケア	☐ 19-2	洗濯、掃除、ごみ捨てなど
☐ 4	衣服、靴下、靴、装具などの着脱	☐ 20-1	縫い物、アイロン、植物・動物の世話
☐ 5	食えること、はし・フォークなどの使用、ふた・袋を開ける	☐ 20-2	家族の世話や援助など
☐ 6	飲み物・薬を飲む、ビン・缶を開ける、コップ・ストローの使用	対人関係	
☐ 7	体温や明かりへの配慮、食事や体調の管理	☐ 21	人の気持ちに対する適切な対応、感情コントロール、社会ルールに従う
		☐ 22	家族、友人、異性、職場・学校の人との関係を作り、保つ
運動・移動		主要な生活領域	
☐ 8-1	寝起き、立ち座りなどの動作	☐ 23	教育機関で学ぶ（高等学校、大学、職業訓練など）
☐ 8-2	座位・立位の保持	☐ 24	仕事（報酬あり・報酬なし）、職探し
☐ 8-3	ベッド・椅子などへの乗り移り	☐ 25	金銭管理（貯蓄、資産管理・運用等）
☐ 9-1	物を持って運ぶ	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	
☐ 9-2	手の使用（つまむ、握る、手を伸ばす、ドアの把手を回すなど）	☐ 26	社会生活上の集まりへの参加（式典、冠婚葬祭、諸団体、サークルなど）
☐ 10	歩行と移動（屋内の移動、屋外の移動、段差・階段の昇り降り、走る、車いす等を使った移動など）	☐ 27	余暇活動（趣味、スポーツ、人との交流、遊びなど）
☐ 11	公共交通機関の利用、自動車・自転車などの運転	☐ 28	宗教的な活動（仏壇や神棚の世話、お墓・寺院・教会などを訪れる）
コミュニケーション		☐ 29	自己決定を行う、人権の享受
☐ 12	理解する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	☐ 30	選挙など社会・政治的活動に関与する
☐ 13	表出する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	一般的な課題と要求	
☐ 14	電話、パソコンなどの利用	☐ 31	1つの課題を成し遂げる
学習と知識の応用		☐ 32	複数の課題を成し遂げる
☐ 15	注意して見る、聞く、味わう、感じる	☐ 33	日課の管理と達成
☐ 16	読み、書き、計算、技能習得	☐ 34	ストレス・危機などへの対処
☐ 17	集中、思考、問題解決、意思決定	その他の目標	
		☐ 35	
		☐ 36	

重要な目標

:
1 位 ()
2 位 ()
3 位 ()

平成 21～23 年度 茨城県立医療大学地域貢献研究

長期的な在宅生活の継続を目指したリハビリテーション医療に関する研究
「いつまでも生き生き生活プロジェクト」

退院時調査票

理学療法士

この調査票は、上記患者様の担当 作業療法士 への質問です。

フリガナ

ID. _____

フリガナ
患者氏名： _____

記入日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者

氏名

この研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得ており、ご協力いただく皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われています。なお、この調査票の提出に関わらず、研究協力について、不利益を受けずにいつでも撤回することができます。

研究への協力に際してご意見ご質問などございましたら、気軽に研究関係者にお尋ね下さい。

(問い合わせ先)

研究責任者 茨城県立医療大学 保健医療学部 理学療法学科 教授 水上昌文

研究分担者 茨城県立医療大学 保健医療学部 作業療法学科 助教 千田直人

理学療法学科 准教授 上岡裕美子

1. 退院後3ヵ月までに目標としている活動を項目中から選び、☒印を付けて下さい。複数回答可。

項目以外に目標があれば、「その他の目標」欄に具体的にご記入下さい。また、☒印か記入した目標の中から重要な目標を3つ選び、より重要なものから下端の1～3位の()欄に番号をご記入下さい。

目標とは、達成したい、達成しなければならない現実的な事柄を指します。

セルフケア		家庭生活	
☐ 1	入浴、シャワー、洗面	☐ 18	買い物
☐ 2	歯磨き、爪きり、整髪、髭剃り、化粧、義歯の手入れ	☐ 19-1	食事の準備・後片付け
☐ 3	排尿、排便、生理のケア	☐ 19-2	洗濯、掃除、ごみ捨てなど
☐ 4	衣服、靴下、靴、装具などの着脱	☐ 20-1	縫い物、アイロン、植物・動物の世話
☐ 5	食べること、はし・フォークなどの使用、ふた・袋を開ける	☐ 20-2	家族の世話や援助など
☐ 6	飲み物・薬を飲む、ビン・缶を開ける、コップ・ストローの使用	対人関係	
☐ 7	体温や明かりへの配慮、食事や体調の管理	☐ 21	人の気持ちに対する適切な対応、感情コントロール、社会ルールに従う
運動・移動		☐ 22	家族、友人、異性、職場・学校の人との関係を作り、保つ
☐ 8-1	寝起き、立ち座りなどの動作	主要な生活領域	
☐ 8-2	座位・立位の保持	☐ 23	教育機関で学ぶ（高等学校、大学、職業訓練など）
☐ 8-3	ベッド・椅子などへの乗り移り	☐ 24	仕事（報酬あり・報酬なし）、職探し
☐ 9-1	物を持って運ぶ	☐ 25	金銭管理（貯蓄、資産管理・運用等）
☐ 9-2	手の使用（つまむ、握る、手を伸ばす、ドアの把手を回すなど）	コミュニティライフ・社会生活・市民生活	
☐ 10	歩行と移動（屋内の移動、屋外の移動、段差・階段の昇り降り、走る、車いす等を使った移動など）	☐ 26	社会生活上の集まりへの参加（式典、冠婚葬祭、諸団体、サークルなど）
☐ 11	公共交通機関の利用、自動車・自転車などの運転	☐ 27	余暇活動（趣味、スポーツ、人との交流、遊びなど）
コミュニケーション		☐ 28	宗教的な活動（仏壇や神棚の世話、お墓・寺院・教会などを訪れる）
☐ 12	理解する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	☐ 29	自己決定を行う、人権の享受
☐ 13	表出する（話し言葉、ジェスチャー、書き言葉など）	☐ 30	選挙など社会・政治的活動に関与する
☐ 14	電話、パソコンなどの利用	一般的な課題と要求	
学習と知識の応用		☐ 31	1つの課題を成し遂げる
☐ 15	注意して見る、聞く、味わう、感じる	☐ 32	複数の課題を成し遂げる
☐ 16	読み、書き、計算、技能習得	☐ 33	日課の管理と達成
☐ 17	集中、思考、問題解決、意思決定	☐ 34	ストレス・危機などへの対処
		その他の目標	
		☐ 35	
		☐ 36	
重要な目標 : 1位 () 2位 () 3位 ()			

*本研究では、質問番号13（HR-QOL）を分析に用いた。

平成21～23年度 茨城県立医療大学地域貢献研究

長期的な在宅生活の継続を目指したリハビリテーション医療に関する研究
「いつまでもいきいき生活プロジェクト」

退院後フォローアップ調査票

この調査票は、退院されたご本人様への質問です。

フリガナ

ID. _____ 患者氏名： _____

退院後 1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1カ年、2カ年 調査

記入日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者に☑を付けて下さい。

☐ 本人 ☐ 同居者 ☐ 介護支援専門員（ケアマネージャー） ☐ その他（ _____ ）

この研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得ており、ご協力いただく皆様に不利益がないよう万全の注意を払って行われています。なお、この調査票の提出に関わらず、研究協力について、不利益を受けずにいつでも撤回することができます。

研究への協力に際してご意見ご質問などございましたら、気軽に研究関係者にお尋ね下さい。

（問い合わせ先）

研究責任者 茨城県立医療大学 保健医療学部 理学療法学科 教授 水上昌文

研究分担者 茨城県立医療大学 保健医療学部 作業療法学科 助教 松田智行

1. 現在お住まいについて、当てはまるものに☑を付けて下さい。

☐ 自宅（入院前と同じ） ☐ 自宅（他家族などの） ☐ 介護保険施設 ☐ 介護付き住宅
☐ 他医療機関 ☐ その他（ ）

2. 現在の家族構成について、当てはまるものに☑を付けて下さい。

☐単身 ☐夫婦二人 ☐夫婦と子ども ☐2世代世帯 ☐その他（ ）

3. 現在、何らかの介護・介助を受けていますか。当てはまるものに☑を付けて下さい。

☐受けている ☐受けていない ☐以前、受けていたが今は受けていない

「受けている」とお答えいただいた方のみにお伺いします。

1) 次のうちどなたから介護・介助を受けていますか。当てはまるもの全てに ☒ を付けて下さい。

☐夫 ☐妻 ☐父 ☐母 ☐嫁 ☐息子 ☐娘 ☐孫 ☐親族 ☐友人・知人
☐ホームヘルパー ☐看護師 ☐施設職員 ☐その他（ ）

2) その介護・介助はどのような内容ですか。当てはまるもの全てに ☒ を付けて下さい。

☐排泄行為 ☐入浴行為 ☐家事援助 ☐身体清潔 ☐移動 ☐移乗 ☐食事 ☐更衣
☐外出 ☐その他（ ）

4. 介護保険を利用していますか。当てはまるものに☑を付けて下さい。

☐要支援1 ☐要支援2 ☐要介護1 ☐要介護2 ☐要介護3 ☐要介護4 ☐要介護5
☐利用していない

5. 障害者自立支援法の障害区分認定を受けていますか。当てはまるものに☑を付けて下さい。

☐区分1 ☐区分2 ☐区分3 ☐区分4 ☐区分5 ☐区分6 ☐認定を受けていない

6. 公的な社会保障に関する認定を受けていますか。当てはまるものに☑を付けて下さい。

☐労働災害保険 ☐身体障害手帳 ☐生活保護 ☐受けていない
その他（ ）

7. 利用しているサービスについてお伺いします。前回の調査結果を参考にいただき、変更がない場合は、「前回調査と変更なし」に☑をつけて下さい。

☐前回調査と変更あり ☐前回調査と変更なし

「前回調査と変更あり」とお答えいただいた方のみ、現在利用しているサービスについて、当てはまるもの
全てに☒を付けて下さい。また、1ヶ月間の利用頻度を教えて下さい。

		利用サービス	利用サービス機関	利用頻度	
☐	1	訪問診療（医師の訪問診療）		月	<u> </u> 回
☐	2	訪問看護（看護師）		月	<u> </u> 回
☐	3	訪問介護（ホームヘルプ）		月	<u> </u> 回
☐	4	訪問リハビリテーション （理学・作業療法士、言語聴覚士）		月	<u> </u> 回
☐	5	通所介護・リハビリテーション （デイサービス・デイケア）		月	<u> </u> 回
☐	6	短期入所 （ショートステイ）		月	<u> </u> 回
☐	7	共同生活介護(ケアホーム) 共同生活援助（グループホーム）			
☐	8	外来通院（医師の診察）		月	<u> </u> 回
☐	9	外来通院 （理学療法士の診療）		月	<u> </u> 回
☐	10	外来通院 （作業療法士の診療）		月	<u> </u> 回
☐	11	外来通院 （言語聴覚士の診療）		月	<u> </u> 回
☐	12	その他		月	<u> </u> 回

8. 福祉用具を使用していますか。

☐ 使用している ☐ 使用していない ☐ 以前、使用していたが今は使用していない

「使用している」とお答えいただいた方のみ、使用しているもの全てに☑を付けて下さい。

☐介護用ベッド ☐ポータブルトイレ ☐歩行補助具（杖、歩行器）☐車いす
☐移動用リフト ☐昇降機 ☐その他（ ）

9. 前回調査後、住宅改修をしましたか。前回の調査結果を参考として、当てはまるものに☑を付けて下さい。

☐ 前回調査後改修をした ☐ 改修をしていない

↓
「前回調査後改修をした」とお答えいただいた方のみにお伺いします。いつ頃改修を行いましたか。

____年 ____月 ごろ

その改修箇所の全てに☑を付けて下さい。

	手すりの設置	段差解消	面積の変更	その他の改修内容
屋外・敷地	☐	☐	☐	
玄関	☐	☐	☐	
廊下	☐	☐	☐	
寝室	☐	☐	☐	
階段	☐	☐	☐	
トイレ（排泄）	☐	☐	☐	
浴室（入浴）	☐	☐	☐	

☐ その他の改修箇所・内容

(_____)

10. ここ最近の2週間で転倒しましたか。当てはまるものに☑を付けて下さい。

☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回以上（具体的な回数 ____回）

↓
「1回以上、転倒した」とお答えいただいた方のみにお伺いします。

1) 転倒した場所はどこですか。当てはまるもの全てに ☑を付けて下さい。

☐ 玄関 ☐ 廊下 ☐ トイレ ☐ ベッド周り ☐ 浴室 ☐ 階段 ☐ その他 (_____)

2) 転倒した時間はいつですか。当てはまるもの全てに ☑を付けて下さい。

☐ 明け方 ☐ 日中 ☐ 夜間

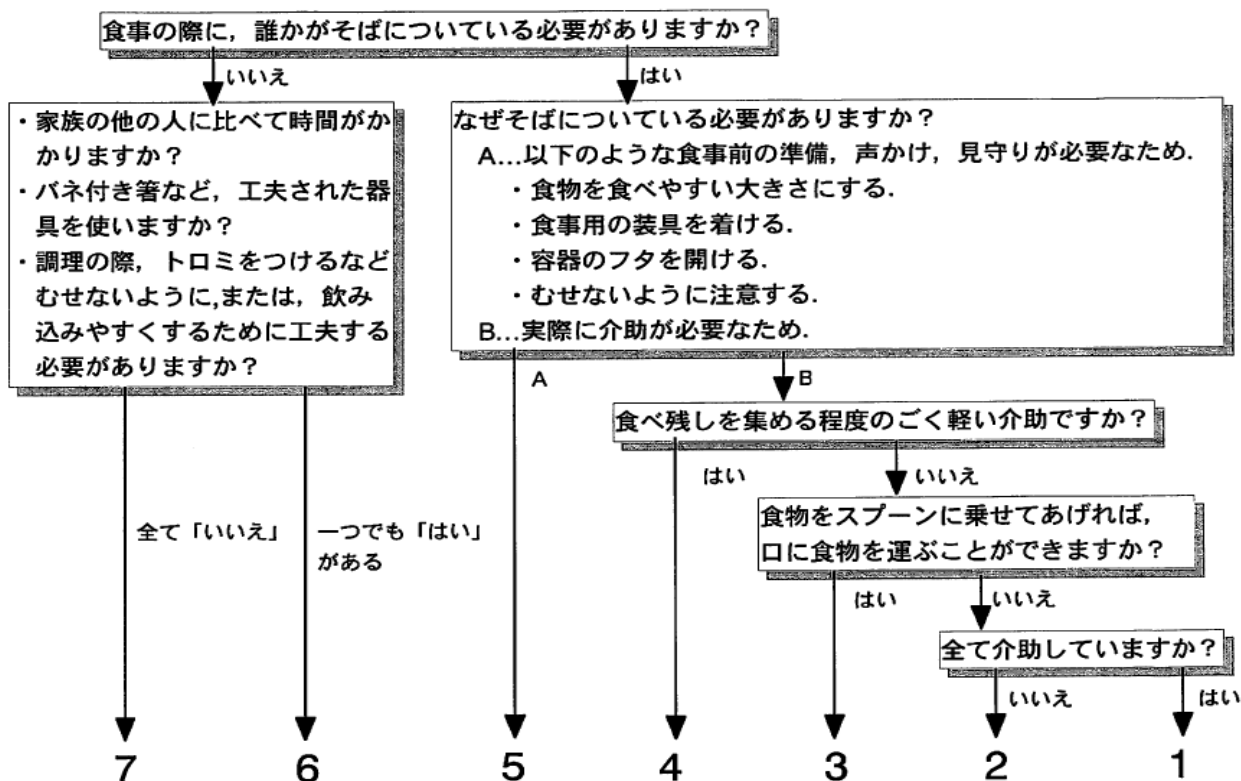
3) どのような状況で転倒しましたか。当てはまるもの全てに ☑を付けて下さい。

☐ 歩行時 ☐ ベッド・車いすなどの乗り移り時 ☐ 段差昇降時 ☐ トイレ動作時
☐ 入浴時（洗体時も含む） ☐ その他 (_____)

11. 実際に行っている日常生活活動の状況についてお伺いします。18 項目の全ての動作や事柄について、それぞれ「はい」「いいえ」の選択肢に従い、該当する番号「1～7」に1つだけ○を付けて下さい。

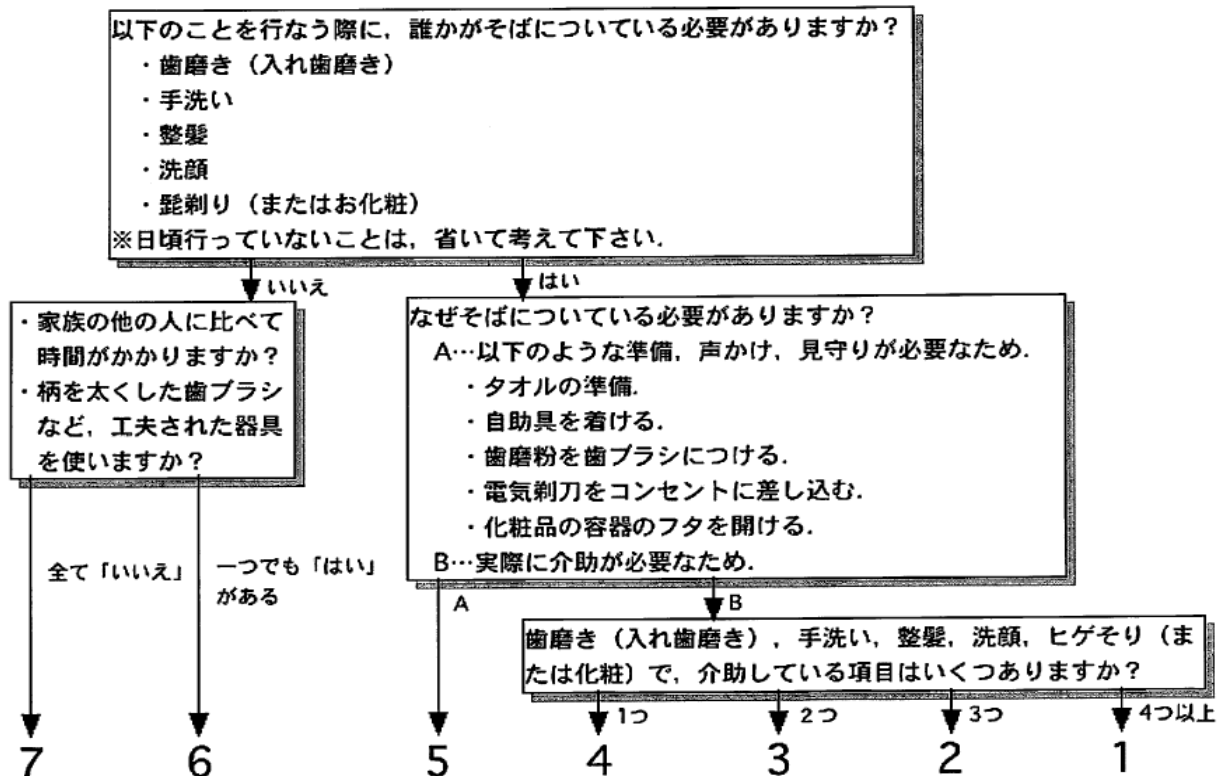
(1)

食事動作についてお聞きします。



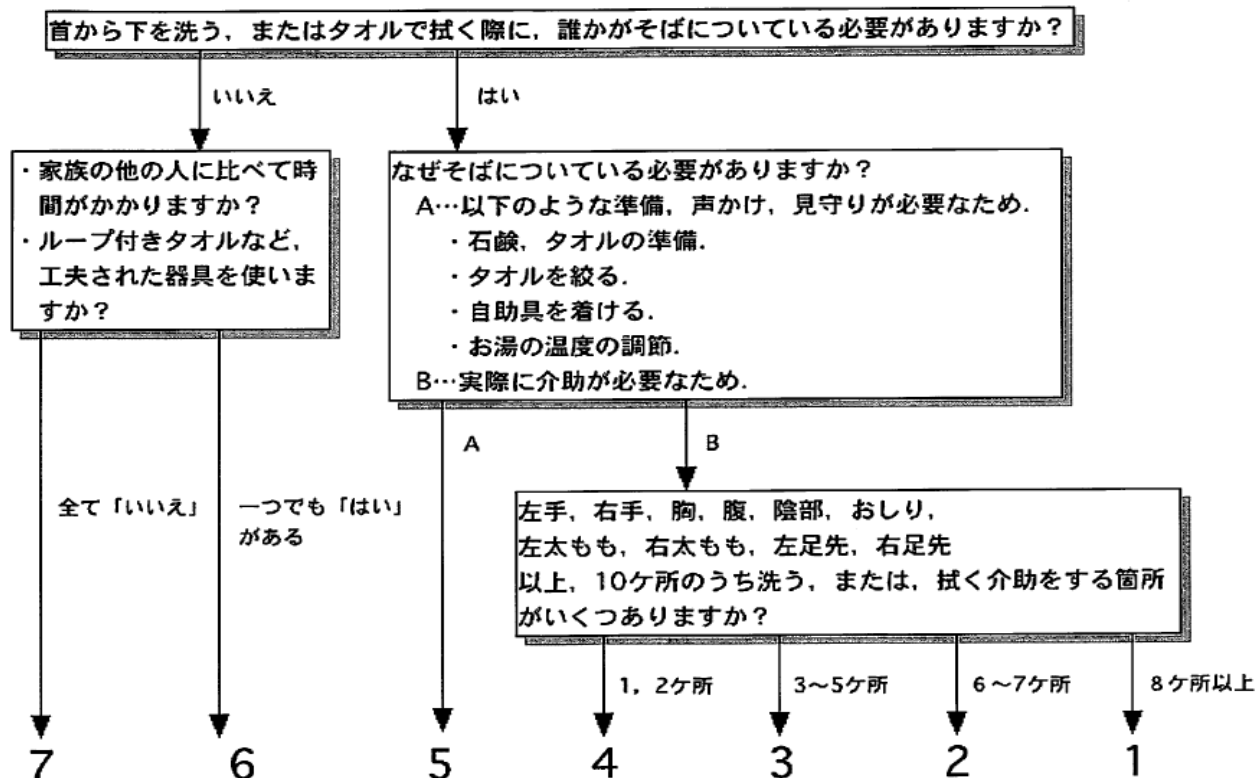
(2)

整容動作についてお聞きします。



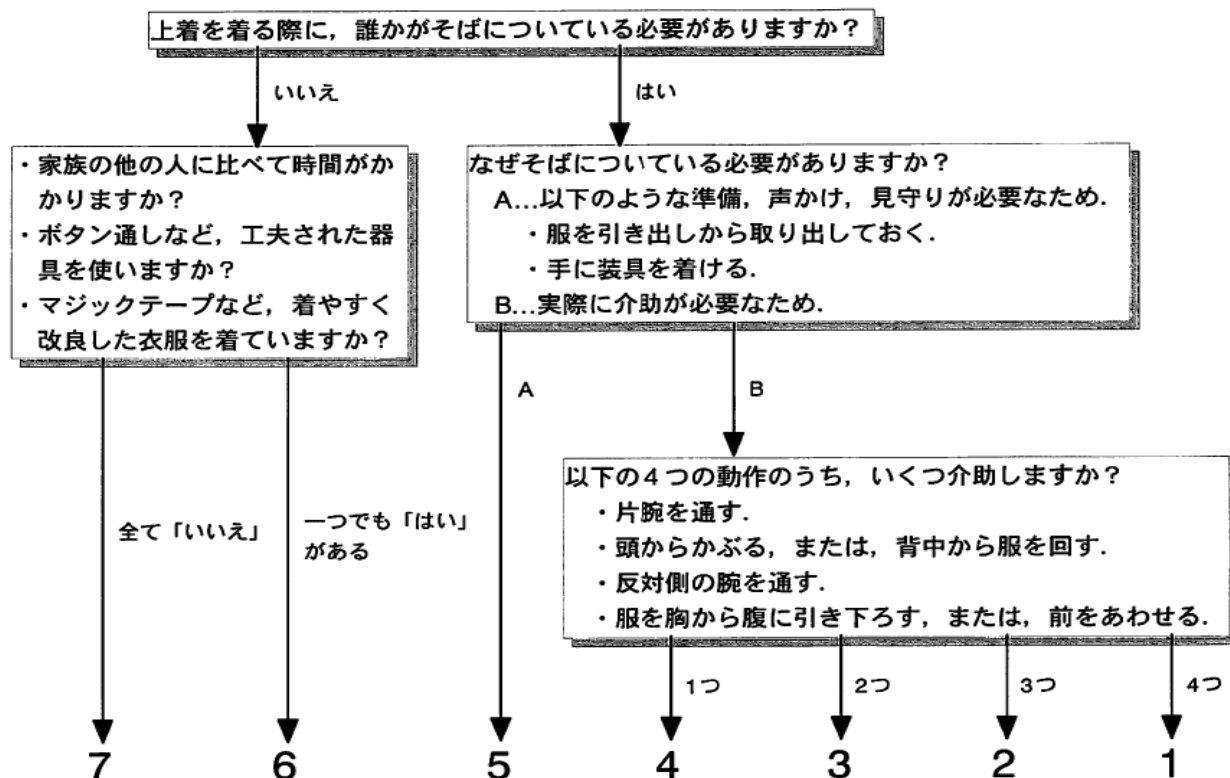
(3)

清拭動作についてお聞きします。



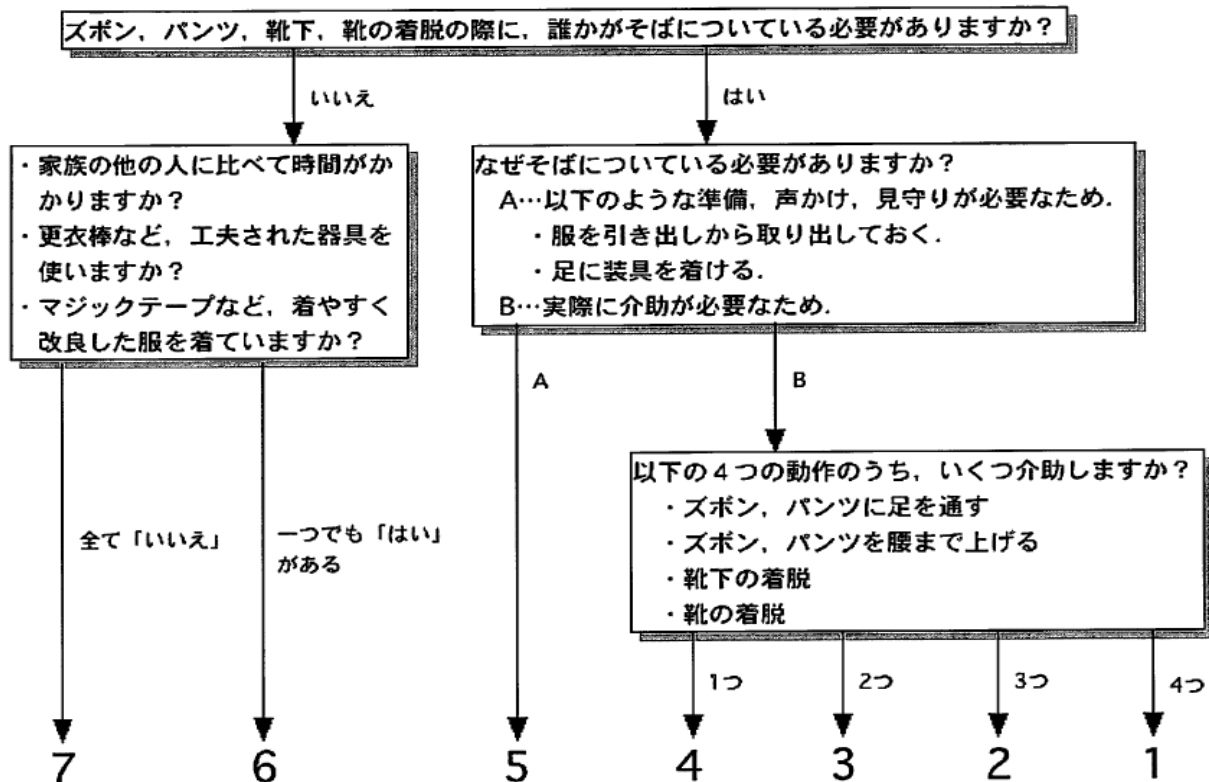
(4)

更衣（上半身）動作についてお聞きします。



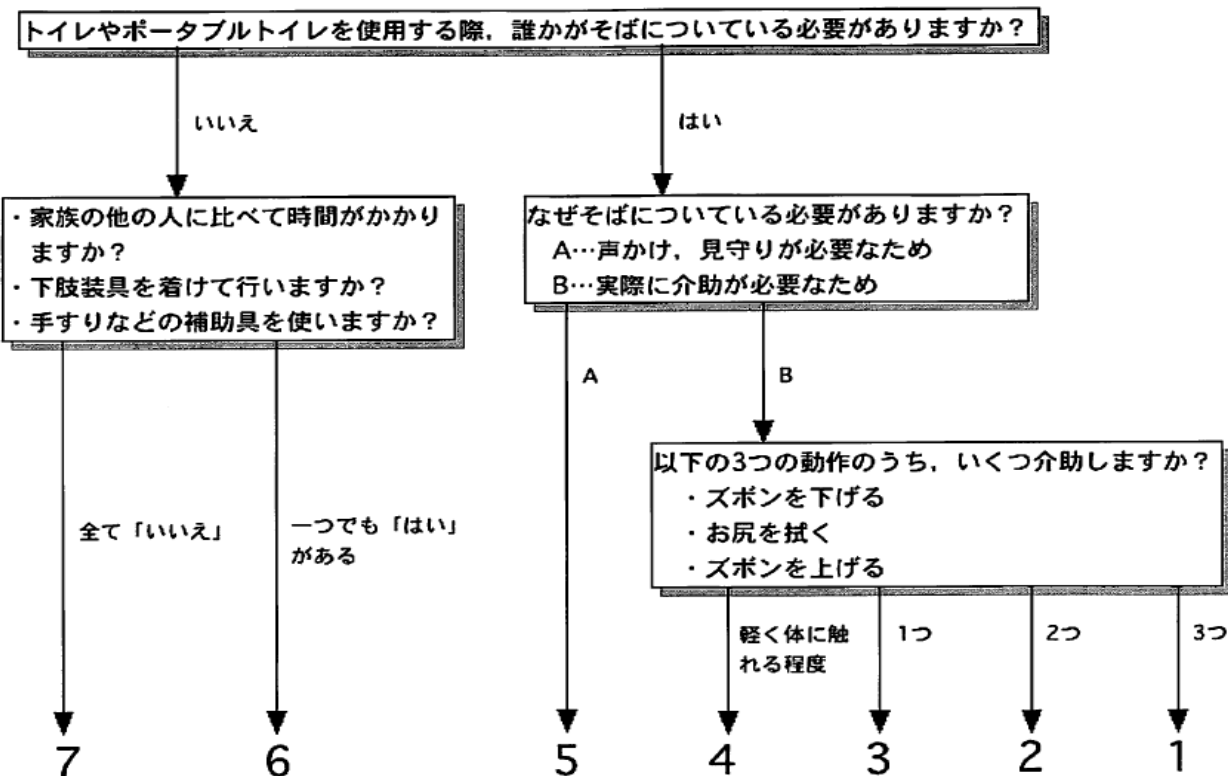
(5)

更衣（下半身）動作についてお聞きします。



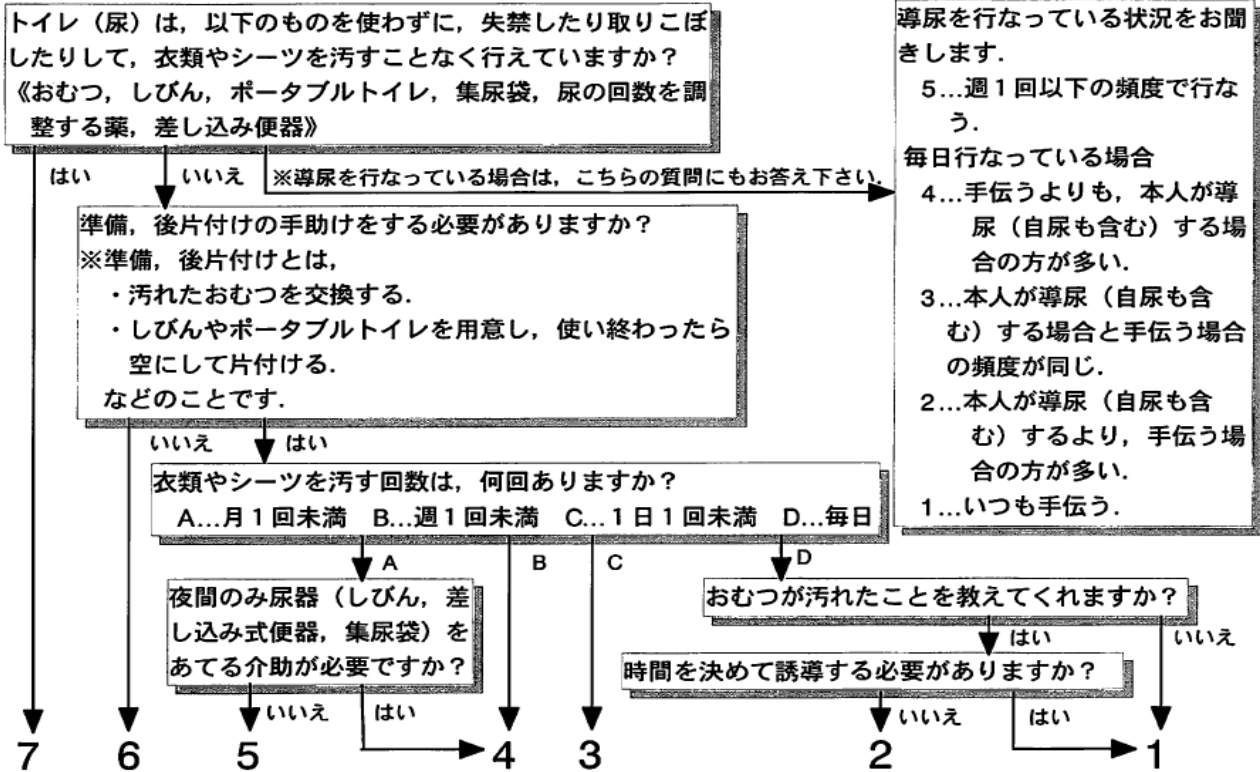
(6)

トイレの際のズボンの上げ下ろし、拭く動作についてお聞きします。



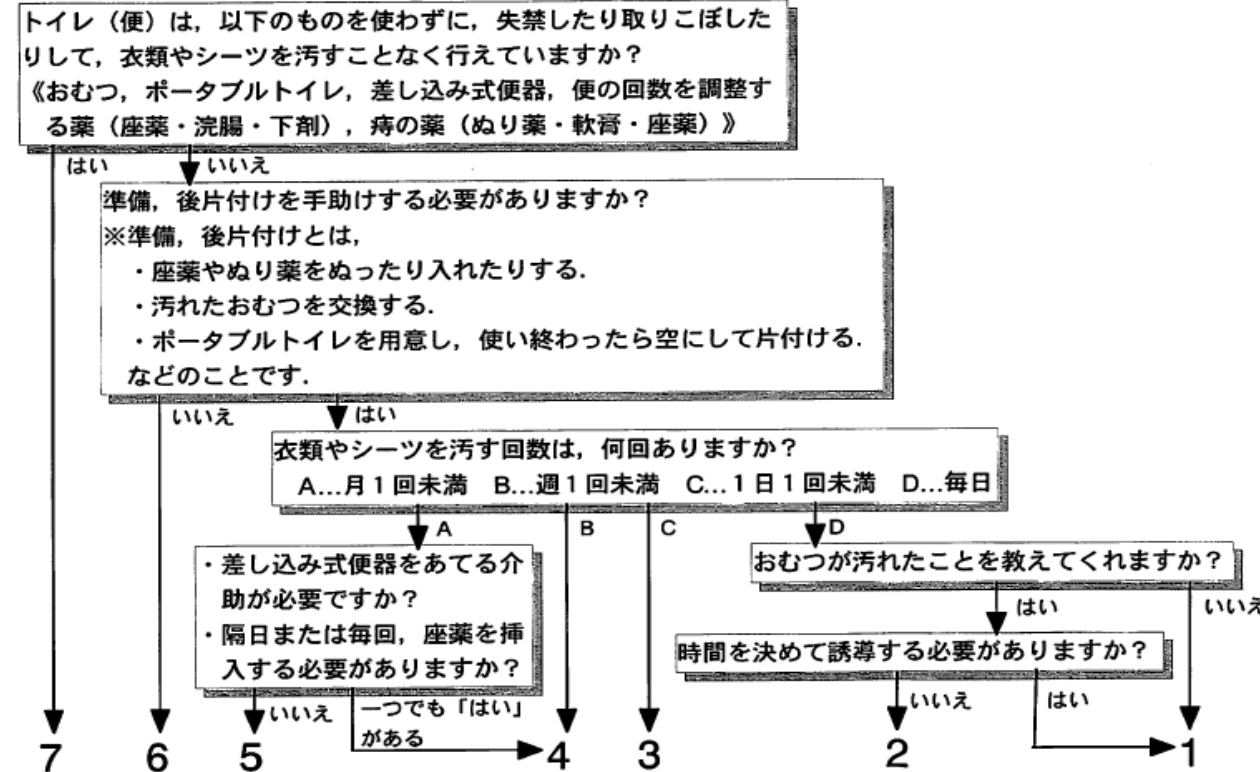
(7)

トイレ（尿）についてお聞きします。

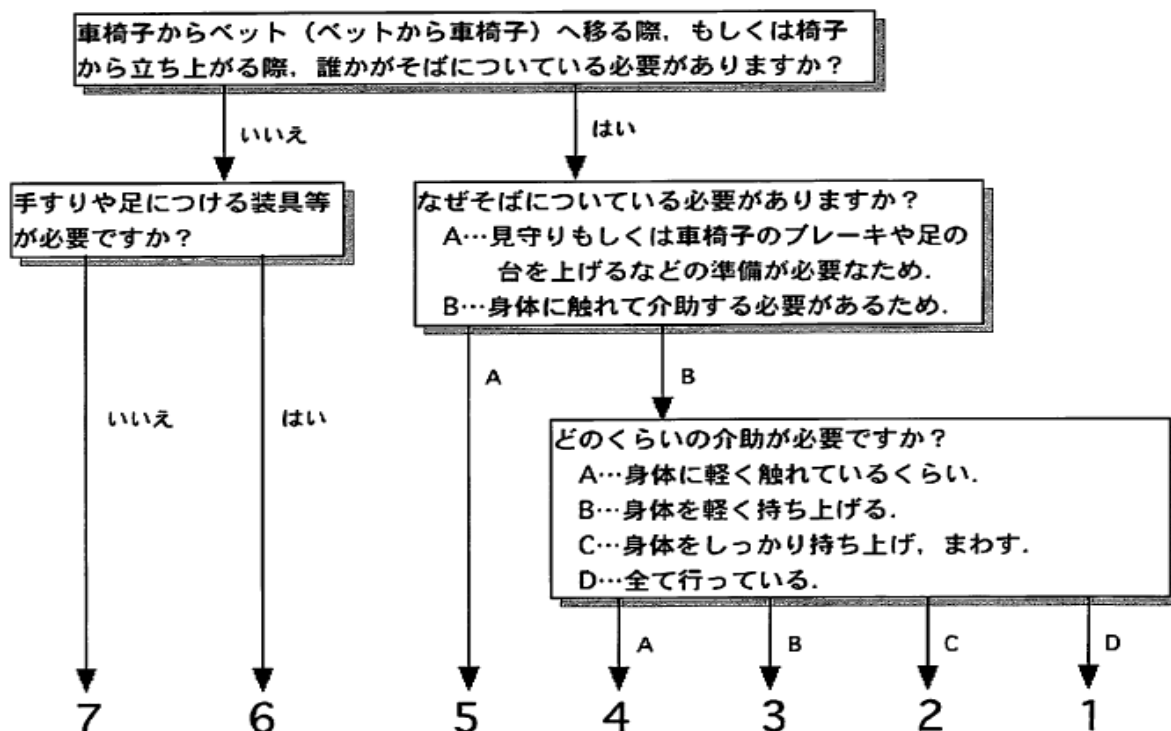


(8)

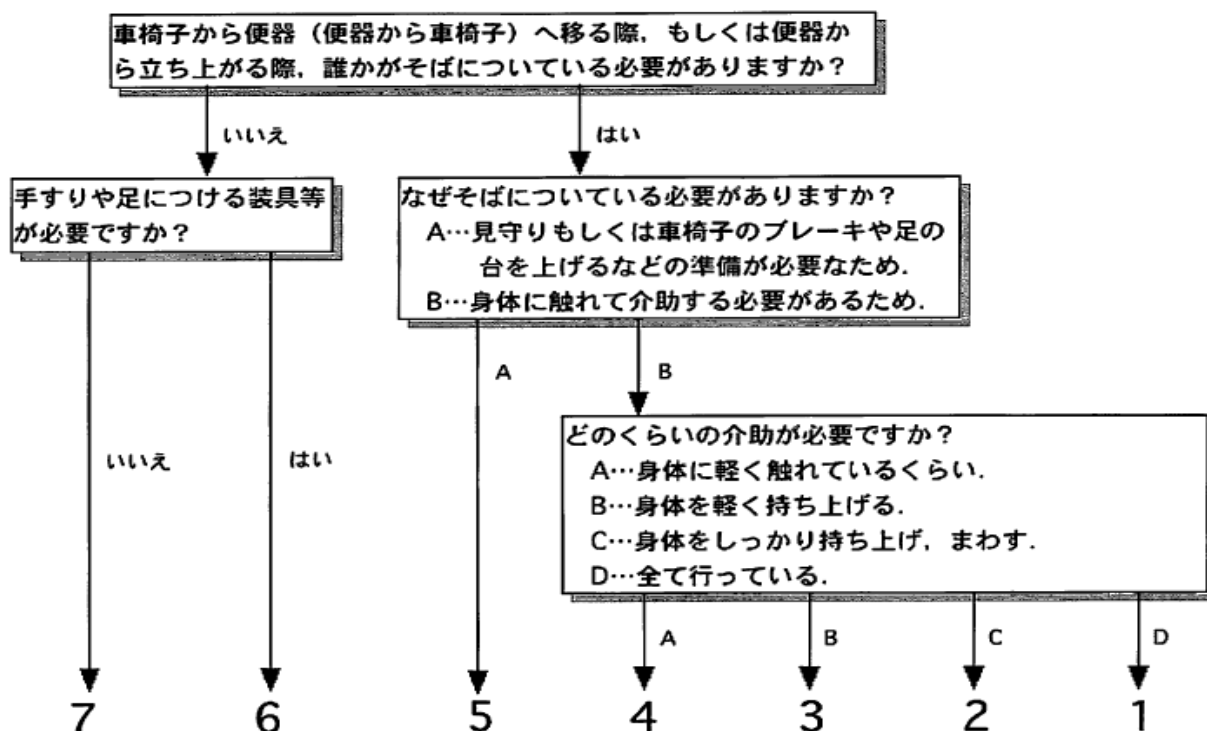
トイレ（便）についてお聞きします。



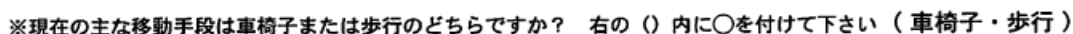
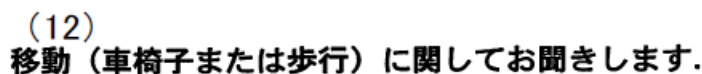
- (9) 車椅子からベット（ベットから車椅子）へ移る動作、もしくは椅子から立ち上がる動作についてお聞きします。



- (10) 車椅子から便器（便器から車椅子）へ移る動作、もしくは便器から立つ動作についてお聞きします。



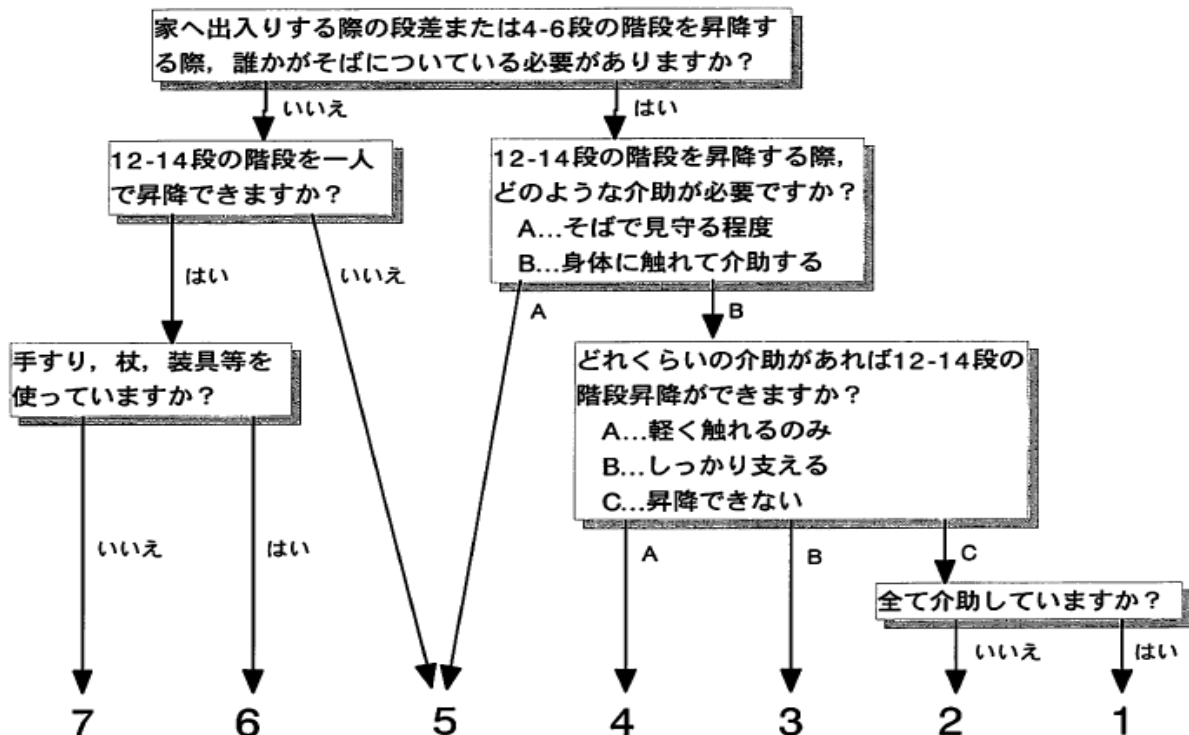
浴そうに出入りする動作についてお聞きします。



(13)

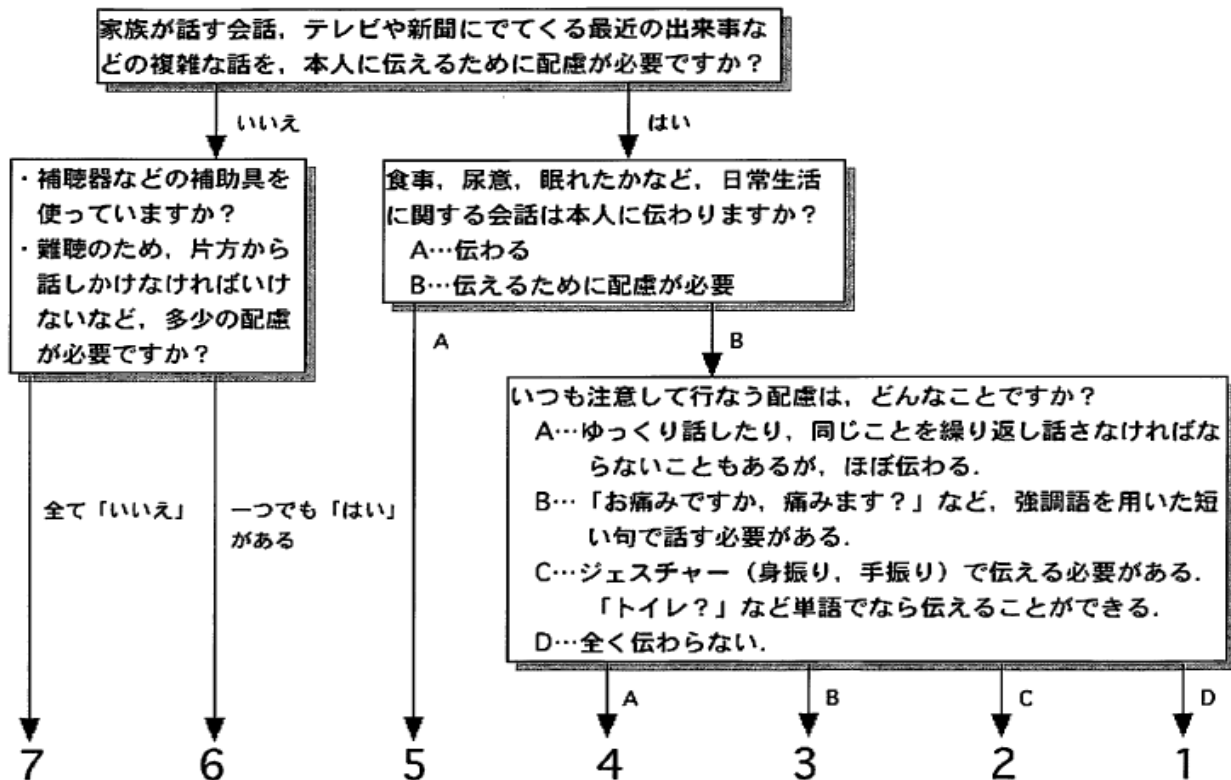
階段の昇り降りについてお聞きします。

※この項目のみ実際に行っていない場合は、行ってみたとしてお答え下さい。



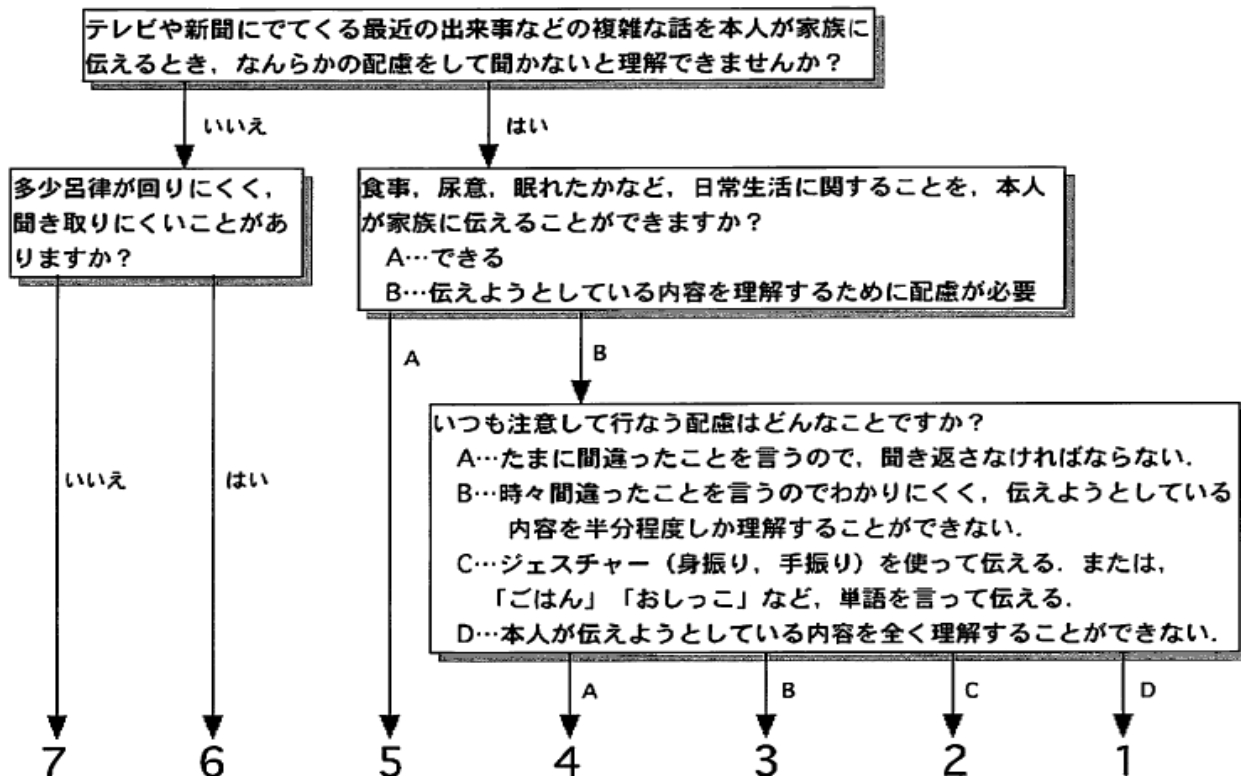
(14)

家族からの話しや声かけを理解できるかお聞きします。



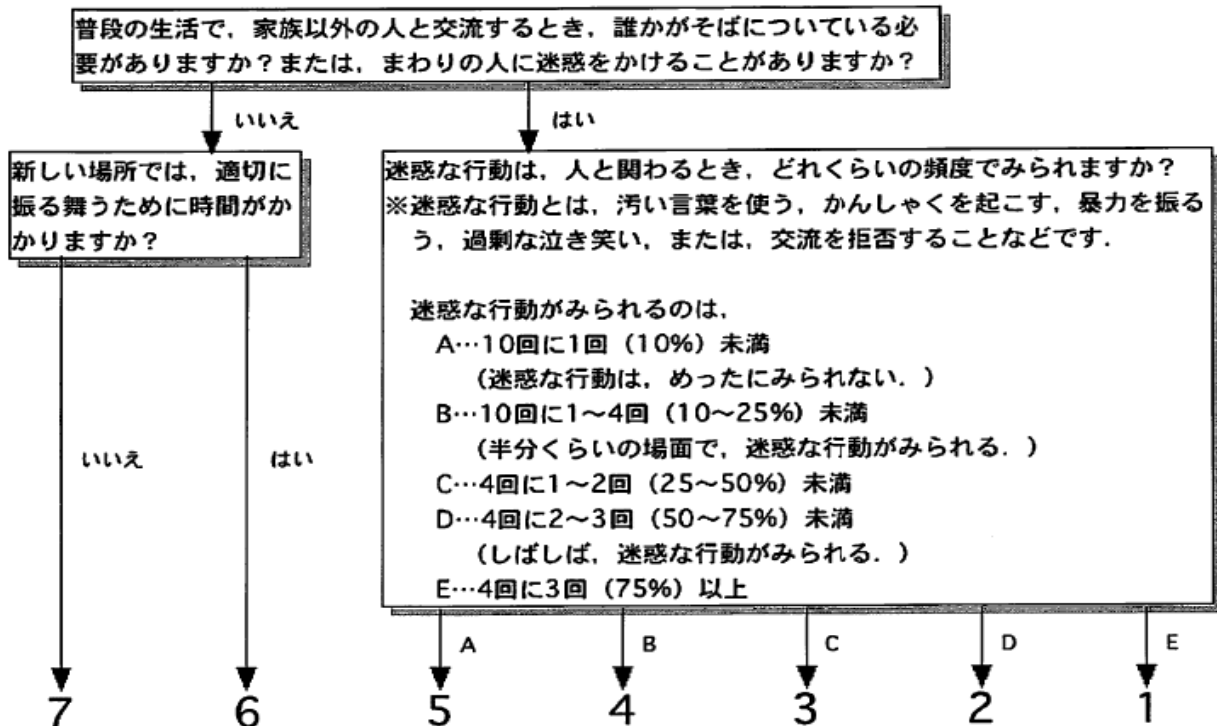
(15)

ご本人が言いたいことを家族に伝えることができるかお聞きします。



(16)

社会の場において家族以外の人との折り合い、集団に参加する能力についてお聞きします。



(17)

金銭面、社会的、個人的なできごとを解決する能力についてお聞きします。

普段の生活の中で、複雑な問題を解決する際、誰かがそばにしている必要がありますか？
※複雑な問題とは、金銭管理、薬の管理、人とのトラブルの処理、などを言います。

いいえ

はい

慣れていない状況では、適切な判断に多少の時間がかかるなどの困難が生じますか？

いいえ

はい

7

6

日常生活上の困りごとに、どの程度対応することができますか？

※対応とは、

- ・ ベットへ乗り移るとき、必要な介助を頼む。
 - ・ 歯をみがくとき、歯ブラシの使い方がわかる。
- などのことです。

ご自分で対応している頻度は、

- A...10回に9回（90%）以上
（ほぼご自分で判断し、対応している。）
B...4回に3回から10回に9回まで（75～90%未満）
（多くの場合ご自分で判断し、対応している。）
C...4回に2～3回（50～75%）未満
（半分くらいの場面で、対応できる。）
D...4回に1～2回（25～50%）未満
（時々くらいしか対応できない。）
E...4回に1回（25%）未満
（全く対応できない。）

5

4

3

2

1

(18)

社会および日常の生活において、必要なことを憶えている能力をお聞きします。

以下の3つの項目を、ご本人が憶えていることができますか？

- ① 日常の生活する上での日課
- ② よく出会う人（顔がわかればよい）
- ③ 3つの頼まれごとをやり終えるまで、何を頼まれたか憶えている

全て「はい」

一つでも「いいえ」がある

・ 思い出すのに多少時間がかかりますか？
・ メモ書きするなど、忘れないように工夫していますか？

全て「いいえ」

一つでも「はい」がある

7

6

上記の①～③の項目をどれくらいなら憶えていることができますか？

- A...メモ書きを見るように促す必要があるくらいで、ほとんど憶えている。
B...憶えたことを時々忘れてしまう。
C...①～③の3つの項目のうち、2つは憶えている。
D...①～③の3つの項目のうち、1つは憶えている。
E...全く憶えていない。

A

B

C

D

E

5

4

3

2

1

12. 実際に行っている活動の頻度についてお伺いします。当てはまる頻度に☑を付けて下さい。

1) 食事の用意をしていますか。(買い物は含まない)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(週に1-3回程度)している ☐週に3回以上している

2) 食事の後かたづけをしていますか。

☐していない ☐まれにしている ☐時々(週に1-3回程度)している ☐週に3回以上している

3) 洗濯をしていますか。

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

4) 掃除や整頓をしていますか。(ほうきや掃除機を使った掃除、衣類や身の回りの整理整頓など)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

5) 力仕事をしていますか。(布団の上げ下ろし、ぞうきんで床をふく、家具の移動や荷物の運搬など)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

6) 買い物をしていますか。(自分で選んだり購入したりすること)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

7) 外出をしていますか。(映画、観劇、食事、酒飲み、会合など)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

8) 散歩、買い物、外出のために少なくとも15分以上歩いていますか。

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

9) 園芸、編み物、スポーツなどの趣味を行っていますか。(テレビ鑑賞は含まない)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

10) 自転車、車、バス、電車、飛行機などの交通手段を利用していますか。

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

11) 車、バス、電車、飛行機などに乗って楽しみのための旅行をしていますか。(仕事は含まない)

☐していない ☐まれにしている ☐時々(月に1-3回)している ☐週に1回以上している

12) 庭仕事をしていますか。

☐していない ☐草抜き、芝刈り、水撒き、庭掃除などの庭仕事を時々している
☐定期的に行っている
☐庭仕事を定期的に行っている。必要があれば掘り起こし、植えかえなどの作業もしている

13) 家や車の手入れをしていますか。

☐していない ☐電球その他の部品の取り替え、ねじ止めなどを行っている
☐ペンキ塗り、室内の模様替え、車の点検、洗車などもしている
☐ペンキ塗り、室内の模様替え、車の点検、洗車などのほか、家の修理や車の整備もしている

14) 読書をしていますか。(新聞、週刊誌、パンフレットなどは含まない)

☐読んでいない ☐まれに読んでいる ☐時々読んでいる(月に1回程度)
☐読んでいる(月に2回以上)

15) 仕事をしていますか。(勤務形態を問わず収入を得る仕事。ボランティア活動は含まない)

☐していない ☐週に1～9時間働いている
☐週に10～29時間働いている ☐週に30時間以上働いている

13. ご自分の健康をどのように考えているかについてお伺いします。

毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になりますので、当てはまるものに☑を付けて下さい。

1. 全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に良い	とても良い	良い	あまり良くない	良くない	ぜんぜん良くない
▼	▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

2. 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨^{さまた}げられましたか。

ぜんぜん、 妨 ^{さまた} げられ なかった	わずかに 妨 ^{さまた} げられた	少し 妨 ^{さまた} げられた	かなり、 妨 ^{さまた} げられた	体を使う日常 活動ができな かった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

3. 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨^{さまた}げられましたか。

ぜんぜん、 妨 ^{さまた} げられ なかった	わずかに 妨 ^{さまた} げられた	少し 妨 ^{さまた} げられた	かなり、 妨 ^{さまた} げられた	いつもの 仕事ができ なかった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

4. 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

5. 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し 元気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん 元気でなかった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. 過去1ヵ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられ なかった	わずかに、 妨げられた	少し、 妨げられた	かなり、 妨げられた	つきあいが できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. 過去1ヵ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

ぜんぜん悩ま されなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり 悩まされた	非常に 悩まされた
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

8. 過去1ヵ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん、 妨げられ なかった	わずかに、 妨げられた	少し、 妨げられた	かなり、 妨げられた	日常行う活動が できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

14. 退院後の生活について相談できる方はいますか。当てはまるものに☑を付けて下さい。

☐ <u>いる</u>	☐ いない
------------------------------------	------------------------------



「いる」と答えていただいた方のみにお伺いします。

相談できる方は次のうちどなたですか。当てはまるもの全てに ☑を付けて下さい。

☐ 介護支援専門員（ケアマネージャー）	☐ 親類・親族	☐ その他（ ）
--	--------------------------------	--

15. 前回の調査後、困っていることがありましたら下記にお書き下さい。

以上で、退院されたご本人様への質問は終わりです。ご協力いただき誠にありがとうございました。