

家族との会話を増やすことで 家族関係が改善した事例 ～メモリーブックを活用して～

Key word : メモリーブック, 会話, 食事

井上智文¹⁾

¹⁾ 介護老人保健施設ぬまくま

1. はじめに

今回、通所リハビリテーション(以下デイケア) 利用中の認知症を呈した高齢者に、メモリーブックを活用し、家族との会話を促す支援を行った。その結果、家族関係、行動・心理症状(以下 BPSD) に改善が認められたので以下に報告する。

2. 症例紹介

80代後半、女性。X年9月にアルツハイマー型認知症と診断された。性格は穏やかだが、気が強い一面もあった。長男夫婦・孫と5人暮らしで、主介護者は長男嫁である。デイケア(5回/週)・短期入所を利用しながら在宅ケア生活を送っている。

3. 作業療法評価

MMSE:19点、DBD:48点、QOL-D(陽性感情:22点、陰性感情&陰性行動:14点、他者への愛着:12点)、主介護者のJ-ZBI:32点であった。長男は、「何度も同じことを聞いてくること」に不快感を示し、症例との会話頻度が減少していた。症例からは、「家族と話がしたい、一緒に食事がしたい」といったニーズが明らかになった。

4. 問題点

症例のBPSD(興奮、被害妄想)は、認知機能障害を基盤とし、「家族との会話頻度の軽減」や「家族の介護疲れ」などの在宅ケア

環境が影響し出現していると考えられた。

5. 目標

メモリーブックを活用し、家族の会話を促すことで、家族関係・BPSDの改善を目指した。

6. 作業療法実施

メモリーブックには、デイケアの活動内容(園芸療法、集団体操)を「日付・写真・文章」の項目で記載し、症例がポジティブな感情が生起できる内容とした。さらに、主介護者に食事の様子(会話の弾み具合、症例の表情)のチェックを依頼し、演者と確認を行った。また同時に家族へ、会話のアドバイスや認知症状の理解を促す支援も行った。

7. 結果

MMSEの点数には変化がみられず、J-ZBIは42点に増加した。しかし、DBD:41点でBPSDは軽減した。加えてQOL-Dは、陽性感情:24点、陰性感情&陰性行動:11点、他者への愛着:14点となり、QOLが向上した。さらに長男は不快感が減少し、会話頻度も増した。食事時の会話でも、陽性感情の表出が増え、また症例から家族に話し掛けることも増えた。

8. 考察

認知症高齢者の在宅ケアを支えるには、家族の関係性が重要である。今回、メモリーブックを活用し、会話の“きっかけ”を症例・家族に提供したことで、より効果的に家族関係の改善が図れたのではないかと考える。また食事場面の報告を元に家族支援をしたことで更に促進されたものと考え、家族関係が改善したことで、在宅ケア環境も向上し、BPSDの改善やQOLの向上につながった可能性がある。

9. 結語

本症例を通して、認知症高齢者の在宅ケアを支えている家族支援の重要性を改めて再考できた。今後も継続した関わりを行っていきたい。

作業療法において協働することの重要性を再認識した症例

Key Word : 作業療法, 協働, 面接

中田美穂¹⁾

¹⁾ 寺岡記念病院

はじめに

より良い作業療法実践のためには、対象者と作業療法士（以下 OTR）が協働しながら目標を設定し介入することが重視されている。今回、ADL 介助量軽減に向けて協働することの重要性を再認識した症例について報告する。

症例紹介

80 歳代男性（右利き）【病名・障害名】右視床出血，左片麻痺【既往歴】白内障【現病歴】高齢者専用賃貸住宅に入居中。X 年 Y 月，右視床出血のため当院入院。3 病日目よりリハ開始。【病前生活】ADL 自立。性格は頑固。職業と趣味は書道。【Need】歩行車を使って歩けるようになりたい。【Demand】書道がしたい。

初期評価

【身体機能】BRS（左）：上肢・手指 V，下肢 IV。ROM：円背。感覚；左上下肢表在・深部重度鈍麻，左上下肢に異常感覚あり。疼痛：左上下肢，腰背部痛あり。筋緊張：左上下肢亢進。【認知面】HDS-R；26/30 点，MMSE；23/30 点。

【FIM (50/126)】更衣（上衣・下衣）2，トイレ動作 1，排尿 1，排便 1，歩行 1。

作業療法目標

【FTG】更衣，トイレが自立し，施設で趣味の書道を行いながら充実した生活をする。

【LTG】ADL 見守りから軽介助。

【STG】基本動作獲得，離床時間の延長，立位見守り。

経過

【第一期：書道を通して離床を図った時期】（介入初期～1 ヶ月）

介入当初より倦怠感，気分不良の訴えがありリハに対しても意欲がなく，介入ができない事がほとんどであった。唯一，書道することに意欲が見られたため，書道をすることで離床を図った。

【第二期：ADL 練習が困難であった時期】（1 ヶ月～2 ヶ月）

症例は入居費と入院費の二重払いのため，金銭的な負担が大きかった。そこで OTR は ADL 能力の改善を図り，施設への早期退院を目標に介入開始。しかし症例は作業療法の時間に書道を希望し，ADL 練習には消極的であった。

【第三期：ADL 練習への意味づけを行った時期】（2 ヶ月～ENT）

退院へ向けた準備の中で，「今まで施設では ADL 場面で介助してもらえなかったため，今後してもらえないのではないか」という不安が新たに出現した。そこで OTR は「自分で出来ることを増やしていきましょう」と再度 ADL での主体的活動のサポートを行った。また，担当看護師の協力のもと病棟 ADL 場面での不安要素を聴取し，課題の検討を行い症例へ提示した。その結果，ADL 練習を積極的に行うようになり，介助量の軽減につながった。

最終評価

【FIM (80/126)】更衣（上衣・下衣）4，トイレ動作 5，排尿 4，排便 4，歩行 4。

考察

今回，面接にて症例の「書道をしたい」という主訴と OTR の「ADL 介助量軽減」という合致しない目標について，症例との話し合いにより主訴をくみ取った共通目標を設定し，そのための課題を協働することで意思決定を促すことができた。その結果，双方が共通目標とした ADL 練習を積極的に行うことができ，介助量軽減につながったと考えられる。

便秘を訴える片麻痺者の排便姿勢と

運動の特徴について

Key word : 片麻痺, 姿勢と運動, 排便

岡本淳志¹⁾

¹⁾ 福山リハビリテーション病院

はじめに

排泄は、人が生活する上で重要な生活行為であるが脳卒中片麻痺者（以下片麻痺者）は、発症後便秘に悩まされる場合がある。原因の一つに片麻痺者は、諸活動において非対称な姿勢を背景に努力的な運動が多く観察され、排便時においても円滑な動作を阻害している可能性が疑われる。しかし、排便動作そのものに着目した研究報告は少ない。

目的

健常人と便秘傾向の片麻痺者の排便動作を比較し、運動学的な特徴を明らかにする事で、片麻痺者の排便動作の問題について検討するものである。

方法

健常成人10名（男7・女3名、平均年齢27.9±4.7歳：以下健常群）、当院入院中で、発症を契機として便秘を訴える片麻痺者のうち、器質性便秘者を除外した10名（男6・女4名、左片麻痺者4名、右片麻痺者6名、平均年齢72.6±12.7歳：以下片麻痺群）を対象とした。片麻痺群は検査上の説明の理解と、端座位保持が可能であった。Panasonic社製デジタルミラーを使用し、重心動揺計上に簡易便座を設置した。対象者には肩峰、上前腸骨棘、大転子にマーカーをつけ、便座上で座位姿勢をとらせた。安静座位姿勢から排便時のいきみ姿勢へと変化させ、5秒間いきむよう指示し、その後開始姿勢へと戻らせた。その際の両群の1) 体幹前傾角度2) 骨盤傾斜角度3) 矩形動揺面積の前後左右値を計測し、統計処理は

Mann-WhitneyのU検定を用いて有意水準5%で分析した。

	健常群平均値	片麻痺群平均値
1)	27.0±11.6 cm	5.7±3.1 cm
2)	前傾21.0±11.8 cm	前傾7.5±7.5 cm
3)	7.86±6.5 cm ²	4.29±7.1 cm ²
左右値	1.1±0.55 cm	1.6±1.29 cm
前後値	5.73±2.9 cm	2.17±1.37 cm

結果

1) 2) は、片麻痺群よりも健常群の方が有意に大きかった。3) は、左右値に有意差は認めず、前後値は片麻痺群よりも健常群の方が有意に大きかった。

考察

槌野¹⁾は、「体幹の前傾角度が大きい前屈座位は直腸肛門角が鈍角となり便排出量が増加する」と報告している。片麻痺群では、いきみ時に体幹を伸展させ背部を後方へ押し付ける傾向にあり、直腸肛門角は鋭角となる事が示唆される。また、便座上での骨盤の動き、重心移動範囲の乏しさは、便座面に適応し臀部、大腿部から足部への重心移動を伴う円滑な姿勢変換が困難である事を示唆しており、腹筋群、骨盤底筋群など腹圧をかけていくのに必要な筋活動も生じづらい事が予測される。つまり、片麻痺者の排便時の姿勢、運動が便秘の一因である可能性が考えられる。

まとめ

今回の研究で、セラピストとして排便動作の評価を深め、介入していく必要性を強く感じた。今後は、3次元的な動作解析や片麻痺者の心理的側面の影響など多角的な視点で問題の本質に迫る必要がある。

文献

1) 槌野正裕, 荒川広宣, 石井郁恵, 山田一隆, 高野正博 「排便姿勢と直腸肛門角, 排出量の関係」 第46回日本理学療法学会大会抄録集

自立支援に向けた連携強化の取り

組み

Key Words : 連携, 退院時指導

○有田和世¹⁾, 早瀬謙二¹⁾, 保本孝利¹⁾, 北川奈恵¹⁾, 實延靖¹⁾

¹⁾ 医療法人社団博愛会 木阪病院

はじめに

高齢者のリハビリテーションにおいては、医療と介護の連携、介護保険の各種サービス事業所間や、専門職間の連携が不十分である¹⁾とされている。当院では、退院後の円滑な生活への復帰を図る目的で、連携先にリハビリテーション退院報告書（以下、報告書）を用いて情報提供を行っている。今回、報告書の有用性と、連携先が求める情報を明らかにし、業務改善を進めることとしたため、ここに報告する。

方法

当院の連携施設 9 事業所と東広島市にある居宅介護支援事業所で、これまで報告書を送付したことがある 12 事業所の計 21 事業所を対象に、アンケート調査を実施した。アンケートは、報告書の有用性の程度、報告書に求める情報について、項目選択および自由記載をしてもらうこととした。返信されたアンケートから、各設問の回答割合を算出した。さらに報告書に求める情報については、回答の多かった上位 13 項目を「心身機能」「活動」「参加」「今後の課題・目標」のカテゴリーに分類し、カテゴリー別の回答割合を算出した。

結果

アンケートを送付した 21 事業所中、14 事業所より回答を得、回収率は 67%であった。報告書の有用性については、「役に立ってい

る」86%、「どちらともいえない」7%、「役に立っていない」0%、「受け取ったことがない」7%であった。

報告書に求める情報については、「食事」が7%と最も多く、「リハビリ評価」「移動移乗時の介助方法」「禁忌事項」各6%、「退院後の課題」5%、「家の中での移動方法」「口腔ケア」「排泄」「更衣」「入浴」「コミュニケーション方法」「自主練習」「趣味」各4%と続いた。カテゴリー別割合では、「活動」69%、「心身機能」15%、「参加」8%、「今後の課題・目標」8%であった。

考察

連携先が報告書に求める情報では、「活動」が半数以上を占めていた。当院の報告書でもADLの記載が多いため、報告書は「役立っている」という意見が多かったと考えられる。一方、「参加」や「今後の課題・目標」については報告書への記載欄が無いため記載量が少なく、業務に役立つ情報として捉えられていない可能性が考えられた。

生活機能の低下した高齢者に対して、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよく働きかけることが重要である¹⁾が、当院の現在の報告書記載では活動に内容が偏重していることがうかがえた。柴田²⁾は、今後の生活に向けた新たな目標や課題を、後任者に引き継ぐまでがOTの責務であると述べている。今後、この結果を元に報告書の改訂を行う予定である。参加や今後の目標についても適切な情報提供が行える書式へ改訂し、後任への引き継ぎが円滑に行えるように取り組みたい。

文献

- 1) 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方討論会報告書。2015.
- 2) 柴田八衣子：申し送りの重要性。作業療法ジャーナル 50 (8) : 783-789, 2016.

当院の心臓リハビリテーションにおける作業療法の現状

Key Words : 心疾患, 作業療法

○三田隆之¹⁾, 永井育代¹⁾, 坂本暁良¹⁾, 藤井俊宏²⁾

¹⁾福山市民病院 医療技術部リハビリテーション科, ²⁾福山市民病院 診療部

はじめに

2014年度の診療報酬改定に伴い作業療法においても心大血管疾患リハビリテーション料を算定することが可能となった。しかし、他疾病に比べ全国的にも心臓リハビリテーション(以下心リハ)の作業療法の介入は少ないことが報告されている¹⁾。当院においては2014年6月より作業療法士(以下OT)が心リハに介入し、主に心不全を呈した患者を対象にリハビリテーションを行ってきた。今回は当院の心リハにおける作業療法の現状を報告する。

活動

1, 包括的リハビリテーションの確立

- PTと共に離床やADLに対するリハビリテーションの実施。
- Frenchay Activities Index (FAI), Specific Activity Scale (SAS: 身体活動尺度), 心肺運動負荷試験などの結果より生活動作の変更や環境調整などの指導案を作成。指導案を元に患者、家族に指導を実施。
- Instruction manual of Japanese version of Montreal Cognitive Assessment (MOCA-J)などの評価ツールを使用した認知機能評価の実施。評価結果より患者に対する適切な指導(認知機能に低下を認めれば家族を中心とした指導を実施するなど)を検討。
- Borg Scaleを用いて生活動作の負荷を自己

管理できるよう指導。退院後もBorg Scaleを継続して記載し、心不全増悪回避の一助として活用できるよう教育を実施。

2, 心リハカンファレンスへの参加(週1回)

• 循環器内科医, Ns, PT, OT, 管理栄養士, 薬剤師, 臨床心理士(以下心リハチーム)参加のもと, 対象患者に関し意見交換, 目標設定を実施。

3, 心臓いきいき連絡会議への参加(月1回)

• 心リハチーム参加のもと, 当院での心リハ運営, 研究活動の立案などを討議。

4, 心臓いきいき教室の開催

• 心リハチームによる市民公開講座を実施し, OTはADL, IADL面で心機能に負担をかけすぎない動作の提案などを講話。

まとめ

心リハとは「医学的な評価, 運動処方, 冠危険因子の是正, 教育およびカウンセリングからなる長期的で包括的なプログラムである」²⁾と定義されており, 多職種でのチームアプローチが必要である。この中でOTは患者への生活動作に対するアプローチや行動変容を目的とした関わりを担う職種であると考え。当院は院内においてカンファレンスの実施など多職種で連携できる場を設け, OTの専門性を生かした関わりを行っているが, 前述の通り心リハとは長期に渡るアプローチであり, 当院から退院, 転院した患者に対しての関わりも必須である。しかしながら退院前カンファレンスなど地域との連携については十分な関わりが行えておらず, 今後は地域との連携を検討し包括的なリハビリテーションの充実に向けて研鑽していく必要があると考える。

文献

- ¹⁾ 佐野 智行, 牟田 奈々: 「心腎連関」と作業療法。作業療法ジャーナル Vol147 No12: 1168-1175, 2015.
- ²⁾ Wenger NK, et al. In: Clinical Practice Guideline No. 17: Cardiac Rehabilitation. US Department of Health and Human Services; 1995. AHCPR Publication No. 96-0672. p. 1-26

老健ショートステイを利用した

CI セラピーの試み

Key Words : CI 療法, 脳卒中, 老人保健施設

平澤美土里¹⁾

¹⁾ 老人保健施設 白木の郷

はじめに

Constraint-induced Movement Therapy (以下 CI セラピー) は, 1980 年代に米国の Taub により開発された, 脳卒中後麻痺手の生活場面での使用を促すことを目的としたリハビリテーションアプローチであり¹⁾ 脳卒中リハビリの国際的スタンダードである. 老人保健施設 (以下老健) ショートステイにおいて, アラバマ大学 CI セラピーリサーチグループ (以下 UAB CIMT-RG) におけるプロトコルに従い CI セラピーを 2 週間実施した.²⁾ 老健ショートステイでの初めての試みにより対象者の変化, 老健スタッフの心理や意識の変化, 今後の CI セラピーについて考察を加え報告する. 筆者 米国アラバマ大学 CI therapy training course 履修.

方法

開始前, 職員に対し CI セラピー講習会を開催, 2 週間プログラム表, ケアプラン等を作成した. 治療は UAB CIMT-RG 定めるプロトコル (麻痺手使用を強いる契約事項や反復課題指向型練習等) に従い実施した. 終了時, 職員アンケート調査にて症例の変化に伴う職員の反応を検証した.

症例

62 才男性 H9 年脳出血 (18 年経過) 右片麻痺

BR-Stage 上肢, 手指, 下肢 すべて III
UAB CIMT-RG 手指 Grade 4 (1 軽度→5 重度)
ADL ほぼ自立レベル (麻痺手使用なし)

結果

改善した身心機能, 及び麻痺手使用生活活動
BR-Stage, すべて III→IV

UAB CIMT-RG 手指 Grade 4 →2

半側無視 (右 140° →175° 左 160° →180°)

温, 冷, 触, 痛覚すべての感覚

(健側/患側 10/5→10/8) 鈍麻→軽度鈍麻.

GMT, 肩関節亜脱臼, 眩暈, 耳鳴り, 便秘改善.

MotorActivityLog (30 項目の生活活動について麻痺手の使用頻度 AOU と動作の質 HW

いずれの評価も最低点 0 最高点 5 と評価する).

MotorActivityLog (UE MAL) 開始日→10 日目 AOU, 0.83→1.81 HW, 0.66→2.36

FIM の得点には変化ないが麻痺手の使用頻度が増えた. 以下具体例 (コップで飲める, フォークで食べられる, ドアの開閉, 電灯スイッチ操作等)

MotorActivityLog (UE MAL) 開始日→10 日目 AOU, 0.83→1.81 HW, 0.66→2.36 FIM の得点には変化ないが麻痺手の使用頻度が増えた. 以下具体例 (コップで飲める, フォークで食べられる, ドアの開閉, 電灯スイッチ操作等)

考察

CI セラピーは, プロトコルに基づき実施する事で, 脳の機能局在部位の再構築ができる治療法である. 本症例は発症から 18 年経過していたが, 治療開始から 1 週間で, 心身機能, 高次脳機能及び麻痺側使用動作にかなりの改善を認めた. 症例の変化に伴い, 職員の心理が否定的から肯定的なものへと変化した. CI セラピーは本来外来で行う治療法であるが, 導入に必要な準備と確実な実施により老健ショートステイにおいて可能であることが判った. 今後 CI セラピーにより脳卒中利用者様ご家族様の生活活動や社会参加の範囲の拡大に繋げてゆきたいと考える.

文献

1) 田邊浩文 : CI セラピー. OT ジャーナル VOL47 (7) : 632-637, 2013

夜間の不穏行動がある事例への介入～作業療法士の役割～

Key Words : 夜間不穏, 面接, 他職種連携

谷川孝¹⁾

¹⁾ 因島医師会病院

はじめに

夜間の不穏行動（以下夜間不穏）に対して作業療法士（以下 OT）の直接的介入の報告は少ない。今回、夜間不穏が問題になっていた本事例に対し、OT が夜間不穏の原因を調査し、医師・看護師と連携して夜間の生活へ介入した結果、不穏の改善がみられたため報告する。

症例紹介

60 代. 女性. アテローム血栓性脳梗塞. 左片麻痺. FIM47 点 (運動項目 29 点, 認知項目 18 点). HDS-R27 点. FAB14 点. 高次脳機能: 前頭葉障害. 注意障害. 左半側空間無視. 夜間の様子: 当院入院時より中途覚醒し, ベッド柵を乗り越えようとするなどの夜間不穏がみられた. そのため, センサーマット等の監視が必要な状況が増えていった. ナースコール (以下 NC) も夜間頻繁に鳴り, 多い時は 20 回以上鳴るため対応に困っていた. さらに NC が頻回のため夜間の排泄のリズムが掴めずオムツ対応となっていた.

介入内容と結果

I 期 (入院 39 日目～52 日目)

夜間不穏の対応として, 面接の中で病前にも中途覚醒があり, その際 DVD を鑑賞しながら過ごしていたと言われた. そのため, DVD を鑑賞できる環境として P-DVD を取り入れた. また, ベッドを離れる原因が物の搜索である可能性から, 手が届く位置に物を置く棚を本事例と作成しベッド周囲に必要な物を棚へ集めた. しかし夜間にベッドから離れようとする行動は軽減せず, 日中の傾眠も持続した.

II 期 (入院 52 日目～81 日目)

I 期で夜間不穏の改善に至らなかったことから, さらに面接を重視して行った. すると睡眠導入剤 (以下眠剤) を服用後の覚醒時に「気持ちが悪くてじっとしてられなくなる」と言われており, 服用することに対してストレスを感じていることが分かった. そのことを医師・看護師と相談し 4 種類使用していた眠剤を一旦中止した. 結果眠剤を中止した翌日から「よく眠れた」との発言がみられ, 中途覚醒しても不穏行動が減少した. また, 面接の中で夜間の排泄を自分のペースで行きたいことも分かり, 夜間帯の NC の回数とその内容を看護師と共に調査した. 内容は排泄の訴えが主であることが確認できたため, 夜間の排泄もオムツから日中と同様に病棟トイレを使用することとした. 結果, NC の回数は夜間帯平均 5 回と減少し, 夜間不穏はみられなくなり病室で自由に過ごせる時間が増えた.

考察

不穏の改善には, 個別的な関わりの中で患者のニーズに適時介入していき, 精神機能や生活リズムの安定を図ることが重要といわれている. 本事例には病前から中途覚醒する習慣があった. その時の過ごし方を面接の中で聞き出し, 病棟でもそれと近い環境を提示した. しかし, 夜間不穏は解消されず, このことより本事例には生活習慣ではない何かが影響していると考えられた. そのため, さらに詳しく面接を行った結果, 眠剤を飲むことにストレスを感じていることが分かった. 次の日から眠剤を中止すると夜間不穏は解消されたため, 本事例の夜間不穏には眠剤を飲むことへのストレスが影響していたと考えられる.

まとめ

今回, 作業療法を実施する中で面接を詳しく行い, 本事例の夜間不穏になる原因を探ることができた. ニーズを聞きだし, その情報を他職種に提供・連携し働きかけることは OT の役割の一つになるのではないかと考える.

環境因子による影響の大きかった 症例の退院調整について

Key Words：環境因子，退院支援，
在宅サービス

普家一博¹⁾

¹⁾ 公立みつぎ総合病院

『はじめに』

自宅周囲の移動介助に対して環境因子の影響が大きく，退院後に在宅サービス内容の変更が必要となった症例を経験した．退院後訪問の重要性について症例の退院調整を通して振り返り，考察を加えて報告する．

『症例紹介』

男性 80 代

X 月アテローム血栓性脳梗塞 発症

同時に右大腿骨頸部骨折

既往：アルツハイマー型認知症

介護保険：要介護 3

家族構成：長女と同居 近所に長男夫婦在住

表 1. 身体機能及び ADL 評価

	入院初期	最終評価
自立度	C-1	B-2
認知面	HDS-R 16 点	HDS-R 16 点
Br. st (右)	上肢Ⅲ 手指 IV 下肢Ⅲ	上肢Ⅲ 手指 IV 下肢Ⅲ
FIM	53 点	66 点

※退院後訪問時に著明な身体機能及び ADL にレベル低下は見られなかった．

【環境因子】

自宅内：車椅子介助にて移動可能

自宅周辺的环境：舗装されておらず階段が多く車椅子での移動困難

『経過』

X+5 月：1 回目の退院前訪問

X+6 月：2 回目の退院前訪問 介護指導開始

X+8 月：自宅退院

X+9 月：退院後訪問 移動介助方法の再検討

『結果』

退院前訪問にて調整した福祉用具は ADL 介助量を軽減するためにポータブルトイレ・シャワーキャリー・浴槽台，屋外の移動手段として段差昇降車椅子を導入し，入院中に介護指導として，更衣，移乗，排泄動作，屋外の移動で使用する階段昇降車椅子を院内の階段を使用し練習を行った．

自宅退院後，在宅スタッフより段差昇降車椅子を実際の環境で使用すると移動に一時間近くの時間を要し患者は心理的ストレス，家族は心理的負担が大きく，継続して使用できないとの情報提供があった．退院後訪問で人力の介助による階段移動方法へ変更した．

『考察』

退院前訪問時に住宅改修・福祉用具の選定，介護指導を行い在宅生活の調整を行ったが，退院後訪問時に移動の介助方法を本人・家族の希望で人力に変更となった．原因として，退院前訪問で提案した移動の介助方法では，入院中患者・家族がイメージする在宅生活と実際の在宅生活にずれが生じたためではないかと考える．

入院中に実際の生活を予測し退院支援を行い入院時と退院後の思いのずれを少なくしようとしたが，今回は環境因子により患者・家族の思いのずれが退院後に大きくなることを療法士が予測できず，在宅生活の負担が増えたと考える．今回の経験から，入院中に実際の生活に近づけるには限界があり退院後訪問や在宅スタッフとの情報共有が重要であり，これにより，実生活に合わせて柔軟な対応が可能になるのではないかと考える．