■原著論文

病室に閉じこもり傾向を示した高齢患者の意味のある作業獲得を目指した作業療法；能力の自己認識に基づく課題の段階付けにより自己効力感が改善した一事例

後呂 智成*　坪内 善仁**

A case report of occupational therapy for the acquisition of meaningful occupation in an elderly patient with a tendency to confinement; A case study of self-efficacy improvement by stepping through tasks based on self-perception of ability

Tomonari USHIRO*　Yoshihito TSUBOUCHI **

*医療法人南労会 紀和病院 リハビリテーション部（〒648-0085 和歌山県橋本市岸上 18-1）
*Department of Rehabilitation, Kiwa Hospital.(18-1,Kishigami,Hashioto-shi,Wakayama,648-0085,JAPAN)
**奈良学園大学 保健医療学部（〒631-8523 奈良県奈良市中登美ヶ丘 3 丁目 15-1）
**Department of Health Science, NARAGAKUEN University. (3-15-1, Nakatomigaoka, Nara-shi, Nara, 631-8524, JAPAN)

要旨

高齢者は様々な喪失を体験する。喪失体験により意欲や自己効力感が低下し，閉じこもりにつながる可能性がある。特に健康の喪失を伴う入院後の高齢者に対し，退院後の閉じこもりを予防するためには，意味のある作業の実現により自己効力感を高め，役割や目標のある自立した生活の獲得を目指す必要がある。能力の自己認識と客観的評価では乖離がみられ，自己効力感低下が残存することがある。

今回，心身機能やできる ADL が改善した後も能力の自己認識低下が残存し，病室に閉じこもった対象者に対して，能力の自己認識と OTR 評価との差を共有，段階的な課題設定，実践の繰り返しによる認識修正を図った。結果，自己効力感が改善し，意味のある作業の獲得，主体的活動への行動変容につながった。一方で，QOL の観点では先行研究で示されるような効果は見出せなかった。病院という限られた環境では，真のニードを満たすことが出来なかったが，医療・介護連携の重要性が示唆された。能力の自己認識と課題設定の段階付けに着目した作業療法実践は意味のある作業の獲得，および退院後の閉じこもり脱却に向けて効果がある可能性が示された。

キーワード ：意味のある作業，能力の自己認識，課題の段階付け

1. はじめに

高齢者は，加齢により健康や人間関係，社会・経済など様々な喪失を体験することがある[1)]。こうした高齢者の喪失体験は，従来大切にしてきた活動や役割，社会参加への意欲低下に影響し，自己効力感の低下や抑うつ状態，さらには活動能力低下をもたらすことがある[2)]。特に，健康の喪失が伴う入院体験は，活動意欲や自己効力感の低下を助長し，潜在的な日常生活動作（Activities of Daily Living；以下，ADL）の最大能力を指す「できる ADL」と日常生活の実践能力を指す「している ADL」の乖離が生じる契機となることが報告されている[2,3)]。さらに，こうした状況が長く続くことで，退院後の閉じこもりや要介護状態につながる可能性も示唆されている[2)]。そのため，入院後の高齢患者では，医学的治療に加えて活動意欲や自己効力感を改善し，「できる ADL」を「している ADL」として日常生活に汎化することで，役割や目標のある自立した生活の早期獲得を目指す必要がある。

自己効力感の改善には，本人にとって意味づけされた重要な行動や必要性の高い作業（以下，意味のある作業）を達成することが重要とされている[4～6)]。また，意味のある作業への従事は心身機能や意欲・行動を改善し，自信や希望をもたらすことが示されているが[7)]，その導入において対象者と作業療法士（以下，OTR）の能力評価ではしばしば乖離がみられる。つまり，対象者は自身の能力を低く認識することで意味のある作業の導入に至らず，自己効力感の低下が残存することがある[8,9)]。意味のある作業の実践について，Kielhofner[10)] は対象者の目標ごとに自己の能力への認識を助け，その都度，作業への興味や意味づけの確認と促進に向けた支援が重要であると述べ，他の先行研究においても短期間で現実的に達成可能な目標を立て，能力の自己認識を考慮する必要性が示されている[4～6)]。しかし，これまで入院

高齢患者の意味のある作業の獲得を目指した介入において，能力の自己認識に基づく課題の段階付けが患者の自己効力感の改善や行動変容にもたらす効果について明らかにした報告はみられない。

そこで，本報告の目的は，心身機能やできるADLの改善後も病室への閉じこもり傾向を呈した高齢患者（A氏）の能力の自己認識に基づく課題の段階付けが，自己効力感の改善および意味のある作業の獲得にもたらす効果について検証することである。

2. 倫理的配慮方法

本報告に関して，所属長による承認（2020年7月20日）と，事例と家族には報告の目的と個人情報保護の方法，同意の任意性と取りやめの自由等を説明し，口頭および書面にて同意を得た.

3. 事例紹介

（1）A氏，80代，女性。

（2）家族構成：息子夫婦・孫・ひ孫と同居。

（3）診断名：左大腿骨転子部骨折。

（4）現病歴:X（入院日）－2ヶ月頃から目眩が出現し，転倒を繰り返していた。X－10日に自宅で転倒し，左大腿骨転子部骨折を受傷した。保存的治療となり，X日にB病院回復期リハビリテーション病棟に入院・作業療法開始となった。

（5）生活歴：今回の入院までADLはすべて自立し，家事では食事の配膳や食器洗い，お風呂のお湯はり，仏壇へのお供えを行っていた。また，趣味であり家庭内役割として，自宅から徒歩5分の畑で野菜作りを毎日欠かさず行っていた。自身で育てた野菜を家族や親せきに振る舞うことが楽しみであった。そのほか，習慣として「呆けないように」と毎日パズル本や日記（以下，脳トレ）に取り組んでいた。

（6）主訴：気を使うのでトイレに1人で行きたい，畑を続けたい。

（7）家族の希望：身辺動作の自立，畑に独りで行けるようになって欲しい。

3.1　入院後の経過（X日～X＋31日）

入院時のADLは，機能的自立度評価法（Functional Independence Measure；以下，FIM）が合計102点で，清拭・更衣・トイレ動作・トイレ移乗が監視，椅子移乗が修正自立，浴槽移乗・階段が全介助であった。また，歩行は歩行器歩行で自立したが，1本杖歩行では左股関節屈曲・外転・伸展運動時と左脚荷重時に疼痛があり監視が必要であった。主訴および家族の希望から退院時目標を杖歩行および自宅内ADLの自立と畑作業の再開に設定し，筋力増強訓練やADL訓練，歩行訓練を60分/日・週7度，個別で開始した。徐々に服薬治療により目眩は消失し，X＋20日までに疼痛軽減が図れたことで1本杖歩行や階段昇降，入浴以外のADLは自立となった。そこで，退院後の畑作業再開に向けて不整地歩行や訓練室前でのプランター園芸を開始した。しかし，病棟生活では，個別訓練以外は病室で臥床して過ごし，「1人で（入院）前のように生活するのは無理です」と病棟内歩行などの自主訓練や脳トレの実施に拒否を示していた。

3.2　作業療法初期評価（X＋31日）

日常会話は良好で，認知機能はMini-Mental State Examination（以下，MMSE）が24/30点であった。身体機能は，左股関節の関節可動域が屈曲115度と改善し，筋力は徒手筋力検査（Manual Muscle Test；以下，MMT）で左股関節屈曲・外転が4であった。疼痛は独歩練習時のみ生じていた。FIMは120点で，1本杖歩行が修正自立，階段昇降と入浴時の清拭が監視であった。A氏への問診では，「1人では歩けない」，「こけるといけないし，1人ではできない」，「先生がついているから歩けます」と話し，A氏の現状および予後能力に対するOTRによる客観的能力評価に乖離がみられた（図1）。転倒の自己効力感は，the Modified Falls Efficacy Scale（以下，MFES）[11]が61/140点で，特に歩行やIADLの項目で減点が認められた。その他の精神・心理機能では，PGCモラールスケール（以下，PGC）[12]が7/17点（心理的動揺2，老に対する態度2，孤独感・不満足感3），Vitality Index（以下，VI）[13]が6/10点であった。自宅周辺環境について，自宅内は現能力で改修が必要な段差等はなかったが，自宅から畑までの移動では，整地されていない畦道を通る必要があった。

3.3　介入の基本方針

目標となる畑作業の再開を目指すためには，自宅から畑までの移動を不安なく実行できる能力の獲得が必要であった。しかし，A氏は病棟生活の大半を臥床して過ごし，病棟内歩行などの自主訓練に消極的で，自発的活動はみられない状況であった。Tinettiらは「身体能力が残されているにもかかわらず，移動や位置の変化を求める活動を避けようとする永続的な恐れ」として転倒恐怖感を定義し，自発的活動の乏しさとの関連を示している[14]。A氏は，問診において転倒への不安が強く，MFESでは61点と転倒自己効力感の低下を認めた。これらの要因として，毎日欠かさず畑作業に従事し，脳トレを「呆けないように」行うなど，健康には特に気を付けていたA氏にとって，受傷前の繰り返す転倒や骨折受傷は健康の喪失体験となり，能力の自己認識が低下し，転倒自己効力感の低下につながったのではないかと考えられた。さらに，「こけるといけないし，1人ではできない」という発言から，転倒恐怖感により単独かつ自発的活動を避けた生活を継続したことで，身体活動量の減少や活動範

囲の狭小化が生じ，主観的 QOL の低下にもつながっていた　　と考えられた（図 2）。

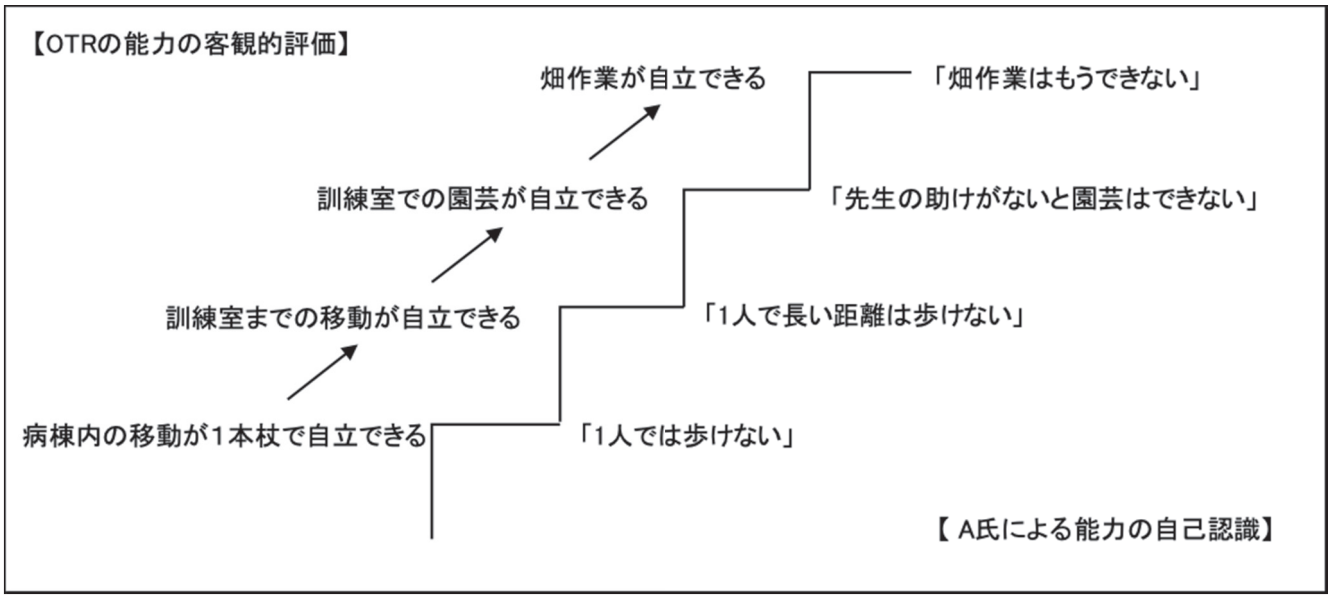

図１：現状および予後についての能力の自己認識と客観的能力評価の乖離

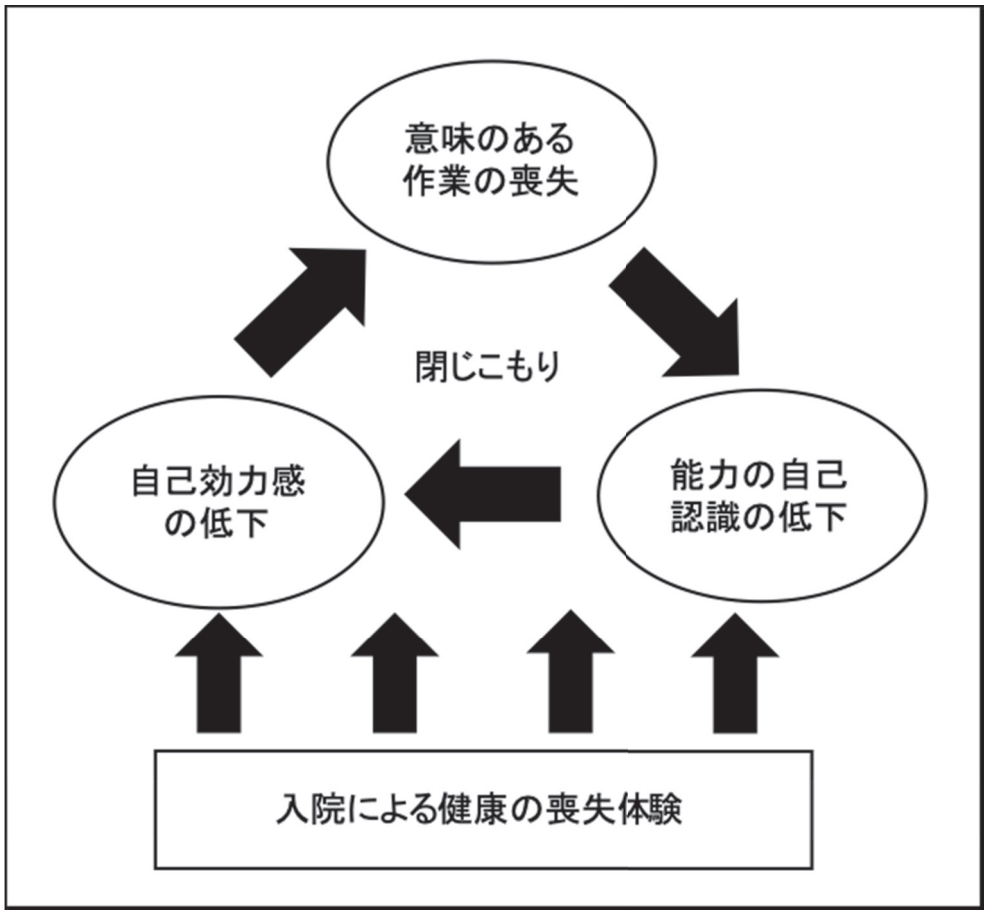

図２：A 氏の閉じこもり仮説

そこで，介入の基本方針では，「畑に行けるようになる」という目標を共有し，転倒自己効力感の低下につながる転倒恐怖感や不安の軽減を図る必要があると考えた。そのために，OTR は畑の作業工程を A 氏と話し合い，工程ごとの訓練では協働から徐々に自主活動に移行することで成功体験を重ね，「1 人ではできない」という認識から「転倒せずに 1 人でできるかもしれない」，「1 人で転倒せずにできる」という認識へと強化を図ることとした（図 3）。また，実際の能力と本人の能力の自己認識に乖離があるため，訓練時には不安や思いを否定せずに傾聴し，OTR は現能力で行えることを明確に伝えるとともに一緒に課題を設定し練習することとした。また，訓練終了時には一緒に課題を振り返り，達成度や残存している不安，次に挑戦する課題設定を相談することとした。課題は畑で必要な動作工程を模擬的に取り入れ，病院内の環境でも実施可能な「園芸」を手段として協働から声かけ・見守り，自主活動へと移行することとした。また，不安や抑うつ傾向への配慮として，OTR が達成可能と判断した課題についても，直ちに自主活動に移行するのではなく，初めは訓練時間内に協働で管理や手入れを行い，段階的に病室から歩いて訓練室に行き水やり等の管理を行うこととした。

3.4　経過

（1）第 1 期：OTR との協働により転倒恐怖感・不安が軽減した時期（X＋32 日～X＋38 日）

A 氏は，日中の大半を臥床して過ごす理由について，「1 人で長い距離は歩けない」と語っていた。そこで，まずは訓練室までの歩行自立を目指し，A 氏が不安を感じる場所や工程（道順やエレベーター操作）は説明とデモンストレーションを交えて実施した。訓練終了時には，A 氏が「出来るかもしれない」と語った内容を翌日の課題に設定し，翌日の実施では OTR による励ましの声かけを強化した。その結果，訓練室までの歩行は自立し，「（長い距離も）大丈夫だと思います」と語った。馴染みのないエレベーター操作には不安が残存していたため，エレベーターの操作方法を書面化し，繰り返し確認できる環境を整えることで不安の軽減を図った。X＋34 日には，自身で書面を確認し，エレベーター操作を含めた長距離歩行が自立した。一方で訓練室前での園芸（プランター園芸による花植え，野菜作り）は OTR の能力評価では自立と考えたが，「先生がやってくれているから」「先生の助けがないと園芸はできない」と話し，A 氏の認識に乖離が残存していた。そこで，スコップや如雨露など道具の収納場所や動線，蛇口の場所を繰り返し一緒に確認し，振り返りでは全て自立して行えることを説明するとともに，A 氏にとって「できる」，「できそう」，「不安」な工程を確認・共有し，翌日の課題を明確化した。また，OTR が常に傍でみていることを伝え，全工程を自身で行う経験を繰り返した（図 3）。

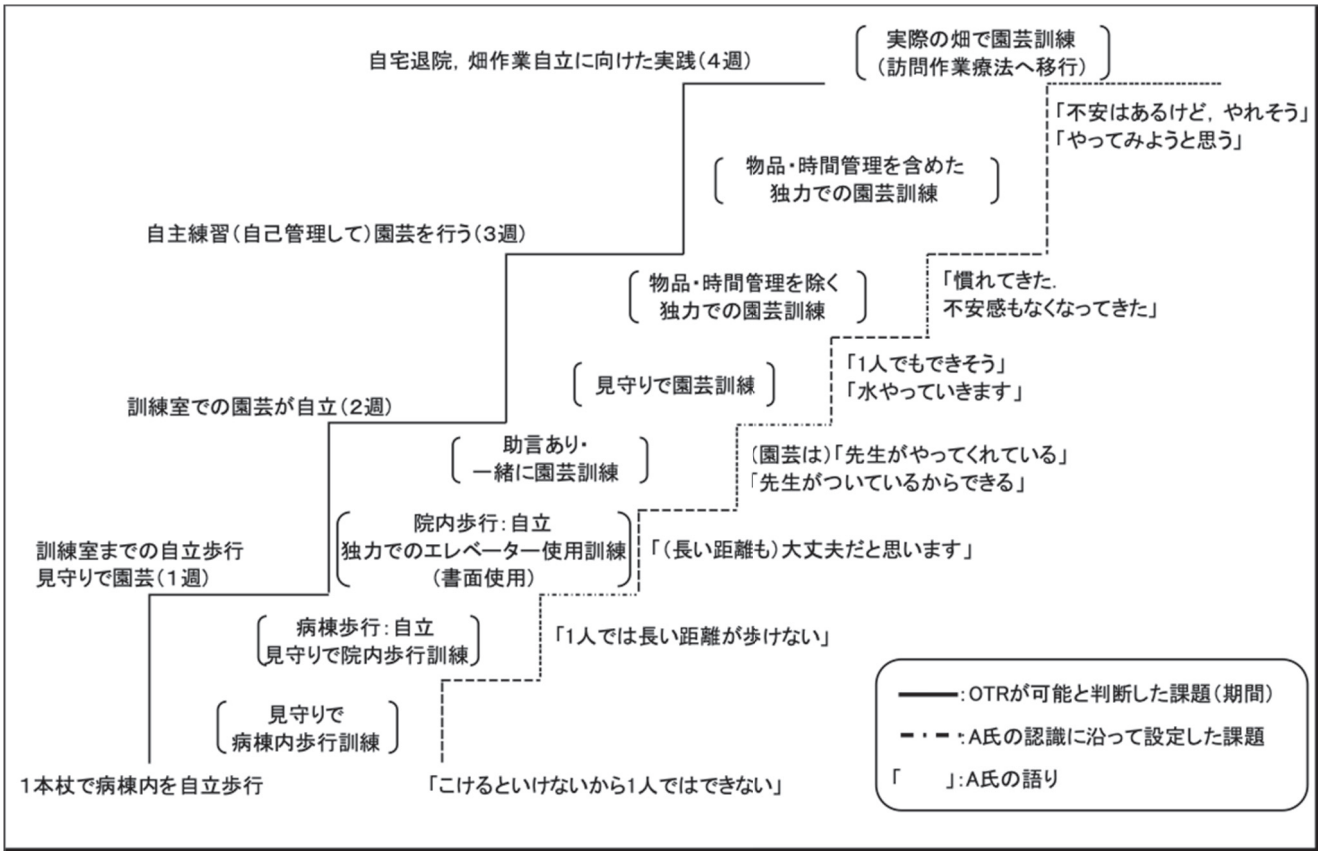

図３：課題の段階付け

当初は，道具の運搬を含めた準備や片付け，水やりでの如雨露の運搬や蛇口での水汲みで「不安」を述べていたが，繰り返す中で不安を訴える頻度や工程数は減少した。X＋38 日には，「1 人でもできそう」「水やっていきます」と自ら OTR に話し，準備から片付けまで自立して行えるようになった。長距離歩行について「慣れてきた。不安感もなくなってきました」と話したため，訓練時間以外で単独の園芸実施を提案すると快諾した。このころ，訓練前には着替えなど準備して待機し，自主訓練（筋力増強や歩行訓練）の導入にも「やってみます」と前向きな姿勢がみられた。

（2）第 2 期：活動に対する主体性を獲得した時期（X＋39 日～X＋57 日）

園芸を含む自主訓練は毎日実施し，園芸は訓練室の開錠時間や園芸実施可能な時間を OTR や病棟職員に確認し，自らスケジュールを立てるなど，生活時間を自己管理する様子がみられた。そこで，OTR は活動スケジュールシートを作成し，A 氏が活動を記録・管理するとともに活動の振り返りを一緒に行った。その結果，病棟生活ではスタッフや他患者に自ら挨拶し，スケジュールシートの内容について笑顔で話す機会が増え，園芸は毎日，自主訓練は 2 日に 1 回以上の実施が習慣化した。また，エレベーターの使用は書面なく可能となり，訓練時間には訓練室で座って待機する様子がみられた。退院後の生活を具現化する目的で，X＋46 日に短時間の外出訓練，X＋50 日に自宅への外泊訓練を家族と実施した。自宅内 ADL で問題はみられず，屋内は独歩，屋外は 1 本杖歩行にて安全に歩行可能であった。また，外泊訓練時に畑への畦道歩行や畑での動作確認は行えなかったが，「（病院での園芸が）出来て，不安が減った。まだ不安はあるけど，やれそうです。やってみようと思います」と語った。退院後の畑作業の評価と実践については，訪問作業療法に移行することとなり，現能力や訓練内容など詳細な申し送りを行なった。その後，X＋57 日に自宅退院となった。

3.5　作業療法最終評価（X＋56 日）

身体機能では MMT が左股関節屈曲・外転は 4＋に増強し，FIM は 123 点（清拭，浴槽移乗，階段が修正自立）となった。認知機能では MMSE が 26 点と向上し，精神・心理機能は MFES で入院前に実施していなかった項目の減点は残存したが，合計は 115 点と改善し「不安が減った」と語った。その他，PGC は 8 点（心理的動揺 2，老に対する態度 2，孤独感・不満足感 4），VI は 10 点とそれぞれ改善した（表 1）。

退院 1 ヶ月後の訪問作業療法士への調査では，実際の畑作業の評価・訓練を行い，畦道の歩行や道具の運搬，畑作業の工程は全て自立し，毎日欠かさずに実施していた。

	作業療法初期評価	作業療法最終評価
MMSE（点）	24	26
MFES（点）	61	115
PGC（点）	7 心理的動揺2，老いに対する態度2，孤独感・不満足感3	8 心理的動揺2，老いに対する態度2，孤独感・不満足感4
VI（点）	6	10
意味のある作業に関する語り	「前のように生活するのは無理です」 「こけるといけないし、1人ではできない」	「まだ不安はあるけど，やってみようと思います」

MMSE：Mini Mental State Examination，MFES：the Modified Falls Efficacy Scale，PGC：PGCモラールスケール，VI：Vitality Index

表 1 ：認知機能，精神・心理機能，意味のある作業に関する語りの変化

4. 考察

A氏は回復期リハビリテーション病棟に入院し，早期に1本杖歩行やセルフケアが自立したにもかかわらず，主体性が乏しく，病室に閉じこもっていた。作業療法初期評価の結果の解釈から，病室への閉じこもりの背景には，入院前の転倒経験や骨折による入院が自身の健康に対する喪失体験となり，転倒恐怖感や自己効力感の低下をきたし，入院前の生活は無理という思いから主体的活動への消極性につながっていたと考えられた。そこで，作業療法面接を通してA氏自身の能力への認識や不安感，畑作業の再獲得という目標を共有し，達成に向けて一緒に課題の段階付けと実践を繰り返した。さらに，できたことを一緒に振り返ることで成功体験として能力の自己認識を修正した。こうした段階的な課題達成により，MFESは61点から115点，VIは6点から10点と改善し，主体的な園芸や自主練習など行動変容につながった。共有した課題の段階付けと能力の自己認識の修正を重視した作業療法プロセスがA氏の行動変容にもたらした効果について，以下に考察する。

（1）共有した課題設定による能力の自己認識プロセス

自己効力感の先行要件では，制御体験（自身の行動をコントロールすることで行動達成がなされる成功体験）や原因の帰属が示されており[15,16]，制御体験となる作業への挑戦では，個人と周囲の期待の統合と相応しい難易度調整が重要とされている[17]。今回，A氏にとって畑作業は「自身で育てた野菜を家族や親せきに振る舞う」という意味のある作業で，家族もその遂行を期待することから，A氏と家族，OTRの期待が統合された共有目標であると考えられた。しかし，A氏は「こけるといけないし，1人ではできない」，「先生がついているからできる」と発言し，単独での遂行や歩行への転倒恐怖感，不安を強く訴えていた。このことから，課題の難易度については，A氏の不安や思いを傾聴しながら能力の自己認識に応じた設定が重要と考えられた。そこで，特に恐怖感，不安の強かった歩行訓練と園芸ではA氏が不安を感じる場所や工程を具体的に聴取し，説明とデモンストレーション，共同実施を繰り返した。さらに，訓練終了時には一緒に課題の達成度を振り返り，A氏が「出来るかもしれない」と語った距離や内容を翌日の課題に設定した結果，A氏自身の能力への認識が徐々に修正された。吉田らの報告[18]では，課題設定について，「挑戦水準（適切な課題内容や課題の段階付け）」と「能力水準（心身機能や動作能力などの評価）」に関するOTRとクライエントの認識の差異に着目し，「挑戦水準」と「能力水準」を調整することで課題の成果に良い結果をもたらすことを示している。今回，課題の難易度と段階付けについて，OTRが挑戦可能と判断した課題設定と，A氏自身が挑戦出来ると思う課題設定を話し合いによって調整したことが，相応しい難易度の課題設定となり，A氏自身の能力への気づきにつながったと考えられた。また，作業への挑戦は，達成による効果として抑うつや不安の軽減，QOLの向上が示されている[16,17]。A氏にとって，自己決定した課題達成に伴う成功体験は，歩行や園芸において「1人でもできそう」といった自己能力の認識強化に作用し，制御体験として自己効力感を改善する一助になったと考えられた。

（2）転倒自己効力感と不安感の改善による主体的な行動変容へのプロセス

行動変容につながる動機として，内発的動機付けやコンピテンスが示され，内発的動機付けでは自己決定意識，コンピテンスでは「自分はやれる」という認識が行動意欲を支える重要因子とされている[19,20]。A氏は訓練開始当初の「こけるといけないし，1人ではできない」，「先生がついているからできる」という発言から，課題達成においても自身の能力ではなくOTRによる付き添いや場面設定の結果と感じ，自己決定意識や自分がやっているという認識の乏しさが行動意欲の低下に影響していたと考えられた。今回，畑作業の再開という目標の自己決定から開始し，畑の模擬訓練として園芸に取り組み，話し合いによる課題設定と成功体験を積み重ねた。このことは，内発的動機付けやコンピテンスの改善に影響し，畑作業の再開に向けた課題として単独での園芸や自主訓練を主体的に取り組むきっかけになったと考えられた。また，OTRによる説明の代替手段としてエレベーター操作時の書面や病棟活動のスケジュールシートの活用は，主体的な他者交流の拡大や生活自己管理の習慣化につながり，さらにA氏の行動意欲を高めたことが推察された。これら院内における一連の成功体験は，「（病院での園芸が）出来て，不安が減った。まだ不安はあるけど，やれそうです。やってみようと思います」という退院後の活動動機を促進する一助になったと考えられた。

一方で，QOLの観点ではPGCが1点の増加にとどまり，先行研究[16,17]で示される様な効果は見出せなかった。この要因として，病院という限られた環境でプランターを用いた模擬演習であったことが考えられた。A氏にとって，畑作業には「自身で育てた野菜を家族や親せきに振る舞うこと」という意味があり，本介入では意味のある作業の達成，真のニードを満たすことは出来ていなかったのではないかと考えられた。また，実際にA氏の畑で評価・実践が行えず，不安が残存していたことの影響も推察された。この点について，今回，訪問作業療法への移行・情報共有にて対応したが，本研究の結果から高齢患者の意味のある作業獲得，閉じこもり予防を目指す上で有機的な医療・介護連携の重要性が示唆された。

＜利益相反について＞
本報告における利益相反は存在しない。

（2021.10.21 投稿，2022.2.10- 受理）

文　　献

1）武田雅俊．高齢者のうつ病．日本老年医学会雑誌 47（5）：399−402，2010.
2）厚生労働省：閉じこもり予防・支援マニュアル（改訂版）．https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1g.pdf（最終アクセス日：2020 年 10 月 2 日）
3）岩井信彦，山下和樹・他．回復期脳卒中および大腿骨頸部骨折患者のいわゆる「できる ADL」と「している ADL」．理学療法学 4（1）：58-64，2014.
4）魚尾淳子．脳血管障害患者の日常生活活動拡大に関する研究－意欲，自己効力感，自己効力感形成の情報源との関係に焦点をあてて－．日本看護研究学会雑誌 34（1）：47-59，2011.
5）藤生英行．挙手と自己効力，結果予期，結果価値との関連性についての検討．教育心理学研究 39（1）：92-101，1991.
6）蓑内豊．課題の重要度の認知が自己効力の般化に及ぼす影響．教育心理学研究 41（1）： 57-63，1993.
7）大松慶子，石井良和・他．意味のある作業とは―1995 年～2010 年における国内事例報告の質的検討―．日本保健科学学会誌 18（2）：68−80，2015.
8）兼子健一，二瓶太志・他．回復期リハ病棟におけるクライアントの作業遂行能力と自己評価の変化．第 40 回日本作業療法学会抄録集：368，2006.
9）宮口英樹，宮前珠子．日常生活活動における片麻痺患者と介護者及び作業療法士のリスク認知の差異について．作業療法 23（3）：214-226，2004.
10）Kielhofner G（山田孝・監訳）．人間作業モデル 理論と応用 改訂第 4 版．共同医書出版社，東京，2012，pp.204-224.
11）Hill KD，Schwarz JA，et al．Fear of falling revisited．Arch Phys Med Rehabil 77（10）：1025-1029，1996.
12）古谷野亘．生きがいの測定－改訂 PGC モラール・スケールの分析－．老年社会科学 3：83-95，1981.
13）鳥羽研二，松林公蔵・他．高齢者総合的機能評価ガイドライン．厚生科学研究所，3−225，2003.
14）Tinetti ME，Powell L．Fear of falling and low self-efficacy：A cause of dependence in elderly persons．J Gerontol 48（sep）：35-38，1993.
15）Bandura A．Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change．Psychol Rev 84：191−215，1977.
16）江本リナ．自己効力感の概念分析．日本看護科学会誌 20（2）：39-45，2000.
17）諸星成美，京極真．身体障害を有する地域在住高齢者における作業的挑戦，作業参加，作業機能障害，抑うつ，健康関連 QOL の構造的関連性の検証．作業療法 38（3）：294-303，2019.
18）吉田一平，美馬寛子・他．高齢者の作業に対する主観的評価の分析―フローモデルを基にした検討.作業療法 35（2）:113-122，2016.
19）米谷淳，米沢好史．行動科学への招待 現代心理学へのアプローチ．福村出版，東京，2001，pp.27，pp.154.
20）White RW．Motivation reconsidered : The concept of competence．Psychol Rev 66（5）：297−333，1959.

A case report of occupational therapy for the acquisition of meaningful occupation in an elderly patient with a tendency to confinement in the hospital room ; A case study of self-efficacy improvement by stepping through tasks based on self-perception of ability

Tomonari USHIRO*　　Yoshihito TSUBOUCHI **

*Department of Rehabilitation, Kiwa Hospital.(18-1,Kishigami,Hashioto-shi,Wakayama,648-0085,JAPAN)
**Department of Health Science, NARAGAKUEN University. (3-15-1, Nakatomigaoka, Nara-shi, Nara, 631-8524, JAPAN)

Abstract

Elderly people experience various losses. The experience of loss decreases motivation and self-efficacy, which may lead to seclusion. To prevent confinement after hospitalization, it is necessary to enhance self-efficacy through the realization of meaningful occupation, and to aim at the acquisition of an independent life with roles and goals. There is a gap between self-perceptions and objective assessments of ability, and there may be a residual decrease in self-efficacy.

In this study, we shared the difference between self-perception of ability and the OTR evaluation, set a step-by-step task, and repeatedly practiced the task to correct the self-perception of ability for a subject who tended to be withdrawn in the hospital room because the self-perception of ability remained low even after physical and mental functions and ADL improved. As a result, self-efficacy was improved, meaningful occupation were acquired, and behavioral changes toward proactive activities were achieved. However, from the viewpoint of QOL, no effect as shown in previous studies be found. In the limited environment of the hospital, we could not satisfy the true needs of the patient, but the importance of medical and nursing care collaboration was suggested. Occupational therapy practice focusing on self-awareness of abilities and staging of task setting may be effective for acquisition of meaningful occupation and escape from confinement after discharge.

Key Word :Meaningful occupation, self-efficacy, self-awareness, stepping through task