

# 鏡視下腱板修復術後の患者に 対する教育用動画付きパンフレットを用いた 指導の効果

## Effect of leaflets with educational videos on patient outcomes following arthroscopic rotator cuff repair

佐藤宏幸\*<sup>1</sup>, 大山毅人\*<sup>2</sup>, 真下翔太\*<sup>1</sup>  
久保田純弥\*<sup>1</sup>, 大石隆幸\*<sup>3</sup>, 田崎 篤\*<sup>3</sup>

キー・ワード： patient education, arthroscopic rotator cuff repair, activities of daily living  
患者指導, 鏡視下腱板修復術, 日常生活動作

〔要旨〕 (目的) 鏡視下腱板修復術 (ARCR) の術後患者に対して教育用動画付きパンフレットを用いた退院指導を実施し, 装具使用下の日常生活動作 (ADL) の自覚的理解度を評価すること。

(方法) 当院において経過観察可能であった ARCR 術後症例 41 例を対象とした。動画による指導導入前の口頭説明でのみ装具使用下の日常生活を説明した従来群 23 例と導入後の動画群 18 例に対して, 退院時と初回外来時の ADL の自覚的な自覚的理解度と安心, 疼痛, 痺れの程度について Visual Analog Scale で回答を取得し, 理学療法士が初回外来時の装具着脱の動作と姿勢を客観的に評価した。統計学的解析として, 退院時と初回外来時における群間比較は Mann-Whitney の U 検定, 各群における退院時と初回外来時の比較は Wilcoxon の符号順位検定を用いた。

(結果) 患者による ADL の自覚的理解度と PT による装具動作の客観評価は群間比較で有意差を認めなかった。退院時と外来時の群間内比較において, 従来群は更衣, 入浴, 机上, 就寝の自覚的理解度が有意に低下して ( $p < 0.05$ ), 痺れは有意に増加していた ( $p < 0.05$ )。動画群は更衣, 机上, 就寝の自覚的理解度が有意に低下していた ( $p < 0.05$ )。

(結論) 教育用動画付きパンフレットを用いた退院指導は, 従来の方法と比較して同等の効果があり, 看護師の指導時間の短縮化が図れる利点がある。

### 緒言 (はじめに)

鏡視下腱板修復術 (Arthroscopic Rotator Cuff Repair: 以下 ARCR) の術後は患肢の安静と再断裂予防のために外転装具 (以下装具) を装着することが一般的である。日常生活活動 (Activities of Daily Living: 以下 ADL) 時に患肢を使用することで棘上筋や棘下筋の筋活動が増加することが

報告<sup>1)</sup>されており, 患肢を過度に使用しないように ADL 時の注意点を理解することは再断裂を予防するためにも重要である。

そのため, 入院期間中に装具を装着した状態で ADL 練習を実施するが, 近年の在院日数短縮化に伴い, 装具の固定期間中に退院して在宅で安全に生活する必要性が生じている。当院は口頭による ADL 指導と練習を実施していたが, その指導に要する時間は 10 分以上かかり, 患者の自覚的理解度の個人差や不完全さが散見された。また, 術後 2~3 日で退院する患者が多いため, 効率良い指導を行わないと退院後に日常生活における注意点を十分に理解できない場合が生じ, 患肢を使用する危

\*1 聖路加国際病院リハビリテーション科

\*2 聖路加国際病院看護部

\*3 聖路加国際病院整形外科

Corresponding author: 田崎 篤 (tatsu@luke.ac.jp)

危険動作が発生しやすくなることが懸念された。

入院期間短縮に対応するために教育用動画付きパンフレットを作成し、装具装着中に退院する患者と装具除去まで入院を継続した患者と比較した先行研究では、危険動作の発生率<sup>2)</sup>や再断裂<sup>3)</sup>、可動域制限<sup>3)</sup>に差がなかったと報告されている。教育用パンフレットを使用した指導は医療者側にとっても指導が簡便になり、指導者の経験に依存しない統一した指導を行うことができる利点も存在する<sup>4)</sup>。さらに、入院前に必要資料を配布することで患者は家族と共に資料に目を通し、話し合える時間ができ、予備知識を得て入院をすることができる<sup>5)</sup>とされている。そこで、当院では紙面での説明に加えて、退院後も注意点を確認できるように動画閲覧可能な教育用パンフレットを作成した。我々は動画付きパンフレットを用いた導入を行うことで、口頭による指導と比較して、ADL動作の自覚的理解度と退院後の生活に対する安心感と装具着脱動作が同等の効果があり、再断裂の症例数が増加しないと仮説を立てた。本研究の目的はARCR術後の患者に対して動画付きパンフレットを用いた指導による安全なADL動作に関する自覚的理解度を調査することである。

## 対象および方法

### 1. 対象

対象は2022年4月から2024年4月までに当院で腱板断裂に対してARCRを施行し、術後3日以内に退院した症例を後方視的に調査した。除外基準は当院以外で外来通院した例、研究協力病棟以外に入院したため術後説明が不統一であった例、データ欠損例、4日以上入院期間で繰返しの指導を行った例は除外した。本研究は、当大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：24-R177）。本研究は診療録を使用した後ろ向き研究であるため、オプトアウトを実施し、研究対象者研究への参加を拒否する機会を保障した。

手術は2名の専門医によってsuture bridge法で実施し、外転装具は閉創直後に装着した。理学療法は手術翌日より開始した。動画付きパンフレットの導入の有無により対象を従来群と動画群の2群に分けた。

#### 1) 従来群

術前に理学療法士が外来で外転装具と術後ADLの説明を約5分間実施した。術後に看護師が

病棟で口頭によるADLの指導と練習を約10分間かけて実施した。

#### 2) 動画群

術前に理学療法士が外来で外転装具と術後ADLの説明を約5分程度行い、動画閲覧用QRコードのついたパンフレットを配布した。術後に看護師が病棟でパンフレット説明を2分程度行い、院内のタブレット端末を使用して動画を視聴した。

動画付きパンフレットは装具装着動作と良肢位、装具固定中におけるADL(更衣動作、入浴動作、机上姿勢、就寝姿勢)の注意点(図1)を示し、QRコードより動画閲覧ができるように作成した。

両群共に、術後に理学療法士が術後再断裂のリスク、装具の装着方法や装着姿勢、ADL時(更衣動作、洗顔動作、整容動作、入浴動作、机上姿勢、就寝姿勢)の注意点について1回(20分程度)指導した。

術後リハビリテーションプロトコルは両群とも同じであり、装具の固定期間は3週間とした。手術翌日から頸部や体幹のリラクゼーション、肩甲骨運動や手・肘関節の運動を開始。術後3週間は更衣と入浴時を除き就寝時も装具を装着。術後4週目から屋内では装具除去を許可し、屋外や就寝時は装具による固定を継続した。術後5週目より肩関節の他動可動域を開始し、食事や洗顔時に脇をあげずに行う動作は許可した。術後9週目より自動運動開始し、洗髪などセルフケアを行う際に肩外転位で行うことを許可した。

### 2. 調査項目

①基礎情報：性別、年齢、身長、体重、左右、初回外来日、断裂サイズ、在院日数、術後MRI評価時期と再断裂数を診療録から調査した。再断裂の有無は術後3か月以降のMRIを用いて評価し、菅谷分類<sup>6)</sup>におけるType4と5を再断裂と定義した。

②アンケート：患者は退院日と術後約2週間目の初回外来時にアンケートに回答した。安全なADL動作(更衣動作、入浴方法、机上姿勢、就寝姿勢)の自覚的な自覚的理解度、安心感(安心して過ごせそうか)、痛み、痺れの項目に関して、100mmの水平な線上に印を付けて、Visual Analog Scale(以下VAS)で自己評価した(0mm：できなかった、100mm：できた)。

### ■寝るとき

- ・装具を付けたまま寝てください。
- ・もし痛みが強い場合はタオルを肘の下に置くと、より安静に保つことができます。



手術した側の肘がベッドにつかないようにすると、肩関節への負担を減らせます。

### ■その他の注意点

- ・傷口には防水フィルムが貼ってあります。はがさないようにしてください。はがれたときは同じように貼り直してください（予備をお渡しします）
- ・傷口の痛みがぶり返す、傷口から膿がでる、また 37.5 度以上の高熱が出るなどの症状が出た場合は感染している可能性があります。次回外来日を待たずに病院の交換台を通して整形外科外来へ連絡してください。
- ・車の運転は手術して 6 週間後、医師の確認後、痛みがなければ可能です。
- ・リバーズ手術（人工関節を挿入する手術）の方は、装具を外しているとき肘を肩から後ろに下げないようにしましょう。

〒104-8560 東京都中央区明石町 9 番 1 号 Tel. 03-3541-5151 Fax. 03-3544-0649  
Copyright © St. Luke's International Hospital All rights reserved

図 1 日常生活の注意点についての説明（一部抜粋して引用）

③装具評価：装具の着脱動作や装着姿勢に関して初回外来時に理学療法士が 5 段階（1：できていない、2：あまりできていない、3：どちらとも言えない、4：できている、5：よくできている）で客観的に評価した。評価基準は当院リハビリテーション科で整形外科疾患を担当する理学療法士 6 名で事前に判断基準を話し合った後に、実施した。

### 3. 統計解析

統計処理には統計ソフト（SPSS version. 25, IBM 社）を用いた。Shapiro-Wilk の正規性検定を行い、正規分布している場合はパラメトリック検定、正規分布していない場合はノンパラメトリック検定を実施した。

基礎情報の中で年齢、身長、初回外来日、術後 MRI 評価時期の群間比較は対応のない t 検定、体重と在院日数は Mann-Whitney の U 検定を用いた。また、性別と左右は  $\chi^2$  乗検定、断裂サイズと再断裂数は Fisher の正確性検定を行った。

退院時と初回外来時におけるアンケート結果の

群間比較は Mann-Whitney の U 検定、各群における退院時と初回外来時の比較は Wilcoxon の符号順位検定を用いた。有意水準を 5% 未満とした。

## ■結果

研究期間中に抽出された 119 症例のうち、78 例が除外され、41 名を対象とした。除外理由別の症例数は当院以外への外来通院が従来群 23 例と動画群 22 例、研究協力病棟以外の入院が従来群 9 例と動画群 10 例、データ欠損が従来群 5 例と動画群 8 例、4 日以上入院期間で繰り返しの指導を行った例は動画群 1 例であった。

### 1. 患者背景と治療結果（表 1）

従来群が男性 11 例と女性 12 例、合計 23 名。動画群が男性 9 例と女性 9 例、合計 18 名であった。両群間には身体調査や腱板断裂サイズなどに有意差はなく、術後の MRI 評価時期は従来群が  $3.9 \pm 1.2$  カ月、動画群が  $3.2 \pm 1.3$  カ月と動画群が有意に早期であった ( $p=0.03$ )。術後腱板断裂は従来群が

表 1 各群における患者背景と治療結果

	従来群 (23 例)	動画群 (18 例)	P 値
性別	男 11 例, 女 12 例	男 9 例, 女 9 例	0.89
年齢 平均値 (SD)	63.7±9.2 歳	68.3±8.5 歳	0.07
身長 平均値 (SD)	1.63 (0.09)	1.61 (0.07)	0.51
体重 中央値 (IQR)	56.7 (51.5 - 60.9)	58.8 (53.6 - 69.3)	0.43
術側	右:6 左:17	右:7 左:11	0.38
初回外来日 平均値 (SD)	術後 16.8±5.7 日	術後 17.3±4.6 日	0.71
断裂サイズ	広範囲・大:4 例	広範囲・大:5 例	0.57
	中:10 例	中:9 例	
	小:4 例	小:0 例	
	部分・不全:5 例	部分・不全:4 例	
在院日数 中央値 (IQR)	3 (3-3)	3 (3-3)	0.76
術後 MRI 評価時期 平均値 (SD)	3.9 (1.2) ヶ月	3.2 (1.3) カ月	0.03
再断裂数	1 例 (4.3%)	2 例 (11.1%)	0.41

表 2 ADL の自覚的理解度および安心・痛み・痺れの結果

	従来群		動画群		P 値			
					従来群 vs 動画群		退院時 vs 外来時	
	退院時	外来時	退院時	外来時	退院時	外来時	従来群	動画群
更衣	97 (90.5-100)	71 (48.5-87)	90 (80.75-100)	71.5 (47.75-80.25)	0.26	0.937	p<0.001	0.017
入浴	95 (88-100)	75 (52.5-89.5)	98.5 (83.25-100)	71.5 (53.25-86.75)	0.967	0.673	0.004	0.026
机上	95 (89-100)	80 (59-87)	95.5 (82.25-100)	52 (32.75-99.25)	0.733	0.391	0.001	0.044
就寝	94 (84-100)	78 (38-88)	91 (64.25-100)	64.5 (39.75-98.75)	0.529	0.989	0.004	0.007
安心	80 (47-87.5)	84 (61.5-88.5)	73 (50.75-100)	74.5 (47.25-90.75)	0.75	0.664	0.677	0.853
痛み	44 (27.5-62)	34 (14.5-71)	51 (24.75-66.5)	26.5 (14.5-54.5)	0.617	0.438	0.848	0.104
痺れ	0 (0-13)	1 (0-24.5)	3 (0-14)	0.5 (0-14.5)	0.36	0.685	0.039	0.868

中央値 (IQR)

1 例 (4.3%), 動画群が 2 例 (11.1%) であり, 統計学的有意差を認めなかった (p=0.41).

## 2. 群間比較 (表 2)

退院時における更衣動作の自己理解度の中央値は従来群 97, 動画群 90, 入浴動作は従来群 95, 動画群 98.5, 机上動作は従来群 95, 動画群 95.5, 就寝姿勢は従来群 94, 動画群 91, 安心は従来群 80, 動画群 73, 痛みは従来群 44, 動画群 51, 痺れは 0, 動画群は 3 であった.

外来時における更衣動作の自己理解度の中央値は従来群 71, 動画群 71.5, 入浴動作は従来群 75, 動画群 71.5, 机上動作は従来群 80, 動画群 52, 就寝姿勢は従来群 78, 動画群 64.5, 安心は従来群 84, 動画群 74.5, 痛みは従来群 34, 動画群 26.5, 痺れは 1, 動

画群は 0.5 であった. 退院時と外来時の全項目について群間の有意差を認めなかった.

装具の着脱動作と装着姿勢の全項目において群間に有意差を認めなかった. (表 3, 4)

## 3. 群内比較 (表 2)

従来群は更衣 (p<0.001), 入浴 (p=0.004), 机上 (p=0.001), 就寝 (p=0.004) の自覚的理解度が退院時から初回外来時に有意に低下しており, 痺れは有意に増加していた (p=0.039). 安心や疼痛については有意差が認められなかった. 動画群は更衣 (p=0.017), 入浴 (p=0.026), 机上 (p=0.044), 就寝 (p=0.007) の自覚的理解度が退院時から初回外来時に有意に低下していた. 安心, 痺れ, 疼痛については有意差が認められなかった.

表 3 装具動作の結果

装着動作	従来群	動画群	P 値
	中央値 (IQR)	中央値 (IQR)	
1. 病態に即した禁忌肢位への配慮	4 (4-5)	4 (4-5)	0.45
2. 装具を外す時に腕を下垂し脱力している	4 (3-4)	4 (3-4)	0.92
3. 肩が動かないようストラップを外す	4 (4-5)	4 (3-5)	0.06
4. 装着する時に患側を外転せず着けている	4 (3-4)	4 (2-4)	0.33
5. ストラップで固定している	5 (5-5)	5 (4-5)	0.31

表 4 装着姿勢の結果

装着姿勢	従来群	動画群	P 値
	中央値 (IQR)	中央値 (IQR)	
1. 肩外転位を保持できている	5 (4-5)	5 (4-5)	0.48
2. スリングの中で肘が奥まで入っている	4 (4-5)	5 (4-5)	0.43
3. 手が肘と同じ位置に保持できている	4 (4-5)	5 (4-5)	0.87
4. 上腕が肩甲骨面上に保持されている	4 (4-5)	5 (4-5)	0.37
5. 肩甲骨挙上、頸部側屈位になっていない	5 (4-5)	4.5 (4-5)	0.68

## 考 察

ARCR 術後の患者に対して動画付きパンフレットを用いた指導を行い、ADL の自覚的理解度、生活に関する安心感や装具動作の客観的評価では従来の口頭説明を用いた群と比較して同等の結果であり、術後再断裂は統計学的有意差を認めなかった。

第一に、本研究における ADL の自覚的理解度は教育用資料を用いた指導と口頭指導では同程度の効果があった。先行研究では、ARCR 術後患者に対して文章や図による教育用資料を用いた指導を行った結果、入院期間が短縮しても危険動作<sup>2)</sup>や術後成績<sup>3)</sup>に差がなかったと報告されており、今回の結果は過去の報告と一致していた。また、ARCR 術後の入院患者の日常生活は反復回数が多いほど不安が軽減する<sup>11)</sup>とされており、下位更衣に対して自信をもって実施できると回答した患者が 80% を越えたのは 8 日以降<sup>12)</sup>であったと報告されている。先行研究<sup>2,3)</sup>における入院期間は 8~22 日間とされているが、当院の入院期間は両群とも 3 日と短期間であった。本研究における両群の入院期間に差がなかったために、ADL の自覚的理解度について群間で有意差を生じなかったと考えられた。また、ADL の自覚的理解度について退院時と比較して、初回外来時に有意に低下していた。これは患者が指導された内容を退院前には理解で

きたと感じていたが、退院後の生活場面で困難を感じるがあったことで実際は理解できていないと感じたことで生じたという声があり、客観的評価の確立が望まれる。

次に、装具着脱動作や装着姿勢は群間で有意差が認められなかったが、着脱動作における「肩が動かないようにストラップを外す」という項目は P 値が小さかった。先行研究において ARCR 術後患者が装具装着を適切に実施するためには反復練習<sup>11)</sup>や適切なフィードバック<sup>13)</sup>が重要であるとされている。動画を用いた教育用資料は繰り返し指導内容を閲覧できるにも関わらず、在院日数が短いために装具着脱の動作を練習して医療者からフィードバックを得る機会が少なかったことが予測される。そのため、装着姿勢と比較して着脱動作は有意水準が低くなった可能性がある。本研究の結果から装具に関しては動作に焦点を置き指導を行う必要があると考えられる。

さらに、本研究の再断裂数は従来群で 1 例 (4.3%)、動画群で 2 例 (11.1%) であり、群間における統計学的有意差は認められなかった。この結果は先行研究で報告されている 9~26%<sup>7-10)</sup>と同等であった。動画付きパンフレットの導入により、看護師の説明時間が約 8 分短縮できることから、看護師の業務効率にも貢献した。術後再断裂の増加無く、看護師の業務負担を軽減でき、さらに患者が退院後にも指導内容を再確認できる点が大き

な利点である。患者と医療者側双方にとって利点がある指導方法と考えられるが、患者側の利点を確認できなかった。今後、さらにADLの自覚的理解度や装具動作を改善するためには、術後の動作習得に有効と報告されている術前の更衣体験<sup>12)</sup>や装具装着体験とシャワー浴指導<sup>14)</sup>など、術前オリエンテーションを充実させることが大切であると考えられた。

本研究の限界は、期間内の除外症例数が多く対象症例数が少ないこと、ADLの理解度に対する評価がVASを用いた自覚的評価であるため客観性が乏しいこと、臨床成績に関してMRIの長期成績や可動域や筋力などの機能評価を含んでいないこと、術後再断裂に関係する多様な交絡因子が排除できていないことがある。

## ■ 結語 (まとめ)

ARCR術後患者に対して、動画閲覧可能なパンフレットを使用した指導がADLの自覚的理解度や装具着脱動作に影響を及ぼすかについて検証を行った。ADLの自覚的理解度、装具動作、再断裂数に群間差はなく、動画閲覧可能なパンフレットを用いた退院指導は口頭での指導と同等の効果であり、患者と医療者の双方にメリットがあると考ええる。

### 利益相反

本論文に関連し、開示すべき利益相反はなし。

### 著者貢献

佐藤宏幸 (Conceptualization, Formal analysis, Investigation, Methodology, Writing original draft), 大山毅人 (Conceptualization, Data curation, Methodology, Investigation), 真下翔太 (Investigation, Writing review & editing), 久保田純弥 (Investigation, Writing review & editing), 大石隆幸 (Supervision, Writing review & editing), 田崎篤 (Supervision, Writing review & editing)

論文投稿に関しては全ての著者が原稿内容を確認した上で、投稿を承認した。

## 文 献

- 1) Yoon S-H, Lee D-H, Jung M-C, et al. Electromyographic activities of the rotator cuff muscle during walking, eating, and washing. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2016; 11: 169-176.

- 2) 瀬尾充弘, 松浦健司, 兵頭 惇, 他. 腱板修復術後における外転装具状態での早期退院による影響. *保健医療学雑誌*. 2018; 9: 31-38.
- 3) 伊藤 雄, 松本 尚, 山口聖太, 他. 鏡視下腱板修復術後の装具装着下での退院が再断裂率, 健側・患側肩関節機能に与える影響について. *運動器理学療法学*. 2022; 2: 1-12.
- 4) 阿部美穂, 常盤文枝, 看護師と理学療法士が連携して行う人工股関節および人工骨頭置換術患者への生活指導の評価. *保健医療福祉科学*. 2013; 3: 63-68.
- 5) 鈴木未生, 南雲保子, 吉田京子, 他. 全身麻酔で手術を受ける患者の入院前オリエンテーション—事前配布資料の検討—. *福島労災病院医誌*. 2005; 8: 71-80.
- 6) 菅谷啓之, 近 良明, 土屋明弘, 他. 単層固定法における鏡視下腱板修復術の成績—術後1年のMRI所見と手術成績—. *肩関節*. 2003; 27: 233-236.
- 7) Taniguchi N, Suenaga N, Oizumi N, et al. Bone marrow stimulation at the footprint of arthroscopic surface-holding repair advances cuff repair integrity. *J shoulder Elbow Surg*. 2015; 24: 860-866.
- 8) Kim HM, Caldwell J-ME, Buza JA, et al. Factors affecting satisfaction and shoulder function in patients with a recurrent rotator cuff tear. *J Bone Joint Surg Am*. 2014; 96: 106-112.
- 9) Hug K, Gerhardt C, Haneveld H, et al. Arthroscopic knotless anchor rotator cuff repair: a clinical and radiological evaluation. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2015; 23: 2628-2834.
- 10) 大石隆幸. Critical Shoulder AngleとARCR術後の再断裂および臨床成績との関連. *肩関節*. 2020; 44: 346-349.
- 11) 小林智代, 永井沙織, 荒井陽子, 他. 腱板断裂術後患者の退院後の日常生活に対する不安因子. *新田塚医療福祉センター雑誌*. 2009; 6: 23-25.
- 12) 丸山智沙登, 北島加奈子, 天正亜希子, 他. 肩腱板断裂患者の看護—術前オリエンテーションに装具装着を試みて—. *信州大学医学部附属病院看護研究集録*. 2004; 33: 97-104.
- 13) 賀川昌明. デジタル・コンテンツを利用した動画フィードバックが運動技能の習得・発揮に及ぼす効果の検討. *鳴門教育大学情報教育ジャーナル*. 2011; 8: 1-9.
- 14) 小川温子, 佐藤晶子. 肩関節鏡視下術後肩外転装具装着患者に対する病棟看護師による入院前オリエ

## Effect of leaflets with educational videos on patient outcomes following arthroscopic rotator cuff repair

Sato, H.<sup>\*1</sup>, Oyama, T.<sup>\*2</sup>, Mashimo, S.<sup>\*1</sup>  
Kubota, J.<sup>\*1</sup>, Oishi, T.<sup>\*3</sup>, Tasaki, A.<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup> Department of Rehabilitation, St. Luke's International Hospital

<sup>\*2</sup> Nursing Department, St. Luke's International Hospital

<sup>\*3</sup> Department of Orthopedic Surgery, St. Luke's International Hospital

**Key words:** patient education, arthroscopic rotator cuff repair, activities of daily living

**[Abstract]** (Objective) To evaluate the subjective understanding of activities of daily living (ADL) during postoperative orthotic use by patients who underwent arthroscopic rotator cuff repair. (Methods) we included 41 patients followed-up at our institution. Patients were divided into a conventional group (n = 23) receiving only verbal instructions and a video group (n = 18) receiving video-supported instruction. At discharge and the first outpatient visit, we assessed the patients' subjective understanding of ADL, sense of security, pain, and numbness using a Visual Analog Scale. Additionally, physical therapists objectively evaluated orthotic movements and posture at the initial outpatient visit. Statistical analyses were performed using the Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed-rank test. (Results) No significant differences were observed in subjective ADL understanding or physical therapist evaluations of orthotic use between the two groups. In intragroup comparisons, the conventional group showed a significant decrease in their understanding of dressing, bathing, desk work, and sleeping and a significant increase in their awareness of numbness. The video group also demonstrated a significant decline in their understanding of dressing, deskwork, and sleeping. (Conclusion) Discharge guidance using a leaflet with video support provided equivalent effectiveness compared to conventional methods while reducing instruction time given by nursing staff.