

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 22 日現在

機関番号：33938

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2013～2015

課題番号：25750238

研究課題名(和文)効果的な訪問リハビリテーション実践のためのチェックリスト開発と効果検証研究

研究課題名(英文)Development and validation of a checklist for effective home-visit rehabilitation

研究代表者

大浦 智子(OHURA, TOMOKO)

星城大学・リハビリテーション学部・講師

研究者番号：10581663

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,500,000円

研究成果の概要(和文)：3事業所で2010-2012年に訪問リハビリテーションを開始した利用者の初回実施計画書を分析し、その内容と目標達成との関連を認めた。次に、作成した4領域(目標設定・課題の分析・プランの提案・プランの立案と実施)のアセスメントシートとチェックリスト(全20項目)が、目標の設定や利用者および家族との調整プロセスを可視化し、提供者と利用者・家族間の情報共有を促進することがモニタリングによって示された。最後に、17施設の訪問リハ提供者への質問紙調査から、訪問リハ4年目以上の提供者はそれ未満に比べて、対象者の活動や参加に関する評価や、対象者や家族の意向を反映した具体的プランの立案を行う傾向が認められた。

研究成果の概要(英文)：Among those who began using home-visit rehabilitation services at three offices during 2010-2012, we analyzed goals/programs of users for whom initial implementation plans were prepared by providers, and found that the contents of the goals/programs were related to achievement of the objectives. With respect to the newly developed assessment sheet and checklist (20 items total), we obtained opinions by monitoring providers, such as the ease of sharing information between providers and users/families. This also allowed us to visualize the adjustment process in goal setting or when there were differences in opinions between users and their families. Finally, a questionnaire survey of 110 home-visit rehabilitation providers of 17 facilities revealed that those with more than four years of experience tended to prepare specific plans that reflect the intentions of users/families, as well as evaluations of user activities and participation, compared to those with less experience.

研究分野：リハビリテーション科学

キーワード：訪問リハビリテーション チェックリスト

1. 研究開始当初の背景

根拠に基づく医療 (Evidence-based Medicine: EBM) の普及に伴い、リハビリテーション (リハ) 領域においても介入に対する適切な効果判定が求められている。特に我が国においては、高齢者の「生活不活発」が健康や要介護に及ぼすマイナスの影響が指摘され、高齢者リハや介護の領域においては国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) における、人の「活動」や「参加」に着目したアプローチが求められている。

海外では退院後の患者・家族指導や家庭訪問などの指導による臨床的效果および費用対効果や、対象者 (患者) 中心の臨床実践の重要性について研究が進められてきた。一方、わが国では訪問リハの介入内容やその効果は臨床実践者の経験として伝えられてきた傾向があり、臨床疫学的視点に立った研究がほとんどないのが現状である。

2. 研究の目的

本研究の目的は、1) 訪問リハの既存カルテを用いた後ろ向き縦断研究から訪問リハの目標、プログラムとその効果との関連を明らかにすること、2) 効果的な訪問リハ実践のためのチェックリストの開発と使用に伴う波及効果を明らかにすること、3) 訪問・病院リハにおける目標設定とプログラム立案の実践状況を明らかにすること、の3点である。

3. 研究の方法

研究の実施にあたっては、星城大学研究倫理委員会の承認 (研究 1・2: 2013C0005, 研究 3: 2015C0010) を得て、協力施設より承諾を得た。

[研究 1. 訪問リハ内容と効果の関連性を明らかにする横断・縦断研究]

訪問リハの介入内容と効果との関連を明らかにするために、訪問リハの既存カルテを用いた後ろ向き研究を行った。まず、3 箇所の訪問リハ事業所で 2010 年から 2012 年までに訪問リハを開始した利用者の初回実施計画書から、訪問リハの内容 (目標、プログラム、実施職種、等) を抽出し、介入効果 (訪問リハ期間、頻度、一定期間での終了・中断・継続の種別、等) を抽出した。分析対象は、279 件のリハビリテーション実施計画書のうち、40 歳以上の利用者・理学療法士または作業療法士が初回に作成したものを包含基準とし、収集データに著しい欠損のない 265 件の目標とプログラムとした。目標とプログラムは、IBM SPSS Text Analytics for Surveys を用いて分類した。

次に、265 名のうち訪問リハ開始から 3 か月以内に中止となった利用者を除外し、214

名を対象に、目標達成群 (開始後 3 か月以内に目標の達成によって訪問リハが終了した利用者) と未達成群 (開始後 3 か月以上訪問リハを継続している利用者) を設定し比較した。分析には、変数に応じて Mann-Whitney の U 検定、² 検定および Fisher の正確確率検定を用いた ($p < 0.05$)。

[研究 2. 訪問リハビリテーション実践チェックリストの開発とモニタリング]

先行研究による既存データを活用した分析から、患者の価値観や臨床家の視点を統合し、効果的なリハ提供のためのアセスメントシートとチェックリストを開発し、臨床場面での活用についてモニタリングを行った。具体的な手続きは以下の通りである。

まず、訪問リハ利用者・家族のニーズ、介護支援専門員らが期待する訪問リハ効果に関する先行研究^{1,2)}や、訪問リハ実施計画書に記載されていた目標・プログラムの内容を参考に、訪問リハ経験がある作業療法士 2 名が協議し、訪問リハの評価と介入プロセスを視覚化したアセスメントシートを作成した。しかし、アセスメントシートのみでは個々の技量によってそのプロセスが不明瞭となることから、効果的にアセスメントシートを活用できるように、患者中心のアプローチ (Patient-centered approach: PCA)³⁻⁵⁾と根拠に基づく医療 (Evidence-based Medicine: EBM)^{6,7)}、共有決定 (Shared-decision making: SDM)⁸⁻¹⁰⁾の考え方をふまえたチェックリストを作成した。さらに、他の 2 名の作業療法士によるこれらの使用感を反映し、複数の訪問リハ経験者による意見聴取を行い、見解の異なる箇所については協議のうえ、可能な限りエキスパートの視点を加味し、完成版とした。

次に、提供者へのモニタリングによって、開発したアセスメントシートと「効果的な訪問リハ実践のためのチェックリスト」の使用による訪問リハ提供への波及効果や患者 (利用者) の変化を記述した。

[研究 3. 訪問リハ配属期間と実践状況との関連を明らかにする研究]

17 施設の協力を得て、訪問リハ・回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟に勤務する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を対象に、無記名式質問紙調査を行った。質問紙は、訪問リハ実践チェックリストの項目内容を「リハ実践チェックリスト」として読み替えて質問項目を作成し、1 か月間の実践状況を 11 段階で問い、勤務形態や職種、施設、経験年数等の基本情報とともに収集した。

訪問リハビリテーション実践の特性を明らかにするために、分析対象は臨床経験 6 年目以上かつ調査時に訪問リハに配属されている者、かつ著しい欠損のない回答とし、訪問リハ配属 3 年目以下 (訪問短群) と 4 年目以上 (訪問長群) に分けたうえで、20 項目の実践状況の両群間の比較には Mann-Whitney

のU検定を用いた ($p < 0.05$).

4. 研究成果

[研究1. 訪問リハ内容と効果の関連性を明らかにする横断・縦断研究]

1-1. 初回の目標とプログラム

265名の対象者の年齢(中央値)は80歳,男性が114名(43.0%),女性が151名(57.0%)であった.主たる疾患は,脳血管疾患63名,骨関節疾患88名,廃用症候群24名,神経筋疾患13名,認知症10名,うつ病1名,その他の疾患が66名であった.265件のうち,理学療法士によって作成された実施計画書が150件(56.6%),作業療法士によって作成された実施計画書が115件(43.3%)であった.

カテゴリ分析の結果,初回の目標は31カテゴリ,プログラムは49カテゴリに分類された.目標は【活動・参加/基本動作全般/移乗・移動】(49.8%),【自立・改善・向上】(35.8%),【活動・参加/暮らし方/生活スタイル】(34.3%),【安全・安楽】(34.3%),【心身機能・構造】(32.1%),【予防/他】(30.9%)の順に多く,いずれも対象者全体の3割以上に記載されていた.プログラムは【治療介入/訓練・練習/基本動作訓練/移動訓練/歩行訓練】(52.5%),【治療介入/訓練・練習/筋力増強トレーニング】(48.3%),【指導・助言】(44.9%),【治療介入/訓練・練習/基本動作訓練】(40.4%)の順に多く,いずれも全体の4割以上に記載されていた.

1-2. 訪問リハの目標達成後,終了に影響した要因

対象者265名のうち,3ヶ月以内に悪化やその他の理由で訪問リハを中止となった51名を除外した214名のうち,目標達成群は31名(14.5%),未達成群は183名(85.5%)であった.疾患別に分析した結果,脳血管疾患56名のうち,目標達成群は9名(16.1%),未達成群は47名(83.9%)であり,骨関節疾患71名のうち,目標達成群は12名(16.9%),未達成群は59名(83.1%)であった.疾患別の目標達成群と未達成群の性別,年齢,HDS-R, BI,頻度,計画書作成者の群間比較の結果,有意差は認めなかった.

カテゴリ分析の結果,目標は脳血管疾患31項目,骨関節疾患27項目に分類され,プログラムは脳血管疾患40項目,骨関節疾患36項目に分類された.目標達成群と未達成群の目標とプログラムの実施割合の比較した結果,脳血管疾患の目標は【活動・参加/暮らし方/離床・外出】と【物理的環境/在宅サービス】は目標達成群が有意に多かった.また,脳血管疾患のプログラムは【治療介入/訓練・練習/IADL訓練】が未達成群より,目標達成群に多かった.骨関節疾患のプログラムは【治療介入/訓練・練習/ADL訓練】,【評価/環境評価】,【評価/他】の項目で未達成群より目標達成群に有意に多かった.

[研究2. 訪問リハの評価・目標設定・介入内容立案におけるチェックリストの開発とモニタリング]

チェックリストは4領域20項目で構成された.まず,<clientの意向とセラピストの視点による目標の決定(目標設定)>は,長期目標として「どのような生活を送りたいか」,短期目標として「clientが出来るようになりたいこと」とセラピストからみた「出来るようになったら良いと考えること」を協議し,活動レベルでの目標を設定する.次に,<セラピストの専門的分析と課題の焦点化(課題の分析)>は,セラピストが専門的な知見をふまえて「優先度の高い活動を妨げている作業工程と行為,その要因」を分析する.ここでは,作業分析(occupation analysis)の視点と動作分析の視点が必須となるうえ,ICFに基づいて整理する.そして,<エビデンスと環境に配慮したプランの提案(解決方法の提案)>は,治療に際しての臨床的な意思決定にむけて,多様なクリニカル・リーズニングが必要となる.特に,エビデンスや理論に基づく介入方法を複数挙げ,後にclientの意向をふまえたアプローチ方法を選択できるように,複数挙げるのが重要となる.最後に,<clientの意向を含むプラン立案と実施(具体的なプランの立案と実施)>は,clientの意向をふまえるとともに,セラピストが専門職として助言を加え,臨床的な介入方法を決定することとなる.

チェックリストとアセスメントシートの作成に関与していなかった別の事業所において,2名の訪問リハ提供者にモニタリングを行った結果,「活動・参加に関する現状認識を,本人・家族・提供者の三者で話し合うことができ,具体的な目標について一緒に話し合えた」,「これまで評価結果を提供者が伝える形式となりがちだったが,(三者で話し合ったことで目標達成程度についてもお互いに)意識するようになった」という肯定的な意見が聞かれた.一方,「目標の達成度が必ずしも数値化できるものでないため,効果測定をどう行おうかが難しいと感じるが,主観的な変化等を問うべきか?」,「課題の分析結果をどのように伝えるかが難しい」という意見が得られた.開発したチェックリストには,提供者が専門職として課題を分析してプランを立案する“クリニカル・リーズニング”を意識化する要素と,本人・家族の意向を聴取しつつ提供者が専門職としての見解を伝えるコミュニケーションの要素が含まれることが確認された.

[研究3. 訪問リハ配属期間と実践状況との関連を明らかにする研究]

分析対象は17箇所から得られた110名の回答(訪問短群62名,訪問長群48名)で,各群に占める女性は33名(53.2%),23名(47.9%)だった.訪問短群の平均年齢は31.9

±5.2 歳，訪問長群は 34.7±4.7 歳だった。両群に統計学的有意な差が認められた項目（中央値[25-75 パーセントイル]）は、「Q6：優先度の高い目標が出来ない原因における ICF の活動・参加の評価<課題の分析>」（訪問短群 6[4-8]，訪問長群 7[5-8.8]）と「Q18：具体的なプランにおける対象者や家族の意向の反映<プランの立案と実施>」（訪問短群 7[5.8-8]，訪問長群 7[6-9]）だった。これにより，訪問長群は訪問短群に比べて ICF の活動・参加に関する評価を行い，対象者だけでなく家族の意向の調整を含めた総合的視点に配慮した実践に取り組んでいることがわかった。

5. 主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計 4 件）

- 1) 大浦智子，津山努，古澤麻衣．（特集）訪問リハビリテーション・チェックリストの開発：具体的な目標設定と明確な課題解決のプロセス．日本訪問リハビリテーション協会機関紙 4(2)：29-34，2016．
- 2) Ohura T，Tsuyama T，Nakayama T．Differences in understanding and subjective effects of home-visit rehabilitation between user families and rehabilitation providers．J Phys Ther Sci 27：3837-41，2015．
- 3) Ohura T，Tsuyama T，Nakayama T．Differences between home-visit rehabilitation users and providers in their understanding of the content and subjective effects of rehabilitation practices．J Phys Ther Sci 27：1705-1708，2015．
- 4) 大浦智子，津山努．訪問リハビリテーション利用のきっかけと生活目標：利用者による自由記述内容の質的分析．作業療法 33(6)：517-525，2014．
（文献 2-4 は，関連研究の既存データ活用による報告である．）

〔学会発表〕（計 11 件）

- 1) 大浦智子，津山努．訪問リハビリテーション利用者・家族の生活目標：自由記述回答の質的分析．第 2 回日本訪問リハビリテーション協会学術大会，2013．（松本）
- 2) 大浦智子，古澤麻衣，中山健夫．訪問リハビリテーションの効果判定に使用されている評価指標：国内外の作業療法効果に関する文献レビュー．第 4 回日本訪問リハビリテーション協会学術大会，2014．（熊本）
- 3) Ohura T，Tsuyama T，Nakayama T．Differences between users and providers in regard to awareness and understanding the content and subjective effects of

home-visit rehabilitation．16th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists in collaboration with the 48th Japanese Occupational Therapy Congress and Expo，2014．（横浜）

- 4) 大浦智子，津山努，古澤麻衣．訪問リハビリテーション・チェックリストの開発：具体的な目標設定と明確な課題解決のプロセス．第 6 回日本訪問リハビリテーション協会学術大会，2015．（大阪）
- 5) 大浦智子，津山努，山内春香，佐竹美保．訪問リハビリテーション実施計画書における目標とプログラムの施設間の違い．第 49 回日本作業療法学会，2015．（神戸）
- 6) 山内春香，佐竹美保，津山努，大浦智子．訪問リハビリテーション実施計画書の目標とプログラム．第 49 回日本作業療法学会，2015．（神戸）
- 7) 大浦智子，中山健夫．訪問リハビリテーション内容と効果に対する利用者家族と提供者の捉え方の相違．第 74 回日本公衆衛生学会，2015．（長崎）
- 8) 古澤麻衣，大浦智子，藤井啓介．3ヶ月以内に訪問リハビリテーションの目標達成終了に至る要因の探索．第 74 回日本公衆衛生学会，2015．（長崎）
- 9) 大浦智子，津山努，古澤麻衣．訪問と回復期におけるリハビリテーション実践状況の違い - 複数施設を対象とした質問紙調査 - ．第 3 回臨床作業療法学会学術大会，2016．（東京）

〔その他〕

[ホームページ等]

- 1) 訪問リハビリテーション実践のためのチェックリスト (PDF)
http://www.seijoh-u.ac.jp/wp-content/uploads/2016/04/houmon_checklist_ver.4.pdf
- 2) 訪問リハビリテーション実践のためのアセスメントシートと記載例 (PDF)
http://www.seijoh-u.ac.jp/wp-content/uploads/2016/04/houmon_assessment_ver.4.pdf

[受賞]

- 1) 第 6 回日本訪問リハビリテーション協会学術大会 奨励賞（2015 年 5 月，大阪）
（大浦智子，津山努，古澤麻衣．訪問リハビリテーション・チェックリストの開発：具体的な目標設定と明確な課題解決のプロセス）

6. 研究組織

(1) 研究代表者

大浦 智子 (OHURA TOMOKO)

星城大学・リハビリテーション学部・講師
研究者番号：10581663

参考文献

- 1) 大浦智子, 津山努. 在宅要介護高齢者と家族のリハビリテーションおよび介護ニーズの把握と、ニーズに基づいたリハビリテーション啓発リーフレット作成の試み. 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団 2011 年度「在宅医療研究への助成」一般公募研究(前期)完了報告書. 2012.
- 2) 大浦智子, 津山努, 中西康祐. 介護支援専門員と訪問介護員における訪問リハビリテーション効果への期待: 量的・質的検討. 作業療法 32: 440-450, 2013.
- 3) Dolan JG: Shared decision-making -transferring research into practice: the analytic hierarchy process (AHP). Patient Edu Couns 73: 417-425, 2008.
- 4) Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, et al.: Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations (Review). The Cochrane Collaboration, 2012.
- 5) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National academy Press, 2001.
- 6) Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al.: Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM. Elsevier, 1997.
- 7) Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, et al.: Evidence-based Medicine: How to practice and teach it 4th edn. Elsevier, 2011.
- 8) Elwyn G, Laitner S, Coulter A, et al.: Implementing shared decision making in the NHS. BMJ 341: c5146, 2010.
- 9) Charles C, Gafni A, Whelan T: Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango. Soc Sci Med 44: 681-692, 1997.
- 10) Whitney SN, McGuire AL, McCullough JB: A typology of Shared Decision Making, Informed Consent, and Simple consent. Ann Intern Med 140: 54-59, 2003.