

平成 27 年 6 月 19 日現在

機関番号：35308

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2012～2014

課題番号：24616025

研究課題名(和文) ケアの視点に立った超高齢脳卒中リハビリテーションにおける介入ポイントの有用性

研究課題名(英文) The value of a care models to individualize stroke rehabilitation services in the very old

研究代表者

平上 二九三 (HIRAGAMI, Fukumi)

吉備国際大学・保健医療福祉学部・教授

研究者番号：60278976

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,300,000円

研究成果の概要(和文)：超高齢リハビリテーション(以下リハ)患者の解決すべき課題を見出し、的確に対応していくニーズを検討した。介入ポイントは、どのようなニーズかをリハチームが、ケアの視点に立って端的な言葉で明示したものである。患者の問題を全体の一つにしていくケアモデル、介入ポイントをチームで導き出すプロセスモデル、この2つのモデルを活用した症例検討会から、超高齢脳卒中患者の個別リハと多職種協働の新たなシステムが示唆された。

研究成果の概要(英文)：We describe a process based on effective communication within a multidisciplinary team for determining intervention points to achieve successful individualized rehabilitation in an elderly stroke patient. The communication process was designed to gain knowledge, share assessments, examine treatment options, and reflect on desired treatment outcomes. We evaluated the effectiveness of this approach in adults aged over 80 years. Our results show that having an organized communication process facilitates individualization of rehabilitation without lengthy and frequent MDT meetings and enhances the quality of rehabilitation after a stroke.

研究分野：ケア学

キーワード：高齢者リハビリテーション 個別のリハビリテーション 脳卒中リハビリテーション 回復期リハビリテーション リハビリテーション・ニーズ 多職種連携 患者中心

## 1. 研究開始当初の背景

今日のリハビリテーション(以下リハ)医療は急性期・回復期・維持期へと分断され、効率的な病病連携が課題となっている。その中でリハ医療の対象者は、複雑で多様な問題を抱えた超高齢者が激増している。超高齢者は生理的な機能低下は避けられず、やみくもな治療(キユア)よりも本人の意思や尊厳が問われ、また慢性疾患や老人性退行性疾患・既存障害を有していることが多く、独居や老々介護といった社会的背景を含めるとケアの視点に立った個別リハが重要になってくる。超高齢社会が進展する中、リハの現場では、キユアからケアへの視点への転換が不十分なことが散見され、新たなマネジメントシステムの再整備が急務になっている。

リハ専門職(主治医、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーなど)が独自の専門性にこだわり、バラバラな見方や考え方をしないで、どのように統一した関わり方をするかが課題となっている。リハ専門職は、医療から介護の流れを十分理解し、患者・家族の意向を確認しつつ、対象者の生活機能に新たな活路を提案しなければならない。そのためには、リハ開始早期よりケアの視点に立って、個別的に現実可能性を踏まえて、組織的なチーム医療を形成していく必要がある。しかしながら先行研究によると、リハ専門職は患者個々のニーズを満たしていない、また必要な援助内容を具体的に示していないことが指摘されている。さらに、多職種協働が重要とされながら、効果的なチームアプローチと、その後の経過を具体的に示した報告は見当たらない。

## 2. 研究の目的

我々は近年、個別リハのニーズを介入ポイントと称し、多職種で探りあてていく症例検討会について報告してきた。また最近、患者個々のニーズをチームで導き出していくケアモデルを提案した。このモデルは、患者の複雑で多様な問題の核を「臨床像」「障害像」「心理面」「環境面」の4つを特徴づけることから、介入ポイントが識別できた。しかし介入ポイントを照らし出していく過程を示していなかったため、多職種が具体的な介入ポイントにたどりつくためのプロセスモデルを提案した。このモデルは、チームが共有すべき情報を「知識」、活かせる機能を見つけ出す「評価」、それを活動につなげる「治療」、それで期待される成果を「内省」していくという4つの過程に分けた。ケアモデルとプロセスモデルを症例検討会の両輪とすることで、患者の真のニーズを捉えた個別リハになることを報告した。

このことから本研究では、患者のおかれている状況を幅広く理解し共有していくケアモデルを紹介し、またチームが患者や家族と共に回復・改善の可能性を見出していくプロセスモデルを提案した。2つのモデルを活用

した症例検討会から、個別リハのカギとなり多職種協働の要となる介入ポイントの有用性を検討することを目的とした。

## 3. 研究の方法

### (1) 対象

対象は、某病院の回復期リハ病棟に2010年4月から2014年3月まで入院した80歳以上の脳卒中患者とした。全例が同一地域の急性期病院を経てリハの継続を目的に転院した患者であった。本研究は吉備国際大学倫理審査委員会の承認(承認番号11-23)を得、対象者には研究の概要を口頭および書面にて説明し理解を得たのち資料提供の同意を文書で得た。

### (2) 症例検討会の開催

通常のリハカンファレンスは、主治医と担当療法士、看護師、ケースワーカーによるスタッフミーティングが行われていた。一方、症例検討会は、主治医と看護師長および担当療法士に加えて、患者と家族が参加し、筆者もオブザーバー兼アドバイザーとして参加した。症例検討会の目的は2つあって、一つは患者の全体像と介入ポイントの関連づけが適切かどうかをチームで確認し共有すること、もう一つは経時的に介入ポイントの有用性を検証することであった。日程は9時~12時の間に2~3例の新患を検討し、隙間の時間に以前に検討した症例を回診し、最後に全員参加による症例検討会が開催された。参加者にフィードバックすることで介入ポイントの理解度が確認されると同時に、参加者のニーズ評価能力向上につながる討論を期待した。その後独自に症例検討会報告書を作成した。

### (3) 症例検討会の手順

まず主治医から病歴や現症・治療の概要が説明された後、担当療法士が問題点や目標を説明し、看護師から病棟での活動状況などが10分間程度で情報交換された。その後、担当療法士が実際に介入しているところを観察し、筆者も参加して介入ポイントを20~30分で探索した。その場面をビデオと音声で記録し、最後に全員参加の症例検討会で、一症例15分程度で振り返りが行われた。症例プレゼンテーションは、現場で実際にみて共有すべき情報は何か、また介入の中で気づいた点、この2つを客観的事実として短く簡潔に表現することとした。後日、担当療法士と筆者が症例検討会報告書を作成し、1週後と2週後に経過報告を行い、3週以降は回診により、5~10分間で介入ポイントの評価、検証、修正が行われた。つまり介入ポイントを実践した1週後および2週後の結果については、患者の変化や成果および限界や課題を記録した。

### (4) 症例検討会報告書

症例検討会報告書はA4横置きで、画像や介入中の写真を付けた症例報告が、当日と1週後および2週後の3段階で記録された。当

日は、報告書の左半分に担当療法士が評価した情報を記載した。1 週後には、右半分に筆者がケアモデルから臨床像、障害像、心理面、環境面を特徴づけ、介入ポイントとタイトルを記載した。2 週後は、担当療法士が実践した結果が記載され最終版とされた。

筆者は症例の固有性を特徴づけるために、介入したことを振り返って気づいた点を、用語を吟味し短い説明でニーズを表現した。介入ポイントは、テイクホームメッセージ (take-home message ; 覚えておいてほしいこと) として 15 文字以内で短く表現した。特にチームが共有すべき情報 (知識) と介入方針が一目で伝わるように要点をまとめた。また、タイトルは、55 文字程度で「どのような患者に、何を問題とし、何をすべきか?」を要約した。特にチームワークの要となる部分を、説明的なフレーズや用語を用いて、分かりやすく伝わるタイトルを作成した。具体的にはどのような患者かは年齢・性別・診断名・発症後期間など、何を問題としたかは介入ポイントなど、何をすべきかでは考えた最善の治療選択などであった。

#### (5) 介入ポイントの定義

本研究で用いた介入ポイント (intervention points) のタームは、先行文献では 'Key interventions', 'Interaction points' が同様の意味合いで使われていた。一方、ニーズには、患者が感じたニーズと表現したニーズ (demand) の他に、専門家が評価したニーズに分けられていた。本研究の介入ポイントは、後者のニーズを Capabilities (能力) または potential (可能性) として記述した。しかし、前者のニーズを否定するものではなく、むしろ積極的に傾聴して柔軟にニーズを評価した。そこで介入ポイントの定義は、患者がおかれた状況に的確に対応するために、障害の回復・改善の可能性を見出し、チームが今行うべきこと、早期かつ優先的に解決していくための方針とした。

#### (6) ケアモデルの紹介

ケアモデルは、複合的な問題を多次元から特徴づけるものであった。2010 年 4 月~2011 年 10 月までの 80 歳以上の脳卒中患者 18 例 (80~92 歳) を対象とし報告した。事例ごとに 疾病と病態の理解とその特徴 (臨床像)

身体機能や認知機能などの特性 (障害像)

生活環境などの特有性 (環境面)

性格や意欲などの固有性 (心理面) の 4 つを特記し、問題の核を押さえて対応する介入ポイントを見出し的に記述した。症例検討会の最初の情報交換では、患者のおかれた状況からゴールや問題点が挙げられた。しかし、この 4 次元情報は、実際に現場で介入すると療法士の視点が身体機能に集中するため、心理面や環境面を見落とし、また経過的な変化に気づいていなかったことから、家族情報を含めて確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

確定した。

分けた。最初にスタッフから出される情報は、現場で実際に確認してみないと、意味のある情報かどうかは判断できなかった。統一的な関わりをしていくためには、多職種による合同初診として、情報収集をすり合わせて本当のニーズは何か、隠されたニーズは何かを見極めることが肝心であった。連携プレーに必要な情報が何なのかは、患者家族と一緒に確認しておくことが、後々の介入に影響した。介入に必須な情報を「知識」とし、慎重に特徴づけておくことがラポールはもとより、効果的で効率的な介入に繋がった。

次に実際に介入場面を観察し、対話と相互行為による「評価」と「治療」に移った。「知識」を踏まえた上で、残存機能に焦点をあてた「評価」と、それを活動に繋げる「治療」が試行された。その中で発症後の変化に着目し、「治療」では活かせる機能を引出し、能動的な行為を引き伸ばす介入が探索された。患者家族からは、文書や口頭による説明とは異なり、実際の体験から合意が得られていた。

最後に振返りの「内省」が症例検討会であり、スタッフで再確認されることから OJT (on-the-job Training ; 職場内教育) の場にもなっていた。この「知識 - 評価 - 治療 - 内省」の 4 つの過程をプロセスモデルと呼んだ。介入ポイントを導く過程は、一事例の経過報告で示されることから、2011 年 1 月に入院した 84 歳女性の脳卒中患者を 15 週間観察した記録を下に、その後の経過を含めて報告した。

## 4. 研究成果

### (1) ケアモデルの提案と有用性

超高齢脳卒中患者のニーズは、極めて複雑で特有なものであった。この複雑さに上手く対処するためのリハ介入は、患者のニーズを異なる次元の問題を注意深く調べ、柔軟に対応していくことが個別介入になっていた。個別介入とはいえ、患者の抱える複合的な問題については、脳卒中の病態とリハ介入の内容において幾つかの一致のパターンを見出すことができた。このことから臨床的特徴だけにとらわれることなく、多面的な問題の特徴づけていく必要がある実証データを得ることができた。

次に本モデルの有用性について述べる。脳卒中患者個々に現場でどのようにニーズが選定されていくのかを示した実践報告は数少ないことから、従来から脳卒中リハはブラックボックスと呼ばれてきた。リハのニーズに関する論文のほとんどが、医療者の観点から捉えたニーズである中で、より年齢の高い脳卒中患者は、感情や認知面の問題が乏しく依存的になりやすいことから、患者側と医療者側のニーズが乖離していることが指摘されていた。患者・家族に本当に役立つニーズは、個人がその環境でどう機能するかであるものの、このことを医療者側はあまり認識していないと報告されていた。その一方で、多

様な脳卒中患者を受け入れるための管理システムの構築が課題となっていた。ニーズは時間とともに変化し、急性期から慢性期に至るまでの連続線上で提供されることが望まれていた。

本研究成果は、患者の機能回復に必要とされるニーズ(介入ポイント)は、ケアの視点に立って多角的にチームが見出していくものであった。固有の問題を4つに分類し、見出された介入ポイントは、オーダーメイドのリハビリに不可欠であった。同時にリハビリが機能分化された今日の超高齢社会においては、伝統的なリハビリ介入を新たに見直す必要性が示唆された。介入ポイントを記述し探索を通じた状況依存のかつ柔軟なリハビリ介入は、今後ますます重要な研究課題となり、その端緒に位置付けられた。

## (2) プロセスモデルの提案と有用性

介入ポイントをチームで導く過程は、知識評価 治療 内省の4つのステップを踏んでいた。介入ポイントは、多職種が情報共有し、現場で患者家族と対話し、共感的かつ相互的な交流の中で見出されていた。その中で、患者の自発的な活動を引出し、生活適応の支援が提案されていた。つまり心身機能の回復だけでなく、患者の固有性や生活環境を見据えながら、潜在的なニーズを現場で導き出すことを具体的に示すことができた。このことから個別リハビリは、リハビリ専門職が知識を共有することから創造され、組織化された情報共有過程を持ち合わせることでリハビリの質を高め、頻回で長くない会議で効率よくリハビリの個別化が図れることが示唆された。

次に本モデルの有用性について述べる。脳卒中後の神経損傷からの回復の複雑さから、多職種が協働してニーズを特定していくマネジメントシステムは、国内外において評価されるものは見当たらなかった。本ケアシステムの利点は、より患者中心の意思決定、ケアの断片化が減少、スタッフの満足度の高揚、より効果的で効率的な介入、の4点が挙げられた。このマネジメントシステムの有用性は、変化が経過的に現れるために挑戦的なチームワークが形成され、また変化に対し組織的な対応を行うために実践知や実践スキルが向上してくる可能性があることであった。

リハビリ専門職にとってポリシーやガイドライン・エビデンスは行動変容をもたらすことはなく、患者にとって実際に意味のあることは、幅広く状況を理解していく中で個人や組織が気づかなければならない。最初の症例検討会で特徴づけられた知識は重要であり、当初は臨床像に焦点があてられ、次いで障害像、心理面、環境面であった。しかし時間が経つにつれ、心理面や環境面に焦点があてられ、臨床像や障害像は二次的になっていた。このことは経過的に個別化が患者のニーズを引出すように、チームの知識の変化がプロセスの修正をもたらしていた。したがって初回の介入過程は順次4段階を経るものの、回を重ねると臨機応変なプロセスになっていた。

ねると臨機応変なプロセスになっていた。その中でリハビリ専門職は、実践知と実践スキルを持って患者と相互行為していくことは必然になっていた。

## (3) 介入ポイントの有用性と課題

超高齢脳卒中リハビリ患者の抱える問題の特徴を4領域から問題の核を捉えた介入ポイントで対処するリハビリを実践してきた。リハビリ患者の回復過程においても、4領域からの適切な対応が欠かせない。例えば、「臨床像」には薬剤や経頭蓋磁気刺激など、「障害像」には随意的な運動や自発的な活動など、「心理面」は意欲や価値観・生きがいなど、「環境面」は家族理解や保護的な言動などが不可欠となる。脳科学的に脳損傷後の機能回復は、個人差が大きく遺伝的体質も影響するが、神経の可塑性や神経ネットワークの再構築によって起きると考えられている。

本研究の最終年度は、回復を促進するための臨床研究に加えて、細胞実験から介入ポイントの有用性を検討した。我々はすでに神経細胞に温熱刺激や電気刺激等のリハビリで用いる物理的刺激を与えると神経再生が促進されることを見出してきた。今回さらに再生した神経と筋の再構築を促進するには、筋細胞の活性化と筋の廃用性萎縮(筋細胞死)を防ぐことが重要であることがわかった。これは脳卒中で神経・筋の接続が遮断された状態で放置すると神経細胞も筋細胞も、どちらも死滅するものであっても適切な外部刺激を与えて、神経・筋の再構築に働く遺伝子と細胞死の防止に働く遺伝子を活性化させることで、リハビリの効果を飛躍的に高めることができることを、培養筋細胞を用いた実験で検証した。以上のことは、オーダーメイドのリハビリとケアの必要性を高める根拠になることから、介入ポイントの有用性は当初の計画以上に進展した。

高齢者リハビリでは、患者個々に異なるニーズを見出し、対応していくチームワークが欠かせない。特に脳卒中リハビリは、他の医療チームに比べ、より強固な連携が必要とされた。脳卒中発症後からリハビリを開始し、退院するまでの期間限定の中で、的確に対応していくシステムが必須であった。特に複雑で多様な問題を抱える超高齢脳卒中リハビリ患者には、ケアの視点に立って組織的なチーム医療の実践が不可欠であった。しかし現状では、このシステムが未整備のまま断片化され、多職種の連携が乏しいことが課題となっていた。本研究で提案したケアモデルとプロセスモデルは、実践的な知識とスキルに基づいて調整されていく。患者の限られた入院期間内に質の高いリハビリを提供していくためには、チームが共有すべき知識と介入ポイントを一つにしていくことで、患者中心のアプローチになることが示された。ケアの視点に立った介入ポイントが個別リハビリのカギとなり、多職種協働の新たな要となることが示唆された。

最後に本研究は、複合的な問題を抱える患

者の情報収集から、如何にしてニーズを読み取るかを具体的に示したものであった。ニーズ・アセスメントには、コミュニケーション能力、観察力や洞察力、論理的な思考力、想像力などが求められる。昨今では、学生の臨床実習で経験できる症例数は限りがあり、また療法士が勤務時間内に経験できる症例数にも限界がある。しかし、これらの臨床実践能力は多数の症例を経験すれば身に付くものではない。リハ専門職が一症例一症例、丁寧にニーズを読み取った事例集は、貴重な資料になると思われた。厳選された事例集を読み、感じていくことで、真のニーズ評価の手法が自然に身に付くような学習法を開発し教育現場へ還元していきたい。

#### 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 5 件)

Hiragami F, Nonaka T, Saitoh K, Suzuki Y.  
The utility of a care model to individualize rehabilitation in adults aged over 80 years.  
Topics in Stroke Rehabilitation 22: 102-115, 2015. 査読有

平上二九三：超高齢者リハビリテーションにおける介入ポイントの有用性. 吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要 16, 31-37, 2015. 査読無

平上二九三：超高齢未来における新しいリハビリテーション・ニーズの認知とケアモデルの有用性. 吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要 15, 43-49, 2014. 査読無

平上二九三：ケアの視点に立ったリハビリテーションにおける相互行為と介入ポイント. 吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要 14, 1-6, 2013. 査読無

平上二九三 野中哲士 齋藤圭介 鈴木康夫：ケアの視点に立った超高齢脳卒中者のリハビリテーション・ニーズに関する検討. 吉備国際大学保健福祉研究所研究紀要 13, 21-25, 2012. 査読無

[学会発表](計 8 件)

石田 充 平上二九三 鈴木康夫：症例検討会を機軸とした脳卒中リハビリテーションのクリニカルパスの紹介. 第40回日本脳卒中学会, 広島グリーンアリーナ, 平成27年3月

小郷大輔 石田 充 平上二九三 鈴木康夫：当院の脳卒中回復期リハにおける介入ポイントからみたクリニカルパスの取り組み. 第40回日本脳卒中学会, 広島グリーンアリーナ, 平成27年3月

古畑 恵 齋藤圭介 平上二九三 鈴木康夫：回復期リハビリテーション病棟に入棟した独居者の自宅復帰に関する検討. 回復期リハビリテーション病棟協会 第

25回研究大会 in 愛媛, 愛媛県民文化会館, 平成27年2月

平上二九三：招待講演 わが国のリハビリテーション専門職教育の展望 - 超高齢社会の未来を担う療法士教育を求めて - . 全国リハビリテーション学校協会 第27回教育研究大会・教員研修会大会, 川崎医療福祉大学, 平成26年8月

山本鉄夫 久我宣正 齋藤圭介 鈴木康夫 平上二九三：80歳以上の回復期脳卒中患者における介入方針の層別化の試み. 第39回日本脳卒中学会, 大阪国際会議場, 平成26年3月

古畑 恵 赤木万里子 内田有美 齋藤圭介 鈴木康夫 平上二九三：高齢脳卒中患者における経口摂取獲得者の特徴に関する検討. 第39回日本脳卒中学会, 大阪国際会議場, 平成26年3月

加藤丈博 平上二九三 鈴木康夫：当院における超高齢脳卒中リハビリテーション患者に関する介入方針(介入ポイント)の取組. 第38回日本脳卒中学会, 東京グランドプリンスホテル新高輪, 平成25年3月

小林孝彰 山上真弘 齋藤圭介 平上二九三 鈴木康夫：年齢階層別にみた脳卒中患者における入院リハビリテーション内容の特徴に関する検討. 第38回日本脳卒中学会, 東京グランドプリンスホテル新高輪, 平成25年3月

[図書](計 1 件)

平上二九三：図解 運動療法ガイド. 分担執筆, 移乗, 文光堂.

[産業財産権]

出願状況(計 1 件)

名称：細胞の作出方法、細胞、改変PC12細胞、遺伝子、並びに、変異ホスホイノシド-3キナーゼ

発明者：加納良男、河村顕治、平上二九三、元田弘敏

権利者：学校法人順正学園

種類：特許

番号：特願2012-504418

出願年月日：平成27年1月9日

国内外の別：日本

#### 6. 研究組織

(1)研究代表者

平上 二九三 (HIRAGAMI Fukumi)

吉備国際大学・保健医療福祉学部・教授

研究者番号：60278976

(2)研究分担者

野中 哲士 (NONAKA Tetsushi)

神戸大学・人間発達環境学研究所・准教授

研究者番号：20520133

齋藤 圭介 (SAITOH Keisuke)  
吉備国際大学・保健医療福祉学部・教授  
研究者番号：20325913