

修士論文(要旨)

2009年7月

高齢脳卒中片麻痺患者の機能訓練継続過程と関連要因

指導 長田久雄 教授

国際学研究科

老年学専攻

207J6001

浅沼辰志

目次

I. はじめに	1
II. 研究の背景と目的	
1. 脳卒中片麻痺患者の現状 — 生命的・機能的予後の面から —	2
2. 脳卒中片麻痺患者のリハの現状	2
3. 脳卒中患者に関する質的研究とリハ継続	3
4. 先行研究のまとめ	4
5. 目的	4
III. 方法	
1. 対象者	5
2. データ収集及び倫理的配慮	5
3. 分析方法	5
IV. 結果と考察	
1. ストーリーライン	6
2. カテゴリー毎の結果と考察	7
V. 全体のまとめと提言	
1. まとめ	15
2. 研究の限界と課題	15
3. 課題と提言 — 維持期の身体機能と生活の安定化のために —	15
謝辞	16
引用文献	i

表・図

I. はじめに

II. 研究の背景と目的

脳卒中患者は、発症の高齢化と救命率の改善で後遺症を残す場合が増えている¹⁾。その数は271万人と推定され、うち要介護者は160万人¹⁾、在宅での寝たきりの4割近くを占めている²⁾。片麻痺患者には、急性期から維持期までの切れ目ないリハビリテーション（以下、リハ）対応が求められている³⁾が、リハ継続の必要性や意義⁵⁾⁶⁾、生活を回復するまでのプロセスに関する研究⁷⁾は少ない。医療・介護を利用している在宅高齢片麻痺患者の視点から、どのような支援やリハが望まれるのか、特に維持期の生活や機能訓練（以下、訓練）に関する検討は意義あるものと考えられる。本研究は①高齢の維持期にある脳卒中片麻痺患者が維持期の生活を再確立するまでのプロセスと、そのプロセスに至るまでの関連要因を明らかにすること、②維持期の脳卒中片麻痺患者の訓練継続に2006年の制度改定⁸⁾⁹⁾が与えた影響と関連要因を明らかにすることを目的とする。

III. 方法

対象者は脳卒中片麻痺で通所リハを利用している60歳以上の7名。データ収集は半構造化面接によって行った。面接は、口頭と書面で趣旨を説明し、倫理的配慮をした上で承諾書に本人のサインを得て行った。結果は逐語録に起こし、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTA）¹⁰⁾で分析した。

IV. 結果と考察

発症から2～11年余にわたって訓練を継続してきた片麻痺患者が、身体機能と生活をどのように安定させてきたか、という《身体機能と生活の安定化のプロセス》と、制度改定後に、身体機能と生活が不安定化した《身体機能と生活の不安定化のプロセス》の、2つが見出された。以下に結果の概要であるストーリーラインをプロセス毎に述べる。プロセスは《 》、カテゴリー名は〔 〕、概念名は【 】とした。

《身体機能と生活の安定化のプロセス》では、まず、突然発症した脳卒中と、それによる片麻痺により、【漠然とした違和感】を抱く状態がみられた。その後【麻痺回復の難しさを知らされる】とともに、少しでも回復したいという【機能向上への努力】を経て、【機能的プラトーの認識】へと至るプロセスがみられ、それらを〔身体機能の了解カテゴリー〕とした。【機能的プラトーの認識】を持っていない場合は、【機能向上への固執】があり、他のカテゴリーへの移行は見られなかった。また、【麻痺回復の難しさを知らされる】経験の後に、病前の自分を知る他人に、変化してしまった自分の身体を見せなければならない時【恥の感覚の出現】があった。【恥の感覚の低減】は、〔充足感のある生活再確立カテゴリー〕の中で【自信の回復】に伴ってなされていた。しかし、社会生活の中で恥の感覚が再燃する【低減した恥の感覚のゆらぎ】が見られた。以上を、〔恥の感覚の認識カテゴリー〕とした。【役割の回復や獲得】、【交流の回復や構築】によって【自信の回復】が得られた結果、〔充足感のある生活再確立カテゴリー〕が存在した。その後、【身体機能維持のための機能訓練継続】は【加齢に伴う衰えの自覚】が外来リハ継続の促進要因となり、安定化のサイクルを形成した。身体機能の維持は【再確立した生活の安定】に貢献していた。これらを〔機能訓練継続による安心感持続カテゴリー〕とした。

《身体機能と生活の不安定化のプロセス》では、制度改定⁸⁾⁹⁾後1～2年半という短期間で以下のような問題を生じていた。【制度改定後の選択肢のない訓練継続】を余儀なくされた片麻痺患者は、【融通のきかないケアプラン】や【訓練回数・時間不足】、【合わない訓練

内容】によって【制度改定後の身体機能低下】を生じた。【制度改定後の身体機能低下】は【再確立した生活不安定化への実感】や【寝たきり不安】を引き起こす原因となり、【制度改定後の選択肢のない訓練継続】との間で、不安定化のサイクルを形成し、生活の維持を脅かす要因となっていた。以上の結果は、【介護保険制度への不満や疑念】を生んでいた。この状況を、「制度改定後の不安現実化カテゴリー」とした。

V. 全体のまとめと提言

1. まとめ

2006年の制度改定以前に、維持期の高齢脳卒中片麻痺患者が、生活を再確立するまでのプロセス及び関連要因を質的研究によって明らかにした。医療で行っていた機能訓練は、リハ依存¹¹⁾や訓練人生¹¹⁾¹²⁾といった目的化されたものではなく、「生活機能自立」¹³⁾のための手段として、かけがえのないものであったことが確認できた。制度改定前は、入院リハ・通院リハを経て生活を再確立し、長期間身体機能と生活を維持していた患者の多くが、制度改定後、実際の機能低下と生活不安定化の実感を持つまでとなり、不安が現実化していくことが予測される。生活を不安定化させている要因は身体機能の低下であり、専門的かつ個別性のある訓練によって、まず機能低下を食い止める必要があると考えられた。

2. 研究の限界と課題

本研究の結果は、自宅退院後も通所リハを利用し訓練を継続している高齢の脳血管障害片麻痺患者、という方法論的限定の中でのみ説明力を持つ。なお、今回の対象者の内4名は外来リハで筆者が担当していた期間があるため、分析は対極比較や元同僚の意見も聞きながら行ったが、語りの中にバイアスがかかっていた可能性があり、理論的サンプリングによる理論的飽和に至る分析¹⁰⁾が必要である。また、M-GTAでは、生成した理論の実践的活用を重視¹⁰⁾している。本研究で明らかになった《身体機能と生活の安定化のプロセス》については医療機関で、また、《身体機能と生活の不安定化のプロセス》については通所系のサービス場面で適用できると考えられるので、継続して検証していきたい。

3. 課題と提言 —維持期の身体機能と生活の安定化のために—

本研究によって、身体機能を了解して充足感のある生活を再確立していくには、脳卒中後うつ¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾の予防の観点からも、機能的な気づきを間接的に患者に促して行くことが重要であり、そのために、リハスタッフの役割は大きいことが分かった。充足感のある生活再確立には、役割の遂行や対人関係の構築が求められ、その専門性から作業療法士の支援が望まれる。また、制度改定後の20分という訓練時間は機能低下の一因となっていた。しかし、短時間の訓練でも機能を維持できている患者がおり、その判別と訓練方法の開発が今後の課題である。回復期病棟からの退院が早くなる傾向にあるが、機能的な回復の途中で自宅退院となる可能性¹⁷⁾¹⁸⁾もあり、介護保険での訓練には病院と同等の内容や質が求められる場合もある。回復の程度にはかなり個人差があることも指摘されており¹⁹⁾²⁰⁾、患者の状態に応じた期間や頻度の設定が望ましい。個々のニーズに応じたケアプランによって、医療保険の訓練に劣らない成果を得ることは可能であると考えられる。そのためには制度の整備により人員配置を増やし、訓練時間の確保と内容の充実が図られていく必要があると考えられる。高齢の脳卒中片麻痺患者の、不満や疑念を生まないような制度の確立が必要であろう。

引用文献

- 1) 佐伯覚, 蜂須賀研二: リハビリテーションを受けたあと—その長期予後「脳卒中」. 臨床リハ 15 : 818-823, 2006.
- 2) 厚生労働白書 平成 13 年. <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200101/img> (2009.6.17 接続)
- 3) 山口武典: 脳卒中对策に関する検討会中間報告. 厚生労働省 平成 11 年 9 月. <http://www.jsa-web.org/hw/hw.html> (2009.6.17 接続)
- 4) 山田深: 「仮の要介護状態」とその対応. 総合リハ 36 : 749-754, 2008.
- 5) 近藤敏, 宮前珠子: 障害が比較的軽度で作業療法部門に長期通院する壮年中途身体障害者に関する調査研究—作業療法士に対するアンケート調査より. 総合リハ 30 : 655-662, 2002.
- 6) 近藤敏, 西田征治, 西上忠臣, 宮前珠子: 作業療法外来における壮年脳卒中患者の長期受療行動に関する研究. OTジャーナル 4 : 1013-1019, 2006.
- 7) 細田満和子: 脳卒中を生きる意味 (病いと障害の社会学). 青海社, 2006.
- 8) 厚生労働省: 平成 18 年度診療報酬改定に係る通知. 2006. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1a01.pdf> (2009.6.17 接続)
- 9) 厚生労働省: 全国高齢者保健福祉・介護保険担当課長会議資料. 2006. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/040219/index.html> (2009.6.17 接続)
- 10) 木下康仁: ライブ講義 M-G T A 実践的質的研究法. 弘文堂, 2007.
- 11) 上田敏: リハビリテーション. 講談社, 1996.
- 12) 砂原茂一: リハビリテーション. 岩波新書, 1980.
- 13) 柴田博: 中高年健康常識を疑う. 講談社選書メチエ 287, 2003.
- 14) MF Folstein. R Mmaiberger. PR McHuGH : Mood disorder as aspecific complication of stroke. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry 40 : 1018-1020, 1977.
- 15) Robert G. Robinson . Kenneth L. Kubosi : Mood disorders in stroke patients: importance of location of lesion. The British Journal of Psychiatry 155:79-85, 1989.
- 16) 木村真人: 脳血管障害を伴ううつ病. 日医大医学会誌 1 : 12-16, 2005.
- 17) 佐鹿博信・他: 脳卒中高度専門病院における急性期から安定期までの脳卒中リハビリテーションによる帰結～連続症例 1189 例の調査. 総合リハ 32 : 775-786, 2003.
- 18) 山田深: 「仮の要介護状態」とその対応. 総合リハ 36 : 749-754, 2008.
- 19) 椿原彰夫: 神経生理学的アプローチの理論的背景. 総合リハ 25 : 1357-1366, 1997.
- 20) 上田敏, 山口明, 間嶋満, 江藤文夫: 脳卒中後片麻痺の時間経過に関する研究—通常経過と例外的経過について. リハ医学 17 : 24-25, 1980.

注: ホームページ等の検索に関して、以前検索したものに関しては、2009年6月17日に再度接続して、情報の確認を行い (2009.6.17 接続) とした。