

学位請求論文の内容の要旨

領 域	健康支援領域	分 野	老年保健学分野
氏 名	高橋 純平		
(論文題目)	脳卒中片麻痺者の歩行自立判定に関する研究		
主 査	對馬 均		
副 査	高見 彰淑		
副 査	千葉 正司		
副 査	若山 佐一		
<p>我々理学療法士は、脳卒中片麻痺者のリハビリテーションを行う機会が多い。脳卒中片麻痺者の歩行能力の再獲得は、トイレや入浴への移動など、ADLを遂行するための移動手段として、非常に重要な動作である。そして、脳卒中片麻痺者の自立歩行の獲得は理学療法の重要な目的の一つであり、歩行の自立を判定する能力が理学療法士には求められる。</p> <p>脳卒中片麻痺者の歩行自立に関する研究は多く報告されているが、その問題点として、対象者の取り込み基準が挙げられる。例えば、歩行速度や筋力のような定量的評価を行う場合には、高次脳機能障害を有する脳卒中片麻痺者は除外され、高次脳機能障害に着目した場合は、意思疎通が困難なことから、定量的評価自体が実施できない。脳卒中患者の12～56%は認知機能の低下を有するとされており、認知機能低下者を除外している時点で、真に脳卒中片麻痺者の歩行自立を評価したとは言い難い。また、歩行自立を区分する方法について介助量の違いによる分類が多いが、あくまで歩行の自立性をカテゴリ分類した結果にすぎず、自立判定に用いたとは考えにくい。</p> <p>以上のことより、脳卒中片麻痺者の歩行自立判定をより確実に行うためには、介助量による区分わけではなく、身体機能と高次脳機能を同時に評価できるような、脳卒中片麻痺者の特性に影響されない包括的なガイドラインやチェック項目が必要と考える。</p> <p>そこで本研究の目的は、<u>理学療法士が脳卒中片麻痺者の歩行自立を判定する際に、どのような項目に着目しながら実施しているかを明らかにすることである。</u></p>			

【細則様式第1-2号続き】

第一章では、文献検索により、脳卒中片麻痺者の歩行自立判定をする際に用いられている方法および歩行自立に関連する要因の抽出を行った。抽出された論文を検討した結果、歩行自立の判定基準においては、FIMなどの介助量の違いや理学療法士等の判断といった、主観的、定性的な判定が多かった。これは、現在はまだ明確な歩行自立判定基準が存在しないことを意味している。また、歩行自立との関連項目については、「麻痺側下肢運動機能」、「歩行速度」、「片脚立位保持時間」が多かったが、有意差が認められなかった報告もみられ、一定の見解が得られなかった。認知項目に関する項目でも同様であったことから、歩行自立に関連する項目の抽出は可能であったが、その基準については統一できなかつたため、抽出項目を直接的に歩行自立のための判定として用いることは困難であると考えた。そのため、歩行自立判定について、身体機能やパフォーマンス能力のみならず、高次脳機能障害の評価も同時に行えるような包括的な評価スケールが必要であることが示唆された。

第二章では脳卒中片麻痺者が病棟内歩行を監視レベルから自立レベルと判定する際の、理学療法士による推論過程から歩行自立判定に関する項目を抽出するため、半構造化面接法を用いて、理学療法士15名を対象にインタビューを行った。内容分析の結果、35のコードを抽出した。得られたコードは、「身体機能関連項目」、「歩行能力関連項目」、「バランス・パフォーマンス関連項目」、「心理・精神・高次脳機能関連項目」の4グループに分類され、さらに「その他」として、眠気やADL関連、病棟内スタッフの意見などが挙げられた。身体機能関連項目については重要視している対象者は少なく、歩行やバランス・パフォーマンス項目中の動作の様子から、歩行自立に必要な能力を有しているかを判断していた。そのため、先行研究で挙げられた歩行速度やバランス評価得点などの数値を用いた歩行自立判定はほとんど行われず、患者各々の必要条件としてどの程度の歩行能力を有しているかを推論していると考えた。心理・精神、高次脳機能関連項目についても、特定の評価方法は用いずに歩行やリハビリテーション中の様子から判断していたことから、動作分析を通して、自立の判断としての一要因としているのではないかと考える。

本章の結果より、理学療法士が脳卒中片麻痺患者の歩行自立判定を行う際には、歩行速度やバランス評価のような定量的評価を基準としているのではなく、動作の可否や高次脳機能障害の有無などかの定性的な判断をしていることが多いことが明らかになった。その際に評価している項目の抽出まで行うことができたが、今後は、抽出さ

れたどの項目が真に必要な条件なのかを調査する必要がある。

第三章では、第二章で得られた項目を実際の脳卒中片麻痺者で評価し、項目の妥当性、信頼性の検討を行った。対象は、信頼性の検討は現在入院中の脳卒中片麻痺者7名、項目の重要性の検討は理学療法士14名を対象とした。信頼性の方法は、第二章で抽出した35項目から、各項目が3段階で評価できるようにチェックリストを作成した。その後、検者間および検者内信頼性の検定を行った。さらに、各項目で自立者・非自立者の群間比較を行った。重要性の検討は35項目の重要性について5件法でアンケートを行い、最頻値や範囲で検討を行った。結果、検者間信頼性はやや低値、検者内信頼性は高値を示した。重要性の検討では、「しゃがみこみ動作」などの重要性が低い結果となった。これらの結果を踏まえ、項目の難易度や重要性などを再検討し、項目数を減少させていく必要がある。

総括として、理学療法士が脳卒中片麻痺者の歩行自立判定を行う際には、リハビリテーション介入時の動作評価から主に自立判定を行っていることが明らかになった。また、高次脳機能障害者を同時に対象とするには、定性的評価を用いる必要があり、それらの項目を抽出できたことにより、より包括的な評価項目を抽出できたと考える。

表 抽出された35項目

1. 平地路で転倒の危険があるか	13. 予期できない膝折れが起こらないか	24. 不隠行動（離棟・離院，夜間徘徊）の危険がないか
2. 動線上（自室～目的地）の距離を息切れなく歩行できるか	14. 歩行中の疼痛があるか	25. 目的の場所を把握できるか
3. 目的動作を達成するための歩行速度を有するか	15. ふらつくことなく歩行できるか	26. 注意障害を有するか
4. 快適歩行速度が最大歩行速度ではなく歩行可能か	16. 歩容が歩行中一定か	27. 半側空間無視を有するか
5. 人の流れの中（人混みの中など）でも歩行できるか	17. 歩き出しが安定しているか	28. 指示理解が保たれているか
6. 地面の変化（マット，絨毯等）にも対応できるか	18. 話しかけても止まることなく歩行継続できるか	29. 歩行への恐怖感がないか／歩行に過度に過信していないか
7. 障害物（床にある物など）にも対応できるか	19. 立位姿勢を保持できるか	30. トイレ動作自立しているか
8. 曲線路や細い経路を歩行できるか	20. 方向転換できるか	31. 整容・更衣動作が自立しているか
9. 院内の交差路や曲がり角を歩行できるか	21. 座位姿勢が安定しているか	32. 杖・装具の管理が可能か
10. 段差を越えられるか	22. 椅子からの立ち上がり動作が可能か	33. 靴の着脱が自立しているか
11. 足の引きずりや引っ掛かりがなく歩行できるか	23. しゃがみ込み動作が可能か	34. 眠剤の影響がないか／昼夜逆転がないか
12. 両側の振り出し（ステップ動作）ができるか		35. 病棟スタッフから歩行の危険性に関する指摘がないか？

【細則様式第1－2号続き】