

最終試験の結果の要旨

報告番号	総研第 599 号	学位申請者	三浦 聖史	
審査委員	主査	吉本 幸司	学位	博士 (医学)
	副査	高嶋 博	副査	久保田 龍二
	副査	谷口 昇	副査	郡山 千早
<p>主査および副査の5名は、令和2年9月30日、学位申請者 三浦聖史君に面接し、学位申請論文の内容について説明を求めると共に、関連事項について試問を行った。具体的には、以下のような質疑応答がなされ、いずれについても満足すべき回答を得ることができた。</p> <p>質問1) ストラクチャー指標における禁煙治療部門などはリハビリテーション (以下、リハ) の内容そのものではない。今回の Quality Indicator (以下、QI) 開発の意義や目的は何か。</p> <p>(回答) 機能回復訓練に加えて、脳卒中再発リスクの低減を目的とする指導を提供することも回復期リハ医療の重要な役割である。QIは施設間の比較に用いることが目的である。がん拠点病院や脳卒中センターの認定がなされたように、今後、リハ施設においても施設認定の基準に用いられる可能性もある。</p> <p>質問2) 個別の先進的リハ治療法によるアウトカムの違いは、今回の研究で反映されているのか。</p> <p>(回答) エビデンスレベルが高いものが優先されたが、実臨床で広く提供することが困難なCI療法やコスト面から一般的でないロボットリハなどは、アンケート調査とエキスパートパネルの結果不採用となった。</p> <p>質問3) 脳卒中治療ガイドラインからのQI候補はどのような基準で抽出したのか。</p> <p>(回答) 2015年度版ガイドラインのリハ領域でグレードB(行うよう勧められる[1つ以上のRCTあるいは劇的な効果のある観察研究])以上で推奨されている項目を全て抽出した。</p> <p>質問4) 遵守率80%を超えた指標をQIとして採用しないのはなぜか。</p> <p>(回答) 理想的には遵守率が高い指標も100%の遵守率を目指すことが望ましいが、施設間の比較に用いるためには遵守率が高過ぎる、あるいは低過ぎる項目は不適であり、不採用とした。</p> <p>質問5) 上肢障害のみ、下肢障害のみの症例も存在すると思われるが、QIとしては単に理学療法と作業療法の単位数を測るという理解で良いか。</p> <p>(回答) エキスパートパネルにおいて“上肢使用量を意識した訓練”や“歩行量を意識した訓練”が提案されたが訓練内容の実測は困難であり、単位数はレセプト等から抽出可能という理由で採用となった。</p> <p>質問6) システマティックレビューでは、どのようなキーワードやデータベースを用いたか。</p> <p>(回答) 本来であれば領域に熟知した専門家により検索式を検討することが必要であるが、今回は「stroke and/or rehabilitation and/or quality indicator」を検索式として、PubMedとCochrane Databaseを検索した。CENTRAL、EMBASE、PEDro、OTSeekerでは検索しておらず、本研究のLimitationの一つである。</p> <p>質問7) システマティックレビューにおけるチェックリストは使用したか。</p> <p>(回答) 使用していない。</p> <p>質問8) システマティックレビューでは何名の研究者がレビューに関わったのか。</p> <p>(回答) 一次選定では独立した2名の研究者が関わり、二次選定では研究室内の他の研究者の協力も得た。</p> <p>質問9) アンケート調査の回答率がやや低い、回答を得られた医療機関の特性に偏りはあるのか。</p> <p>(回答) 統計学的な解析はできていないので今後の検討課題だが、回答者である指導責任者の専門領域が脳卒中領域であろうと推測されるアンケート回答内容であった。</p> <p>質問10) アンケート結果で遵守率30~80%のQI候補を採用基準としたが、事前に決めていた基準か。</p> <p>(回答) 先行研究や急性期治療のQIとの兼ね合いから、10~20項目となるように調査後に設定した。</p> <p>質問11) エキスパートパネルのメンバーはどのような基準で選定したか。</p>				

最終試験の結果の要旨

(回答) 日本脳卒中学会および日本リハ医学会で要職に就いている医師の中から、地域性及び、所属施設として大学あるいは一般病院の偏りがないように選定した。

質問 1 2) エキスパートパネルのメンバーはそれぞれ独立して採点を行ったのか。

(回答) 個別に採点表を郵送し、独立して採点を行った。

質問 1 3) 観察研究や介入研究などの分類としては、本研究はどのような位置づけか。

(回答) システムティックレビューと質的研究の混合研究である。

質問 1 4) 鹿児島大学病院の回復期病棟における今回の QI の成績はどうか。

(回答) 禁煙外来への紹介実績はなく、家族教育プログラムも現在の感染症流行等から開始できていない。プロセス指標は全て良好な成績であり、アウトカム指標も全国平均を上回る成績である。

質問 1 5) 特定機能病院における回復期病棟においては、本研究の QI 策定は有利に働くか。

(回答) 回復期病棟を有している特定機能病院は少ないが、成績は良好で有利に働くものと推測される。

質問 1 6) FIM 実績指数とは何か。それにより診療報酬に違いがあるのか。

(回答) FIM 実績指数=各患者の FIM 利得(運動項目)の総和/各患者の(在棟日数/回復期の算定上限日数)の総和 によって算出され、施設基準の認定に用いられている。

質問 1 7) 欧米での脳卒中リハの保険診療制度はどのようになっているのか。

(回答) 国によっても異なるが、1 か月程度の入院でのリハ提供と思われる。

質問 1 8) リハ領域の QI が成績向上に寄与するかは明らかになっているのか。

(回答) 運用によるアウトカム向上のエビデンス構築は今後の課題である。

質問 1 9) 上肢機能障害に対するプロセス指標では電気刺激の使用が QI に採択されたが、その他のグレード B 推奨の項目がなぜ除外されたのか。

(回答) “特定の動作を反復する訓練”にエビデンスがあるが、その提供パッケージとしての促通反復療法などの個別の訓練は相互の優劣がはっきりしない。また、これらの徒手的訓練は、いずれにも電気刺激を併用することが可能であり、より広く適応がある電気刺激を採用とした。

質問 2 0) アウトカム指標は、ストラクチャー指標やプロセス指標とは選定の基準が異なるのか。

(回答) アウトカム指標については、広く用いられ、多くが相応しいと回答した指標を採用とした。

質問 2 1) 2020 年度の診療報酬改定で運動量増加機器加算が開始となったが、Hybrid Assistive Limb (HAL)[®]などの歩行訓練用ロボットも対象機器になったのか。

(回答) 設置型ロボットは対象になっている。HAL[®]については、単関節型が対象となった。

質問 2 2) 短下肢装具の使用は QI 候補になったが、長下肢装具が候補になっていないのはなぜか。

(回答) 重度下肢麻痺に対して長下肢装具を用いることは実臨床では重要ではあるが、エビデンスが構築されていないこと、また、備品としてのコスト面から、今回は採用に至っていない。

質問 2 3) 脳卒中・循環器病対策基本法が施行され、地域毎に施策を講じる必要があるが、鹿児島県でリハ領域で対策すべき点などはあるか。

(回答) 本研究で採用した QI が鹿児島県においてどのような遵守率であるかについては、まだ検討できておらず、今後の課題である。

質問 2 4) 今回の QI 開発を今後、どのように用いていくか。

(回答) 継続的な質向上を図るためには、リハ医学学会や AMED と連携してデータベース構築を図ることが重要である。脳卒中急性期治療では DPC から抽出されるようなデータベースが存在し、疫学的なデータベースを構築している研究機関も複数あり、採用した QI がデータベース上、どのような成績になるか検証ができる。一方、リハ領域ではデータベースが少なく、そのような検証が困難であることも課題である。

以上の結果から、5名の審査委員は申請者が大学院博士課程修了者としての学力・識見を有しているものと認め、博士(医学)の学位を与えるに足る資格を有するものと認定した。