

## 2. 運動器リハビリテーション適応患者判定シートの作成

慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室

里宇明元 長谷公隆 田中尚文 藤原俊之 山田 深

慶應義塾大学 看護医療学部 老年看護学

太田喜久子 ラウ優紀子

済生会三田訪問看護ステーション

藤原泰子

東京都リハビリテーション病院

大塚友吉

### 【要旨】

平成 15 年度に行った横断調査の結果、多くの在宅要介護者がリハビリテーション（以下、リハ）介入を必要としている「仮の要介護状態」にあることがわかった。これらの患者をスクリーニングするために必要な評価項目の組み合わせを、1) これまでのデータのレビュー、2) 有識者によるコンセンサスミーティング、3) 予備的訪問調査によって検討した。これらをもとに、歩行障害、筋力低下など運動器の障害をもつ要介護者のうち、専門的リハの適応となる症例を判定するための「運動器リハビリテーション適応患者判定シート（以下、リハ適応判定シート）」を作成し、その内容妥当性を検討した。リハ適応判定シートはトリガー、要因、適応の3つのカテゴリーからなり、専門知識を持たないものでも、簡単な評価によってリハ介入の適応判断をおこなうことができるよう構成した。

### 【はじめに】

介護保険の導入から5年が経過したが、急速な高齢化が進行しつつある現在、介護問題がもたらす社会的損失は増大しつつある。介護保険の見直しにおいても、介護が必要とされないよう自立した生活を維持する、あるいは介護が必要となってもそれ以上悪化しないように状態を維持するという「介護予防」の概念が

改めて強調されているが、一方で、積極的なリハによって要介護状態を改善するための治療的介入の推進も必要不可欠な問題である。

われわれは脳卒中維持期におけるリハビリテーション（以下、リハ）について、大局的な視野からの実態把握、介入効果の実証、より効果的な治療プログラム開発のための基礎的データを収集することを目的として、多施設共同

研究へむけた統一データベースセットを考案し、脳卒中維持期における障害の構造とリハ介入のあり方について調査を進めてきた(1)。データを解析した結果、在宅症例においては、リハ介入のない場合、リハ介入のある群と比べて有意に日常生活動作(Activities of Daily Living: ADL)自立度が低く、年齢が高いことが示された(図1、表1)。高齢で活動性も低いためにリハの対象から除外されている可能性はあるものの、リハを行っていないためにADLが低いまま留まっているケースも少なくなく、リハ介入のない群では筋力低下、歩行障害、体力低下が多くの症例で見られた(図2)。一方でこれらの状態はおおよそ半数のケースで改善が見込めると考えられ、リハを行っていないケースでもリハの適応となる症例は多いと考えられた。

また、全国32か所の訪問看護ステーションにおいて「仮の要介護状態」の実態を調査し、ADL自立度、介護負担度、要介護度などについて詳細な検討を行った結果では、筋力、持久力の低下や加齢、リハビリテーション(以下、リハ)の不足などを原因として、約20%のケースで訪問サービス開始時と比べ、ADLの低下が認められた。多くの症例が、一見介護が必要な状態にあっても適切なリハ介入によって能力低下や機能障害が改善しうる「仮の要介護状態」にあり、リハによるADL改善の可能性が残されていることが示唆された。上述の通り、われわれはこれまでに介護予防と介護負担の軽減のための「仮の要介護状態」へのリハ介入の必要性について具体的なデータを提示してきたが、本研究では「仮の要介護状

態」に対する系統的なスクリーニングシステムの確立と、リハが必要であるケースに対して、すべからくサービスを提供できるようなモデルシステムの構築を目的として、まずスクリーニング表の作成と妥当性の検討に着手した。

このセクションにおいては、判定シート作成に至る経緯をまとめ、その内容妥当性に関する検討を中心に述べる。信頼性その他の検証については、章において詳細に触れる。

#### 【方法】

われわれは、リハ適応患者をスクリーニングするための基礎的データについて分析するために、平成15年12月から平成16年1月にかけて全国32か所の訪問看護ステーション(表2)の協力を得て行った全国調査の結果(表3)をレビューした。調査は悪性腫瘍によるターミナルケアを目的としたサービスを行っている症例を除く、40歳以上のすべての訪問看護サービス利用者を対象として行われた。仮の要介護状態についてはチェックリスト(表4)を用い、訪問看護師の判断で、仮の要介護状態の有無と改善の見込みが記載され、訪問看護介入時と比べて全体としてADLが向上したか、あるいは低下したか、不変であったかが記録されている。これらの仮の要介護状態の実態を詳細に検討し、スクリーニングのために必要な評価内容をリストアップした(「リハ適応判定シート原案」)。

次に、予備調査として訪問看護を利用してある症例について実際に訪問調査を行い、リハ適応判定シート原案をもとに、実際にデータを収集するにあたっての問題点を明確にし、

効率的に臨床評価を行うための実用的な方法を検討した。都内の訪問看護ステーションの協力を得て、訪問看護利用者について予備的訪問調査を行った。訪問看護事業所は都内に本拠地を置き、全国32カ所にステーションを展開している民間サービス事業者である。リハ適応判定シート原案の作成のもととなったデータベース作成にも参加している。調査は東京都目黒区、世田谷区をサービス提供地域としている3カ所のステーションで行われた。訪問看護師に医師が同行し、看護サービスの合間に問診を含めた診察を行い、リハ適応を臨床的に判断した。医師は日本リハ医学会専門医で、週に1回、世田谷区の委託により訪問リハ診療を行っており、該当地域のリハサービスの事情に精通している。

また、これらの訪問と同時に、専門職によるコンセンサスマーティングを行い、内容妥当性について検討を加えた。平成16年9月から10月にかけて、2名の訪問リハビリ従事者を含む5名のリハ専門医(日本リハビリテーション医学会認定)、3名の訪問看護師、ならびに訪問リハビリスタッフ9名(PT5名、OT3名、MSW 1名)により評価表に対する内容妥当性に関して検討を行った。

これらの作業を経て「リハビリテーション適応患者判定シート」を作成した。

## 【結果】

### 1) リハ適応判定シート原案の作成(平成16年8月～9月)

われわれがレビューしたデータベースに登録された症例数は456例(男187、女269)で、

平均年齢は79.3±10.5歳、平均介入期間は514.5±404.5日であった。要介護度、老人寝たきり度、痴呆性老人日常生活自立度の分布を図3に示す。要介護度は要介護度5が39%を占め、訪問看護サービス利用者は要介護度が高い傾向が見られた。図4に病名の分布を示す。脳梗塞は24.4%の症例で認められたほか、糖尿病、慢性心不全、慢性腎不全等の内部障害も10%程度の症例でみられた。

訪問看護開始後から調査時までに日常生活自立度が改善したのは148例、増悪73例、不変165例であった(表5)。各群の平均年齢を比較すると、改善例は増悪例より平均年齢が低かった。訪問看護開始時からのADLの変化(改善、増悪、不変)とADL自立度であるFIM(Functional Independence Measure)の得点分布を図5に示す。日常生活動作自立度が増悪した群では、改善した群と比べ、FIM運動項目、認知項目、全体合計のいずれにおいても改善群と比べ得点が低かった。要介護度別にみた自立度の変化を(図6)に示す。一方、増悪の要因について詳細をみると、筋力低下(17%)、加齢の影響(9%)、持久力低下(7%)、リハビリの不足(6%)などが多くみられた(図7)。

FIMの各項目別の変化(有効回答213例)(図8)では、排尿管理や階段で増悪するケースが改善するケースを上回った。また、移動やベッド移乗、食事動作において多くのケースで改善が認められた。理解や問題解決、記憶は増悪しやすい反面、表出や社会的交流では改善が増悪を上回った。仮の要介護状態チェックリストの有効回答数は427例であっ

た。状態別に該当した症例数をみると、サービス利用者の半数以上で筋力低下(79.1%)、体力低下(68.3%)、歩行障害(72.1%)が認められた(図 9)。状態ごとに判断の分布をみるとほとんどの状態で 30%以上は改善が見込めると判断された(図 10)。241 例(56.4%)が、少なくとも一つの状態について何らかの改善が得られると判断された。

平成 15 年4月審査分の介護給付費実態調査( )によると、全国の訪問看護サービス利用者における要介護度の分布は図 3 に示すとおりで、要介護度1から要介護度5までが15-30%の間に分布している。平均の要介護度は 3.27 であった。本調査の対象となった訪問看護サービス利用者は要介護度5が 39%を占め、また要介護度の平均は 3.56 であり、訪問看護サービス利用者全体のなかでは介護度が高い集団であったといえる。

平成 13 年度国民生活基礎調査の調査( )においては、介護が必要となった主な要因の割合が報告されている(重複なし)が、脳卒中は 27.7%、心臓病は 3.1%、呼吸器疾患は 2.0% を占めていた。今回の調査でも多くの症例が脳卒中の既往を持ち、介護予防のために脳卒中の予防が重要であることが改めて示唆された。また、糖尿病、慢性呼吸不全、慢性心不全などの内部障害も多くの症例で認められ、脳卒中自体のリスクファクターとなる生活習慣病の管理や、活動性の低下から廃用の悪循環を引き起こす慢性心不全や慢性呼吸不全など、内部障害に対する対策も必要であると考えられる。

FIM の項目別難易度については、辻ら(5)

が入院症例における評価をもとに報告しているが、在宅場面でも入院の症例と同様に食事動作の難易度が低かった。入浴動作の自立度が比較的高かったが、個々のケースに合わせた環境調整が行われている結果と考えられる。一方、運動項目に比べると認知項目は自立度が高かった。認知能力の障害が重度で常時監視や介助が必要である場合は、施設サービスの利用や訪問介護により重点がおかれるので、要介護度が高いにも関わらず認知能力が比較的高い傾向は訪問看護サービス利用者の特徴であると考えられる。認知能力が保たれていることは、リハ介入の適応拡大につながり、リハの効果が得られやすいと考えられるが、実際の介入効果の検証は今後の課題であると考えられた。

訪問看護介入時と比較してADLが低下していたケースは386例中73例(18.9%)であった。全体の平均介入期間は514.5日であるので、おおよそ1年半で20%近くのケースにおいてADLが低下していた。ADL低下の要因としては、筋力低下や持久力低下、リハビリの不足などが挙げられていた。これらの要因は独立した因子ではないが、適切にリハビリを行って筋力や持久力を維持、改善していればADLの低下は予防できたと考えられる。一方、FIMの項目別にみると、運動項目では移動において多くの例で改善がみられた。また、認知項目では表出と社会的交流の改善が目立ったが、訪問看護師を通じて社会的な関わりが持てるようになった結果であると考えられる。

仮の要介護状態は筋力、持久力、歩行といった運動器に関わる身体能力を中心に認めら

れたが、多くのサービス利用者がリハの必要な状態にあることが示唆された。歩行能力改善の見込みを従属変数、年齢、訪問看護介入期間、これまでのリハ歴、FIM 運動項目合計点、FIM 認知項目合計点を独立変数としてロジスティック回帰分析を行ったところ、これまでにリハを十分行った例では歩行能力改善の見込みは小さくなり( $p < 0.05$ , Exp 0.14)、FIM 運動項目合計点が高いほど、歩行能力の改善の見込みが大きくなる( $p < 0.01$ , Exp 1.04)という関係が得られた。訪問看護介入期間、年齢、FIM 認知項目合計点とは有意な相関は認められなかった。このことから、今までリハが行われておらず、運動能力が高い症例は、年齢や認知能力によらずリハの効果が得られる見込みが有ると判断されていることが示された。ただし、この判断は訪問看護師の視点によるものであり、医師の視点からみた検証と、項目の選択を含めた評価の妥当性、信頼性は今後の検討が必要であると考えられた。

これらの考察を元に、表6に示すスクリーニング項目をリストアップした。医学的リハビリテーションの適応は認知機能面や環境面での対応なども含めると多岐にわたるが、今回はモデルを単純化し、特に四肢体幹を中心とした運動機能に焦点をあて、運動器リハビリの対象者を選別するための評価に特化したスクリーニングシートの開発を目指すこととした。

## 2:リハ適応判定シート原案の作成(平成16年9月-10月)

### 2-1 訪問調査

われわれはスクリーニング項目を実際に評

価する上で、その実用性と信頼性を検討するために訪問調査を予備的に行った。症例の概要および医師によるリハ適応判断を表7に示す。

訪問看護の現場では、訪問または通所でのPT、またはOTによる専門的リハサービス以外にも、看護業務の一環として訓練的なサービスが提供されており、看護師の判断で適切と考えられる範囲で、運動指導が行われていた。より効果的な訓練を進める上で、専門的な評価に基づくアドバイスが必要であるケースも少なからず見受けられた。また、キーパーソンが不在であったり、本人の認知能力に問題があると、病歴の聴取自体が困難であった。このことから、病歴をリハ適応の判断の指標として用いることの信頼性が、必ずしも高くない可能性が示唆された。疾病そのものの情報よりも、身体的な能力に着目して適応を判断する必要があると考えられた。一方、リハ適応の判断の上で、本人にその意欲があるかどうかの見極めが重要であると考えられた。言語障害や認知障害などにより、必ずしも口頭で意欲の有無を確認するだけでは不十分であるケースも存在し、介護や看護を通じて身体的な反応から訓練に協力できる能力の有無を判断する必要があると考えられた。また、適応判断の上で、提供されるリハサービス自体がどのような内容を指し示すかが不明確であり、判断の指標として一定の基準を設ける必要が示唆された。

### 2-2 コンセンサスマーティング

一連のミーティングを表8に示す。参加者の意見をもとにリハ適応判定シートに採用する項目を検討した。

原案中に廃用という用語が用いられていたが、この語句の指し示す範囲が曖昧で、その判断は困難であると考えられた。機能障害の評価として、握力計などの数値を用いる方法が検討されたが、年齢層に幅があり、数値でカットオフをとることは困難との指摘から、座位保持の状態や起き上がり動作や歩行動作などの具体的タスクを評価法とする案が出された。「出来そうで出来ない」、「座っていないのに立てない」などの機能障害と能力低下の解離が重要であると指摘もあった。また、骨関節疾患については「痛み」が重要であるとの意見を取り入れた。拘縮についても評価が必要で、膝をまっすぐ伸ばせるか、立った時に膝が曲がっていないかなどが項目として挙げられた。認知機能障害については、見当識などよりむしろ、口頭指示に従えるか、会話の際に目が合うか、コミュニケーションがとれるかなどが重要であり、痴呆老人日常生活自立度については削除の方向で検討した。

### 2-3 リハ適応判定シートの作成

これらの結果をもとに、運動器リハ適応患者判定のための評価表原案(Ver. 1.1)を考案した(表9)。判定シートは A:トリガー、B:要因、C:適応の3つのカテゴリーを用意し、それぞれのカテゴリーにおいて該当する項目が少なくとも一つ以上ある場合、リハ適応ありと判断されるものとした。また、評価の対象は介護保険制度との整合性を保つため年齢を40歳以上とし、終末期医療の対象者を除くこととした。提供が想定されるリハの内容を併記するとともに、維持的なリハに関しては除外される旨を明記した。また、リハの内容について詳細を記した具

体例を用意した(表10)。

### 【考察】

現行の介護保険制度におけるリハサービスは、訪問リハ、通所リハ、訪問看護の一部という形で提供されてきたが、サービス供給の絶対量が不足していることに加えて、「リハ」の意味するところの共通認識が不十分であることが効率的なサービス提供の妨げとなり、仮の要介護状態が放置されている現状につながっている。リハの概念だけが先行し、一部のかかりつけ医の「あとはリハビリ」「リハビリしかない」など無責任な処方や、「とにかく体を動かせばいい」という誤った認識が少なくない。リハに関わる医師と看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の役割と、患者本人、家族、介護者を含めたそれぞれの立場で取り組むべき内容を明確に示した上で、仮の要介護状態を的確に判断し、適切なサービス提供をマネジメントしていくことが、専門家たるわれわれ医療者に求められている課題である。

われわれは、運動器リハビリテーション適応患者判定シートを作成し、その内容妥当性を十分に検討した。判定シートのシステムとして、介入内容を明確化し、対象となる身体状況と、それが起こった要因、適応の有無をカテゴライズし、それぞれの当てはまりを評価する形式を考案した。このようなスクリーニングの試みはこれまでになく、運動器リハビリテーション適応患者判定シートの構成は画期的なものであると考える。この判定シートによる判断の妥当性、信頼性は今後の詳細な検討が必要である。検者間信頼性の評価、判定結果を実際の医

師の診断、介入結果との照合も今後の課題である。骨折や脳血管障害などの障害の要因については、6ヶ月、1年という期間をくぎる様式も盛り込んだが、これらのパラメータ設定は今後の調整を要する。

われわれが開発した運動器リハビリテーション適応患者判定シートは、限られた社会資本を効率的に運用するために非常に有効なツールである。また、判定シートの利用は、在宅場面におけるリハの共通概念形成につながり、介護保険利用者がリハを含めた様々なサービスを利用する上での指針が明確になることが期待される。

#### 【参考文献】

1) 厚生労働科学研究費補助金効果的医療技術の確立推進臨床研究事業 脳卒中による機能障害および能力障害および訓練に関する研究 平成15年度(総括)研究報告書  
主任研究者 千野直一 平成16年4月

図1 脳卒中患者における介護療養環境とADLの関係

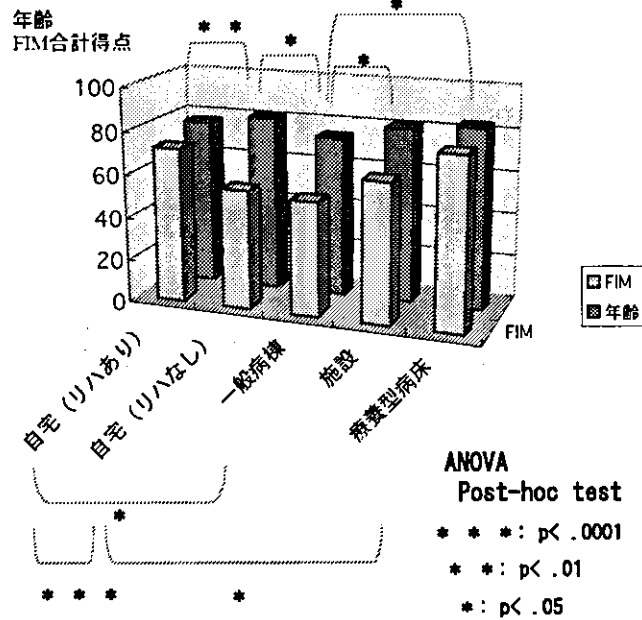


表1 介護療養環境とADLの関係 (データベース全体)

	脳卒中			脳卒中以外			合計
	FIM	年齢	n	FIM	年齢	n	
自宅 (リハビリあり)	71.9	77.3	122	74.2	76.3	76	198
自宅 (リハビリなし)	55.1	81.5	125	73.0	79.1	197	322
一般病棟	53.0	74.4	14	80.8	80.8	5	19
施設	64.8	81.0	63	70.0	85.6	22	85
療養型病床	79.4	83.8	9	71.0	72.6	3	12
その他	56.1	64.5	18	47.3	71.0	3	21
合計	63.2	80.9	351	72.9	77.7	306	657



図2 訪問看護師による仮の要介護状態スクリーニングの試み  
在宅療養中でリハを行っていない症例を抽出 (n=125)

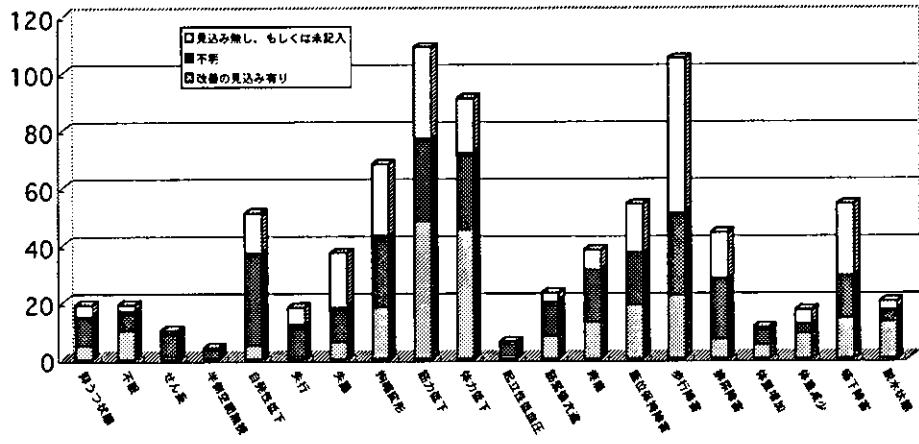


表2 調査協力訪問看護ステーション所在地

兵庫県	神戸市 西宮市
大阪府	大阪市 豊中市（2カ所）
愛知県	名古屋市（2カ所）
埼玉県	さいたま市（2カ所） 蕨市
千葉県	千葉市 市川市 松戸市
神奈川県	横浜市 鎌倉市 川崎市 大和市
東京都	港区 練馬区 新宿区 豊島区 江東区 大田区 目黒区 世田谷区（2カ所） 武蔵野市 国立市
宮城県	仙台市（3カ所）
北海道	札幌市

表3 調査票内容

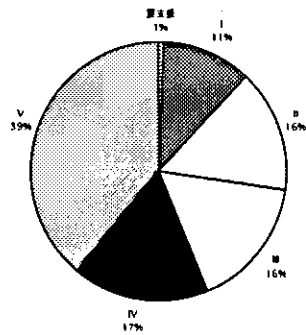
基礎的情報	年齢・性別 訪問看護開始日 病名 同居人・主たる介護者 リハ歴
介護保険	要介護度 老人寝たきり度 痴呆老人自立度 サービス利用状況
ADL	FIM FIM各項目における変化 (改善、増悪、不変) 全体としての変化 (改善、増悪、不変) 変化の理由
訪問看護	サービス内容（歩行訓練等） 精神・身体状況
仮の要介護状態	症状の有無 改善の見込み

表4 仮の要介護状態チェックリスト

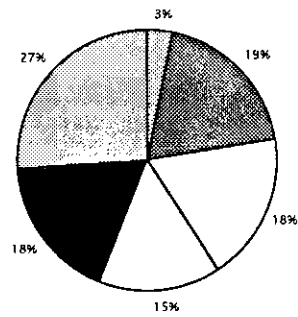
	状態の有無	改善の見込み
抑うつ状態	有/無	有/無/不明
不眠	有/無	有/無/不明
せん妄	有/無	有/無/不明
半側空間無視	有/無	有/無/不明
自発性低下	有/無	有/無/不明
失行症	有/無	有/無/不明
失語	有/無	有/無/不明
拘縮・変形	有/無	有/無/不明
筋力低下	有/無	有/無/不明
体力低下	有/無	有/無/不明
起立性低血圧	有/無	有/無/不明
筋緊張亢進	有/無	有/無/不明
疼痛	有/無	有/無/不明
座位保持障害	有/無	有/無/不明
歩行障害	有/無	有/無/不明
排尿障害	有/無	有/無/不明
体重増加	有/無	有/無/不明
体重減少	有/無	有/無/不明
嚥下障害	有/無	有/無/不明
脱水症状	有/無	有/無/不明

図3 要介護度、老人寝たきり度、痴呆老人日常生活自立度の分布

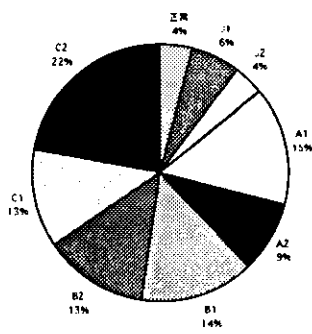
A: 要介護度



※平成15年4月介護給付費実態調査より  
訪問看護サービス利用者における  
要介護度の割合 (参考)



B: 老人寝たきり度



C: 痴呆老人日常生活自立度

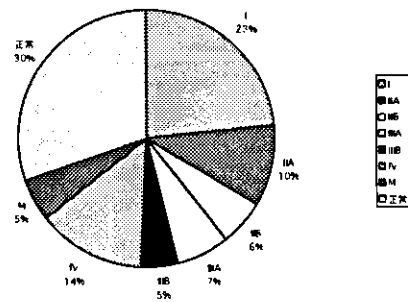


図4 病名の分布（重複あり）

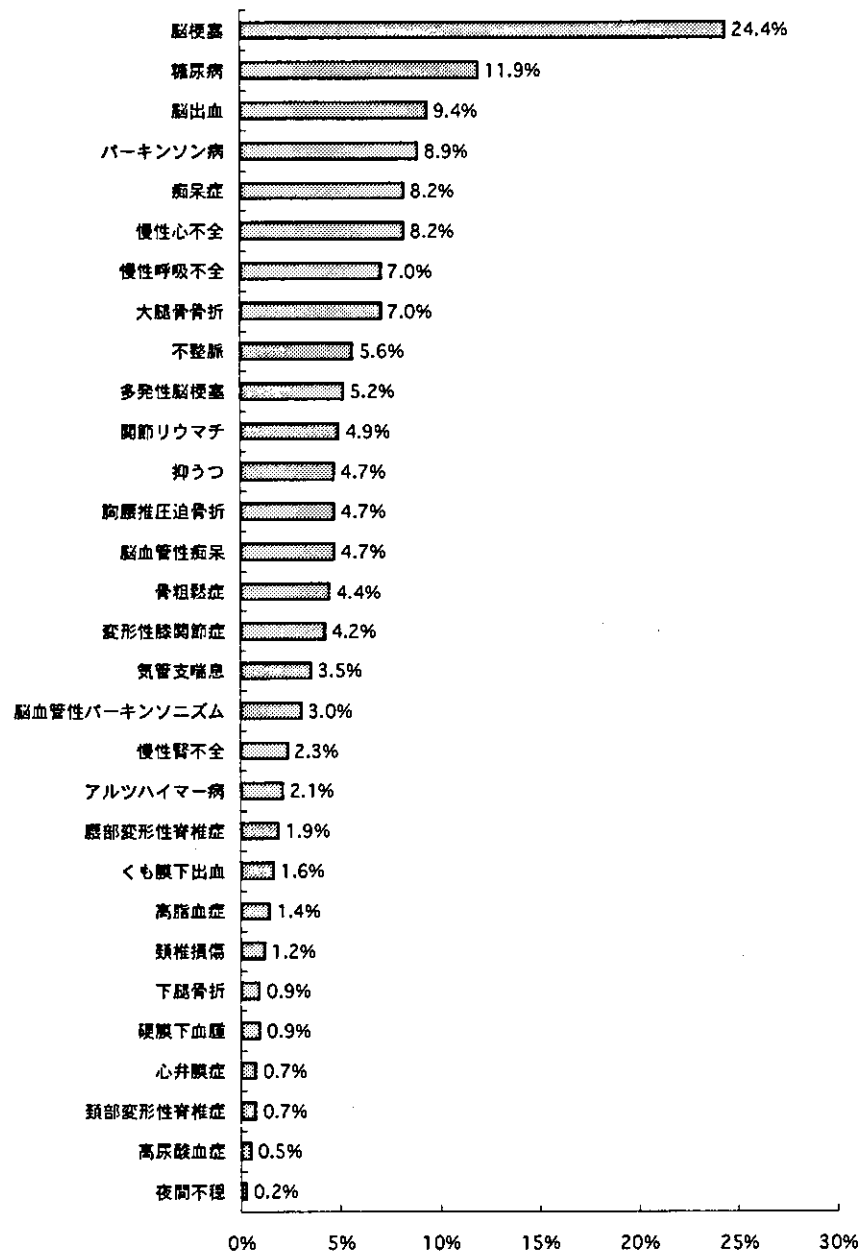


表5 ADLの変化とFIM得点

	改善		不変		増悪	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
総数			148		165	73
年齢	77.9	9.98	79.7	10.36	81.3	9.98
FIM運動	43.4	22.95	42.2	25.69	32.0	18.65
FIM認知	24.3	10.09	22.0	10.72	20.2	9.47
FIM合計	67.8	29.40	64.3	34.02	52.3	25.80

図5 ADLの変化とFIM得点（再掲）

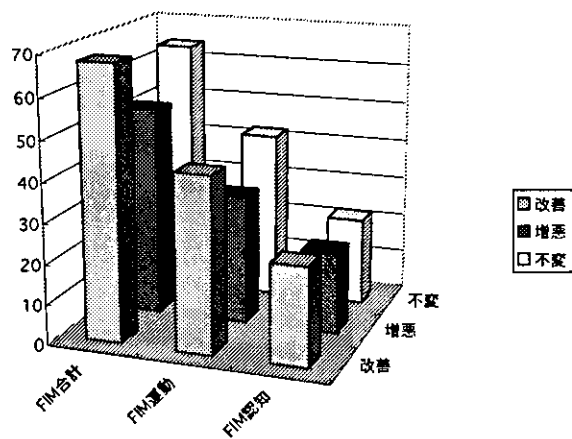


図6 要介護度別に見たADL変化の割合

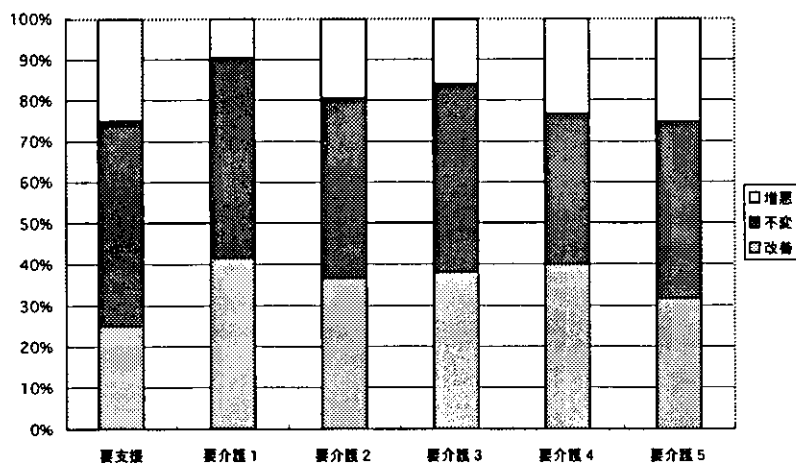


図7 ADL増悪の原因

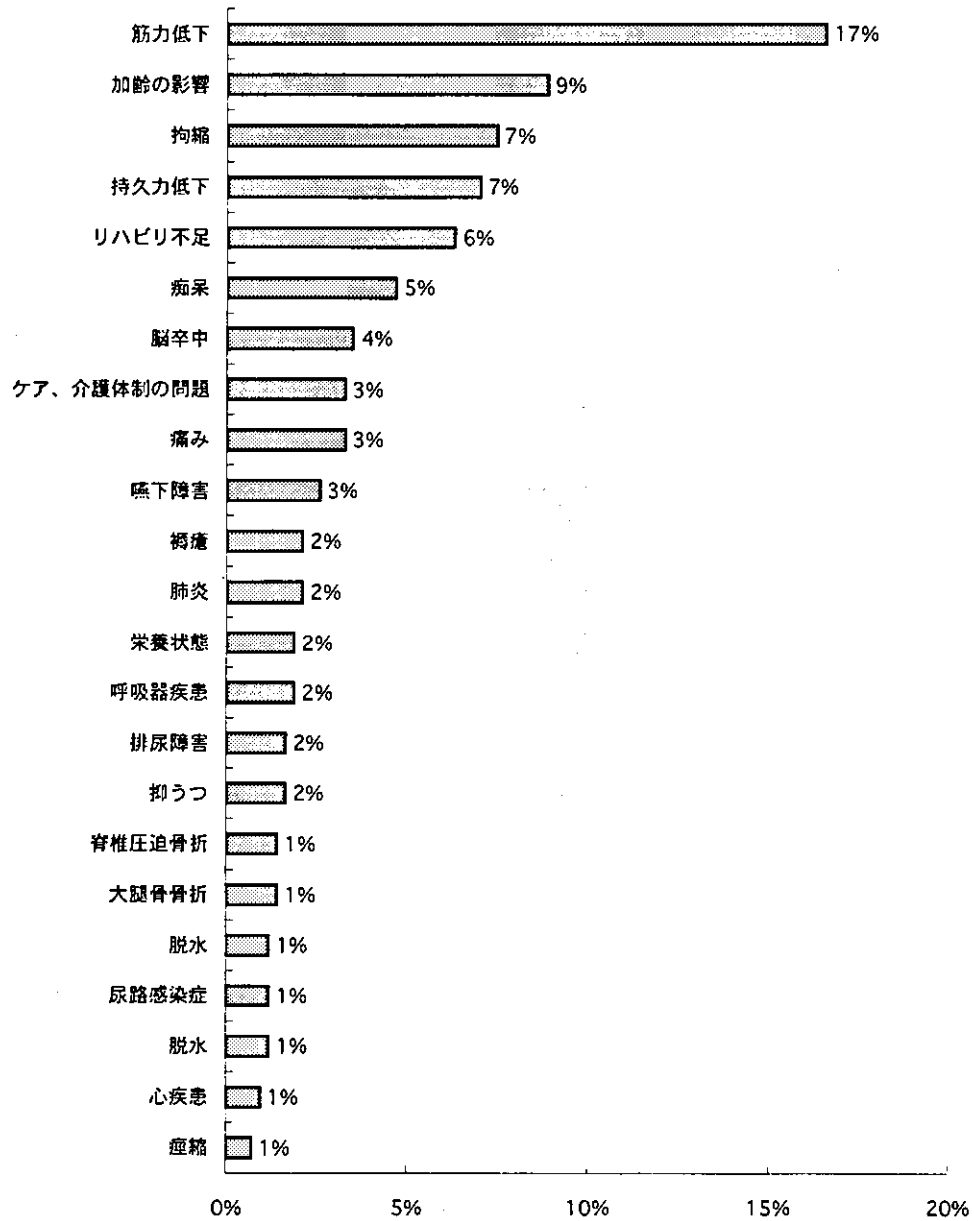


図8 訪問看護介入後におけるADLの変化（213例中）

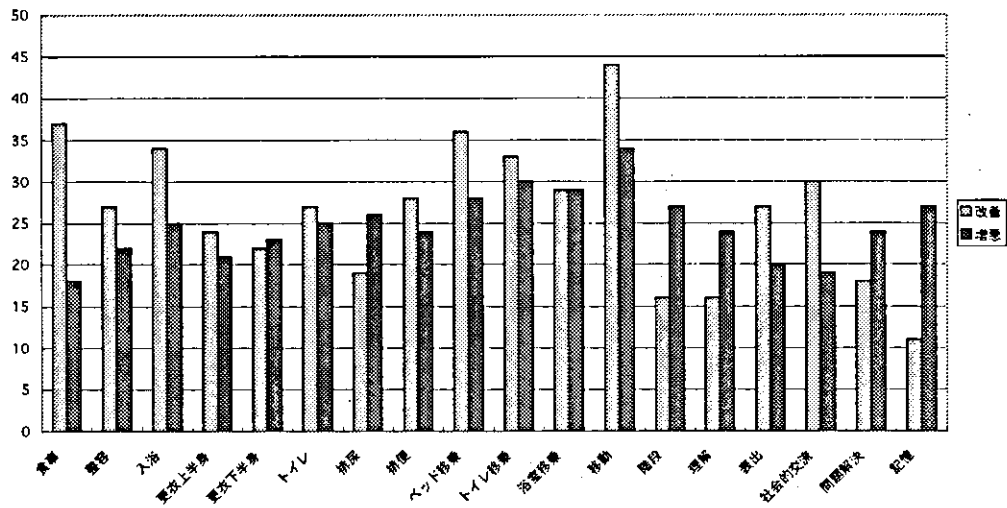




図9 仮の要介護状態と改善の見込み（総数）

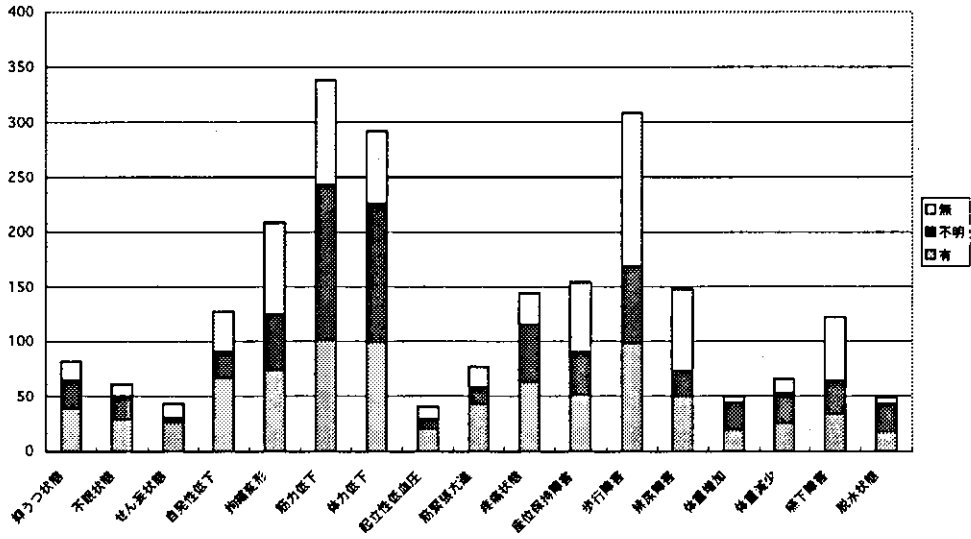


図10 仮の要介護状態と改善の見込み（割合）

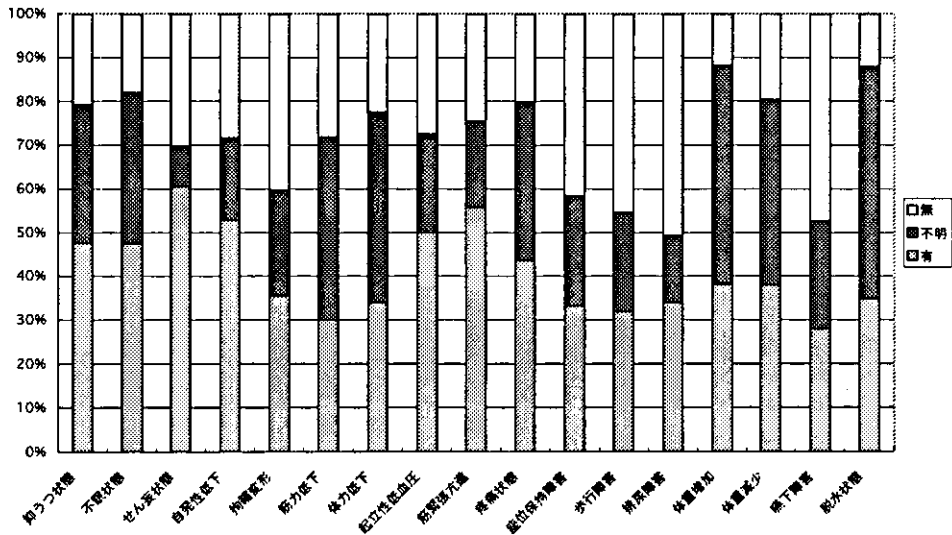


表6 リハ適応患者判定シート原案

1) 年齢	60歳未満/61歳~75歳/76歳~85歳/86歳以上
2) 現在および3ヶ月前の寝たきり度	
3) 痴呆老人日常生活自立度	
4) ADLを阻害するような内部障害	慢性心不全：重度（安静で息切れ）、中等度、軽度 慢性呼吸不全：重度（安静で息切れ）、中等度、軽度 慢性腎不全：重度（透析）
5) ADLを阻害するような骨関節疾患	関節症：変形性膝関節症、変形性股関節症、変形性脊椎症、その他 3ヶ月以内の骨折：大腿骨頸部、その他下肢骨折、脊椎圧迫骨折、 上肢骨折、その他
6) ADLを阻害するような神経筋疾患	脳卒中その他、運動麻痺、失調症：重度、中等度、軽度 パーキンソン症状：重度、中等度、軽度
7) 3ヶ月以内のイベント	ADL低下をきたすような1週間以上の臥床 あり/なし
8) 患者のリハビリテーションに対する意欲	あり/なし
9) 廃用に伴う筋力低下	上肢：重度、中等度、軽度 下肢：重度、中等度、軽度
10) 廃用に伴う持久力低下	重度、中等度、軽度
11) これまでの身体的リハビリテーション	十分に行った/不十分/どちらともいえない
12) 介護環境の整備	十分に行った/不十分/どちらともいえない
13) 評価者の印象	リハビリの適応有/無/どちらともいえない

表7 予備訪問調査の結果

症例	年齢	性別	診断	現在のリハ介入	訪問看護	寝たきり度	自立度	医師判断	備考
1	75	男	多発性脳梗塞	なし	3回/週	B	III	適応なし	両片麻痺全失語で経管栄養、寝たきり
2	79	女	脳梗塞左片麻痺	なし	3回/週	B	I	適応あり	これまでのリハが不十分
3	84	男	多発性脳梗塞	なし	2回/週	J	III	適応なし	看護師レベルの対応で十分
4	63	男	脳出血	あり	2回/週	C	II	適応あり	器具不適合あり
5	76	男	脳梗塞	あり	1回/週	A	II	適応なし	前頭葉症状で要介護

現在のリハ介入：PT、OTによる専門的リハ介入を対象。（訪問、通所、通院を含む）  
 寝たきり度：障害老人の寝たきり度  
 自立度：痴呆老人の日常生活自立度  
 医師判断：リハ専門医によるリハ適応判定

表8 訪問とコンセンサスメETING (CM)

7月10日	研究協力者会議
7月20日	第1回CM(訪問看護師)
9月8日	第2回CM(訪問看護師)
9月15日	第3回CM(医師)
9月22日	第1回訪問調査
9月25日	第2回訪問調査
10月8日	第4回CM(リハスタッフ)
	第3回訪問調査

## 表9 運動器リハビリテーション 適応患者判定シート

©慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 2004

対象：40歳以上の在宅療養者で、専門的リハビリを受けていないケース  
 適応：A,B,C全てのカテゴリーにおいて、最低一つはあてはまる項目がある

患者氏名

A:トリガー

- 歩行が困難となった（下位項目にもチェックを入れて下さい。）
- 屋外を歩けなくなった
  - 屋内を歩いて移動できなくなった
  - 階段の上り下りが困難となった。
- トイレ動作が困難となった
- ・ズボンの上げ下げに介助が必要となった
- ベッド、車椅子、ポータブルトイレ、浴槽など乗り移りが困難となった
- ベッドからの起き上がりが困難となった
- 座位（端座位、車椅子座位）をとることが困難となった
- ・座っている姿勢が著しく傾いて保持できない

B:いつから 要因 ※（）該当の場合いずれかに○

- 6ヶ月もしくは1年以内
- 骨折、転倒（6ヶ月以内／1年以内）
  - 麻痺の増悪（6ヶ月以内／1年以内）
  - 肺炎、膀胱炎などによる長期臥床（6ヶ月以内／1年以内）
  - 脳血管障害（6ヶ月以内／1年以内）
- 期間によらず
- 拘縮の進行
  - 痛み（関節痛、神経痛）
  - パーキンソン病
  - うつ病、痴呆の進行
  - その他精神神経疾患（統合失調症など）
  - 肥満
  - その他（                    ）

c:適応

- 本人にリハに対する意欲がみられる
- 介護に対して協力する姿勢がみられる
- 手すり等があれば座位を保持していただける
- 簡単な口頭指示に従うことができる