

表10 想定される患者の例

- 1) 下肢骨折治療後の機能障害、能力低下残存
例：転倒により大腿骨頸部骨折を受傷し、入院の上観血的整復固定術を施行された。3週間で自宅退院となった。受傷前はトイレまで一人で歩行可能であったが、現在は介助が必要である。筋力を回復させ、適切な歩行補助器具を用いれば自立が可能であると考えられるケース。
- 2) 骨粗鬆症、脊椎圧迫骨折による体動困難
骨粗鬆症のため重度の脊椎変形（円背）を呈する。変形性膝関節症を伴い、屋内での移動は歩行器を使用していたがベッドからの起き上がりは自立していた。転倒を機に腰背部痛を訴えるようになり、体動が困難となった。近医受診し腰椎圧迫骨折と診断されコルセットを処方された。2ヶ月が経過し疼痛は軽減したが、起き上がりに介助が必要となった。
- 3) 肺炎後廃用症候群
例：5年前に発症した脳梗塞左片麻痺の症例。歩行は困難であったが、移乗は監視で可能であった。嚥下障害を伴い、誤嚥性肺炎を発症。1ヶ月の入院療養の上、胃ろうを造設され自宅に退院。長期臥床に起因する筋力低下、持久力低下、関節拘縮のために座位保持が困難となり、移乗動作も全介助となってしまった。
- 4) 痙縮亢進による歩行障害
例：5年前に発症した脳梗塞左片麻痺の症例。短下肢装具を使用して屋内歩行は自立していた。屋外は監視歩行レベルであった。半年前から下肢痙縮が増悪し、装具が不適合となり次第に歩行を行わなくなった。ブロック注射、持続伸張などの痙縮に対する治療、歩行訓練の適応。
- 5) 変形性膝関節症と肥満
例：5年前から変形性膝関節症のため歩行が困難となる。疼痛のため次第に臥床傾向となり、食べて寝るだけの生活となる。体重が半年で5kg増加し、軽度の労作で息切れを生じるようになり、立ち上がりも困難となった。筋力増強訓練、持久力訓練など運動指導、減量指導、基本動作訓練など。

3. 運動器リハビリテーション適応判定シートの比較妥当性検証（1）

訪問看護利用者における仮の要介護状態スクリーニングの検討

慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室

山田 深 里宇明元 長谷公隆 田中尚文 藤原俊之

東北大学 大学院 医学系研究科 肢体不自由学分野

出江紳一

セコム医療システム株式会社

沼田美幸

【要旨】

リハ適応判定シートの妥当性を検証するために、判定シートによる判定と、リハ専門医による適応判断を比較した。東京都23区内2カ所、宮城県仙台市において、訪問看護サービス利用者108名（平均年齢83.56±9.74歳）を対象とし、カルテ調査、訪問診察によってリハ専門医が介入余地を検討するとともに、訪問看護師がリハ適応判定シートによる評価をおこなった。13例が医師によりリハ適応ありと判定され、リハ適応判定シートの感度は0.54、特異度は0.68であった。判定精度には地域差がみられた。疑陽性率を下げるために対象者の絞り込みと項目調整を行った結果、感度は0.50、特異度は0.83となった。もっとも判定結果が良好であった地域では、感度は0.86、特異度は0.94であった。リハ適応判定シートの利用により、半数以上の仮の要介護者をスクリーニングすることが可能であり、地域において効率的なりハサービスを運用する上の有用性が示された。

【はじめに】

われわれは、これまでに研究プロジェクトとして取り組んできた仮の要介護状態の実態調査をもとに、運動器リハビリテーション適応判定シート第1版（以下、リハ適応判定シート）を試作し、その内容妥当性を検証した（II-2章）。このリハ適応判定シートを用いた判定について、実際に地域でリハ適応判定シートによる評価を行い、リハ専門医の診察によるリハ適応判断との

間で比較妥当性の検証を行った。判定精度を算出するもとに、より高い精度が得られるような評価項目の組み合わせを再検討し、リハ適応判定シートを改編した。

【方法】

1：対象

東京都目黒区、新宿区、および仙台市に拠点を置く3カ所の訪問看護ステーション（セコム医療株式会社）利用者のうち、悪

性腫瘍患者などで終末期医療を受けているものを除く、40歳以上で、なおかつ現在専門的リハの介入を受けていない症例を研究の対象とした。いずれの訪問看護ステーションでも、訪問リハサービスにあたる訪問看護7は提供していない。調査は平成16年11月から平成17年2月にかけて行った。

2:カルテ調査ならびにリハ医による訪問診察

訪問に先立ち、調査対象となる訪問看護ステーション利用者のうち、要介護認定者の中でも自立度が高い、あるいは自立度が極端に低く、明らかにリハの対象とならないケースを、カルテ調査により除外した。次に、カルテに記載された情報からだけではリハ適応の有無を判断することが困難であったケースについて、リハ専門医が訪問診察を行い、専門的リハ介入適応の有無を判断した。訪問にあたっては事前に書面によりインフォームドコンセントを取得し、調査の同意が得られた症例についてリハ専門医が看護師に同行して訪問診察を行った。

カルテ調査は1名のリハ医が全てのケースについて調査した。さらに、このリハ医は目黒区、新宿区において訪問診察を行った。仙台では別の2名のリハ医が訪問を行った。これら3名のリハ医は事前に診察内容について打ち合わせを行い、マニュアル(資料1)を配布して診察内容の画一化をはかった。診察にはマニュアルに含まれるデータシートを用い、病歴、現症、日常生活動作レベル、これまでのリハ歴等を記載

するようにした。すべてのリハ医は、日本リハビリテーション医学会の認定する専門医である。

5:リハ適応判定シートによる判定

医師の訪問から2週間以内に、受け持ち訪問看護師がリハ適応判定シート(図1)を用いて評価を行い、リハ適応を判断した。

リハ適応判定シートはA:トリガー、B:要因、C:適応の3つのカテゴリーから構成され、それぞれ細項目が設定されている。患者の現在のADLにおける能力低下に関して、その変化をトリガーとして検出し、その要因が急性に発症したものであるのか、徐々に進行したものであるのかを記載し(カテゴリーB)、最終的にリハの訓練を行うことのできる認知能力の有無をカテゴリーCで判断するよう、設計されている。評価者は対象者の現症および経過を照らし合わせて、各カテゴリーで該当する項目をチェックする。全て手のカテゴリーで最低1項目は該当するものがあった場合、リハ適応ありと判定する。

3:診察、判定結果のマスク化

リハ専門医による適応判定結果、個々の看護師によるリハ適応判定シートの判断は相互に秘匿化している。

4:統計解析

リハ専門医による訪問診察のリハ適応判定の結果と、リハ適応判定シートによる判定を比較し、その判定精度を算出した。統計解析にはExcel(Ver. 2004, Macintosh版)、Statview(Ver. 5.0, Macintosh版)を用いた。

【結果】

1：調査対象

対象の内訳を表1に示す。各ステーションの利用者はそれぞれ目黒区68名、新宿区50名、仙台市46名で、そのうち調査に協力が得られたのは目黒区68名（男17名、平均年齢 83.48 ± 8.77 歳）、新宿区50名（男11名、平均年齢 83.56 ± 12.01 歳）、仙台市46名（男9名、平均年齢 83.77 ± 8.67 歳）、合計108名（男37例、平均年齢 83.56 ± 9.74 歳）であった。平均介入期間は全体で 847.27 ± 564.49 日であった。平均年齢、介入期間ともに各ステーションの利用者間で統計学的に有意な差は認められなかった（表2）。108名の対象患者のうち、カルテ調査だけで適応を判定できたのは76例、リハ専門医により判定を受けたのは32例であった。年齢層別では80歳代が多数を占め、91歳以上も31名含まれていた。40歳代、50歳代はそれぞれ1名であった（表3、図2）。要介護度、痴呆老人自立度、老人寝たきり度を図2に示す。

2：診察およびリハ適応判定シートによる判定の比較

リハ医の訪問診察を受けた32例のうち、リハ適応ありと判断されたのは、目黒5例（有病率9.2%）、新宿8例（同25.0%）、仙台0例（同0.0%）、全体で13例（12.0%）であった。リハ適応判定シートでは陽性例（適応あり）39例、陰性例69例であった（表5）。表6に感度、特異度、陽性反応的中率、陰性反応的中率を示す。全体では感度0.54、特異度0.66、陽性反応的中率0.18、陰性反

応的中率0.91であった。判定精度は地域によって格差が大きく、各ステーション別に見ると目黒ではリハ適応者が全く陽性にならなかったのに対して、新宿では感度0.88、特異度0.58と比較的高い数値が得られた。

【考察】

介護保険制度におけるリハサービスの提供は、基準となる要介護度、かかりつけ医意見書、患者、家族、介護者の要望をもとに、ケアマネージャーが要介護者の状態を判断し、まずその導入へ向けた行動が起こされる。実際にリハ専門職である理学療法士（PT）や作業療法士（OT）が介護保険制度のもとでリハを行う仕組みとしては、訪問リハ、通所リハ、そして訪問看護ステーションからのPT、OTの派遣によるリハ（訪問看護7）が挙げられるが、1）リハサービスの供給量に限りがあり、必要なサービスが受けられないケースが多い一方で、貴重なリハ資源が漫然と“維持”を目標に消費されつづけ、リハがいわゆる「おまかせ」で行われているケースも少なくない。このようにサービス資本の配分が適正におこなわれていないこと、2）こうした状況に対して、在宅でのリハをマネジメントできる医師がほとんどいない。リハ専門医といえども、地域リハに精通しているものは限られていること。3）リハの概念があいまいで、とくに利用者が専門的リハ介入の内容を漠然としかイメージできていない、時として過大な期待、誤った認識を持っていること、4）介護保険以外に“リハ”は

医療保険でも提供されているが、病院、診療所以外の“リハ”を騙るサービスが横行し、混乱を招いていること、5) 介護サービスの提供において、ケアマネジャーは自らが所属する事業所のサービス体系、あるいは運営状況に誘導されやすく、供給の絶対量の問題もあるが、特に介護支援サービスに重点が置かれる傾向がある。事業者には行政指導が行われているが、十分に機能しているとはいいたくないこと、6) 介護予防の方策として「パワー“リハビリ”」を導入する自治体が多く見られるが、治療としてのリハとの区別がうまく行われず、混乱を招いていることなど、介護保険制度とリハサービスをめぐっては、多くの問題点が存在している。これらの解決のためには、まず専門的リハの位置づけを明確にし、普及をはかるとともに、適正なサービス提供のためのシステム作りが必要不可欠である。真にリハが必要なケースをスクリーニングし、リハによって要介護状態を改善し、その効果を示してゆくことがわれわれ医療者に求められている。

われわれは、在宅要介護者のうちで仮の要介護状態にあるもの、すなわち適切なリハを行えば能力低下や機能障害が改善するケースを適切にスクリーニングするために、リハ適応判定シートを作成し、その妥当性、信頼性を検証した。これまでにリハ適応判断についてはケアプランにおけるデータベースシステムである MDS-HC2.0 でも触れられているが、介護保険の現状に則した計量心理学的評価は行われていない。

われわれはリハの専門知識がない看護職、介護職でも、リハの適応判断を正確に行うことができるようなスクリーニングシステムの開発を目指した。

訪問看護サービス利用者 108 例についてスクリーニングを行ったが、リハ医の診察では 13 例でリハ適応と判断された。感度は 0.54 であり、半数近くの症例をスクリーニングすることができた。一方、リハ適応がないと判断されたケースがシートで適応ありと判断されたもの（偽陽性）は 32 例と多く、陽性反応的中率は 0.18 と低かった。陰性反応的中率は 0.92 と高かったが、特異度から考えると、リハ適応判定シート陰性でも必ずしも適応ではないと断言することは困難である。一方、判定精度に地域差がみられることから推測されるように、リハ適応判断は地域のサービス提供状況によっても大きく左右される。また、リハ効果の予想が困難で、治療的介入により始めて効果が実証されるケースも少なくないので、リハ適応判定シートによる偽陽性者はむしろリハ介入による効果は相対的には低くないと考えられる。リハサービス供給の絶対量は少ないので、社会全体の視野から介入効果を考えた場合、少しでも介入効果が大きいと考えられるケースに集中的に資本を投下するほうが経済的には効率が高い。

地域による格差はまず、リハサービスの普及率によって説明される。サービス普及の状況を示す指標の一つとして、表 7 に各地域におけるサービス給付額を示す。仙台市は訪問リハが 528 円と極端に低い、一

方通所リハは 74,843 円と他者と比べ突出しており、訪問看護と比べても高額である。東京 23 区と比べ、仙台市では通所系のサービスが充実していることが伺われる。交通事情等による要因が大きいと考えられる。このような条件を考えると、仙台市では訪問看護サービス自体を利用しているケースが少数である上、リハが必要と容易に判断されるケースは通所サービスを利用しやすいと考えられる。医学的な管理が必要であるケースが在宅療養を送りにくいと解釈されるが、訪問診療の結果は、地方都市と比べ東京 23 区が、いかにリハサービスの過疎地域であるかを示している。

目黒区ではリハ適応症例の有病率は 9% 程度あるにも関わらず、スクリーニングではまったく陽性とならなかった。スクリーニングは典型的なケースを陽性と判断するため、目黒区ではサービス利用者の中にすでにリハを受けているケースが多く見られたことから、訪問リハが普及している地域では例外的にリハが必要なケースが残渣として存在し、偽陰性となったと考えられる。これらのケースを詳細に分析すると、切断の症例や脳卒中患者で回復期リハが不十分なまま症状固定と判断されて介護を受け続けていたケースなどが含まれていた。対象を新宿区に限定すると、スクリーニングの精度は大きく改善したが、同地域においては、リハ適応であることが鑑別しやすい多くの症例が、サービスの提供がなされないまま放置されていたととらえることができる。

一方、これらの社会的要因の他にも、ケアマネジメントの優劣によってもスクリーニング精度は左右され、またリハ医による診察の偏りによる基準そのものの信頼性についても検討の余地がある。仙台市のようにそもそも訪問リハが普及していない地域で、訪問リハの適応を判断することの妥当性については、問題も少なくない。リハ適応の判断そのものの正確性については、信頼性の高いデータを示す事自体が困難であるともいえる。

また、スクリーニングの精度は、シートに含まれる項目数に依存して変動する。われわれは考察の一部として、より良好な判定精度を得るために最適な項目の組み合わせを検討した。年齢が 91 歳以上、評価項目のうち「階段の昇降が困難となった」「座位をとれなくなった」(以上カテゴリー A)、「うつ病、痴呆の進行」(カテゴリー B)、「本人にリハに対する意欲がみられる」「簡単な口頭指示に従うことができる」(カテゴリー C) の項目が陽性となっているケースで判定が疑陽性となるが多かったため、対象者の年齢を 90 歳以下に限定した上で、これらの項目を評価の対象から外し、あらためて 3 つのカテゴリー全てに該当する項目があるケースを判定陽性として評価シートの精度を計算した。表 8 にその結果を示す。90 歳以下では 83 例が解析対象となったが、感度は 0.50、特異度は 0.83 であった。新宿に限定すると感度は 0.83、特異度は 0.94 と高いスクリーニング精度を得ることができた。90 歳を超えるような高齢者では、加齢

に伴う不可逆な変化もリハの適応として捉えられてしまう傾向があり、階段や座位などの動作はその他のトリガーに含まれる動作と密接に関わっており、単独で評価せずとも陽性者を適切に鑑別できると考えられる。うつや痴呆の進行単独で能力障害が低下するようなケースは総体的にリハの適応になりにくい。カテゴリーCで省略した項目についても同様のことがいえる。これらの修正点を改めて、われわれはリハ適応判定シートを第2版に改編した(図3)。

このように、われわれはリハ適応判定シートの利用について計量心理学的な検討を重ねて来たが、今後の課題としては1)誰が評価をしても同じ結果を得ることができるかどうかの検証(検者間信頼性の検証)、2)医師の判定だけではなく、実際にリハ介入を行い、判定結果が正しいことを示すことなどが挙げられる。

【まとめ】

今回、われわれは判定シートにおける内容妥当性の検証に引き続いて、医師の判断との比較妥当性を検証した。特に医師の判定そのものの妥当性については問題となる点も少なくないが、リハ適応判定シートの利用は適応判断のみならず、リハの需要の喚起、概念の確立、ケアマネジメント能力の向上につながるものと考えられる。地域によって精度に大きな偏りがみられたものの、われわれが作成したリハ適応判定シートは、在宅要介護者における仮の要介護状態に対するリハ介入のための指標として有

用で、利用価値の高いものであると考える。今後は介入試験までを含めた妥当性の検証を行ってゆきたい。

【参考文献】

1) Ikegami N, Yamauchi K, Yamada Y. The long term care insurance law in Japan: impact on institutional care facilities. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 217-221.

12) Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, GilgenR, Hirges JP, Topinkova E. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J AM Geriatr Soc* 1997; 45: 1017-1024.

1) 厚生労働省データベースシステム
http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/030/2001/toukeihyou/0004165/0080528_g15_001.html

2) 厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html>

3) 厚生労働省データベースシステム
http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/901/2000/toukeihyou/0003572/0057131/t14_001.html

4) 平成14年保健福祉動向調査 厚生労働省大臣官房統計情報部編 p20

5) 介護給付費実態調査報告(平成14年5月審査分~平成15年4月審査分) 厚生労働省大臣官房統計情報部編 p13

7) 高齢者リハビリテーションのあるべき方向. 平成16年1月、p.19

図 1 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 категория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

表1 対象の内訳

	目黒	新宿	仙台	合計
訪問	16	8	8	32
判定シートのみ	38	24	14	76
承諾得られず	14	18	24	56
合計	68	50	46	164

※目黒ステーションでは13名が通所リハあるいは訪問リハを利用しており、調査対象から除外した。他のステーションではリハの利用者はなし。
 ※承諾を得られなかったケースを除く108例について解析

表2 訪問看護サービス利用者

	目黒	新宿	仙台	合計
N	54	32	22	108
男/女	17/37	11/21	9/13	37/71
平均年齢	83.48	83.56	83.77	83.56
標準偏差	8.77	12.01	8.67	9.74
平均介入期間	848.55	963.88	694.04	847.27
標準偏差	594.16	523.88	523.34	564.49

※ANOVA検定で有意差なし

図2 対象者の年齢分布

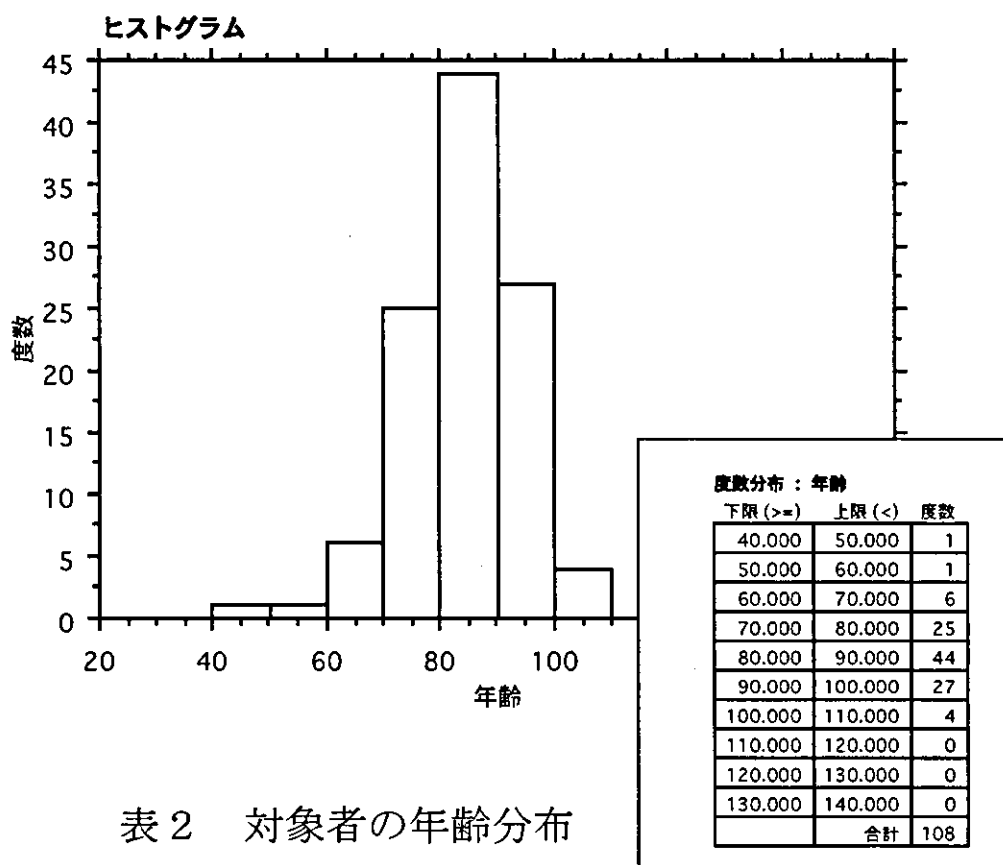


図 3

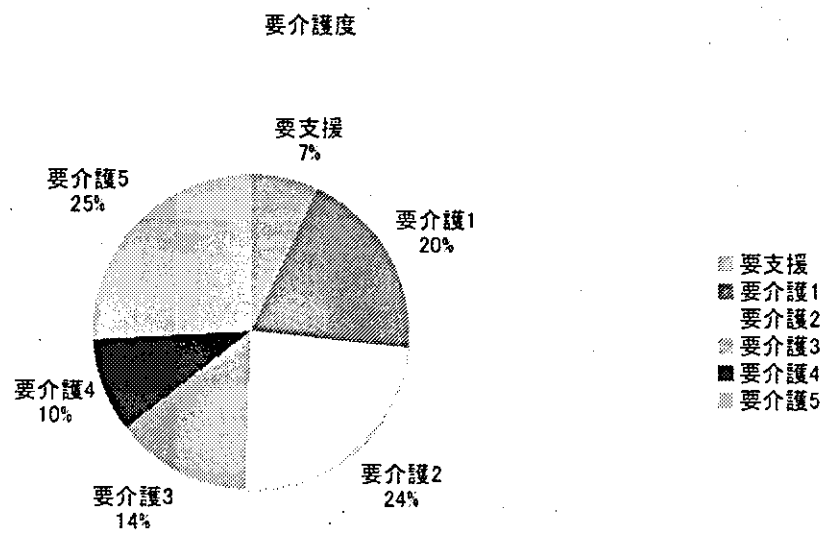
調査対象108例における

A: 要介護度の分布

B: 痴呆老人自立度の分布

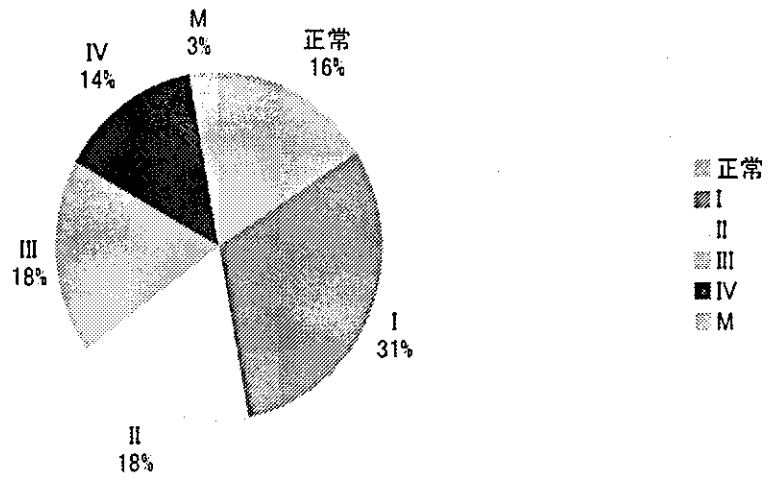
C: 老人寝たきり度の分布

A



痴呆老人自立度

B



老人寝たきり度

C

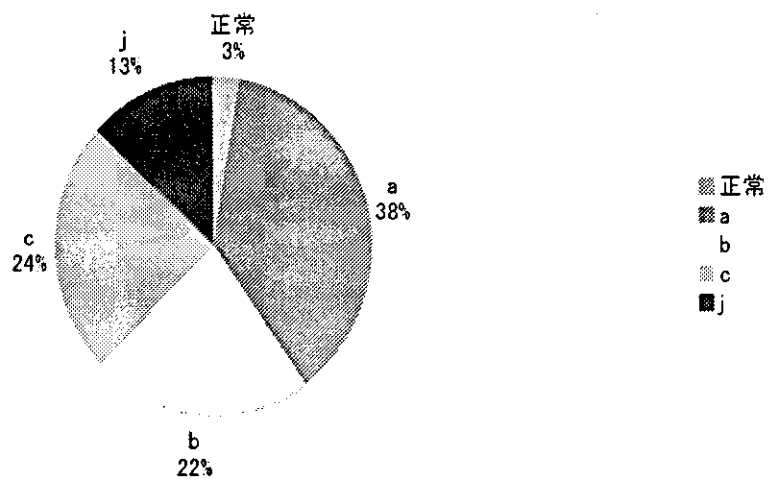


表6 リハ専門医による診察結果と判定シートの判定

		判定シート結果					
		あり	なし	計			
目黒	診察結果	あり	0	5	5	感度	0.00
		なし	15	34	49	特異度	0.69
	計	15	39	54	陽性反応の中等	0.00	
						陰性反応の中等	0.87
		判定シート結果					
		あり	なし	計			
新宿	診察結果	あり	7	1	8	感度	0.88
		なし	10	14	24	特異度	0.58
	計	17	15	32	陽性反応の中等	0.41	
						陰性反応の中等	0.93
		判定シート結果					
		あり	なし	計			
仙台	診察結果	あり	0	0	0	感度	-
		なし	7	15	23	特異度	0.68
	計	7	15	23	陽性反応の中等	0.00	
						陰性反応の中等	1.00
		判定シート結果					
		あり	なし	計			
目黒	診察結果	あり	7	6	13	感度	0.54
		なし	32	62	95	特異度	0.66
	計	39	69	108	陽性反応の中等	0.18	
						陰性反応の中等	0.91

- ・目黒では、リハ医によってリハ適応ありと判断された症例が判定シートで適応なしと判断された。
※切断の症例など。
- ・新宿では良い成績が得られた。
- ・仙台ではリハ適応と判断されたケースがなかった。

表8 シミュレーション

疑陽性者数を減らすため
 1) 対象を90歳以下に限定。
 2) 「階段」、「座位をとれなくなった」、「抑うつ」、「リハに対する意欲」、「口頭指示に従えるか」の5項目の評価を削除

全体		判定シート結果				
		あり	なし	計		
診察結果	あり	6	6	12	感度	0.50
	なし	12	59	71	特異度	0.83
	計	18	65	83	陽性反応の中率	0.33
					陰性反応の中率	0.91

新宿		判定シート結果				
		あり	なし	計		
診察結果	あり	6	1	7	感度	0.86
	なし	1	17	18	特異度	0.94
	計	7	18	25	陽性反応の中率	0.86
					陰性反応の中率	0.94

- かなり精度は高くなった。
 判定シートで仮の要介護者の半数をスクリーニングできる。
- 地域を選ぶとさらに成績は向上する。
 リハが手薄な地域では高い効力を発揮する。

図 3

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 2005

Ver. 2.0

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
- 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

B: いつから

要因

- 6ヶ月もしくは1年以内
 - 骨折、転倒（1年以内）
 - 麻痺の増悪（1年以内）
 - 肺炎、膀胱炎などによる長期臥床（1年以内）
 - 脳血管障害（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
 - その他精神神経疾患（統合失調症など）
 - 肥満
 - その他（ ）

c: 適応

- 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

■運動器リハ適応患者判定評価表 Ver. 1.1

【判定の目的】高齢者に起こりうる様々な機能障害、能力低下に対して、積極的な改善を目指した専門的リハビリテーションの適応となるケースをスクリーニングし、適切なリハ介入につなげる。

【評価対象】40歳以上の訪問看護サービス利用者のうち、現在専門的リハ（理学療法士や作業療法士によるリハ）を受けていないケース。終末期医療の対象者は除く。

【評価者】訪問看護師

【提供が想定されるリハビリ内容】

■病院、診療所でのリハビリ

綿密な医学的管理が必要である場合に行う入院、外来リハビリ

■訪問リハビリ

外出が困難である、あるいは家庭でのADLに障害がある場合

➤ 維持的なりハビリはこれを除外する

■具体例

1) 下肢骨折治療後の機能障害、能力低下残存

例：転倒により大腿骨頸部骨折を受傷し、入院の上観血的整復固定術を施行された。3週間で自宅退院となった。受傷前はトイレまで一人で歩行可能であったが、現在は介助が必要である。筋力を回復させ、適切な歩行補助器具を用いれば自立が可能であると考えられるケース。

2) 骨粗鬆症、脊椎圧迫骨折による体動困難

骨粗鬆症のため重度の脊椎変形（円背）を呈する。変形性膝関節症を伴い、屋内での移動は歩行器を使用していたがベッドからの起き上がりは自立していた。転倒を機に腰背部痛を訴えるようになり、体動が困難となった。近医受診し腰椎圧迫骨折と診断されコルセットを処方された。2ヶ月が経過し疼痛は軽減したが、起き上がりに介助が必要となった。

3) 肺炎後廃用症候群

例：5年前に発症した脳梗塞左片麻痺の症例。歩行は困難であったが、移乗は監視で可能であった。嚥下障害を伴い、誤嚥性肺炎を発症。1ヶ月の入院療養の上、胃ろうを造設され自宅に退院。長期臥床に起因する筋力低下、持久力低下、関節拘縮のために座位保持が困難となり、移乗動作も全介助となってしまった。

4) 痙縮亢進による歩行障害

例：5年前に発症した脳梗塞左片麻痺の症例。短下肢装具を使用して屋内歩行は自立していた。屋外は監視歩行レベルであった。半年前から下肢痙縮が増悪し、装具が不適合となり次第に歩行

を行わなくなった。ブロック注射、持続伸張などの痙縮に対する治療、歩行訓練の適応。

5) 変形性膝関節症と肥満

例：5年前から変形性膝関節症のため歩行が困難となる。疼痛のため次第に臥床傾向となり、食べて寝るだけの生活となる。体重が半年で5 k g増加し、軽度の労作で息切れを生じるようになり、立ち上がりも困難となった。筋力増強訓練、持久力訓練など運動指導、減量指導、基本動作訓練など。

運動器リハビリテーション 適応判定のための訪問診療カルテ

第1版 2004年慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室



事業所 記入者
 診察日 訪問看護開始日
 氏名 性別 生年月日

脳血管障害 発症日 (:) 神経筋疾患 発症日 (:) その他 (:)
 (:) (:) (:)
 (:) (:) (:)
 骨関節疾患 内部障害
 (:) (:)
 (:) (:)
 (:) (:)

●病歴

- 介護保険 申請 未申請
 - 要介護度 要支援 1 2 3 4 5
 - 老人寝たきり度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 - 痴呆老人自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
- 医学的管理の必要
 - 気管切開 胃瘻 膀胱瘻 中心静脈栄養 経鼻経管栄養
 - ストーマ 尿道カテーテル 人工呼吸器 在宅酸素療法
 - 腹膜透析 その他 ()
- 理解および記憶
 - 短期記憶 問題なし 問題あり
 - 日常の意思決定を行うための認知能力
 - 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
 - 自分の意志の伝達能力
 - 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない
- 問題行動の有無 有 無
 - (有の場合) → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 介護への抵抗
 - 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動
 - その他 ()

<1>

●FIM

食事	ベッド移乗	理解
整容	トイレ移乗	表出
清拭	浴槽移乗	社会的交流
更衣上	歩行	問題解決
更衣下	車椅子	記憶
トイレ動作	階段	
排尿		
排便	※移動手段 <input type="checkbox"/> 車椅子 / <input type="checkbox"/> 歩行	

●リハ歴 在宅までの専門的リハ介入：十分 不十分だがあり なし

●問題点

- ・精神神経症状
- 脚うつ状態
- 不眠
- せん妄
- 半側空間無視
- 自覚性低下
- 失行症
- 失語症
- ・身体症状
- 拘縮・変形
- 筋力低下
- 体力低下
- 起立性低血圧
- 筋緊張亢進・痙攣
- 疼痛
- 座位保持障害
- 歩行障害
- 排尿障害
- ・栄養状態
- 体重増加
- 体重減少
- 嚥下障害
- 脱水など全身状態不良

●運動器リハ適応

- あり なし 現状のリハで十分 その他（ ）
- 適応はあるが、その他の治療も必要 どちらともいえない

●リハ処方 PT OT

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 歩行訓練 | <input type="checkbox"/> 上肢機能訓練 |
| <input type="checkbox"/> 立位訓練 | <input type="checkbox"/> ブロック療法 |
| <input type="checkbox"/> 座位訓練 | <input type="checkbox"/> 装具検討 |
| <input type="checkbox"/> ADL訓練 | <input type="checkbox"/> 自助具・介護用品検討 |
| <input type="checkbox"/> ROM訓練 | <input type="checkbox"/> 車椅子検討 |
| <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 | <input type="checkbox"/> シーティング検討 |
| <input type="checkbox"/> 持久力訓練 | <input type="checkbox"/> 家屋評価・調整・改造 |
| <input type="checkbox"/> 物理療法 | <input type="checkbox"/> 呼吸リハ |
| <input type="checkbox"/> 体重管理 | <input type="checkbox"/> 薬物療法（ ） |
| | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

※ちなみに、STの適応はありますか？

- あり なし

備考