





## 運動器リハビリテーション 適応患者判定シートの手引き

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 2004.10.23

### 【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。また、終末期医療の対象者は除く。

### 【評価者】

訪問看護師

※医師の訪問後、2週間以内に評価願います。

### 【使用法】

1) A、B、Cの項目からあてはまるもの全てについて、各項目先頭の【 】内にチェックを入れる。

2) 全てのカテゴリーにおいて最低一つのあてはまる選択肢がある場合、リハ適応ありと判断される。

※将来の改編のため、当てはまるものは全てチェックをお願いします。

### 【提供が想定されるリハビリ内容】

1) 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

2) 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

### 【その他】

1) 質問の内容については、文脈から受け取られた通りご自分なりに解釈していただいて構いません。

#### 4. 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(2)

##### 群馬県伊勢崎市における訪問看護ステーション利用者の リハビリテーションの必要性に関する実態調査

美原記念病院 リハビリテーション科  
藤本幹雄

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 山田 深

#### 【要旨】

リハ適応判定シートの妥当性検証のために、2つの訪問看護ステーションにおいて、51名のサービス利用者(平均年齢 82.3±9.8歳)におけるリハ適応の有無を検討した。リハ適応判定シート(一部の内容を修正)による評価と、ビデオ評価を含めたリハ専門医による診察結果を比較した結果、スクリーニングの感度は70%、特異度は90%であった。偽陰性は6例であり、これまでのリハ歴などを組み込むことで、より高い判定精度が期待できると考えられた。

#### 【はじめに】

群馬県伊勢崎市は群馬県の中南部に位置する人口約20万人の中核都市であり、市街地と農村、工業地域が主体である。伊勢崎市を主体とする2次医療圏に訪問看護ステーションは8箇所が活動している。今年度はそのうちの2箇所の訪問看護ステーションにおいて、訪問調査を施行した。

#### 【方法】

##### 1. 概要

在宅要介護者について、訪問看護師によるリハ適応判定シートを用いたスクリーニングを

行った。判定結果はリハ専門医によるリハ適応判定に関わるスタッフには知られないよう秘匿化し、管理した。

リハ専門医は訪問看護師による事前のスクリーニング結果を知らされないまま、経験のある理学療法士または作業療法士が作成したカルテおよびビデオ映像を元にリハの適応の有無を判断した。

両者の結果は本研究の目的および内容を全く知らない第三者によりデータベース化された。

完成したデータベースをもとに群馬県伊勢崎市を中心とした地域での訪問看護の特徴と、

リハのニーズに関して検討した。さらに訪問看護師によるスクリーニング結果とリハ専門医による判定結果を照合し、スクリーニングの妥当性および両者が一致しなかった症例の特徴を分析した。

## 2. リハ適応判定

具体的な調査の詳細を以下に示す。

### 2-1. 訪問看護師によるスクリーニング

リハ専門医によるリハ適応判定の前に、事前に訪問看護ステーションの看護師にリハ適応判定シートを送付し、訪問看護担当者がスクリーニングを行った。データベース作成時に、スクリーニングの「トリガー」が過去1年以内に起こった変化に関して記述するのか現在の病態を記述するのかについて不統一であると指摘があったので、「トリガー」の項目は過去1年以内に起こった変化をチェックするということで統一し、評価を行った。

### 2-2. リハ専門医によるリハ適応判定

まず、リハ専門医がカルテ診察・ビデオ診察を行った。カルテ診察のもととなるカルテは経験豊富な理学療法士または作業療法士が訪問看護ステーションのカルテをもとに作成し、不足している情報は可能な限り家族や介護者等から聴取した。ビデオ診察のもととなる映像は、カルテ作成を行った理学療法士または作業療法士が訪問看護利用者の身体所見、運動能力、日常生活動作の実際等を撮影した。それらを1症例ずつリハ専門医が反復して見直しながら検討し、リハ適応の有無に関して判定を行った。

判定がカルテ診察およびビデオ診察によって容易に可能な場合にはリハ医は実地確認

を行わなかったが、必要な例に対しては直接現地で診察を行った後にリハ適応の有無を判定した。

## 【結果】

調査は2箇所の訪問看護ステーションの合計で51例(A訪問看護ステーション23例、B訪問看護ステーション28例)の利用者に対して行われた。対象の平均年齢は $82.3 \pm 9.8$ 歳(50代2名、60代4名、70代14名、80代16名、90代15名)であった。性別は男性15名(平均年齢 $76.7 \pm 10.8$ 歳)、女性36名(平均年齢 $84.6 \pm 8.3$ 歳)であった。障害に影響していると考えられた疾患は重複障害も含めて脳血管障害26名・骨関節障害17名・神経筋疾患6名であった。その他に視覚障害が主であるもの2名、慢性閉塞性肺疾患1名、脳腫瘍の術後障害1名、痴呆性疾患のみが主体であるもの1名であった。さらに、脳血管障害の既往が明らかでないにもかかわらず、診察時の病態からは脳血管障害に起因していると考えられる症例が5名存在した。50名が介護保険を利用しており、介護保険未申請の1名は55歳の脳腫瘍術後障害の患者であった。介護保険の要介護度は、要支援:1名、要介護1:6名、要介護2:4名、要介護3:7名、要介護4:7名、要介護5:25名であった。老人寝たきり度はJ1:1名、J2:3名、A1:10名、A2:3名、B1:2名、B2:4名、C1:9名、C2:19名であった。痴呆老人日常生活自立度は正常:9名、I:6名、IIa:2名、IIb:9名、IIIa:9名、IIIb:2名、IV:12名、M:2名であった。機能的自立度評価(FIM)の平均得点は $55.3 \pm 37.3$ (運動

項目得点  $36.0 \pm 28.3$ , 認知項目得点  $19.9 \pm 11.2$ )であった。運動項目は低得点に多く分布していたため中央値は 39 点(運動項目得点 18, 認知項目得点 18)。

#### リハ歴の実態

リハ歴なしが 33 名, リハ歴はあるものの不十分であったものが 9 名, 十分なリハ歴があるものは 9 名であった。

#### リハ歴のない 33 名の運動器リハ適応

リハ専門医の判断では, 12 名は運動器リハの適応があると判断された。十分な活動性が保たれているため運動器リハ不要と判断されたものは 4 名であり, それら 4 名が訪問看護を利用している理由は 2 名が尿道カテーテルの管理, 1 名は介護保険対象外として失行症に対する生活支援を保険医療で行っているため, 1 名は医療処置を必要としないが同居家族の訪問看護と同時に生活支援をうけている実情によるものであった。運動器リハ適応なしとされたものは 17 名であった。14 名は仮に身体的には運動器リハの必要があったとしても認知機能や意欲がリハ施行に不十分であると考えられたが, そのうち 2 名は, 認知機能が低下する以前に身体機能が低下した時点でのリハ介入により運動機能および認知機能の廃用を防止できたものと考えられた。

#### リハ歴はあるものの不十分であった 9 名の運動器リハ適応

リハ専門医の判断では, 7 名は運動器リハの適応があると判断された。運動器リハ適応なしとされたものは 2 名のうち 1 名は仮に身体的には運動器リハの必要があったとしても認知機能や意欲がリハ施行に不十分であると考え

えられた。

#### リハ歴が十分な 9 名の運動器リハ適応

リハ専門医の判断では, 1 名は運動器リハの適応があると判断された。運動器リハ適応なしとされたものは 8 名であった。5 名は仮に身体的には運動器リハの必要があったとしても認知機能や意欲がリハ施行に不十分であると考えられた。

#### リハ施行可能な認知機能や意欲があると考えられる患者の特徴

リハ施行可能な認知機能や意欲があると考えられる患者は 31 名であった。両者に FIM 認知項目得点において著明な違いを認め, リハ施行可能例は 16 点から 35 点に分布し, 平均得点が  $27.7 \pm 6.7$  であったのに対しリハ施行不能例は 5 点から 13 点に分布し, 平均得点は  $7.7 \pm 2.7$  であった。

#### ST の適応

リハ専門医が ST の適応があると判断した患者数は 6 名であった。

#### 訪問看護師によるスクリーニングとリハ専門医の判断の関連

訪問看護師によるリハ適応判定シートの判断においては, 最近 1 年以内に「トリガー」の項目を満たす ADL の変化が起こっており, さらに「適応」の項目のいずれかを満たすものが運動器リハ介入の適応であるとスクリーニングした場合, 感度 70%, 特異度 90%であった。

リハ施行可能な認知機能や意欲があると考えられる患者 31 名のうち最近 1 年以内に「トリガー」の項目を満たす ADL の変化が起こっていたものは 14 名であり, そのすべてに関してリハ専門医もリハの適応であると判断していた。

最近 1 年以内に「トリガー」の項目を満たす ADL の変化が起こっていなかったにもかかわらずリハ専門医がリハ適応と判断した患者は 6 名存在し、それらはすべてリハ歴がないか不十分であった。

リハ施行可能な認知機能や意欲が不十分であると考えられる患者 20 名のうち最近 1 年以内に「トリガー」の項目を満たす ADL の変化が起こっていたものは 5 名であり、そのうち 3 名は「適応」の項目もいずれかを満たしていた。また、「トリガー」の項目を満たす ADL の変化が 1 年以内に起こった発症そのものであり、在宅復帰のための最大限のリハ介入を受けていたケースが 1 名あった。

#### 【考察】

今回の調査においては、当地域では訪問看護の対象は障害が重度である例が多いことが判明した。障害が重度であるにもかかわらず十分なリハ歴がある例は 20%に満たなかったことから、当地域では疾病発症後急性期から回復期にいたるリハ医療が不十分であると考えられた。十分なリハ歴がある例では維持期の運動器リハ介入が必要となっている割合が少なかったことから、発症後早期のリハ医療を充実させる必要性があらためて明らかになったといえる。ただし、十分なリハ歴がある 9 名のうち 1 名に維持期に機能低下を認めリコンディショニングの適応があると考えられたことから、維持期の効果的なリコンディショニングのためのリハ介入の必要性も同時に示唆されたと考えられる。リハ前置主義を徹底するために十分なリハ医療資源を発症早期(急性期)

ハおよび回復期リハ)に投入しつつ効果的な維持期リハを両立させるためには本研究の目的である簡便なスクリーニングシステムの確立は重要であると考えられた。

訪問看護師による調査においては、リハ適応判定シートの「トリガー」に関する考え方で一部混乱が起こり、あらためて統一した修正を余儀なくされた。われわれは最近 1 年以内に「トリガー」の項目を満たす ADL の変化が起こった場合にチェックすることとして今回の調査をすすめた。なぜならば、時期によらない変化として「トリガー」をチェックした場合に、疾患の重症度に既定されている介入不可能な能力低下も含めてすべてチェックされることになるからである。

スクリーニングの感度・特異度はある程度満足できる結果であったが、「トリガー」にチェックされていないにもかかわらずリハ専門医が運動器リハ介入の適応と考えた例が 6 例に及んだ。それらの例に共通していたことは、発症早期のリハ歴が不十分であったために機能レベルと能力レベルの乖離があり、発症から長期間経過しているものの介入による能力改善の可能性があると判断されたからである。従って、リハ歴が十分であるか否かの判断をスクリーニングする方策を講じることがよりスクリーニングの精度を改善するかもしれない。しかし、今後のリハ医療の進むべき方向性を考慮するとリハ前置主義の徹底によりそのような症例をスクリーニングする必要は減少し、維持期の廃用性の変化にのみ着目できればよいという状況になることを期待したい。

リハ施行可能な認知機能や意欲に関しての

スクリーニングとリハ訓練が実際に行える身体状況であるか否かのスクリーニングを兼ねてリハ適応判定シートには「適応」の項目が盛り込まれているが、実際にはリハ専門医が判断したリハの可否との相違が比較的多くみられた。「適応」の妥当性またはリハ専門医の判断基準の妥当性についてさらなる検証が必要であると考えられた。なお、「介護に対して協力する姿勢がみられる」の項目がリハ医の判断とある程度共通している傾向があったこと、FIMの認知項目得点で両者が完全に分離されたことなどが「適応」のスクリーニング構築のためのヒントになる可能性があると考えられた。

#### 【謝辞】

本研究は伊勢崎佐波医師会による伊勢崎地域リハ広域支援センター事業と並行して施行された。本研究の実現にあたっては、伊勢崎佐波医師会会長の桑原龍雄先生、同副会長土田英一先生、大井戸診療所の大沢誠先生、伊勢崎福島病院神経内科妹尾陽子先生の協力によるところが大きかった。訪問調査は伊勢崎佐波医師会訪問看護ステーションおよび訪問看護ステーショングラーチアの現場スタッフの協力がなければ不可能であった。記して深謝いたします。



## 5. 仮の要介護者に対する在宅リハサービスの効率的運用を目指した相互補完モデル

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  
世田谷区 総合福祉センター  
小俣清枝 矢萩まどか  
永生病院  
五十嵐由紀子

### 【要旨】

仮の要介護者に対するスクリーニングとリハ介入、さらに介護予防へ向けたサービスの効率的運用、相互補完のためのネットワーク構築へ向けたモデル事業を考案した。介護保険に関わる様々なサービス体系を、専門的リハ介入の連携をスムーズに行うために、リハ介入レベルを規定するためのスケールである Active Rehabilitation Classification Scale (ARC スケール) を作成し、その実用を検討した。平成 17 年度のモデル運用を目指して現在準備を進行中である。

### 【はじめに】

在宅要介護者に対する効率的リハ介入について、昨年度までに 1) 維持期におけるリハのニーズを明確にする、2) ニーズに対するリハ介入プログラムの有効性を実証する、3) スクリーニングに始まる効率的なサービス提供システムを構築することを目的として昨年度までの研究をおこなってきた。本年度は仮の要介護状態スクリーニングのためのリハ適応判定シートを作成したが、これらを利用したシステム運用へ向けた具体案を検討した。

### 【現状分析】

これまでにセコム医療株式会社などの協力

を得、全国規模の横断調査を進めるとともに、スクリーニング法の開発に取り組んできた。横断研究の結果明らかとなった、現在の在宅介護環境におけるリハサービス提供の現状ならびに問題点を以下に挙げる。

### 【問題点】

- 1) 高齢化社会を迎え、要介護者が増加している。介護予防の重要性が強調され、リハビリの果たすべき役割は大きい。限られたリハビリ資源の効率的な活用が望まれる。
- 2) 適切なリハビリを提供する事で、機能障害が改善され、自立度が増し、さらに介護負担が軽減されうる（“仮の要介護状態”にある）ケースを適

切にスクリーニングしてゆかなければならない。

- 3) 適切な介入と、得られた能力を維持するための継続的なアプローチが必要である。また能力低下を見逃さないモニタリングも重要である。

【現場の実情】

- 1) 訪問看護における「看護師によるリハ」は多く処方されているが、実際のプログラムは手探りである。
- 2) 一部の訪問看護ステーションをのぞき、専門的 PT、OT の関わりは明確になっていない。
- 3) 逆に、訪問リハビリ事業者のあり方もさまざま。維持的なりハビリに関しては対応しきれないケースも多い。
- 4) ケアマネジメントの中で、リハビリに対する認識が不十分である。適切に専門的なコンサルトを受けられていない。
- 5) 積極的なりハビリの適応範囲を明確にすることが困難であるケースに対する対応。(加齢、痴呆、家族関係その他社会的背景等)

これらを解決してゆくために、われわれは仮の要介護者をスクリーニングするためのリハ適応判定シートを開発し、これを用いたスクリーニング、介入システムを検討した。

【仮の要介護者に対する在宅リハサービスの効率的運用を目指した相互補完モデル

(仮称)】

仮の要介護者に対するスクリーニングと介入、さらに介護予防へ向けたサービスの効率的運用、相互補完のためのネットワーク構築へ向けたモデルの詳細を以下に示す。われわれは一連の研究プロジェクトの最終段階として位置づけられるこのモデルを「仮の要介護者に対する在宅リハサービスの効率的運用を目指した相互補完モデル(仮称)」と名付けた。われわれは訪問リハにくらべて比較的普及している訪問看護サービスにも着目し、このサービス体系をうまく専門的リハ介入と連携させて役割を明確化し、地域としてリハに取り組む仕組みを考案した。

このモデルを運用する目的は、1) リハ導入のためのシステム(スクリーニングとプランニング)を確立する。2) 能力向上のための専門的リハ介入と、維持的リハのスムーズな連携、双方向性のコンサルテーション体制を構築することである。

在宅要介護者に対してスクリーニングを行い、リハ介入を行う手順は以下の通りである。

- 1) まず訪問看護師がリハ適応判定シートを用いて評価を行う(1次スクリーニング)。
- 2) 判定陽性者に対して、リハ専門医が診察を行う(2次スクリーニング)。
- 3) リハ専門医が専門的介入の必要ありと判断した場合には訪問リハ、通所リハの介入を行う。
- 4) 介入前、1ヶ月後、3ヶ月後に老人

寝たきり度、痴呆老人日常生活自立度、FIM、介護負担感などを評価し、介入効果を比較する（対照のある前後試験）。

- 5) 維持的なサービスが必要な場合は訪問看護サービスなどを利用し、継続的にモニタリングする。

#### 【Active Rehabilitation Classification Scale (ARC scale) の開発】

われわれは、維持期における専門的リハ介入の位置づけを明確にし、ケアマネジメントやリハ処方における指標として、Active Rehabilitation Classification Scale (ARC scale) を考案した（表 1）。

“リハ”が指し示す概念には混乱がみられていたが、このARC scaleを用いることで、サービス提供のレベルをランク付けし、必要なリハ対応が示されるものと考えている。

多くの場合、“維持的”なりハは患者、家族、あるいはその他の介護者などが主体となり、専門家の指導に基づいて行われるものである。これ以上の対応が求められる場合、看護師レベルでの介入、あるいはさらに専門的なアプローチが必要となる。専門的なりハアプローチは短期間に集中して行われるべきものであり、介入による状態の変化がARC scaleにおけるグレードによって示されれば、ケアマネジメントにおけるリハの位置づけが明確化し、サービスの適正な提供に繋がるものと考えている。

また、ARC scale はマネジメントのみならず、要介護者のおかれている状況を示す

指標としても利用することが可能である。専門的リハ介入の結果、グレードが低下すれば、その帰結をリハ介入効果として検出することができる。

モデルシステムでは、ARC scale をその評価の根幹とし、グレードの初期判定から必要な介入、ゴールの目標、帰結を同じ評価で一貫して行い、効率的なサービス提供を目指すものである。療養の経過でグレードに低下がみられれば、また適宜必要な介入が処方されることになり、介護予防もふまえた対応にも役立つものと考えられる。

#### 【モデルシステム】

ARC scale の評価を取り入れたモデルシステムの概要を図 1 に示す。ARC スケールによって必要なリハサービスが判定され、提供された後、新たなグレードによって維持的なりハが継続される。ARC スケールに変化があれば、しかるべき対応へ繋ぐための行動が起こされることになる。

われわれは世田谷区総合福祉センター、セコム医療株式会社の協力を得て、平成 17 年度以降、このモデルシステムを具体化し、運用を行ってゆく計画である。

表 1

Active Rehabilitation Classification Scale

アークスケール

- Grade 0 : 社会環境的、身体的要因で適応なし
- Grade I : リハの必要なし
- Grade II : リハが必要 (本人、介護者対応)
- Grade III : リハが必要 (看護師レベル)
- Grade IV : 専門的リハ介入が必要 (リハ医、PT、OT、ST)

リハ介入レベル

- Level 0 : コンサルテーション
- Level 1 : ホームプログラム立案、指導
- Level 2 : 補装具、福祉用品選択、環境調節
- Level 3 : 短期間訓練対応
- Level 4 : 長期間のフォローが必要
- Level 5 : 入院リハが必要

※ 義肢装具、車いすなどを調整して、訓練的介入が必要な場合は Level 3とする。簡単な自助具、疼痛緩和のための膝装具、変形予防のためのスプリントの処方などは Level 2 に含める。

判定: Grade \_\_Level \_\_ (GradeIVの場合のみ)

図 1

仮の要介護者に対する在宅リハサービスの  
効率的運用を目指した相互補完モデル

