

は小さくない。更に、特に急性期、回復期にわたる重度障害例には慢性期に回復を示す例が少なからず認められ、慢性期にも医学的リハビリテーションの重要性は異論の余地はない。以上から、急性期・回復期と連動した慢性期リハビリテーションデータベースの構築と多施設・大規模データベースに基づいた科学研究が重要性を増している。

B. 研究方法および結果：

回復期リハから慢性期リハへの効果研究： 脳卒中リハビリテーションデータベースの慢性期開発の研究：

1. 脳卒中リハビリテーションデータベースの基本仕様は Version2.31 と開発され、今年度 19 病院から 1309 例の入力が得られるまでになっている。

データベース作成の基本的コンセプトは

①先行している急性期脳卒中データバンクとの連携をはかり、急性期、回復期、慢性期とそれぞれの時期に重点化される障害の特性の分析とそれに対応するリハビリテーションのプログラム、そしてその効果を追跡する仕様にする必要がある。

②慢性期においてもリハビリテーション独自の評価スケールの開発が求められ、さらに、入力継続性をどう担保するかが検討されなければならない。そのためには慢性期に対応するリハビリテーション医療スタッフ、福祉・介護スタッフの立場からの必須項目の検討とオプション項目の検討の 2 段階とすることが必要である。かつ、急性期、回復期と同様、日常業務の多忙な中での作業であり、極力入力負担を抑え、継続性を

重視することがいっそう求められる。

③特に、急性期、回復期リハの立場からすると ADL の変化が捉えられ、リハビリテーションの効果研究に資する仕様とすることが重要であり、ケアマネージャーや訪問看護師の立場からすると家族などの介護ケアの負担度の軽減、本人の生活上の意欲や、Quality を反映できる DB の仕様が求められている。④慢性期においても、参加病院・施設のリハ患者 DB が先ず基本であることには変わりはない。各病院・診療所・施設の業務統計、リハ指示書、訪問看護・リハ指示書、リハ実施計画書、診療情報提供書、中間報告、退院・退所・終了サマリーなどの作成など日常業務に役立つことや、それぞれの病院・診療所・施設の独自の研究に資するような仕様が必要とされる。

2. 本年度、慢性期作業部会は脳卒中急性期リハビリテーションデータベースの更なるグレードアップと、回復期リハから在宅でのリハまで見据えたリハビリテーションデータベース作成研究に向けて検討した。また、次年度以降の本研究の継続性を見据えて『認知症』と『骨折』の慢性期リハビリテーションデータバンク開発について検討した。また、当慢性期作業部会は、平成 17～18 年度にわたる本研究班の先行研究『高齢者の地域リハビリテーション体制の構築に関する研究』班の課題とされていた地域リハビリテーション広域支援センター活動の効果の研究の具体化の中で慢性期脳卒中リハ DB の検討を行った。特に、分担研究者の属する『東京都北多摩北地区二次保健医療圏』をフィールドとしてその実態調査、地域リハ広域支援センターの活動の構築を通して慢性期リハ DB の検討に着手した。

回復期リハを一応終了した脳卒中患者の追跡調査(36名中調査時死去3名を除く33名、退院後4～6ヶ月)では、在宅(直後自宅復帰率44%、半年後自宅復帰率70%)、施設とも認知機能(介護保険主治医意見書・認知症高齢者の日常生活自立度より、図1)、日常生活自立度(同、寝たきり度、図2)とも入院前よりも悪化傾向にあり、退院時、調査時認知機能、日常生活自立度の両面で重度な在宅例も少なくなく、また、退院後比較的維持されている追跡例もあり、かかりつけ医、老健施設、デイケア、デイサービス、ショートステイなどが参加した地域リハネットワーク構築の重要性が再確認された。

また、北多摩北部地区の地域リハ広域支援センターである多摩北部医療センターを中心に行われている事業の中のひとつの事例検討会の経験から急性期病院と回復期・慢性期リハ病院との連携、医師・スタッフ間の意見交流、在宅復帰や施設におけるフォローアップの問題を少しでも解決するために『リハ手帳』が作成されている。この『リハ手帳』にはどんなリハサービスが提供されているか、障害の変化やADL上の問題点、介護上の問題点は何かなどが記入され(表1)、情報の共有手段となっており、この中で継続性のあるリハDBの作成が検討されている。

C. 結語

1) 急性期・回復期と連動した慢性期リハビリテーションデータベースの構築と多施

設・大規模データベースに基づいた科学的研究が重要性を強調した。

2) 慢性期に対応するリハビリテーション医療スタッフ、福祉・介護スタッフの立場からの必須項目の検討とオプション項目の検討の2つの側面から開発することが必要と考えられた。

3) 地域リハビリテーション広域支援センター活動の効果の研究の具体化の中で慢性期脳卒中リハDBの検討を行った。引き続き、東京都北多摩北部保健医療圏における地域リハビリテーション広域支援センター活動の実践的研究の中でリハDBの開発を進めると共に、東京都区部西部や熊本県など他地域の活動を参考にして慢性期リハDB開発の作業部会の役割を果たしたい。

D. 研究発表

1. 山口 明他：高齢者の地域リハビリテーション体制の構築に関する研究(厚生労働科学研究、長寿科学総合研究)、平成18年度総括研究報告書、2007年、3月。
2. 近藤克則、山口 明：エビデンスづくりに向けた大規模データバンクの可能性と課題、総合リハビリテーション33：1119-1124、2005。
3. 鴨下 博：地域連携についてー北多摩北部二次医療圏地域リハビリテーション支援事業の取り組み、理学療法、進歩と展望、平成20年(掲載予定)。

図1. 認知機能 (N=33)

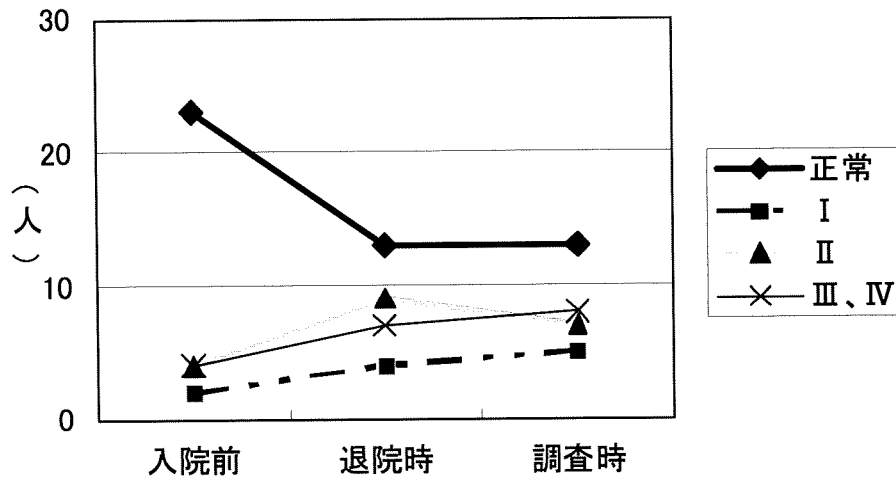


図2. 日常生活自立度 (N=33)

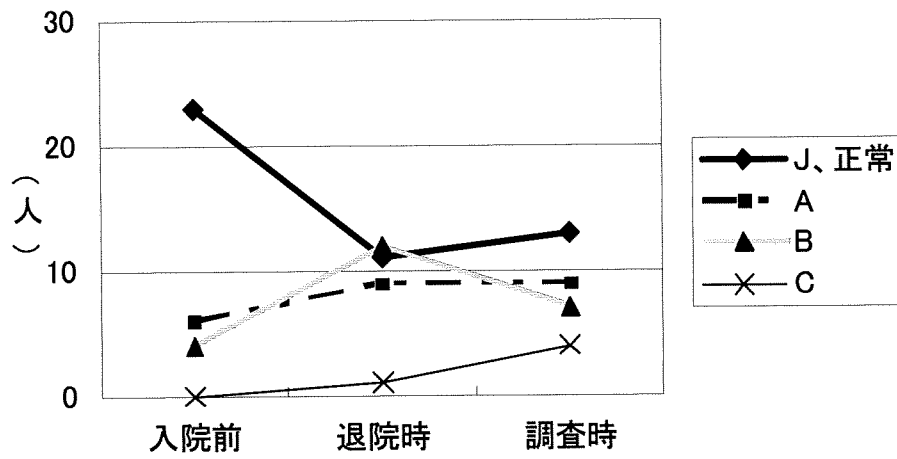


表1 【リハビリ情報】

平成 年 月 日の状況報告

【記入者】氏名 _____ 職種 _____

所属事業所名: _____

<p><意思疎通> コミュニケーション: 理解(理解できる・簡単な内容なら理解できる・理解できない) 表出(表出できる・簡単な内容なら表出できる・表出できない) 聴力(聞きとり可能・難聴有り)〔補聴器使用:有・無〕 精神活動: 障害の認識(正常・低下疑い・低下) 見当識(正常・低下疑い・低下) 発動性(正常・低下) *具体的な問題点:</p>				
<p><基本動作能力> 起き上がり: 全介助 軽介助で可 つかまりで可 つかまらずに可 備考: 坐位保持: 不可 背もたれあれば可 つかまりで可 端坐位可 備考: 立ち上がり: 不可 介助で可 つかまりで可 つかまらずに可 備考: 立位保持: 不可 介助で可 つかまりで可 つかまらずに可 備考: 移乗: 全介助 介助で可 つかまりで可 つかまらずに可 備考:</p>				
<p><ADL 実施状況> 食事: 経口摂取不可 全介助 一部介助 自立(箸・スプーン・) 食形態 (流動食・ミキサー食・きざみ食・常食) 備考: 更衣: 全介助(かぶり物・ボタン物・下衣・靴下・靴)は可 すべて自立 備考1 入浴: 清拭のみ 機械浴 (先体介助・洗髪介助・移動介助)で一般浴 自立 備考: 排泄: ベッド上 (移乗・下衣の上げ下げ・坐位保持・後始末)に介助が必要 自立 使用しているトイレ(Pトイレ・普通トイレ) 備考: 移動: W/C乗車不可 W/C介助 W/C自操 ()を用いて歩行は(要介助・見守り・自立) 備考: 口腔ケア: 全介助 一部介助(介助内容)自立 備考:</p>				

慢性(在宅)期リハビリテーション患者のデータベース開発（平成 20 年度）

研究分担者 山口 明 喜平リハビリテーションクリニック
西村尚志 森山病院リハビリテーションセンター
嶋下 博 多摩北部医療センターリハビリテーション科
研究協力者 柳原幸治 東京都リハ病院
大仲功一 茨城県立医療大学
馬場太果志 東熊本第二病院
田代桂一 山鹿温泉リハビリテーション病院
川野眞一 御幸病院

研究要旨

慢性(在宅)期リハビリテーションデータベース (DB) 開発研究作業は主に 3 名の分担研究者と数名の協力者で行った。具体的には 1) 北多摩北部保健医療圏の地域リハ支援センター活動事業を通して DB の入力項目などを検討した。

2) 慢性(在宅)期におけるリハサービスの適応は①退院後未だ回復期にあるリハ継続が必要な群、②転倒や肺炎など突発的なアクシデントで ADL 低下を来す危険から迅速なリハ対応が必要な群、③リハ導入しないと ADL が低下していく群(いわゆる維持的リハ)の三つの面からの検討が重要であることを指摘した。

A. 研究目的

リハビリテーション患者への急性期一回復期、そして慢性(在宅)期のシームレスなリハビリテーションサービスの提供は地域連携の中で少ないリハビリテーション資源を効果的に運用する面からも重要であり、とりわけ脳卒中の予防と治療がわが国の国民的課題とされたことから、地域社会の中で救急隊や医療機関、市民の間で急速に連携が進んでいる。脳卒中や骨折のクリニカルパスは情報伝達の重要なツールであるが、これのみで、リハ患者が地域社会にソフトランディングできるとは思えない。最終的にリハビリテーションの役割は患者の住み慣れた地域社会における生活を如何に確保し、支えていくかが決定的に重要である。

そこで「慢性(在宅)期リハ作業部会」はデータベースの開発を中心とすえつつ、在宅医療、とりわけ在宅リハビリテーション患者のリハビリテーションサービス提供の適応について検討した。

B. 研究方法

1) 多摩北部医療センターにおける北多摩北保健医療圏・地域リハ広域支援センターの活動を中心に地域連携の実態を検討しつつ、慢性(在宅)期リハ DB の入力項目、前医療機関との連携の仕方、慢性(在宅)期でのケアマネージャーとの協力関係について検討した。

2) 喜平リハビリテーションクリニックの訪問リハビリテーション活動から訪問リハ

の導入適応について考察した。

C. 研究成果

1) 北多摩北部保健医療圏は東京都の12箇所に指定した地域リハ支援センターのうち2003年に2番目のセンターとして多摩北部医療センターリハ科を中心に指定を受けた。事務局を同院におき、清瀬市、小平市、西東京市、東久留米市、東村山市、5市の担当職員、多摩小平保健所、社会福祉協議会、医師会などより構成される幹事会が支援事業の計画立案を行っている。

リハマップの作成、事例検討会、講演会、講習会、市民公開講座、リハ関連スタッフの交流会などが行われた。また、地域内連携上「リハビリ手帳」の重要性が指摘され編纂発行された。

また、地域のリハの実態をつかむべく、調査項目の選定が行われ、目下、ケアマネジャーの調査記入による実態調査が進行中である。

以上の経験から、慢性(在宅)期リハDBの入力項目を表1～表5のように策定した。回復期などの前医療機関からの退院時リハDBの項目と慢性(在宅)期リハDBの入力項目とに分けてある。最前線の評価・入力は3ヶ月～半年～1年毎に在宅医、ケアマネジャー、PT、OTなどが行うことを想定している。

2) 第二に、慢性(在宅)におけるリハビリテーション(主として訪問リハ)の適応について、開設以来約1年半の経験から検討した。経過中に訪問診療などの対象となったのは約90名でこの1年半に4名が他界された。訪問リハを導入したのはうち30名で

表6のように三つのパターンに分けられた。

I) 退院後未だ回復期にあってリハの導入が継続して必要であったグループ(N=9)。

II) 転倒骨折や肺炎、腰痛など突発的なア

クシデントでADL低下の危険があり、迅速なリハの対応が必要であったグループ。

III) 訪問リハを導入しないとADLが低下してしまう(いわゆる維持的リハ)グループ。にまとめることができる。

D. 考察

1) 慢性(在宅)期リハビリテーションデータベース(DB)は開発途上であり、今年度班会議においても全体的に検討され基本画面が完成する予定である。最前線の入力はm-Rankin scale項目のような評価の容易なものを中心とし、PT、OT、STなどの単位数量(1単位20分)を一定期間に記入するものとなっている。機能障害、ADL障害(BI,FIM)などについては支援センターなどのリハ医・PT・OT・STなどが評価・入力することになるだろうと考えている。

2) 表6にあげた三つの適応グループに分けてリハの効果を論じる必要があるだろうと考えている。

E. 結論

1) 北多摩北保健医療圏の地域リハビリテーション支援センター活動の事業展開を紹介し、そこから慢性(在宅)期リハDBの検討を行い報告した。

2) リハビリテーションクリニック開設約1年半の経験から、慢性(在宅)期リハの適応が三つのパターンに分けられ、それぞれにリハの効果を論じていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

鳴下博：北多摩北部二次医療圏における地域リハビリテーションの取り組みーリハビリ手帳についてー、山鹿眞紀夫編「地域完結

型のリハビリテーションの実践」,全日本病院出版会, P63-68,2009.

2. 学会発表

山口 明：脳卒中リハビリテーションデータベース開発の研究（第2報）日本脳卒中学会,2009,3,22,松江。

慢性期リハビリテーション患者DB開発の研究（平成 21 年度）

分担研究者	山口 明	喜平リハビリテーションクリニック院長
	鴨下 博	多摩北部医療センターリハビリテーション科部長
	西村 尚志	森山記念病院副院長
共同研究者	柳原 幸治	東京都リハビリテーション病院副院長
	大仲 功一	茨城県立医療大学リハビリテーション科講師

要約

リハビリテーションデータベースの基本仕様は Version4.0 と開発され、今年度平成 21 年 12 月時点で 33 病院から約 6000 例の入力が得られるまでになっている。

データベース作成の基本的コンセプトは①先行している脳卒中データバンクとの連携をはかる。②リハビリテーション独自の評価スケールの開発・入力と必須項目・オプション項目の 2 段階とし、極力入力負担を抑え、継続性を重視する。③特に、ADL の変化を捉えることを重視しリハビリテーションの効果研究に資する。④参加病院のリハ患者 DB が先ず基本で、各病院の業務統計、リハ実施計画書、診療情報提供書、退院サマリーなどの作成、独自の研究に資するように努めた。

慢性期作業部会は、急性期リハ、回復期リハから在宅でのリハまで見据えた上で、慢性期リハビリテーションデータベース作成研究に向けて検討してきた。

その結果、有用な根拠ある臨床研究には ①急性期 - 回復期 - 慢性期・在宅と地域の中で一貫した取り組みが必要であること、②医療とケアとの連続性がリハビリテーションにおいても重視されるべきこと、③慢性・在宅期においては特に、患者・家族・市民の主体性を重視した自立支援の在宅医療・リハシステムが重要であることをあらためて指摘する。

当部会分担研究者の属する『東京北多摩北地区二次保健医療圏』をフィールドとし、大都市圏における地域リハシステムの構築を行いながら、慢性期において、リハスタッフのみならず、訪問看護師やケアマネージャーなどにとっても使いやすい、有用な評価スケール、慢性期データベースの開発に取り組んできた（共同研究者鴨下報告）。さらに、慢性・在宅期データベースの構築上も、実際の慢性・在宅期例のリハ(PT/OT)導入適応の検討は重要と思われ、リハ導入例は①退院後未だ回復途上群、②転倒などの事故時迅速なリハ導入群、③維持的リハが継続して必要な群、の三群に分けられたことを報告する。

A. 研究目的

わが国はわゆる団塊の世代を中心とした高齢化社会を急速な勢いで迎えているが、それを支える社会的基盤は相変わらず脆弱

なままになっている現状である。また、介護を要する高齢者の中では原因疾患として脳卒中の占める位置が依然として大きいこと、わが国の脳卒中の発症比率は欧米に比べ極めて高い状況にあることも変わらない。

そこで、わが国の高齢者の地域リハビリテーションシステムの主要な課題が、脳卒中の地域リハビリテーションシステムの構築であることは明白である。そして、この構築は地域社会の福祉化への取り組みをきっかけとした地域再生への切り札となることは疑いない。ところが、脳卒中の予防・治療、脳卒中超急性期治療の地域連携などとともに、急性期、回復期、そして慢性期のリハビリテーションシステムの構築とその標準化の基礎となる Evidence Based Medicine(EBM)の研究が著しく立ち遅れている現状にあることは否めない。そこで、次の三つ課題が地域リハビリテーション研究課題として依然として重要である。

1. 急性期リハから回復期リハへの効果研究：脳卒中および骨折のリハビリテーションデータベース創設の研究：①急性期、回復期リハの「リハ環境：施設基準、病棟の性格、スタッフ数やリハビリテーション専門医の関与など」「根拠ある標準プログラムと質の検討・開始日」、「量：PT・OT・ST時間量・自主訓練量、土日訓練」「Risk：合併症の問題、再発と増悪」を検討する。また、主にADL重症度による『層別化』した対象例で「質」「量」「効果」を検討すること。

②急性期治療と連動した脳卒中ユニットの効果、急性期リハのみで在宅復帰可能例の追跡研究とそのプログラム内容の検討を行うこと。

2. 「地域リハビリテーション広域支援センター活動」の効果の研究：リハビリテーション専門医の協力の得られる広域支援センターを中心とした共同研究は依然として継続される必要がある。急性期から回復期、慢性期と地域の中で淀みないリハビリテーションシステムの構築、ケアマネージャーなどへのリハビリテーション研修事業、老健事業などへの協力、車椅子・装具・生活

用具・住宅改修などへの専門的アドバイザー(テクノエイド)など介入の仕組み、リハビリテーションの専門の立場から地域事例検討会の組織化、地域医師会や保健所、行政などとのネットワークづくり、これらはリハビリテーション専門医の関与なくしては進まない課題と考えられる。当慢性期部会では分担研究者の属する『東京北多摩北地区二次保健医療圏』をフィールドとし、大都市圏における脳卒中医療連携体制の確立、地域リハシステムの構築を行いつつ、リハビリテーションデータベースの開発に取り組む。

その中で広域リハ支援センターの役割を継続して検討する。

3. 『介護予防事業』への専門的立場からの協力の仕組みなどの検討：地域リハビリテーション広域支援センター活動がいわゆる介護予防事業に対しどのような貢献が可能か、生活活性度の低下、介護度の悪化を防止するためのプログラムの開発と地域全体への普及の方法などを検討する。

B. 研究方法

1.慢性期作業部会は『東京北多摩北地区二次保健医療圏』をフィールドとした『脳卒中実態調査』、『脳卒中慢性期入力データ項目の妥当性に関する調査』をもとに、慢性期リハビリテーションデータベースの構築を行った(鴨下報告)。

2.慢性・在宅期におけるリハビリテーションの適応を検討しておくことは重要である。そこで、平成19年5月～21年10月にクリニックから訪問に到った在宅例70例を対象とした分析を行った。脳血管障害40名、パーキンソン病など神経疾患9名、大腿骨頸部骨折や慢性関節リウマチなど骨関節疾患11名、慢性閉塞性呼吸器疾患4名などである。合併症としては糖尿病合併例が22名、腎機

能障害 6 名、てんかん 6 名、心疾患 4 名、高血圧症半数であった。PT/OT 処方例はうち 27 名であった。

C. 研究結果

1. 研究班全体として開発されてきたリハビリテーションデータベース(DB)と基本情報は慢性・在宅期においても同一の項目であることがふさわしく、mRS、BI、障害老人の日常生活自立度、認知症老人の日常生活自立度などはケアマネージャーにおいても確実に評価、入力が可能なが明らかとなった。また、これらが生活自体を反映するものとして評価が定まっていることから入力項目として妥当なものと考えられた。

2. PT/OT 導入に到った 27 例をみると、次の 3 群に分類ができた。

①退院後在宅においてまだ機能的・能力的に回復途上であったと考えられる群(N=9)。このグループには比較的年齢の若い重症者が多く含まれる。

②慢性・在宅期にあつて必要ときに迅速なリハ(PT/OT)を導入した群(N=8)。このグループには肺炎入院点滴で長期臥床、廃用症候群、腰痛などで歩行不能となって在宅訪問リハ導入の COPD、Alzheimer 病、腰痛で臥床がちとなった例、脳血管障害で転倒してしまった例などが含まれる。

③訪問リハ導入(PT/OT)しないと ADL 低下してしまう群(いわゆる維持的リハ)(N=10)。このグループには脳梗塞で認知症合併とか、骨折で、認知症を伴っていたり、脳血管障害や骨折に腎障害を合併し血液透析を必要

としている例などが多く含まれた。

D. 考察

慢性・在宅期におけるリハビリテーションは重要であり、狭義の意味でも PT/OT 導入必要例は存在し、医学的なアプローチも先にあげた 3 グループにおいては必要なことから、医療サイドの訪問リハ・外来リハ、短期入院リハが効率的に迅速に対応されるべきである。その有効性を検討する上でも今回の慢性期リハビリテーションデータベースの開発研究は意義深く、継続されるべき課題である。

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 近藤克則、山口明：エビデンスづくりに向けた大規模データベースの可能性と課題 臥床、総合リハビリテーション 33 : 1119 - 1124, 2005.
- 2) 鴨下 博、山口 明、西村尚志、柳原幸治：慢性期リハビリテーションデータベースの構築、入力項目、入力方法に関する研究。2010 年 2 月 27 日第 4 回研究班資料。P54-62.
- 3) 山口 明他：高齢者の地域リハビリテーション体制の構築に関する研究。厚生労働科学研究費補助金・長寿科学総合研究事業、平成 17～18 年度総合研究報告書。同平成 18 年度総括研究報告書。
- 4) 山口 明：リハビリテーション患者データベース。臨床リハ、連載企画、19 巻、平成 22 年(投稿中)。

慢性期リハビリテーションデータバンクの構築、入力項目、入力方法に関する研究（平成 21 年度）

鴨下 博 多摩北部医療センター リハビリテーション科
山口 明 喜平リハビリテーションクリニック
西村 尚志 森山記念病院
柳原 幸治 東京都リハビリテーション病院

研究要旨

北多摩北部二次医療圏では平成 15 年以來東京都の事業である地域リハビリテーション支援事業を展開してきた。支援事業の経験から判明したことは、慢性期のリハビリテーション（以下リハと略す）は、医療機関と介護福祉施設間のリハ情報共有化、急性期から在宅療養まで一貫したリハシステムと、質の高い、エビデンスに基づいたリハの提供である。

リハのエビデンス研究には大量データを用いた解析の有用性が知られている。そこで、データ蓄積のためにデータバンクの構築を試みた。脳卒中在宅療養実態調査から入力項目を選定し、入力項目の妥当性を検証するための調査を行った。

これまで開発してきたリハビリテーションデータバンク（以下リハ DB と略す）と基本情報は同一の項目とし、mRS、BI、障害老人の日常生活自立度、認知症老人の日常生活自立度、通院リハ、通所リハ、訪問リハ、デイケア、デイサービスの有無とその頻度を入力項目とした。入力はケアマネージャにお願いし、半年毎に入力、自立度に影響する病気のために入院、ケアマネが交代した場合は終了とし、最長 3 年間入力とする慢性期リハ DB の構築を提案した。

研究目的

北多摩北部二次医療圏では平成 15 年に東京都の事業である地域リハ支援事業を開始、地域リハネットワーク構築の取り組みを推進してきた。WHO によれば地域リハとは、「地域資源を用いて地域レベルで行うリハ活動で、障害者とその家族を含む地域全体が参加して行われる方法である」と定義されている。現在、先進国では個人のニーズに対応し、プライマリケアシステムと連動しリハ、デイサービス、緊急一次保護など保健・医療・福祉が連携し実情に応じて行われている。

支援事業から生まれたリハビリ手帳は、地

域内の医療機関、リハ施設が担当した急性期あるいは在宅までリハの履歴を綴り、患者さんに持たせることで医療機関と介護福祉施設間のリハ情報共有化に活用されている。また、支援事業の経験からエビデンスに基づいたリハの重要性を実感している。エビデンス研究には大量データを用いた解析の有用性が報告されており、そのための慢性期リハ DB 構築を模索してきた。

今回は、介護保険を利用して在宅療養しているかたの廃用予防に何が有効なのか、何が適切なのかを判定するデータ集積を目的とした慢性期リハ DB を構築する。日常生活評価を行い、そこからから入力項目を選

定する。次に集計表、慢性期リハDBの試案を作成し、入力項目の妥当性検証調査をする。その結果を踏まえ慢性期リハDB入力項目、入力方法について提案する。

I：脳卒中在宅療養実態調査

1. 目的

脳卒中を発症してから在宅療養に至るまでの経過と、その間に受けたリハが現在の生活に役立っているのか、満足度、要望についてアンケート調査を行った。その結果から入力項目を選定する。

2. 対象と方法

脳卒中を発症し、介護サービスを利用して在宅療養をされている、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市、小平市在住の市民の方々にアンケート調査を実施した。

方法：平成21年2月から3月にかけて包括支援センター、居宅介護事業所のケアマネージャに配布と内容、記載方法の説明を依頼した。解答用紙は郵送により回収、平成21年4月30日を締め切りとした。

アンケート

設問1 このアンケートの回答をしていただく方を教えてください

本人 主たる介護者 その他

※本人のお答えを他の方が代筆される場合は、回答者は「本人」としてください。

設問2 患者さんの基本情報をご記入ください

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月、性別：男性、女性

同居者 独居 同居者有り

家族構成 配偶者、父、母、息子（ 人）、娘（ 人）、その他

住居地 東村山市 清瀬市 小平市 西東京市 東久留米市

介護度 要支援1 要支援2

要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

設問3 脳血管障害発症された時期をお答えください

時期 昭和 平成 年 月頃

設問4 脳血管疾患を発症後、どのくらいの期間で在宅に戻りましたか

3か月以内 3か月～6か月以内 半年～1年以内 1年～3年以内 3年以上

設問5 脳血管障害による現在の後遺症についてお答えください

片麻痺 なし あり（右 / 左）

言語の障害 なし あり

嚥下（飲み込み）の障害 なし あり

記憶や判断の障害 なし あり

うつ なし あり

設問6 現在の身体の状態（介助が必要であるか）についてお答えください

寝返り 自立 一部介助が必要 全介助が必要

起き上がり 自立 一部介助が必要 全介助が必要

座る 自立 一部介助が必要 全介助が必要

立つ 自立 一部介助が必要 全介助が必要

歩く 自立 一部介助が必要 歩けない

歩行補助具の利用

なし、あり（杖 四点杖 シルバーカー（押し車） 歩行器）

車椅子の使用 なし あり

※補助具・車椅子などを利用して移動ができる場合は、「歩く」項目は“自立”としてください。

同様に補助具・車椅子などを利用し、介助があれば移動ができる場合は、“一部介助”としてください。

設問7 現在、治療中（通院中）の病気があれば教えてください

高血圧：なし、あり、糖尿病：なし、あり、心臓病：なし、あり

腎臓病：□なし、□あり、腰痛・膝痛：□なし、□あり、眼の病気：□なし、□あり
その他

設問8 発症から現在に至る経過をご記入ください。また、その間にリハを行っていましたか？

急性期（救急病院）

リハ、 受けない、受けなかった理由をお答えください

リハがあることを知らなかった。また病院などからも勧められなかった。

リハがあることは知っていたが、病院などから勧められなかった。

リハがあることは知っていて病院などから勧められたが断った。□その他

受けた（ 理学療法 作業療法 言語聴覚療法 わからない）

リハを受けた期間（約_____日間）

満足度：□満足、□どちらかといえば満足、□普通、□どちらかといえば不満、

□不満、□わからない

身体機能の状態 ※この病院を退院された時点での状態についてお答えください

mRS 0、1、2、3、4、5

回復期（リハ病院）

リハ ※受けたリハの内容についてお答えください（複数回答可）

理学療法 作業療法 言語聴覚療法 わからない

リハを受けた期間（約_____日間）

満足度：□満足、□どちらかといえば満足、□普通、□どちらかといえば不満、

□不満、□わからない

身体機能の状態 ※この病院を退院された時点での状態についてお答えください

mRS 0、1、2、3、4、5

療養型病院

リハ、 受けない、受けなかった理由をお答えください

リハがあることを知らなかった。また病院などからも勧められなかった。

リハがあることは知っていたが、病院などから勧められなかった。

リハがあることは知っていて、病院などから勧められたが断った。

□その他

受けた（ 理学療法 作業療法 言語聴覚療法 わからない）

リハビリを受けた期間（約_____日間）

満足度：□満足、□どちらかといえば満足、□普通、□どちらかといえば不満、

□不満、□わからない

身体機能の状態 ※この病院を退院された時点での状態についてお答えください

mRS 0、1、2、3、4、5

老人保健施設 施設名

リハ 受けない、受けなかった理由をお答えください

リハがあることを知らなかった。また病院などからも勧められなかった。

リハがあることは知っていたが、病院などから勧められなかった。

リハがあることは知っていて病院などから勧められたが断った。□その他

受けた（ 理学療法 作業療法 言語聴覚療法 わからない）

リハビリを受けた期間（約_____日間）

満足度：□満足 □どちらかといえば満足 □普通 □どちらかといえば不満

□不満 □わからない

身体機能の状態 ※この施設を退所された時点での状態についてお答えください

mRS 0、1、2、3、4、5

現在の状況

リハ、 受けていない、受けていない理由をお答えください

受けている（ 理学療法 作業療法 言語聴覚療法 わからない）

リハビリを受ける頻度（_____回／_____日間で）

満足度：□満足、□どちらかといえば満足、□普通、□どちらかといえば不満、

□不満 □わからない

身体機能の状態 ※現在の状態についてお答えください
mRS 0、1、2、3、4、5

- 設問9 今後リハを受けてみたいと思いますか、思う、思わない、わからない
設問10 リハについて相談できる方はいらっしゃいますか、いない、いる。その方は？
設問11 「リハビリ手帳」を持っていますか、持っていない：聞いたことがない、
聞いたことはある、見たことがない、見たことがある
持っている：発行してくれた施設
現在、リハビリ関連のことでご希望等がございましたら、教えて下さい

結果

配布先と配布数(回収数)は、東村山市 63 (36)、清瀬市 120 (11)、小平市 93 (17)、西東京市 160 (30)、東久留米市 103 (30)、計配布数は 539、回収数は 124 だった。124 の回答を集計したところ、設問1の回答者は、本人 64、介護者 50、家族 1、介護支援専門員 1、不明 8、合計 124 だった。設問2の発症時年齢は、男性 40 歳から 90 歳、女性 40 歳から 90 歳以上と女性の高齢化が目立つ。性別は、男性 73、女性 50、不明 1。同居者なし 12、あり 111、不明 1。家族構成は配偶者なし 29、あり 93、不明 2。同居者は父 0、母 4、息子 43、娘 29、その他 14。居住地は、東村山市 36、清瀬市 11、小平市 17、西東京市 30、東久留米市 30。介護区分は、要支援1が 6、要支援2が 13、要介護1が 8、要介護2が 29、要介護3が 29、要介護4が 24、要介護5が 9、不明が 6。設問3の発症からの経過年数は 4 年以内が大半で、21 年、23 年、26 年、最長 34 年各 1 名あった。設問4の発症後在宅へ戻るまでの期間は、3 ヶ月以内が 27%、3 から 6 ヶ月が 28.7%、半年から 1 年が 27% だった。設問5の後遺症は、片麻痺 111、言語障害 58、嚥下障害 31、記憶障害 56、うつ 13 例だった。設問6の現在の状態は、寝返り、起き上がり、座る、立つ、歩くが自立している割合がそれぞれ 66.9、58.9、64.5、54.8、48.4% だった。設問6の歩行補助具の利用なしが 23.4% だった。設問7の現在治療中の病気としては、高血圧 64.5%、糖尿病 21.8%、心臓の病気 17.7%、

腎臓の病気 7.3%、腰痛・膝痛が 29% だった。その他、飲み薬の影響により虫歯を抜歯できないため歯の清掃に通院、リウマチ、肝臓病、筋肉をやわらげる薬、高脂血症、変形性股関節症、骨粗鬆症、花粉症、胃腸障害、腎臓も悪いが特に治療は受けていない、腎臓結石、前立腺ガン治療中、乳ガン手術など各 1 例の記載があった。

設問8からは、発症から在宅までの経過(表1)は回復期病院を経過する例が半数を占めた。mRS は、介護度と相関を示す(表2)が、在宅復帰までの期間との関連性は見られない(表3)。

急性期リハは受けたが 71.0%。急性期リハ受けなかった 24 例の理由としてリハがあることを知らなかった、病院からも勧められなかったが 33.3%、リハがあることは知っていたが、病院から勧められなかったが 16.7% だった。その他の内容として、発症から 13 日目にリハ専門病院に転院のため、リハがあることはあるが専門にリハをしている所を紹介してくれた、リハを受けられる状態ではなかった、早期に転院した、リハビリは専門病院でと言われた、当時は病院内になかったなどがあった。急性期の満足度は、満足 9.7%、どちらかといえば満足 14.5%、普通 25.0%、どちらかといえば不満 8.1%、不満 9.7%、わからない 5.6% だった。急性期退院時身体状態 mRS は、0 が 0.8%、1 が 3.2%、2 が 7.3%、3 が 12.1%、4 が 35.5%、5 が 24.2% だった。

回復期の満足度は、満足が 25.3%、どちらかといえば満足 32.2%、普通が 23.0%、どちらかといえば不満が 3.4%、不満が 6.9%だった。

回復期退院時身体状態 mRS は、0 が 0%、1 が 30%、2 が 11.5%、3 が 28.7%、4 が 43.7%、5 が 9.2%だった。

設問 8：発症から在宅までの経過（表 1）

一般病院（救急救命センターを含む） → 自宅	37
一般病院 → リハ病院 → 自宅	69
一般病院 → リハ病院 → 療養型病院 → 自宅	6
一般病院 → リハ病院 → 老健 → 自宅	1
一般病院 → 療養型病院 → 自宅	4
一般病院 → 老健 → 自宅	1
一般病院 → 療養型病院 → 老健 → 自宅	1
不明	5
計	124

設問 8：介護度と現在の mRS のクロス表（表 2）

mRS	1	2	3	4	5	不明	合計
要支援 1	1	3	1	0	0	1	6
要支援 2	0	8	2	0	0	3	13
要介護 1	0	3	3	1	0	1	8
要介護 2	0	4	13	8	0	4	29
要介護 3	0	2	11	12	0	4	29
要介護 4	0	0	1	20	0	3	24
要介護 5	0	0	0	2	6	1	9
合計	1	20	31	43	6	17	118

設問 8：在宅復帰までの期間と現在の mRS のクロス表（表 3）

mRS	1	2	3	4	5	不明	合計
3 か月以内	1	7	11	6	1	7	33
3～6 か月	0	8	9	14	0	4	35
半年～1 年	0	2	11	15	2	3	33
1 年～3 年	0	3	2	9	2	2	18
3 年以上	0	0	1	0	0	2	3
合計	1	20	34	44	5	18	122

現在リハを受けているのは 75.0%、受けていないが 16.1%、受けていない理由としてスポーツジムでフィットネス・水泳などを、週 3 回午前 2 時間、午後 2 時間、自己リハビリを

行っている、マッサージに通っている（週 1 回程度）、退院後 2 か月通院リハビリ（週 2 回）を受け終了した、保険が使えない、近く通所リハを週 3 回利用の予定、訪問看護で歩行練

習、下肢筋力アップ体操、自分でエアロバイク、退院後の通院（週1回）が終了したため、現状維持に対して特に必要性を感じない、何とか日常生活が行えるようになったため、リハビリらしいリハビリをやらないから、主治医から受けても治らないと言われた、日常生活動作がリハビリと思っている、発症半年以降リハビリを受けられる病院・施設を知らない、療法士・医師から家庭生活がリハビリと言われた、着替えができなくなっているのでリハビリを行いたい継続してできる病院がない、これ以上やっても元に戻らないし日常生活の中でできることをやっていくように退院の時言われた為、デイサービスを週に4回などの記載があった。現状の満足度は、満足が16.9%、どちらかといえば満足が13.7%、普通が26.6%、どちらかといえば不満が8.9%、不満が4.8%だった。現在の身体状態 mRS は、0が0%、1が0.8%、2が16.1%、3が27.4%、4が36.3%、5が4.8%だった。

設問9の今後リハを受けてみたいと思うは80.6%だった。設問10のリハの相談相手はケアマネージャ、PT、医師、訪問看護師、リハ療法士、家族、介護サービススタッフを挙げていた。

まとめ

自由意見にはリハ打ち切りの不満、老老看護の不安等の訴えがあり、機能回復リハの継続、短期入院リハの希望、デイケア、デイサービスなど維持期のリハの質の向上、退院後の療養生活指導、訪問リハ、介護保険によるOT、ST介入等の希望があった。慢性期においても機能回復にこだわる気持ちが強い。その時々に必要なリハの内容と目的を説明し、理解を得ることが重要であろう。そして、機能回復から生活の質に眼を向けてもらうために、一貫したリハの提供と繰り返し説明をして理解を得ることが不可欠である。

以上、調査の結果から維持期における廃用予防の判定に、生活実態を反映し評価が定まっ

ているスケールである mRS、BI、障害老人の日常生活自立度、認知症老人の日常生活自立度を取り上げた。これらは、ケアマネージャに入力可能なことから項目として選定した。

II：脳卒中慢性期入力データ項目の妥当性に関する調査

目的

今回は、入力項目の妥当性を検討するために集計表、慢性期リハ DB 試案を作成した。ケアマネージャが入力し、項目の妥当性の調査を行った。

対象と方法

東村山市にある居宅事業所のケアマネージャに入力をお願いする。東村山市在住の介護保険を利用している脳卒中患者を対象に、記録紙に担当開始時、半年後の2回記入する。死亡、入院、ケアマネの交替があれば途中で終了とする。説明語に開始時年齢、病名、発症時年齢、合併症、mRS、介護力、BI、日常生活自立度、認知機能、デイケア、デイサービス、訪問リハの有無を入力する用紙（試案）を配布、郵送により回収した。

結果

3事業所から計7例が送付された。半年で変化を認めたのは1例のみだった。72歳男性脳梗塞のかたで、mRS、BI、障害老人の日常生活自立度に変化はなく、認知症老人の日常生活自立度がIIaからIIbになった。その結果要介護2から3へ変更された。例数が少ないため、回答をいただいた事業所へ電話して入力に問題はないことを確認した。

まとめ

mRS、BI、障害老人の日常生活自立度、認知症老人の日常生活自立度はケアマネージャが入力可能であること、入力に戸惑うことはなく確実に評価でき、生活自体を反映する評価が定まっている項目であることから入力項目として妥当と考えられた。

(試案) リハビリテーション患者 DB (脳卒中慢性期)

事業所名 ()

初回記載日 (年 月 日)

最終記載日 (年 月 日)

整理番号		ふりがな	
生年月日	年 月 日	患者名	男 女
診断名	脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 その他 ()		
発症年月日	年 月 日		
障害	右片マヒ 左片マヒ 失語症 嚥下障害 その他 ()		

【認知症】

認知症関連項目	初 回	半年後
1 意欲・発動性の低下	無 有	無 有
2 注意力の障害	無 有	無 有
3 日中傾眠・昼夜逆転	無 有	無 有
4 不穏・せん妄	無 有	無 有
5 暴言・暴力	無 有	無 有
6 リハビリ拒否	無 有	無 有

身体障害者手帳	無 有 (級)	
介護保険	初 回	半年後
	要支援 (1、 2) 要介護 (1、 2、 3、 4、 5)	要支援 (1、 2) 要介護 (1、 2、 3、 4、 5)
介護力 ※家族や友人などによる介護力 (ヘルパーなど専門職は含めない)	1. 介護力ほとんどなし 2. 1と3の間 3. 常時、介護に専念できる者1人分に相当 4. 3と5の間 5. 常時、介護に専念できる者2人以上に相当 6. その他 7. 不明	

【介護サービス】

	初 回	半年後
デイケア	無 有 (回/週)	無 有 (回/週)
デイサービス	無 有 (回/週)	無 有 (回/週)
訪問リハ	無 有 (回/週)	無 有 (回/週)

評価日	障害老人の日常生活自立度								
初 回	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
半年後	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2

評価日	認知症老人の日常生活自立度								
初 回	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
半年後	自立	I	II a	Grade 0:全く症状がない Grade 1:症状はあるが特に問題となる障害はない (通常の日常生活および活動は可能) Grade 2:軽度の障害 (以前の活動は障害されているが、 介助なしに自分のことが出来る) Grade 3:中等度の障害 (何らかの介助を必要とするが介助なしに歩行可能) Grade 4:比較的高度の障害 (歩行や日常生活に介助が必要) Grade 5:高度の障害 (ベッド上生活、失禁、常に看護や注意必要) Grade 6:死亡					

【m-Rankin Scale】

初 回	0	1	2	3	4	5
半年後	0	1	2	3	4	5

【Barthel Index】

初 回				半年後					
食事	10	5	0	食事	10	5	0		
移乗	15	10	5	0	移乗	15	10	5	0
整容	5	0		整容	5	0			
トイレ動作	10	5	0	トイレ動作	10	5	0		
入浴	5	0		入浴	5	0			
平地歩行	15	10	5	0	平地歩行	15	10	5	0
階段	10	5	0	階段	10	5	0		
更衣	10	5	0	更衣	10	5	0		
排便管理	10	5	0	排便管理	10	5	0		
排尿管理	10	5	0	排尿管理	10	5	0		

※ 移乗の 10 は監視下、5 は座れるが移れない。

※ 平地歩行の 10 は歩行器使用、5 は車イス操作が可能。

Ⅲ：慢性期（在宅用）リハ DB 入力項目、入力方法の提案

慢性期リハ DB 設計にあたって現在のリハ DB に「慢性期」を組み込む場合、以下の 3 案が考えられる。A 案は、登録区分を「脳卒中」とし、「脳卒中登録」の中に、「慢性期」入力画面を作成する。B 案は、登録区分を「慢性期」とし、「慢性期登録」の中に入力画面を作成する。C 案は、「慢性期」を完全に独立した形にし、共通の画面を使わずに直接データが入力できる画面にする。A、B 案は共に、現行の共通画面の項目が、入院時（リハ開始時）、退院時（リハ終了時）となっており、1 年以上の入力を必要とする慢性期としては不適切である。したがって発症から最低 1 年間、できれば 3 年間、入力を必要とする慢性期リハ DB は、共通画面の項目は同じとしても、独自に基本情報から設計する必要がある、C 案を提案する。

入力項目について基本情報は、現行のリハ DB の基本情報と共通させる。しかし、長期間の記入となるため共通化は困難であることは既に述べた。事業所名、初回記載日、最終記載日、整理番号、氏名（ふりがな）、性別、生年月日、診断名、発症日（受傷日）、手術日、入院日、退院日、障害名。調査項目は、入力時期：初回、半年後、1 年後、1 年半後、2 年後、2 年半後、3 年後、身体障害者手帳（無・有 級）、介護保険、介護力、介護サービス（通所リハ、訪問リハ、デイケア、デイサービス）、通院リハ、認知症、障害老人の日常生活自立度、認知症老人の日常生活自立度、mRS、BI、（日常生活機能評価）である。

入力手順は以下の場合が考えられる。第一には、居宅サービス事業所、診療所が新規に直接データバンクを利用する。第二は、既に脳卒中 DB に登録がある場合である。

脳卒中 DB を利用した医療機関からかかりつけ医またはケアマネはデータを引き継ぎ、その上で慢性期入力を開始してもらおう。終了した時点でデータを送信する。後者の場合、統計処理する時には、脳卒中、大腿骨頸部骨折とは別の統計母集団にすること。終了時点は死亡、入院（再発作・骨折など ADL に明らかな変化がある場合）、ケアマネの交代、最終入力は 3 年後とする。

結語

慢性期のリハは医療機関と介護福祉施設間でリハ情報を共有し、急性期から在宅療養まで一貫したリハシステムと、質の高い、エビデンスに基づいたリハが求められている。リハのエビデンス研究には大量データを用いた解析の有用性が知られている。そこで、データ蓄積のためにデータバンクの構築を試みた。

これまで開発してきたリハ DB と基本情報は同一の項目とし、mRS、BI、障害老人の日常生活自立度、認知症老人の日常生活自立度、通院リハ、通所リハ、訪問リハ、デイケア、デイサービスの有無とその頻度を入力項目とした。入力はケアマネージャにお願いし、半年毎に入力、自立度に影響する病気のために入院、ケアマネが交代した場合は終了とし、最長 3 年間入力とする慢性期リハ DB の構築を提案した。

参考文献

鴨下 博：北多摩北部二次医療圏における地域リハビリテーションの取り組み—リハビリ手帳について—、地域リハビリテーションの実践、Medical Rehabilitation No.102, P63-68、2009 年、全日本病院出版会

大腿骨頸部骨折リハビリテーション患者DBの開発の意義と課題（平成19年度）

分担研究者 大串幹 熊本大学医学部附属病院リハビリテーション部 助教
山鹿真紀夫 熊本リハビリテーション病院 副院長
研究協力者 旭俊臣 旭神経内科リハビリテーション病院 院長
西村一志 やわたメディカルセンターリハビリテーション科 医長
及川忠人 東八幡平病院 院長

研究要旨

すでに開発済みの脳卒中リハビリテーション患者DB（以下、「脳卒中DB」）を中核とし、今回水平展開として大腿骨頸部骨折リハ患者DB（以下、「頸部骨折DB」）の開発を行った。「脳卒中DB」に準じ1）個人情報削除し、インターネット経由で提出・結合する、2）必須入力項目と詳細オプション項目の2段階とする、3）電子カルテ等からのデータの変換を視野に入れて作成する、4）リハ実施計画書・診療情報提供書・退院時サマリーなどの付加機能により参加メリットを追求する、を基本コンセプトとした。さらに今後の発展性を考慮し、他疾患への水平展開を図るために、疾患特異的部分をできるだけ簡素化し、脳卒中・頸部骨折に共通するリハ領域に焦点を当て、1）入力項目においては「頸部骨折DB」と「脳卒中リハDB」との共通項目の選択、2）各地で運用されている大腿骨頸部骨折地域連携パス等からリハ関連項目を抽出し不足分追加を行った。各種スケールや評価項目などは参照可能な形式とし、入力項目はできるだけ選択方式することで入力業務の簡素化を図ることができた。今後「頸部骨折DB」を用いてのデータ集積により、「脳卒中DB」と同様の研究分析だけでなく、共通項目の選択により、疾患非特異的カテゴリの研究分析が容易となることが期待できる。

A. 研究目的

多施設参加の大規模データバンク（以下、DB）により患者の基本データを同じフォーマットで継続的に蓄積・結合することで、1）記述的・分析的臨床疫学研究などの医学研究、2）施設間・条件間比較ならびに3）診療報酬改訂のモニタリングなどが可能となる。脳卒中リハビリテーション患者DB（以下、「脳卒中DB」）を中核とし、水平展開として患者数の多い大腿骨頸部骨折リハ患者DB（以下、「頸部骨折DB」）の開発を行った。

B. 研究方法

継続的に同じフォーマットで多施設の患者

の基本データを蓄積可能なものとするため、すでに開発されている脳卒中リハ患者DB ver.2.3 をベースにして、大腿骨頸部骨折リハビリテーション患者に対応したDBの開発を目指した。まず、基本仕様および入力項目の検討等を行うためのワーキンググループ（WG）を立ち上げた。

基本仕様

「脳卒中DB」に準じ
個人情報を削除し、インターネット経由で提出・結合する
必須入力項目と詳細オプション項目の2段階とする
電子カルテ等からのデータの変換を視野に