

## 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金

(「全国リハビリテーション患者データベースを用いた維持期障害者に対する効果的な社会復帰支援に関する研究」研究事業)

分担研究報告書

### 訪問リハビリテーションデータベースに関する研究

研究代表者 菊地 尚久 (横浜市立大学大学院医学群リハビリテーション科准教授)

研究分担者 赤居 正美 (国立障害者リハビリテーションセンター病院長)

生駒 一憲 (北海道大学医学部リハビリテーション医学講座教授)

佐浦 隆一 (大阪医科大学リハビリテーション医学講座教授)

#### 研究要旨

脳卒中患者を主体とした維持期障害者に対する訪問リハビリテーションに関するデータベースを構築する目的で内容に関する検討を行った。日本リハビリテーション医学会データベース特別委員会、日本リハデータベース協議会(JARD)において検討を行い、項目を設定した。項目はリハ制度利用とその頻度、目的および内容、ADL、本人・家族のQOL、生活空間(LSA)などに関するものを設定した。今後在宅での訪問リハに関わる多職種が今回設定した項目に入力を行うことにより、今回の研究を基にして大規模データに基づく、訪問リハビリテーションの効果の検討が行えるものと思われる。

#### A. 研究目的

本研究の目的はリハ医療を受けた患者に対して維持期での障害状況、生活環境を基に、その後の社会復帰に対する自立訓練事業の実態調査を行い、どのような支援をどの程度の期間実施することが適切であるかを分析し、障害者の自立生活を支援するサービスに関して、サービス内容、利用期間等を提示し、適切な施設利用を検討するために行うものである。維持期の障害者が就労・地域活動など社会復帰への移行を図ることは障害者自身のQOLを上げるだけでなく、社会全体の障害者にかかるコストを下げ、就労に伴う社会還元

にとって重要であるが、これに関する包括的研究は本邦では少ない。自立支援法や介護保険制度による福祉制度利用は都市部と郊外、あるいは各地方による格差があるのは否めないため、全国的な調査が必要である。またこの研究は福祉施設側からの評価だけでその後の社会活動の予測を行うことは不可能で、急性期医療・リハおよび回復期リハがどのように行われて維持期に至ったかの縦断的な医学的および社会的評価が基礎データとして必須である<sup>1)</sup>。日本リハビリテーション医学会では平成21年度から全国でのリハ医療全般に関わるデータベースを構築し、これに関わる調査研究を進めてきた<sup>2)</sup>。このデータベース

から障害者の身体機能・高次脳機能・ADLの医学的な評価と経過，退院後の生活状況を総合的に把握することが可能で，維持期においてどのような障害が残存し，社会復帰に対して必要な訓練が何かを判断できる．

本研究は急性期・回復期に評価したデータベースを発展させて，在宅での福祉制度利用の種類・期間についての実態調査を全国規模で施行し，その後の就労状況および地域での活動状況に関して調査を行い，福祉制度利用，特に自立訓練事業の内容・期間と社会復帰の関係をモデル化することを目標としている．

その中で本調査では在宅における維持期障害者に対する訪問リハビリテーション（以下訪問リハと省略）に関するデータベースを構築するために検討を行ったので報告する．

## B. 研究方法

2012年度および2013年度に日本リハビリテーション医学会データベース特別委員会および日本リハビリテーションデータベース協議会（Japanese Association of Rehabilitation database; JARD）でメール審議を含めた会議を開催し，各分野からの意見を取り入れて，内容を吟味した．委員会内の役割として研究代表者の菊地尚久はデータベース特別委員会およびJARDの委員，研究分担者の赤居正美はデータベース特別委員会の担当理事およびJARDの委員，研究分担者の生駒一憲および佐浦隆一はデータベース特別委員会の担当理事を務めた．

## C. 研究結果

訪問リハの対象者は外来リハへの通院や通所リハが身体的あるいは物理的に困難であるものが多く，外出，セルフケアに対して介護

者が必要な場合が多い．この字筒を検証するために手介護者という項目を設定した．選択肢は妻，夫，娘，嫁（子供の妻），息子，その他とした．

訪問リハのサービス利用状況の項目を設定した．訪問リハは医療保険と介護保険の両方の制度で利用することが可能であり，介護保険対象者は介護保険優先となる．そこで自宅退院後のリハ継続計画に関する項目を設定した．選択肢は医療保険，介護保険，障害者自立支援制度，自費，無，不明とした．自宅退院後のリハは主に病院への通院，施設への通所，訪問リハが想定されるため，急性期，回復期リハ病院からの退院を想定して項目を設定した．選択肢は外来リハ（自施設），外来リハ（他施設），通所リハ（自施設），通所リハ（他施設），訪問リハ（自施設），訪問リハ（他施設）とした．退院後のリハ利用目的を明らかにするためにICFを加味して項目を設定した．優先順位を含めて，低い（1）から高い（5）までの5段階で記入することにした．選択肢は介助量の制限，環境因子の調整，機能維持，機能改善，活動（ICF）の維持，活動（ICF）の改善，参加（ICF）の維持，参加（ICF）の改善とした．訪問リハ利用の有効性を明らかにするために，訪問リハの必要性を医学的見地から判断する項目を設けた．選択肢は是非必要，望ましい，ない，不明・その他の5つである．医療保険利用との関係を明らかにするために，加入している健康保険の種類に関する項目を設定した．選択肢は国民健康保険，協会けんぽ，組合健康保険，長寿（後期高齢者）医療制度，共済組合，その他，不明とし，その他には別途記載項目を設けた．同居家族の人数とその構成でサービス利用に影響があるかをみるために同居家族に関する項目を設定した．同居家族数の記入と世帯類型の選択肢として，一人暮らし，夫

婦のみ，その他とした。

訪問リハと他のサービス利用の関係をみるためにリハ系サービスの利用頻度に関する項目を設定した。項目は訪問リハ頻度（週当たり），訪問看護ステーション頻度（PT，OT等による訪問，週あたりに換算），通所リハ頻度（週当たり），通所介護頻度（PT，OTによるリハ提供型のみ，週あたり），外来リハ（週あたり）とした。選択肢はなし，週1日未満，週1日から週7日の9つとした。

訪問リハの内容を問うために「訪問リハについて」を設定した。訪問リハ担当者職種として，選択肢をPT，OT，ST，PT/OT，PT/ST，OT/ST，PT/OT/STとした。訪問リハ内容の選択肢としてROM，筋力強化，機能訓練，ADL，APDL，歩行，介護指導，摂食/嚥下，社会参加，環境調整，コミュニケーション，その他を設定した。自主訓練指導の有無をみるために項目をありとなしの選択肢で設定した。また自主訓練ありの場合の頻度に関する選択肢として，週1～2回，週3～4回，ほぼ毎日の選択肢を設定した。

機能評価に関する項目を設定した。バランス障害，廃用症候群などに対してよく用いる評価としてTimed UP & Go Testの項目を設定し，快適速度と最大速度で測定することにした。全般的な筋力の大まかな指標として握力の項目を設定した。可能な場合には左右両方を測定し，採用値の記入欄を設けた。バランス，下肢体幹筋力の指標としてChair Stand Test（5回法）の項目を設定した。ADLに関する項目をFIMに基づき7段階で設定した。セルフケアの項目として食事，整容，清拭，更衣（上半身），更衣（下半身），トイレ動作，排泄の項目として排尿管理，排便管理，移乗の項目としてベッド・車いす，トイレ，浴槽・シャワー（浴槽またはシャワーの選択肢あり），移動の項目として，歩行・車椅子

（歩行または車椅子の選択肢あり），階段，コミュニケーションの項目として理解（聴覚，視覚）（聴覚または視覚の選択肢あり），表出（言語，非言語）（音声または非音声の選択肢あり），社会的認知の項目として社会的交流，問題解決，記憶を設定した。

APDLに関する項目を老健式評価に基づき，あり・なしで13項目を設定した。

本人のQOLに関する項目として7：とてもそうですから1：とても違うの7段階で以下の5項目を設定した。項目は，1 現在，私の生活は理想的である，2 現在，私の生活の状況は最高である，3 現在，私は生活に満足している，4 現在，これまでは私は人生において，やりたいことができた，5 現在，人生を振り返ってもやり残した事はほとんどないとした。また同様の設問，段階で家族のQOLに関する項目を設定した。

生活空間（LSA）をみるために過去4週間における項目を設定した。生活空間レベル1としてa 自宅で寝ている場所以外の部屋に行きましたか，b 上記生活空間に何回行きましたか，c 上記生活空間に行くのに，補助器具または特別な器具を使いましたか，d 上記生活空間へ行くのに，他者の助けが必要でしたか，生活空間レベル2としてa 玄関外，ベランダ，中庭，（マンションの）廊下，車庫，庭または敷地内の通路などの郊外に出ましたか，b 上記生活空間に何回行きましたか，c 上記生活空間に行くのに，補助器具または特別な器具を使いましたか，d 上記生活空間へ行くのに，他者の助けが必要でしたか，生活空間レベル3としてa 自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣の場所に外出しましたか，b 上記生活空間に何回行きましたか，c 上記生活空間に行くのに，補助器具または特別な器具を使いましたか，d 上記生活空間へ行くのに，他者の助けが

必要でしたか，生活空間レベル4として a 町外に外出しましたか，b 上記生活空間に何回行きましたか，c 上記生活空間に行くのに，補助器具または特別な器具を使いましたか，d 上記生活空間へ行くのに，他者の助けが必要でしたかを設定した．

栄養(MNA)に関する項目を設定した．MNAの項目に基づき，A 過去3カ月食欲不振(0~2)，B 過去3カ月体重減少(0~3)，C 自力歩行(0~2)，D 過去3カ月ストレス(0~2)，E 神経・精神的問題(0~2)，F1 BMI(0~3)，F2 ふくらはぎ周囲長(0~3)の項目を設定した．

体格として身長，体重，BMIの項目を設定した．

#### D. 考察

脳卒中患者においては回復期リハビリを退院し，自宅復帰する際には介助量が軽減し，社会資源を活用した上で自宅での生活が確立すれば，退院時のゴールは達成したことになる．機能維持のためには自主訓練に含めて，何らかの維持的リハビリ手段が必要である．現在活用できる手段としては医療保険を利用した通院リハ，介護保険制度での施設利用での通所リハ，医療保険あるいは介護保険利用での訪問リハという選択になる．

訪問リハに関しては，データベース入力の場合設定が難しいことから現在まで大規模データでの報告はみられなかった．そこで我々はPT/OT/STの各団体に呼び掛けて，それぞれの団体から代表者を募り，リハデータベース協議会を構成した．今後在宅での訪問リハに関わる多職種が今回設定した項目に入力を行うことにより，今回の研究を基にして大規模データに基づく，訪問リハビリテーションの効果の検討が行えるものと思われる．

#### E. 結論

脳卒中患者を主体とした維持期障害者に対する訪問リハビリテーションに関するデータベースを構築する目的で内容に関する検討を行った．日本リハビリテーション医学会データベース特別委員会，日本リハデータベース協議会(JARD)において検討を行い，項目を設定した．項目はリハ制度利用とその頻度，目的および内容，ADL，本人・家族のQOL，生活空間(LSA)などに関するものを設定した．今後在宅での訪問リハに関わる多職種が今回設定した項目に入力を行うことにより，今回の研究を基にして大規模データに基づく，訪問リハビリテーションの効果の検討が行えるものと思われる．

#### F. 文献

- 1) 菊地尚久：長期にリハビリテーションが必要な救命救急患者に対する急性期リハと退院先に関する問題点．日本臨床救急医学会雑誌 11：361-368，2008．
- 2) 近藤克則：リハビリテーションデータベース オーバービュー：症例登録データベースの現状と課題．Journal of Clinical Rehabilitation 19(4)：377-382，2010．