

日常生活自立度_退院時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 J1	3	42.9	60.0	60.0
J2	1	14.3	20.0	80.0
A1	1	14.3	20.0	100.0
合計	5	71.4	100.0	
欠損値 システム欠損値	2	28.6		
合計	7	100.0		

BI食事_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 5	2	28.6	28.6	28.6
10	5	71.4	71.4	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI移乗_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	1	14.3	14.3	14.3
10	2	28.6	28.6	42.9
15	4	57.1	57.1	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI整容_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	2	28.6	28.6	28.6
5	5	71.4	71.4	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BIトイレ動作_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	1	14.3	14.3	14.3
5	3	42.9	42.9	57.1
10	3	42.9	42.9	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI入浴_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	4	57.1	57.1	57.1
5	3	42.9	42.9	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI平地歩行_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	2	28.6	28.6	28.6
5	3	42.9	42.9	71.4
10	1	14.3	14.3	85.7
15	1	14.3	14.3	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI階段_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	5	71.4	71.4	71.4
5	1	14.3	14.3	85.7
10	1	14.3	14.3	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI更衣_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	1	14.3	14.3	14.3
5	1	14.3	14.3	28.6
10	5	71.4	71.4	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI排便管理_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	1	14.3	14.3	14.3
5	2	28.6	28.6	42.9
10	4	57.1	57.1	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI排尿管理_リハ開始時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	1	14.3	14.3	14.3
5	2	28.6	28.6	42.9
10	4	57.1	57.1	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI食事_退院時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 5	1	14.3	14.3	14.3
10	6	85.7	85.7	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI移乗_退院時

		度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効	0	1	14.3	14.3	14.3
	15	6	85.7	85.7	100.0
	合計	7	100.0	100.0	

BI整容_退院時

		度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効	0	1	14.3	14.3	14.3
	5	6	85.7	85.7	100.0
	合計	7	100.0	100.0	

BIトイレ動作_退院時

		度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効	0	1	14.3	14.3	14.3
	10	6	85.7	85.7	100.0
	合計	7	100.0	100.0	

BI入浴_退院時

		度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効	0	4	57.1	57.1	57.1
	5	3	42.9	42.9	100.0
	合計	7	100.0	100.0	

BI平地歩行_退院時

		度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効	0	1	14.3	14.3	14.3
	5	3	42.9	42.9	57.1
	10	2	28.6	28.6	85.7
	15	1	14.3	14.3	100.0
	合計	7	100.0	100.0	

BI階段_退院時

		度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効	0	4	57.1	57.1	57.1
	5	2	28.6	28.6	85.7
	10	1	14.3	14.3	100.0
	合計	7	100.0	100.0	

BI更衣_退院時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	1	14.3	14.3	14.3
10	6	85.7	85.7	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI排便管理_退院時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	1	14.3	14.3	14.3
5	1	14.3	14.3	28.6
10	5	71.4	71.4	100.0
合計	7	100.0	100.0	

BI排尿管理_退院時

	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効 0	1	14.3	14.3	14.3
5	1	14.3	14.3	28.6
10	5	71.4	71.4	100.0
合計	7	100.0	100.0	

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)
総括研究報告書

脳卒中患者におけるリハビリテーションデータベースと入所型自立訓練施設データとの比較

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

研究要旨

全国入所型自立訓練施設に入所した脳卒中者のデータと就労年齢の維持期脳卒中患者のデータを比較した。Modified Rankin Scale は入所者データでは中等度の障害が多く、維持期データは軽症または正常が多いというデータであり、在宅生活レベルから社会生活レベルまで上げることをの目的とした入所型自立訓練施設利用の目的にかなったデータであった。日常生活自立度は入所者データの方が、正常と完全介助のCが少なく、Jに関しては入所者データが多い結果で、入所型自立訓練施設利用の目的にかなったデータであったが、約20%は入所時これ以下のレベルの入所者を受け入れており、医療における回復期リハ病棟に近い役割を持つ施設も存在することが推察された。Barthel Index は維持期データ、入所者入所時データ、入所者退所時データの順に点数が高く、今回の維持期データに入っていた半数以上の患者には点数上の入所適応があり、入所での自立訓練により、ADL、社会生活能力が向上することが期待された。

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¹⁾。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²⁾。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。

その中で本研究では全国入所型自立訓練施設に入所した脳卒中者のデータと昨年の研究成果の一つである就労年齢の維持期脳卒中者のデータを比較し，入所者の特徴と自立訓練効果を向上させるための方策を検討する目的で研究を行った。

B. 研究方法

1. 入所型自立訓練施設データ（以下入所者データと略）

2011年度調査依頼を行った入所型自立訓練施設79施設のうち，視覚障害単独型施設を除く49施設にリハデータベースの記入を依頼した。

依頼した施設のうち17施設から記入了承の回答があった。これらの施設に対して，リハデータベースのチェックリストを郵送し，自立訓練施設でのデータ入力を依頼した。調査期間は2012年9月から2013年1月までの5か月間とし，入所時データと調査開始時点でのデータ，調査終了時でのデータを入力し，訓練効果について検討した。依頼した施設のうち有効なデータの送付が得られたのは10施設で，総計115例であった。

調査項目は調査時年齢，入所時

modified-Rankin Scale³⁾，入所時日常生活自立度⁴⁾，入所時および退所時 Barthel Indexの総点である。

2. 就労年齢の維持期障害者データ（以下維持期データと略）

2011年版リハ患者DBに登録された回復期リハ病棟脳卒中患者2700例から65歳未満の986例を抽出，退院先が自宅の664例を対象とした。発症から回復期リハ病棟退院までに要した期間は 131.0 ± 65.3 日であった。

調査項目は退院時 modified Rankin Scale，退院時日常生活自立度，退院時 Barthel Indexの総点である。

1，2で得られた項目それぞれを比較・検討した。

C. 研究結果

対象者の平均年齢は入所者データでは 49.6 ± 12.0 歳，維持期データでは 54.8 ± 9.1 歳で，入所者データの方がWilcoxon符合検定で有意さがあるデータであった。

入所者データの入所時 Modified Rankin Scaleは，記載があった93例中0が1例1.1%，1が6例6.5%，2が19例20.4%，3が25例26.9%，4が42例45.2%であった。維持期データでは519例中0が70例13.5%，1が89例17.1%，2が192例37.0%，3が162例31.2%，4が6例0.1%であった（表1）。

表 1 Modified Rankin Scale の比較

	入所者	維持期
0	1.1%	13.5%
1	6.5%	17.1%
2	20.4%	37.0%
3	26.9%	31.2%
4	45.2%	0.1%

両データの傾向をみると入所者データの方で重症が多く、維持期データの方が少ないことがわかった。

入所者データの日常生活自立度は、記載があった 80 例中正常が 1 例 1.3%、J1 が 20 例 17.4%、J2 が 19 例 23.8%、A1 が 21 例 18.3%、A2 が 13 例 11.3%、B が 6 例 7.5%、C が 0 例 0%であった。維持期データでは 535 例中正常が 43 例 8.0%、J1 が 71 例 13.3%、J2 が 94 例 17.6%、A1 が 147 例 27.5%、A2 が 86 例 16.1%、B が 62 例 11.6%、C が 32 例 6.0%であった (表 2)。

表 2 日常生活自立度の比較

	入所者	維持期
正常	1.3%	8.0%
J 1	17.4%	13.3%
J 2	23.8%	17.6%
A 1	18.3%	27.5%
A 2	11.3%	16.1%
B	7.5%	11.6%
C	0%	6.0%

両データの傾向をみると入所者データの方が、正常と完全介助の C が少なく、J に関しては入所者データが多く、A に関しては入所者データが少ない結果であった。

Barthel Index については入所者データ

では入所時が平均 84.1±16.7 点、退所時が平均 88.7±13.0 点、維持期データでは退院時平均 82.5±16.3 点で、この 3 つのデータ全てで Wilcoxon 符合和検定で有意差を認めた (表 3)。

表 3 Barthel Index の比較

(Wilcoxon 符合和検定 *P<0.01)

	平均値
入所者 (入所時) *	84.1
入所者 (退所時) *	88.7
維持期*	82.5

D. 考察

脳卒中患者においては回復期リハ病棟を退院し、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自立すれば、とりあえず退院時のゴールは達成したことになる⁵⁾。しかしながら就労年齢にある脳卒中患者においては、最終的に復職、再就労がゴールとして期待できる場合には、回復期リハ病棟を退院した後も社会生活自立に向けたリハビリテーションが必要となる⁶⁾。本研究では全国入所型自立訓練施設に入所した脳卒中者のデータと昨年の研究成果の一つである就労年齢の維持期脳卒中患者のデータを比較し、入所者の特徴と自立訓練効果を向上させるための方策を検討する目的で研究を行った。

Modified Rankin Scale は全体の障害像を大まかに示す指標として用いられる。入所者データの特徴は中等度の障害を持つものが多いということであり、これに対して維持期データは軽症または正常が多いというデータであった。今回の維持期データは集団としてみると入所者データよりはやや高齢であるが、年齢を 65 歳までと区切っており、年齢

の要因はあまり大きく考えなくてよいと思われる。この条件下で考察すると、入所者は在宅生活レベルから社会生活レベルまで上げることを本来の目的としており、今回のデータはその目的にかなったデータだと思われる。

日常生活自立度に関しては、入所者データの方が、正常と完全介助のCが少なく、Jに関しては入所者データが多く、Aに関しては入所者データが少ない結果であった。日常生活自立その判断基準は⁴⁾、Jが何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出するもので、このうち1は交通機関等を利用して外出するもの、2は隣近所へなら外出するもの、Aは屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しないもの、このうち1は介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活するもの、2は外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしているもの、Bは屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つもので、Cは1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要するものとなっている。自立訓練施設の本来の目的はJに対するものと思われるが、Aに対しても入所での訓練により介助なしで外出できれば対象になると思われる。したがって、入所者データの結果は上記の概念にほぼ一致するものであるが、約20%は入所時これ以下のレベルの入所者を受け入れている事実があり、医療における回復期リハ病棟に近い役割を持つ施設も実際には存在することが推察される。

Barthel Indexに関しては維持期データ、入所者入所時データ、入所者退所時データの順に有意に点数が高かった。したがって今回の維持期データに入っていた半数以上の患者は点数だけを見れば入所適応があり、入所での自立訓練を行うことにより、ADLが向上し、

また社会生活能力が向上することが期待される。昨年度の報告書にも記載したが、自立訓練施設の利用適応者に対する情報不足も問題の一つであり、適応者が相当数存在することが今回の結果からも推察され、この問題点を改善し、施設の有効利用を図ることが必要と考えられた。

今後の課題としては、地域で生活する維持期障害者の実態調査が第一であり、必要実数を来年度は試算し、施設利用との実態を把握することが必要であると思われる。また施設ごとの差異を明らかにすること、屋外移動能力の指標として持久力に対する評価を加えることなども必要と思われる。

E. 結論

全国入所型自立訓練施設に入所した脳卒中者のデータと就労年齢の維持期脳卒中患者のデータを比較した。Modified Rankin Scaleは、入所者データは中等度の障害を持つものが多く、維持期データは軽症または正常が多いというデータであり、在宅生活レベルから社会生活レベルまで上げることを本来の目的とした入所型自立訓練施設利用の目的にかなったデータであった。日常生活自立度は入所者データの方が、正常と完全介助のCが少なく、Jに関しては入所者データが多い結果で、入所型自立訓練施設利用の目的にかなったデータであったが、約20%は入所時これ以下のレベルの入所者を受け入れており、医療における回復期リハ病棟に近い役割を持つ施設も存在することが推察された。Barthel Indexに関しては維持期データ、入所者入所時データ、入所者退所時データの順に点数が高く、今回の維持期データに入っていた半数以上の患者には点数上では入所適応があり、入所での自立訓練を行うことによ

り，ADL，社会生活能力が向上することが期待された。

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．
- 3) Oliver R-A, et al：Mapping the Modified Rankin Scale (Mrs) Measurement into the Generic EuroQol (EQ-5D) Health Outcome．Med Decis Mak 30：351-354,2011．
- 4) 中西範幸，高林弘の，檜村裕美ほか：「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」と支障度との関連性についての一考察．老人医学 60:895-899, 2010．
- 5) 小林一成：ゴール設定に必要な予後予測．脳卒中．総合リハ 38：613-621, 2010．
- 6) 大塚庸次：身体障害者更生施設から社会的リハビリテーションについて考える．神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要 22：5-10, 2010．

神奈川県における障害者自立訓練施設利用について

研究協力者 伊藤良介（神奈川県総合リハビリテーションセンターリハビリテーション科）

横山 修（神奈川県総合リハビリテーションセンターリハビリテーション科）

研究要旨

神奈川県総合リハビリテーションセンターにおける自立支援施設の現状を調査し、その役割について検討した。対象は 2007 年 4 月から 2010 年 3 月までに施設を退所した 200 名。調査は入所の目的とその帰結、訓練内容について後方視的に調査し、その目的により、自宅への復帰を目的とした症例、生活拠点の確保を目的とした症例、就労の準備を目的とした症例の 3 群に分けた。脳卒中に関しては入所前の所在は回復期病棟、一般病院、自宅の順に多く、退所先は自宅復帰が 79.1%、施設が 17.3%であった。脊髄障害に関しては入所前の所在は一般病院が 90%程度で、退所先は自宅復帰が 90%以上であった。自宅復帰を目的とした群では、内容は機能訓練、ADL 訓練、コミュニケーショングループ訓練、住宅改修、退所後の社会資源確保であった。生活拠点の確保・単身生活自立を目的とした群では、内容は住居の確保、社会資源の利用方法獲得、日常生活関連動作修得であった。就労の準備を目的とした群では、内容は屋外移動能力の向上、体力・耐久力の向上、コンピュータ操作訓練、就労援助機関などの情報提供で、実際の就労が可能であったのは 82.4%であった。

A. 研究目的

身体障害者自立支援施設は身体障害者福祉法から障害者自立支援法へ法律が変更されたことにより、従来の授産施設、更生施設、療養施設という施設形態から全体を障害者自立支援施設と呼び、その中に介護給付型として療養介護、生活介護、施設入所介護、訓練等給付型として自立訓練（機能訓練および生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援（A、B）

という形態に移行された。

当リハビリテーションセンター（七沢更生ライトホーム）では旧更生施設を自立支援法移行に伴い、施設入所支援と自立訓練（機能訓練）施設として、申請し、現在まで運営を行っている。

今回我々の施設における自立支援施設の現状を調査し、その役割について検討したので報告する。

B. 研究方法

調査対象は神奈川県総合リハビリテーションセンター七沢更生ライトホームに入所した施設利用者のうち2007年4月から2010年3月までに施設を退所した200名である。調査方法は施設における援助記録・健康管理記録などから、入所の目的とその帰結(退所先)、訓練内容などについて後方視的に調査した。

さらにその目的により、自宅への復帰を目的とした症例、生活拠点の確保を目的とした症例、就労の準備を目的とした症例の3群に分けて調査を行った。対象者数は計200名で、性別は男性175名、女性25名、年齢は平均44.5±12.0歳であった。疾患の内訳は脳卒中が110名55.0%、脳外傷が18名9.0%、脊髄損傷が54名27.0%、脳性麻痺が6名3.0%、神経疾患が4名2.0%、下肢切断が3名1.5%、その他5名2.5%であった。平均入所期間は脳卒中が440±219日、脊髄障害が551±344日であった。

C. 研究結果

脳卒中と脊髄障害における入所前の所在と退所先の生活拠点を示す。脳卒中に関しては入所前の所在が回復期病棟58名52.7%、一般病院32名29.1%、自宅12名10.9%、施設8名7.3%であった。一方退所先は回復期病棟0名0%、一般病院4名3.6%、自宅87名79.1%、施設19名17.3%であった。脊髄障害に関しては入所前の所在が回復期病棟1名18.5%、一般病院48名88.9%、自宅3名5.6%、施設2名3.7%であった。一方退所先は回復期病棟0名0%、一般病院4名7.4%、自宅50名92.6%、施設2名3.7%であった(表1)。

表1 入所前の所在と退所先の生活拠点

脳卒中

	入所前	退所先
回復期リハ 病棟	52.7%	0%
一般病院	29.1%	3.6%
自宅	10.9%	79.1%
施設	7.3%	17.3%

脊髄障害

	入所前	退所先
回復期リハ 病棟	18.5%	0%
一般病院	88.9%	7.4%
自宅	5.6%	92.6%
施設	3.7%	3.7%

自宅復帰を目的とした症例に関しては、その特徴は障害が比較的重度であること、高次脳機能障害を合併していることであり、内容は機能訓練、ADL訓練、コミュニケーショングループ訓練、住宅改修、退所後の社会資源確保であった。また自宅復帰を目的としていたが、復帰できなかった理由は、家庭状況の変化、うつ症状などであった。

生活拠点の確保・単身生活自立を目的とした症例に関しては、その特徴はほぼ全員が未婚または離婚後であること、発症前から住居がないこと、生活保護受給者であることであり、内容は単身生活準備として住居の確保、社会資源の利用方法獲得、日常生活関連動作修得であり、実際の評価、練習のために自立実習棟を利用していた。

就労の準備を目的としていた症例に関しては、その特徴は障害が比較的軽度であることであり、内容は屋外移動能力の向上、体力・耐久力の向上、コンピュータ操作訓練、就労援助機関などの情報提供であった。実際の就

労が可能であったのは 17 名中 14 名 (82.4%) であり、その内容は復職 6 名、就労移行支援 4 名、職業能力開発校 2 名、通所授産 1 名、自営手伝い 1 名であった (表 2)。

表 2 就労準備を目的とした症例の帰結
(n=17, 就労可能 14名 82.4%)

	人数
復職	6名
就労移行支援	4名
職業能力開発校	2名
通所授産	1名
自営手伝い	1名

D. 考察

在宅復帰については、結果として約 80% の利用者が在宅復帰を果たしており、施設入所で利用したサービスは有効であったと思われる。

就労については、今回のアプローチで福祉的就労を含めて 82.4% が就労可能となっており、今回のサービスは有効であったと思われる。また施設利用が完了した時点においては就労援助機関への円滑な移行が望ましいと考えられる。

今回の結果から障害者自立支援施設の利用が有効と思われるものは、比較的長期間のリハによる改善が見込めるもの、施設利用の目的が応用能力、社会生活力の獲得であるもの、障害に関する認識を深め、将来の生活設計を考える目的であるもの、住居などの住環境整備が目的であるものなどであった。

障害者自立支援施設の役割は、急性期病院から回復期リハビリテーション、在宅復帰や施設移行という一連の流れの中で、それぞれの段階において、施設利用においてこれらの目的を達成することであり、今後さらに症例

を増やした上で検討の余地があると思われた。

E. 結論

神奈川県総合リハビリテーションセンターにおける自立支援施設の現状を調査し、その役割について検討した。調査方法は施設における記録などから、入所の目的とその帰結、訓練内容について後方視的に調査し、その目的により、自宅への復帰を目的とした症例、生活拠点の確保を目的とした症例、就労の準備を目的とした症例の 3 群に分けた。脳卒中に関しては入所前の所在は回復期病棟、一般病院、自宅の順に多く、退所先は自宅復帰が 79.1%、施設が 17.3% であった。脊髄障害に関しては入所前の所在は一般病院が 90% 程度で、退所先は自宅復帰が 90% 以上であった。自宅復帰を目的とした群では、内容は機能訓練、ADL 訓練、コミュニケーショングループ訓練、住宅改修、退所後の社会資源確保であった。生活拠点の確保・単身生活自立を目的とした群では、内容は住居の確保、社会資源の利用方法獲得、日常生活関連動作修得であった。就労の準備を目的とした群では、内容は屋外移動能力の向上、体力・耐久力の向上、コンピュータ操作訓練、就労援助機関などの情報提供で、実際の就労が可能であったのは 82.4% であった。

リハビリテーションデータベースに基づく全国通所型自立訓練施設における訓練効果：脳卒中

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）

研究要旨

通所型自立訓練施設での脳卒中患者に対する効果を明らかにするために、リハビリテーションデータベースを用いて身体機能、麻痺レベル、精神機能、ADL の評価を行い、入所時と退所時で比較検討を行うとともに退所後の転帰を調査した。対象者は 38 名であった。Modified Rankin Scale, Brunnstrom Stage, HDS-R, 認知症老人日常生活自立度では通所開始時と調査時の差は認めず、身体機能、麻痺レベル、精神機能に関しては改善を認めず、ADL に関しては Barthel Index の総点で 88.2 点から 88.4 点と有意差を認めなかった。これは麻痺が中等度から軽度の比率が高かったこと、高次脳機能障害が主体である比率が高かったことに起因するものと思われた。通所後転帰に関しては在宅が 31.5%、就労継続 B が 16.3%であった。本結果から通所訓練では身体機能、ADL に関する維持効果、社会生活のレベルアップに対する効果が期待できるものと思われた。

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¹⁾。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²⁾。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全国通所型自立訓練施設に通所した脳卒中者に対して，リハデータベースに基づいた評価を行い，通所者の特徴と訓練効果を検討する目的で研究を行った。

B. 研究方法

2011年度調査依頼を行った通所型自立訓練施設のうち，視覚障害単独型施設を除く49施設にリハデータベースの記入を依頼した。

依頼した施設のうち8施設から記入了承の回答があった。これらの施設に対して，リハデータベースのチェックリストを郵送し，自立訓練施設でのデータ入力を依頼した。調査期間は2013年9月から2014年1月までの4か月間とし，通所開始時のデータと，調査時でのデータを入力し，訓練効果と退所後転帰について検討した。依頼した施設のうち有効なデータの送付が得られたのは全8施設で，総計38例であった。

調査項目は基本データとして性別，調査時年齢，通所開始までの経路（回復期病院から直接か，在宅生活後か），発症時居所，紹介元，急性期・回復期病院でのリハ施行の有無とし，脳卒中関連項目として脳卒中既往歴，高血圧の有無，糖尿病の有無，抗凝固療法の有無，

診断名，訓 modified-Rankin Scale（以下 mRS と省略）³⁾ とし，生活背景とし退所先，介護保険申請の有無，一旦退院してから入所した例の退院時のリハ実施計画，退所後の介護力，既往歴・合併症として合併症の有無，合併症治療の有無，既往症の有無と内容，入所時の訓練状況として入所中のリハビリテーション医関与，一週間以上の訓練中断の有無，心理療法施行の有無，装具使用の有無，患者の精神機能として入所時 HDS-R，調査時 HDS-R，生活自立度として調査終了時の日常生活自立度⁴⁾，調査開始時および終了時の認知症老人日常生活自立度，脳卒中の障害側，失語症の有無，半側空間失認の有無，入所時および調査終了時のBrunnstrom Stage（以下 BS と省略），ADLとして調査開始時および終了時の Barthel Index の総点および細項目，FIM の総点および細項目，痙縮評価として調査時の modified Ashworth Scale（以下 MAS と省略）である。

C. 研究結果

性別は男性29例，女性9例で男性が76%であった。調査開始時年齢は24～53歳，平均年齢は43.7±14.2歳であった。基本的に65歳未満が通所対象となるため，一般的な脳卒中者よりかなり若い年齢層となった。

入所経路（回復期病院から直接か，在宅生活後か）は，記載があった32例中，病院からの直接通所は0例，在宅生活後が32例で，全例一旦在宅生活を続けてからの通所であった。発症時居所は，記載があった35例中，自宅が28例73.7%，自宅以外が10例26.3%であった。紹介元は記載があった35例中，病院が21例55.2%，施設が8例21.1%，その他が9例23.7%であった。急性期・回復期病院でのリハ施行の有無は記載

があった35例中、有が33例94.3%、中断ありが1例2.6%、無が1例2.6%で、ほぼ全例が急性期・回復期リハビリテーションを施行していた。

脳卒中既往歴は、なしが32例91.4%、1回が2例5.2%、2回以上が1例2.6%で、約8%が再発例であった。高血圧の有無は、なしが8例21.1%、高血圧治療中が27例78.9%で年齢層と比較して治療例が高率であった。糖尿病の有無は、なしが33例92.2%、食事療法が1例2.6%、経口薬治療が2例5.2%、インスリン治療が0例であった。発症時抗凝固療法の有無は、なしが28例73.7%、抗凝固療法ありが6例15.8%、抗血小板療法ありが2例5.2%、両方が1例2.6%で、約20%は治療を行っていた。診断名はラクナ梗塞が3例、アテローム血栓性脳梗塞が1例、心原性脳塞栓が2例、脳梗塞(その他・不明)が22例、脳出血(高血圧性)が5例、脳出血(その他・不明)が6例、くも膜下出血が1例であった。

mRSは通所開始時では、0が0例、1が3例7.9%、2が33例86.9%、3が2例5.3%、4が0例であった。調査時では0が0例、1が4例10.5%、2が32例84.2%、3が2例5.3%、4が0例で、退所時まで改善しているのは1例のみであった(表1)。

表1 Modified Rankin Scaleの推移

(χ^2 検定: n. s.)

	通所開始時(n=38)	調査時(n=38)
0	0%	0%
1	7.9%	10.5%
2	86.2%	84.2%
3	5.3%	5.3%
4	0%	0%

介護保険申請の有無は、有が28例73.7%、

未申請が5例13.2%、対象外が5例13.2%であった。一旦退院してから入所した例の退院後のリハ実施計画は、記載があった32例中、医療保険が10例、介護保険が18例、障害者自立支援制度が1例、無が7例であった。退所後の介護力は、記載があった32例中15例46.8%が介護力ほとんどなし、4例10.5%が常時介護に専念できる者1人分に相当、13例40.6%がその中間であった。

合併症の有無は、記載があった32例中合併症なしが24例73.7%、ありが8例26.3%であった。合併症治療の有無は4例中、なしが1例、ありが3例であった。既往症の有無は記載があった32例中なしが33例92.2%、ありが9例7.8%であった。内容は骨関節疾患が10例、糖尿病が3例などとなっていた。

入所中のリハビリテーション医の関与は、記載があった32例中リハビリテーション科専門医関与が10例、非専門医が22例であった。装具使用の有無は、記載があった32例中ありが22例68.8%、なしが12例31.2%で、約70%の症例で装具が装着されていた。

通所開始時HDS-Rは記載があったのは20例で、平均 28.7 ± 10.2 点、20点以下は1例2%であった。調査時のHDS-Rは記載があったのは33例で、平均 28.6 ± 8.6 点、20点以下は2例5.2%であった(表2)。

表2 HDS-Rの推移

(Wilcoxon符合和検定: n. s.)

	平均	20点以下
通所開始時	28.7 ± 10.2	2.0%
調査時	28.6 ± 8.6	5.2%

調査時の日常生活自立度は、記載があった32例中正常が4例10.5%、J1が6例18.8%、J2が12例37.5%、A1が10例31.3%、A2以下が0例であった。認知症老人日常生

活自立度は通所開始時記載があった20例中、正常が19例95%、Iが1例5%、IIa以下は0例であった。これに対して調査時は開始時記載があった32例中、正常が30例94.8%、Iが2例5.2%、IIa以下が0例で、訓練前後での統計学的有意差は認めなかった(表3)。

表3 認知症老人の日常生活自立度の推移
(χ^2 検定:n.s.)

	通所開始時	調査時
正常	95%	94.8%
I	5%	5.2%
II a	0%	0%
II b	0%	0%
III a	0%	0%

脳卒中の障害側は右が18例47.4%、左が16例42.1%、両側が0例、麻痺なしが4例10.5%であった。失語症の有無はなしが36例、ありが2例であった。半側空間失認の有無は、なしが36例94.8%、ありが2例5.2%であった。通所開始時のBSは、記載があった36例中、上肢はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが12例33.3%、IVが12例33.3%、Vが11例30.6%、VIが1例2.8%、下肢はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが12例33.3%、IVが14例38.9%、Vが10例27.8%、VIが0例、手指はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが12例33.3%、IVが10例27.8%、Vが10例27.8%、VIが2例5.6%であった。調査時のBSは記載があった36例中、上肢はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが10例27.8%、IVが14例38.9%、Vが11例30.6%、VIが1例2.8%、下肢はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが10例27.8%、IVが14例38.9%、Vが10例27.8%、VIが0例、手指はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが10例27.8%、IVが11例30.6%、Vが11例30.6%、VIが2

例5.6%であった。(表4)。

表4 Brunnstrom Stageの推移

上肢 (χ^2 検定:n.s.)

	通所開始時	調査時
I	0%	0%
II	5.6%	5.6%
III	33.3%	27.8%
IV	33.3%	38.9%
V	30.6%	30.6%
VI	2.8%	2.8%

下肢 (χ^2 検定:n.s.)

	通所開始時	調査時
I	0%	0%
II	5.6%	5.6%
III	33.3%	33.3%
IV	38.9%	38.9%
V	27.8%	27.8%
VI	0%	0%

手指 (χ^2 検定:n.s.)

	通所開始時	調査時
I	0%	0%
II	5.6%	5.6%
III	33.3%	27.8%
IV	27.8%	30.6%
V	27.8%	30.6%
VI	5.6%	5.8%

通所開始時のBarthel Indexは記載があったものが38例で総点は平均88.2±14.7点で、項目別では食事が9.8点、移乗が14.4点、整容が4.7点、トイレ動作が9.3点、入浴が3.2点、平地歩行が12.1点、階段が5.9点、更衣が8.8点、排便管理が9.9点、排尿管理が9.9点、調査時のBarthel Indexの総点は平均88.4±13.8点で、項目別では食事が9.8点、移乗が14.4点、整容が4.

7点, トイレ動作が9.3点, 入浴が3.2点, 平地歩行が12.4点, 階段が5.9点, 更衣が8.9点, 排便管理が9.9点, 排尿管理が9.9点であった。このうち有意に改善を認めた項目はなかった(表5)。

表5 Barthel Indexの推移
(Wilcoxon符合和検定: n. s.)

	調査開始時	調査時
総点	88.2	88.4
食事	9.8	9.8
移乗*	14.4	14.4
整容	4.7	4.7
トイレ動作	9.3	9.3
入浴	3.2	3.2
平地歩行	12.1	12.4
階段	5.9	6.7
更衣	8.8	8.9
排便管理	9.9	9.9
排尿管理	9.9	9.9

MASは記載された30例中,0が6例20%, 1が5例16.7%, 1+が10例33.3%, 2が9例30%, 3が0例であった。

退所後の転帰は,記載があった38例中在宅が17例44.7%, 一般就労が2例5.3%, 就労移行支援が4例10.5%, 就労継続Aが1例2.6%就労継続Bが14例36.8%であった。

D. 考察

脳卒中患者においては回復期リハ病棟を退院し, 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自立すれば, とりあえず退院時のゴールは達成したことになる⁵⁾。しかしながら就労年齢に

ある脳卒中患者においては, 最終的に復職, 再就労がゴールとして期待できる場合には, 回復期リハ病棟を退院した後も社会生活自立に向けたリハビリテーションが必要となる。そのため今回通所型生活訓練施設での脳卒中患者での訓練効果について研究を施行した。

Modified Rankin Scaleは通所開始時と調査時での変化はなく, これが身体機能全般の大まかな指標と考えると維持期の脳卒中患者であるため, 訓練による身体機能の向上は困難であるといえる。また同様にBrunnstrom stageも通所開始時と調査時の変化は上肢, 下肢, 手指ともみられなかった。精神機能に関してはHDS-R, 認知症老人日常生活自立度とも通所開始時, 調査時の変化はみられなかった。またADLに関する項目もBarthel Indexでは通所開始時と調査時の変化はみられなかった。

以上の結果から維持期で在宅生活を行える患者においては, 自立訓練施設に通所することにより, 身体機能, ADLを高めることはできなかったが維持を行えていることは示された。また今回の対象はもともと身体機能, ADLの能力が高く, 社会生活自立に向けたステップとして通所を行っており, 外出機会の増加など社会生活自立に対する効果を示しているものとも思われる。

今後の課題としては, 調査数をもう少し増加させ, 施設ごとの差異を明らかにすること, 屋外移動能力の指標として持久力に対する評価を加えることなどが必要と思われ, 今後これらの課題を達成できるように研究を進めていきたいと考えている。

E. 結論

通所型自立訓練施設での脳卒中患者に対する訓練効果を明らかにするために, リハビリ

テーションデータベースを用いて身体機能、麻痺レベル、精神機能、ADLの評価を行い、入所時と退所時で比較検討し、退所後転帰に関する調査を行った。身体機能、麻痺レベル、精神機能、ADLに関しては改善効果がなかったが、機能を維持できる効果は示され、これに伴い社会生活のレベルアップに対する効果が期待できるものと思われた。

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.

- 3) Oliver R-A, et al： Mapping the Modified Rankin Scale (Mrs) Measurement into the Generic EuroQol (EQ-5D) Health Outcome. Med Decis Mak 30：351-354, 2011.
- 4) 中西範幸, 高林弘の, 檜村裕美ほか：「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」と支障度との関連性についての一考察。老人医学 60：895-899, 2010.
- 5) 小林一成：ゴール設定に必要な予後予測。脳卒中。総合リハ 38：613-621, 2010.

患者情報	患者ID	患者名	性別	生年月日
		(かな) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(M・T・S・H・西暦) 年 月 日

【基本情報】

入院区分	<input type="checkbox"/> 直接(急性期)入院 <input type="checkbox"/> 胃瘻造設後の転入院 <input type="checkbox"/> その他の転入院			
発症前居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外		発症日	年 月 日
来院年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 発症後入院 <input type="checkbox"/> 入院中発症 <input type="checkbox"/> その他	退院日	年 月 日
紹介元	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他	前院でのリハ実施有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 中断あり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
脳卒中既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上 <input type="checkbox"/> 不明			
脳卒中家族歴	<input type="checkbox"/> 脳卒中なし <input type="checkbox"/> 脳卒中あり <input type="checkbox"/> 脳卒中とSAHあり <input type="checkbox"/> SAHのみあり <input type="checkbox"/> 不明			
心房細動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一過性 <input type="checkbox"/> 持続性 <input type="checkbox"/> 不明			
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧治療中 <input type="checkbox"/> 高血圧不規則治療 <input type="checkbox"/> 高血圧未治療 <input type="checkbox"/> 不明			
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病未治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病食事療法 <input type="checkbox"/> 糖尿病不規則治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病経口薬治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病インスリン治療 <input type="checkbox"/> 不明			
抗凝固療法等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗凝固療法あり <input type="checkbox"/> 抗血小板療法あり <input type="checkbox"/> 抗凝固+抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 不明			
確定診断名	<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> 脳梗塞(その他・不明) <input type="checkbox"/> 脳出血(高血圧性) <input type="checkbox"/> 脳出血(その他・不明) <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明			
m-Rankin Scale	発症前() 入院時() 退院時()	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		
主たる入院病棟	診療科: <input type="checkbox"/> リハ科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 脳卒中科 <input type="checkbox"/> その他 種別: <input type="checkbox"/> 一般1 <input type="checkbox"/> 一般2 <input type="checkbox"/> 一般3 <input type="checkbox"/> 一般4 <input type="checkbox"/> 一般5 <input type="checkbox"/> 亜急性期 <input type="checkbox"/> 回復期1 <input type="checkbox"/> 回復期2 <input type="checkbox"/> 療養			
退院先(終了時転帰)	<input type="checkbox"/> 自宅(親族宅含む) <input type="checkbox"/> 自宅以外の在宅(グループ・ケアハウスなど) <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 福祉施設(特養ホーム、養護ホームなど) <input type="checkbox"/> 転院(リハ) <input type="checkbox"/> 転院(療養) <input type="checkbox"/> 転院(急変) <input type="checkbox"/> 転院(胃瘻造設) <input type="checkbox"/> 転院(その他) <input type="checkbox"/> 転棟転科(療養) <input type="checkbox"/> 転棟転科(急変) <input type="checkbox"/> 転棟転科(胃瘻造設) <input type="checkbox"/> 転棟転科(その他) <input type="checkbox"/> リハ終了 <input type="checkbox"/> 死亡			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(未申請) <input type="checkbox"/> 無(対象外)	介護保険申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(未申請) <input type="checkbox"/> 無(対象外)	
自宅退院後のリハ実施計画	<input type="checkbox"/> 有 医療保険 <input type="checkbox"/> 有 介護保険 <input type="checkbox"/> 有 障害者自立支援制度 ※退院先が「自宅(親族宅含む)」の場合必須入力 <input type="checkbox"/> 有 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
自宅退院後のリハ実施予定施設	<input type="checkbox"/> 自施設外来 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 他施設外来 ※自宅退院後のリハ実施予定施設が「有」の場合、必須入力			
自主退院後のリハなしの理由	<input type="checkbox"/> リハ資源の不足 <input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 家族拒否 ※自宅退院後のリハ実施予定施設が「無」の場合、必須入力 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明			
介護力	<input type="checkbox"/> 1.介護力ほとんどなし <input type="checkbox"/> 1と3の間 <input type="checkbox"/> 3.常時、介護に専念できる者1人分に相当 <input type="checkbox"/> 3と5の間 <input type="checkbox"/> 常時、介護に専念できる者2人以上に相当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ※家族や友人などによる介護力(ヘルパーなど専門職の介護力は含めない)			
保険請求上の疾患別リハビリテーションの請求疾患名	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 心大血管 <input type="checkbox"/> 呼吸器			

【合併症/既往症】

発症後の合併症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合 → 治療の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 脳卒中再発 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
リハの経過に影響を与えた既往症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合 → <input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> その他()

【リハ環境】

リハ医の関与の仕方	<input type="checkbox"/> 主治医(専門医) <input type="checkbox"/> 主治医(非専門医) <input type="checkbox"/> コンサルタント医(リハ専門医) <input type="checkbox"/> コンサルタント医(その他リハ医) <input type="checkbox"/> その他			
カンファレンスの実施状況	<input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 定期的+随時 <input type="checkbox"/> 随時のみ (3職種以上)			
非請求分・自主訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 「あり」の場合の単位数 → ()			
一週間以上訓練中断:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	心理療法処方:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
MSWの関わり:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	装具の処方:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

【意識・認知障害】 入院時評価不能 退院時評価不能

JCS	入院時() 退院時()	GCS	入院時 E() V() M() 退院時 E() V() M()
0: 正常 I 桁 刺激なしに覚醒 1: 今ひとつはつきりせず 2: 時人場所がわからず(見当識障害) 3: 自分の名前、生年月日がいえない III 桁 刺激しても覚醒せず 100: 痛刺激で少し払いのける 200: 痛刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめる 300: 痛刺激に反応せず		II 桁 刺激にて覚醒 10: 呼びかけで容易に開眼 20: 大声または体の揺さぶりで開眼 30: 痛み・刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼 E 開眼 4: 自発的に開眼 3: 呼びかけにより開眼 2: 刺激痛で開眼 1: 全く開眼せず V 言語 5: 見当識良好 4: 混乱した会話 3: 不適切な言葉 2: 理解不能の反応 1: 反応なし M 運動 6: 命令に従う 5: 疼痛に適切に反応 4: 屈曲逃避 3: 異常屈曲反応 2: 伸展反応(除脳姿勢) 1: 反応なし	
HDS-R	入院時() <input type="checkbox"/> 評価不能 退院時() <input type="checkbox"/> 評価不能	MMSE	入院時() <input type="checkbox"/> 評価不能 退院時() <input type="checkbox"/> 評価不能

※HDS-RあるいはMMSEのいずれか1つは必須入力

【ADL】 退院時ADL悪化

日常生活自立度	退院時: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 評価不能														
	J1: 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で交通機関を利用して外出する J2: 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で隣近所へなら外出する A1: 屋内での生活は概ね自立しており、介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する A2: 屋内での生活は概ね自立しているが、外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている B1: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッド上から離れて行う B2: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる介助により車椅子に移乗する C1: 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要するが、自力で寝返りをうつ C2: 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要し、自力で寝返りもうたない														
認知症老人の日常生活自立度	リハ開始時: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 評価不能														
	退院時: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 評価不能 I : 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 IIa : 家庭外で日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。 IIb : 家庭内でも日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。 IIIa : 日中を中心として日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 IIIb : 夜間を中心として日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 IV : 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 M : 著しい精神状態や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。														
Barthel Index	リハ開始時					退院時					【保険請求訓練数】				
	<input type="checkbox"/> 評価不能					<input type="checkbox"/> 評価不能					処方日	訓練初日	処方なし	保険請求分単位数計	自由診療分単位数計
食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0							
移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0						
整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0							
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0							
入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0							
平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0						
階段	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0							
更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0							
排便管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0							
排尿管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0							
FIM	<input type="checkbox"/> 評価不能					<input type="checkbox"/> 評価不能					PT	OT	ST	※BI、FIMのいずれか一方は必須入力 ※脳卒中、大腿骨頭部骨折患者は、単位数計は「必須入力」 ※単位数は「20分を1単位とする」	
	食事	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	整容	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	清拭	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	更衣(上半身)	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	更衣(下半身)	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	トイレ動作	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	排尿管理	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	排便管理	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	ベッド、車椅子	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	トイレ	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	浴槽、シャワー	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	歩行、車椅子	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
	階段	()	()	()	()	()	()	()	()	()					
理解	()	()	()	()	()	()	()	()	()						
表出	()	()	()	()	()	()	()	()	()						
社会的交流	()	()	()	()	()	()	()	()	()						
問題解決	()	()	()	()	()	()	()	()	()						
記憶	()	()	()	()	()	()	()	()	()						