

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

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

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 菊地尚久

平成 26（2014）年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

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

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 菊地尚久

平成 26（2014）年 3 月

総括研究報告

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)

総括研究報告書

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，訓練 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

(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%、a 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%、a 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
(2検定 : n.s.)

	通所開始時	調査時
正常	95%	94.8%
I	5%	5.2%
a	0%	0%
b	0%	0%
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 が 0 例、 が 2 例 5.6%、 が 12 例 33.3%、 が 12 例 33.3%、 が 11 例 30.6%、 が 1 例 2.8%、下肢は が 0 例、 が 2 例 5.6%、 が 12 例 33.3%、 が 14 例 38.9%、 が 10 例 27.8%、 が 0 例、手指は が 0 例、 が 2 例 5.6%、 が 12 例 33.3%、 が 10 例 27.8%、 が 10 例 27.8%、 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 が 0 例、 が 2 例 5.6%、 が 10 例 27.8%、 が 14 例 38.9%、 が 11 例 30.6%、 が 1 例 2.8%、下肢は が 0 例、 が 2 例 5.6%、 が 10 例 27.8%、 が 14 例 38.9%、 が 10 例 27.8%、 が 0 例、手指は が 0 例、 が 2 例 5.6%、 が 10 例 27.8%、 が 11 例 30.6%、 が 11 例 30.6%、 が 2

例 5.6%であった。(表 4)。

表 4 Brunnstrom Stage の推移

上肢 (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 (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 (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符号検定：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，回復期リハビリ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る．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．

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。全般的な筋力の大き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．

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

なし

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
菊地 尚久	【もう悩まない!!100症例から学ぶリハビリテーション評価のコツ】 脳血管障害(症例8) 複合障害例	MEDICAL REHABILITATION	163号	54-57	2013
佐浦 隆一, 才藤 栄一, 根本 明宜, 目谷 浩通, 石合 純夫, 太田 喜久夫, 水尻 強志, 泉 従道, 殷 祥洙, 大沢 愛子, 美津島 隆, 浅見 豊子, 正門 由久, 日本リハビリテーション医学会 評価・用語委員会	リハビリテーション関連雑誌における評価法使用動向調査(8)	The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine	49巻2号	57-61	2012
【知る 診る 防ぐ!ロコモティブシンドローム】 要支援・要介護	赤居 正美	関節外科	32巻10号	1114-1118	2013
高次脳機能障害のリハビリテーション 診断、治療、支援のエビデンス 認知機能に対する薬物療法とエビデンス	生駒 一憲	The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine	50巻7号	525-529	2013
要支援・要介護高齢者に対するトレーニングマシンとスリングを併用したリハビリ特化型デイサービスの有効性について	憲 克彦, 西向 弘樹, 和田 永年, 細川 吉博, 生駒 一憲	北海道リハビリテーション学会雑誌	38巻	31-35	2013