

令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費（長寿科学政策研究）
（総括・分担）研究報告書

生活期リハビリテーション手法の標準コードの実態調査

研究分担者：塩田 繁人（広島大学病院・診療支援部リハビリテーション部門・作業療法士）
吉川 浩平（広島大学病院・診療支援部リハビリテーション部門・言語聴覚士）
浅枝 諒（広島大学病院・診療支援部リハビリテーション部門・理学療法士）
安保 雅博（東京慈恵医科大学医学部・教授）
久保 俊一（京都府立医科大学リハビリテーション医学教室・特任教授）
三上 靖夫（京都府立医科大学リハビリテーション医学教室・教授）
西村 行秀（岩手医科大学医学部・教授）
大高 洋平（藤田医科大学医学部・教授）
佐々木 信幸（聖マリアンナ医科大学医学部・主任教授）
百崎 良（三重大学医学部付属病院・教授）
新見 昌央（日本大学医学部・教授）
沢田光思郎（京都府立医科大学リハビリテーション医学教室・准教授）
木下 翔司（東京慈恵医科大学医学部・講師）
吉田健太郎（東京慈恵医科大学医学部・助教）
西山 一成（岩手医科大学医学部・講師）
中山 恭秀（東京慈恵医科大学医学部・准教授（理学療法士））
北村 新（藤田医科大学保健衛生学部・講師（作業療法士））
清水 美帆（三重大学医学部付属病院リハビリテーション部・技師長（理学療法士））
秋田 智之（広島大学大学院医学系研究科・講師）

研究要旨：本研究では令和 5 年度研究課題において開発した生活期リハビリテーション手法の標準コードの Feasibility を検証する。全国の生活期リハビリテーションを実施している医療機関・介護事業所 32 施設を対象に横断調査を実施した。調査内容は施設区分、年齢、性別、主疾名、併存症、要介護度、Barthel Index、実施した専門職、実施した標準コード、分かりにくかった標準コードを Google Forms を用いた入力フォームで収集した。対象者は 1163 例（医療：622 例、介護 541 例）であった。

リハビリテーション手法の標準コード中項目のうち、判断に迷った/分かりにくかった項目は 062.注意訓練、073.音声訓練、081.摂食嚥下訓練（直接訓練）が 10%以上であった。リハビリテーション手法の大項目では、医療より介護保険の方が 03.歩行訓練と 05.IADL 訓練、09.物理療法、10.環境調整・支援を実施した割合が多く、介護保険のリハビリテーションの施設区分の比較では、05.IADL 訓練は訪問リハビリテーションで多く、08.摂食嚥下訓練は老人保健施設、09.物理療法は通所リハビリテーションで著明に多かった。

A. 研究目的

科学的根拠に基づく生活期リハビリテーションの実践には、標準化されたデータ収集体制の整備が喫緊の課題である。我々は令和 5 年度の研究課題において、臨床実践に基づくリハビリテーション手法の標準コードを開発し、その適切性を検証した^{1,2)}。さらに令和 6 年度には、生活期リハビリテーションにおける標準コードの実践状況を調査し、実装可能性 (feasibility) を確認した。

本研究では、急性期、回復期、地域包括ケア病棟、介護老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを対象とした多施設コホート研究を実施し、2 時点評価におけるリハビリテーション手法の実施内容、実施時間および ADL 変化の実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

研究デザイン

多施設共同コホート研究。

対象

全国で生活期リハビリテーションを実施している医療機関および介護事業所 39 施設を対象とした。

調査期間

2025 年 9 月～2026 年 2 月。

調査方法

2025 年 8 月に研究参加施設の代表者を対象として、研究概要および標準コードのコーディングルールに関する Web 説明会を実施した。

2025 年 9 月～11 月を患者登録期間およびベースライン評価期間とし、3 か月後にフォローアップ評価を実施した。急性期病棟および地域包括ケア病棟については、開始時および退院時の 2 時点評価とした。

収集したデータは、本研究用に作成した Google Forms を用いて入力・収集した。

調査項目

ベースライン評価では、施設区分、年齢、性別、要介護度、日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、主疾患、併存症、在院日数および退院先を

収集した。

2 時点評価として、Barthel Index (BI) または Functional Independence Measure (FIM)、担当職種、実施した標準コードの内容および実施時間を収集した。

データ解析

収集データは Excel シートに変換後、施設区分ごとに単純集計を行った。

倫理的配慮

本研究は広島大学病院疫学倫理審査委員会の一括審査で承認を受けた後、各研究協力施設において倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号: E2024-0137)

C. 研究結果

対象は 1174 例であり、急性期 183 例、回復期 418 例、地域包括ケア病棟 164 例、介護老人保健施設 86 例、通所リハビリテーション 160 例、訪問リハビリテーション 163 例であった。対象者は 81～90 歳が最も多く (469 例)、女性が 667 例であった。主疾患は脳血管疾患 (411 例) および骨関節疾患 (382 例) が多かった。

BI 中央値 (四分位範囲) は、急性期で 35 (5–70) から 80 (45–95)、回復期で 35 (15–50) から 55 (25–91.25)、地域包括ケア病棟で 35 (0–55) から 65 (5–85) へ改善した。一方、通所リハビリテーションおよび訪問リハビリテーションでは、ベースライン時点から BI が高値を示した (図 1)。

実施率が高かった標準コードは、運動療法、基本動作訓練、歩行訓練であった。運動療法では関節可動域訓練および筋力増強訓練の実施率が高く、歩行訓練では平地歩行訓練が中心であった。急性期および回復期では、運動療法、基本動作訓練、歩行訓練の実施率および実施時間が高かった (表 3, 図 2)。

一方、IADL 訓練、環境調整・支援、高次脳機能訓練は回復期および在宅系サービスで実施率が高かった。特に回復期では、家屋評価・調整、福祉用具評価、家族指導など退院支援に関連する介入が

多く実施されていた。また、訪問リハビリテーションでは環境調整・支援および IADL 訓練の実施率が高く、通所リハビリテーションでは物理療法の実施割合が比較的高値を示した。老人保健施設では摂食嚥下訓練の実施率が高い傾向を認めた（表 3）。

実施時間では、回復期において運動療法、歩行訓練、ADL 訓練の総実施時間が最も長かった。また、フォローアップ時には応用歩行訓練や IADL 訓練の実施割合および実施時間が増加する傾向を認めた（図 2、表 4）。

さらに、標準コードを用いることで、各施設区分におけるリハビリテーション介入内容および実施時間の違いを可視化することが可能であった。

D. 考察

本研究では、生活期リハビリテーション手法の標準コードを用いて、全国の医療機関および介護事業所を対象とした多施設共同コホート調査を実施し、急性期から在宅系サービスまでのリハビリテーション実践内容を定量的に可視化することができた。その結果、標準コードを用いた 2 時点評価および実施時間の収集は十分実施可能であり、生活期リハビリテーションにおける実践内容の把握に有用であることが示唆された。

本研究では、急性期・回復期・地域包括ケア病棟において BI が改善しており、特に回復期では運動療法、歩行訓練、ADL 訓練の実施時間が長かった。一方、通所リハビリテーションおよび訪問リハビリテーションではベースライン時点から BI が高値を示しており、施設区分ごとに対象者像およびリハビリテーションの目的が異なることが確認された。急性期および回復期では基本動作能力や移動能力の改善を目的とした介入が中心である一方、在宅系サービスでは生活維持や社会参加支援を重視した介入へ移行している可能性が考えられた。

標準コードの実施状況では、運動療法、基本動作訓練、歩行訓練の実施率が高く、リハビリテーション医療・介護における基盤的介入であることが示

された。特に運動療法では関節可動域訓練や筋力増強訓練、歩行訓練では平地歩行訓練の実施率が高く、多くの施設で共通して提供されている介入内容であると考えられた。一方で、IADL 訓練、環境調整・支援、高次脳機能訓練は回復期および在宅系サービスで実施率が高く、家屋評価・調整、福祉用具評価、家族指導など、退院支援や地域生活支援に関連した介入が多く実施されていた。これらの結果は、生活期リハビリテーションにおいては、身体機能改善のみならず、生活環境調整や生活行為支援を含めた包括的介入が重要であることを示唆している。

また、本研究ではフォローアップ時に応用歩行訓練や IADL 訓練の実施割合および実施時間が増加する傾向を認めた。これは、リハビリテーション経過に伴い、基本的身体機能訓練から、より実生活を想定した活動・参加レベルの介入へ移行していく臨床実践を反映している可能性がある。標準コードを用いることで、このようなリハビリテーション介入の経時的変化を定量的に把握できる点は、本コード体系の有用性の一つと考えられた。

一方で、本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本研究は観察研究であり、施設区分や疾患構成、要介護度、認知症自立度などの背景因子が異なるため、単純比較には限界がある。第二に、標準コードは実施の有無および実施時間を中心とした分類であり、介入の質や難易度までは十分反映できていない可能性がある。第三に、本研究では 2 時点評価を採用しており、ADL 改善に影響を与える具体的な介入内容との因果関係を明らかにするには至っていない。

今後は、疾患別や重症度別解析、縦断的解析を進めるとともに、ADL 変化量や在宅復帰との関連を検討することで、生活期リハビリテーションにおいて有効な介入パターンの解明につなげていく必要がある。さらに、標準コードを用いたデータ収集体制を継続的に運用することで、生活期リハビリテーション領域におけるリアルワールドデータ基盤の構築が期待される。

E. 結論

生活期リハビリテーション手法の標準コードを用いた多施設共同調査は実施可能であり，急性期から在宅系サービスまでのリハビリテーション実践内容および実施時間の違いを可視化することができた．施設区分ごとに実施されるリハビリテーション内容には特徴が認められ，標準コードは生活期リハビリテーションにおける実態把握およびデータ基盤構築に有用である可能性が示唆された。

文献

- 1) 三上幸夫, 塩田繁人, 浅枝諒: 医療保険と介護保険のリハビリテーション連携の現状と課題. 臨床リハ 33 (9): 873-880,2024.
- 2) Shiota S, Mikami Y, et al: Establishing Standard Categories of Rehabilitation Approaches in Long-Term Care: A Delphi Consensus Study. Prog Rehabil Med10: 20250016, 2025

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

(論文発表)

1. Shiota S, Mikami Y, et al: Establishing Standard Categories of Rehabilitation Approaches in Long-Term Care: A Delphi Consensus Study. Prog Rehabil Med10: 20250016, 2025
2. Shiota S, Mikami Y, et al: Differences in rehabilitation content between hospitals and long-term care facilities using standardized categories for older adults: a multicenter cross-sectional study. (In Review)
3. Kinoshita S, Mikami Y, et al: Known-Groups

Validity of Standardized Rehabilitation Intervention Categories Across Disease and Functional Status in Inpatient Care. (In Review)

4. Asaeda M, Mikami Y, et al: Allocation of Rehabilitation Time and Early Walking Independence in Patients After Total Joint Arthroplasty: A Retrospective Cohort Study. (In Review)

(学会発表)

1. 品末 典也, 塩田 繁人, 三上 幸夫. 広島県内の医療介護施設における標準コードを用いた実態調査. . 第 62 回日本リハビリテーション医学会学術集会, 2025 年 6 月 12 日
2. 松本 彰紘, 三上 幸夫. リハビリテーションの訓練項目と訓練時間が患者 ADL に与える影響の調査: 3.5 ヶ月 1229 人の統計分析. 第 53 回日本リハビリテーション医学会中国・四国地方会, 2025 年 7 月 13 日, 第 53 回日本リハビリテーション医学会中国・四国地方会, 2025 年 7 月 13 日
3. 塚原 樹佳, 三上 幸夫. 生活期リハビリテーション手法の標準コードの Feasibility 調査. 第 53 回日本リハビリテーション医学会中国・四国地方会, 2025 年 7 月 13 日

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

表 1. 研究対象者の基本情報

	急性期 (n=183)		回復期 (n=418)		地ヶア (n=164)		老健 (n=86)		通りハ (n=160)		訪リハ (n=163)	
年齢	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
41～50 歳	18	9.8%	12	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	16	9.8%
51～60 歳	24	13.1%	25	6.0%	4	2.4%	0	0.0%	5	3.1%	6	3.7%
61～70 歳	29	15.8%	45	10.8%	5	3.0%	4	4.7%	24	15.0%	16	9.8%
71～80 歳	54	29.5%	119	28.5%	41	25.0%	14	16.3%	40	25.0%	49	30.1%
81～90 歳	49	26.8%	160	38.3%	77	47.0%	47	54.7%	73	45.6%	63	38.7%
91～100 歳	9	4.9%	56	13.4%	35	21.3%	20	23.3%	15	9.4%	24	14.7%
100 歳以上	0	0.0%	1	0.2%	2	1.2%	1	1.2%	2	1.3%	1	0.6%
性別												
女性	90	49.2%	221	52.9%	88	53.7%	59	68.6%	99	61.9%	110	67.5%
男性	93	50.8%	197	47.1%	76	46.3%	27	31.4%	62	38.8%	53	32.5%
要介護度												
該当なし	121	66.1%	111	26.6%	31	18.9%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%
要支援 1	10	5.5%	19	4.5%	15	9.1%	0	0.0%	19	11.9%	7	4.3%
要支援 2	8	4.4%	37	8.9%	13	7.9%	0	0.0%	32	20.0%	21	12.9%
要介護 1	9	4.9%	60	14.4%	22	13.4%	13	15.1%	26	16.3%	30	18.4%
要介護 2	13	7.1%	36	8.6%	32	19.5%	19	22.1%	47	29.4%	34	20.9%
要介護 3	8	4.4%	48	11.5%	17	10.4%	14	16.3%	18	11.3%	32	19.6%
要介護 4	4	2.2%	43	10.3%	18	11.0%	30	34.9%	12	7.5%	25	15.3%
要介護 5	4	2.2%	24	5.7%	10	6.1%	10	11.6%	7	4.4%	11	6.7%
申請中	6	3.3%	40	9.6%	6	3.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.2%
認知症自立度												
認知症なし	124	67.8%	183	43.8%	52	31.7%	1	1.2%	85	53.1%	55	33.7%
I	16	8.7%	43	10.3%	25	15.2%	10	11.6%	27	16.9%	40	24.5%
II a	14	7.7%	37	8.9%	13	7.9%	21	24.4%	16	10.0%	20	12.3%
II b	12	6.6%	58	13.9%	27	16.5%	25	29.1%	16	10.0%	24	14.7%
III a	4	2.2%	49	11.7%	21	12.8%	22	25.6%	12	7.5%	13	8.0%
III b	3	1.6%	22	5.3%	10	6.1%	4	4.7%	2	1.3%	3	1.8%
IV	6	3.3%	21	5.0%	16	9.8%	3	3.5%	3	1.9%	5	3.1%
M	4	2.2%	5	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.8%

表 1. 研究対象者の基本情報の続き

	急性期 (n=183)		回復期 (n=418)		地ケア (n=164)		老健 (n=86)		通リハ (n=160)		訪リハ (n=163)	
主疾患	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
脳血管疾患	60	32.8%	208	49.8%	15	9.1%	26	30.2%	54	33.8%	48	29.4%
骨関節疾患	27	14.8%	159	38.0%	45	27.4%	30	34.9%	60	37.5%	61	37.4%
関節リウマチ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%	2	1.3%	1	0.6%
神経筋疾患	10	5.5%	3	0.7%	3	1.8%	2	2.3%	15	9.4%	13	8.0%
循環器疾患	32	17.5%	3	0.7%	17	10.4%	4	4.7%	5	3.1%	7	4.3%
呼吸器疾患	22	12.0%	0	0.0%	33	20.1%	1	1.2%	7	4.4%	4	2.5%
代謝性疾患	6	3.3%	0	0.0%	3	1.8%	1	1.2%	1	0.6%	1	0.6%
脊髄損傷	3	1.6%	12	2.9%	2	1.2%	0	0.0%	2	1.3%	6	3.7%
切断	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	1	0.6%
がん	9	4.9%	1	0.2%	2	1.2%	1	1.2%	1	0.6%	4	2.5%
廃用症候群	6	3.3%	29	6.9%	19	11.6%	1	4.7%	4	3.1%	1	6.7%
COVID-19	1	0.5%	0	0.0%	2	1.2%	15	1.2%	4	2.5%	5	0.6%
その他	6	3.3%	3	0.7%	24	14.0%	0	17.4%	32	2.5%	21	3.1%
疾患別リハビリテーション料												
脳血管疾患	74	40.4%	221	52.9%	17	10.4%						
運動器	34	18.6%	159	38.0%	53	32.3%						
呼吸器	22	12.0%	0	0.0%	26	15.9%						
心大血管疾患	34	18.6%	4	1.0%	10	6.1%						
廃用症候群	18	9.8%	32	7.7%	36	22.0%						
算定なし	1	0.5%	2	0.5%	22	13.4%						
退院先												
自宅	91	49.7%	275	65.8%	99	60.4%						
老人ホームなど住宅系施設												
介護保険施設	2	1.1%	53	12.7%	20	12.2%						
回復期病棟	55	30.1%	0	0.0%	2	1.2%						
地ケア病棟	6	3.3%	3	0.7%	0	0.0%						
一般病床	15	8.2%	16	3.8%	6	3.7%						
療養病床	7	3.8%	7	1.7%	8	4.9%						
死亡退院	6	3.3%	1	0.2%	5	3.0%						
入院中	0	0.0%	21	5.0%	0	0.0%						
在院日数（中央値）	25（15, 27）		78.5（53, 95）		45.5（25.75, 59）							

表 2. リハビリテーションを提供した専門職

	急性期		回復期		地ケア		老健		通リハ		訪リハ	
	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ
n	183	149	418	393	164	158	86	67	161	160	163	158
理学療法士	100.0%	93.3%	100.0%	93.6%	100.0%	77.2%	89.5%	89.6%	94.4%	94.4%	81.6%	81.0%
作業療法士	57.9%	57.0%	88.3%	84.0%	53.7%	48.7%	41.9%	46.3%	64.0%	63.8%	47.9%	47.5%
言語聴覚士	33.9%	32.9%	44.3%	35.4%	14.0%	12.7%	27.9%	26.9%	5.6%	6.3%	4.3%	3.8%
医師	1.6%	0.7%	3.3%	3.6%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	0.6%	0.0%	0.0%
看護師	1.6%	1.3%	4.8%	4.3%	0.0%	0.0%	7.0%	11.9%	9.3%	8.1%	0.0%	0.0%

図 1. 施設区分ごとの ADL の推移

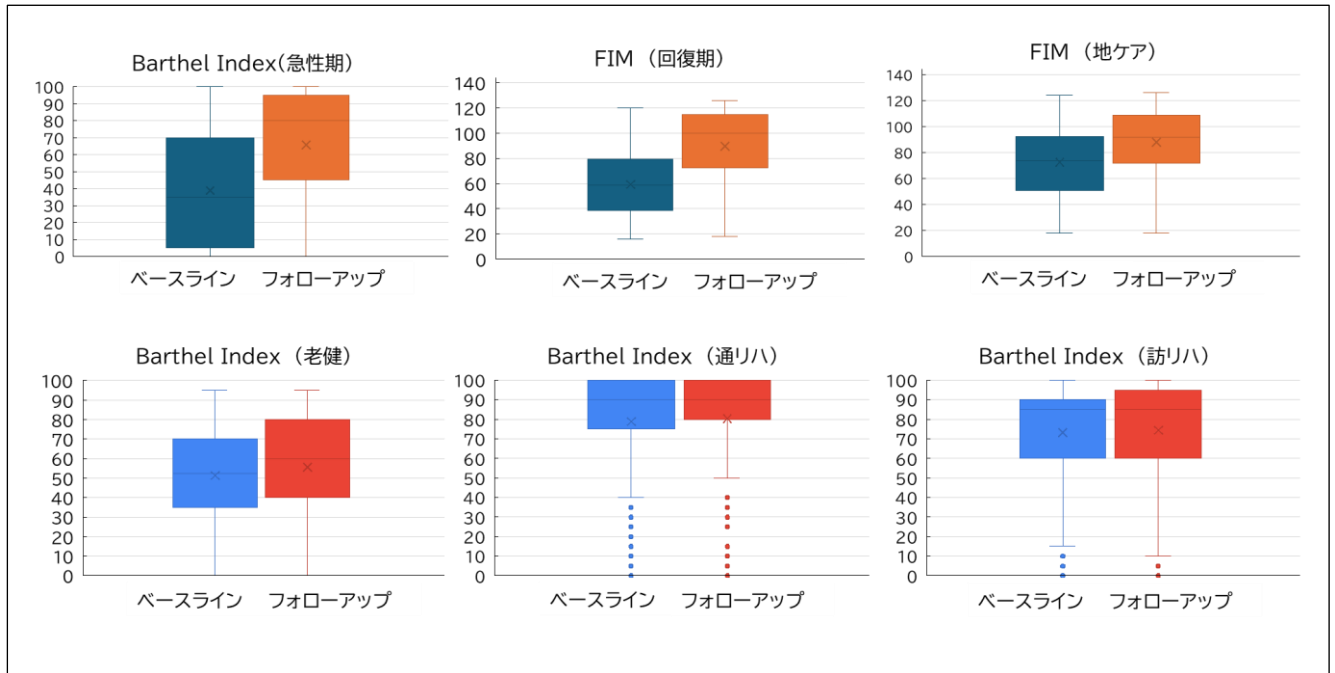


表 3. リハビリテーション手法の標準コードの実施状況

	急性期		回復期		地ケア		老健		通リハ		訪リハ	
	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ
n	183	149	418	393	164	158	86	67	161	160	163	158
関節可動域訓練	70.5%	57.0%	84.7%	71.5%	65.9%	53.2%	80.2%	74.6%	80.7%	81.9%	77.9%	77.2%
筋力増強訓練	72.1%	83.9%	80.9%	78.9%	70.7%	72.8%	74.4%	73.1%	83.9%	82.5%	82.8%	83.5%
持久力(心肺機能)訓練	22.4%	37.6%	35.2%	37.2%	16.5%	25.3%	16.3%	16.4%	34.2%	36.3%	16.6%	15.8%
バランス訓練	22.4%	25.5%	37.6%	43.8%	31.7%	32.9%	26.7%	22.4%	38.5%	36.3%	36.2%	40.5%
上肢機能訓練	24.0%	24.2%	23.7%	18.8%	7.3%	5.7%	11.6%	10.4%	19.9%	20.0%	11.7%	10.1%
基本動作訓練	70.5%	57.0%	82.1%	57.5%	67.7%	51.3%	70.9%	49.3%	44.7%	46.3%	62.0%	57.0%
ADL訓練	40.4%	47.7%	73.7%	70.0%	35.4%	43.7%	61.6%	37.3%	20.5%	21.9%	31.9%	31.6%
IADL訓練	3.8%	11.4%	6.2%	27.2%	4.3%	5.7%	18.6%	20.9%	9.9%	10.0%	16.0%	20.9%
高次脳機能訓練	27.3%	28.2%	35.9%	26.0%	7.3%	3.2%	57.0%	41.8%	10.6%	10.0%	8.6%	8.2%
言語聴覚訓練	13.7%	15.4%	24.4%	19.1%	6.1%	5.1%	12.8%	16.4%	5.0%	4.4%	4.9%	3.8%
摂食嚥下訓練	18.0%	10.7%	25.8%	14.5%	12.8%	11.4%	11.6%	9.0%	9.3%	8.8%	1.8%	2.5%
物理療法	3.3%	3.4%	11.7%	11.2%	6.1%	4.4%	2.3%	3.0%	37.9%	40.0%	6.7%	4.4%
環境調整・支援	10.4%	15.4%	23.4%	40.7%	15.2%	22.8%	65.1%	28.4%	32.9%	10.6%	50.3%	42.4%

図 2. リハビリテーション手法の標準コードの 1 患者当たりの合計実施時間

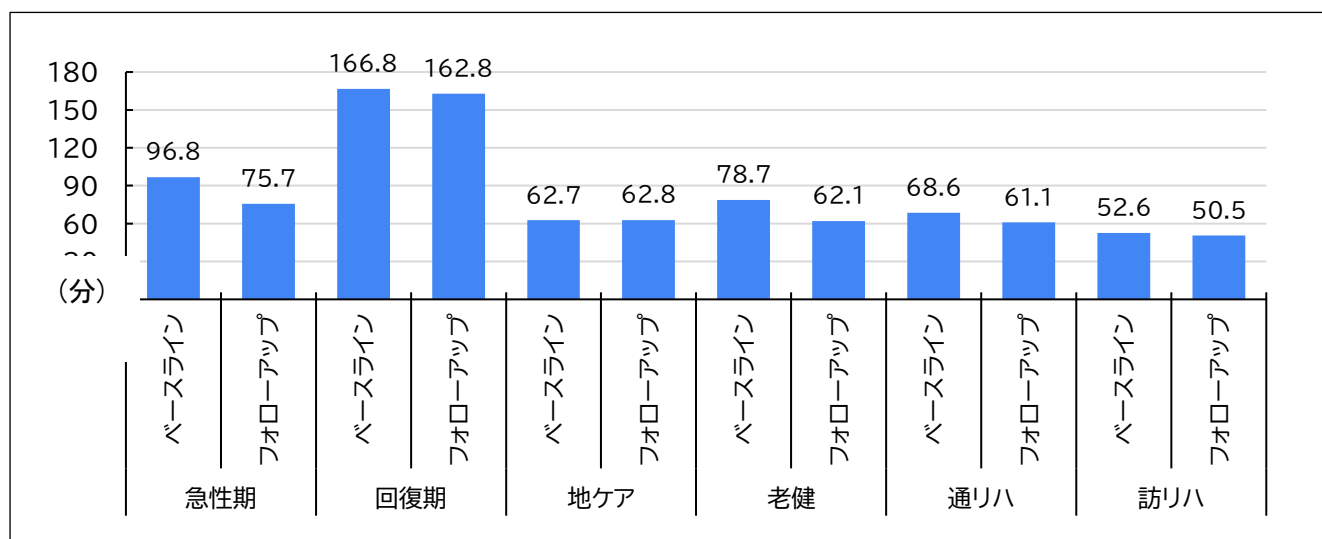


表 4. リハビリテーション手法の標準コードの 1 患者当たりの実施時間（ヒートマップ）

	急性期		回復期		地ケア		老健		通リハ		訪リハ	
	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ	ベースライン	フォローアップ
関節可動域訓練	8.9	5.5	17.1	14.2	9.0	6.8	4.5	4.3	6.6	6.5	7.2	6.7
筋力増強訓練	11.1	11.0	16.8	15.8	8.8	9.3	5.2	5.8	8.6	8.4	7.8	8.4
持久力(心肺機能)訓練	3.8	5.2	6.4	7.1	1.9	2.6	1.6	1.6	4.6	4.5	1.4	1.4
バランス訓練	2.5	2.1	5.3	6.3	3.6	3.8	1.9	1.9	2.8	2.7	2.5	2.8
上肢機能訓練	4.0	4.0	4.9	4.2	0.9	0.8	0.9	0.9	1.7	1.7	0.7	0.9
基本動作訓練	21.2	9.5	29.3	16.0	11.8	7.8	10.8	9.3	3.9	3.9	6.9	6.3
歩行訓練	10.9	12.1	19.7	28.9	11.9	14.9	9.6	9.9	9.9	10.3	12.3	12.2
ADL訓練	12.9	6.7	24.4	18.7	4.8	5.4	10.9	6.0	2.2	2.4	2.8	2.2
IADL訓練	1.2	2.7	1.6	9.4	0.7	1.0	3.0	4.1	1.5	1.7	2.0	2.4
高次脳機能訓練	5.0	5.3	11.4	8.5	1.1	0.4	11.0	7.6	4.8	4.5	0.9	0.8
言語聴覚訓練	2.7	4.3	8.8	5.8	1.5	1.4	1.7	2.4	0.8	0.8	0.6	0.5
摂食嚥下訓練	6.1	1.8	8.9	4.8	2.8	2.1	2.0	1.7	0.8	0.8	0.3	0.4
物理療法	0.7	0.7	3.0	2.6	0.9	0.5	0.2	0.2	6.8	7.0	0.9	0.7
環境調整・支援	2.4	3.8	7.9	19.4	2.8	5.7	14.1	5.5	8.8	1.5	5.6	4.4

令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費（長寿科学政策研究）
（総括・分担）研究報告書

生活期リハビリテーション手法の標準コードの手引きの作成

研究分担者：吉川浩平・広島大学病院・診療支援部リハビリテーション部門・主任言語聴覚士
塩田繁人・広島大学病院・診療支援部リハビリテーション部門・副部門長（作業療法士）

浅枝諒・広島大学病院・診療支援部リハビリテーション部門・理学療法士
安保雅博・東京慈恵医科大学医学部・教授
久保俊一・京都府立医科大学リハビリテーション医学教室・特任教授
三上靖夫・京都府立医科大学リハビリテーション医学教室・教授
西村行秀・岩手医科大学医学部・教授
大高洋平・藤田医科大学医学部・教授
佐々木信幸・聖マリアンナ医科大学医学部・主任教授
百崎良・三重大学医学部附属病院・教授
新見昌央・日本大学医学部・教授
沢田光思郎・京都府立医科大学リハビリテーション医学教室・准教授
木下翔司・東京慈恵医科大学医学部・准教授
吉田健太郎・東京慈恵医科大学医学部・助教
西山一成・岩手医科大学医学部・講師
中山恭秀・東京慈恵医科大学医学部・准教授（理学療法士）
北村新・藤田医科大学保健衛生学部・助教（作業療法士）
清水美帆・三重大学医学部附属病院リハビリテーション部・技師長（理学療法士）

研究要旨：我々は、令和 5 年度に生活期リハビリテーションの介入手法の標準コードおよびその定義を開発し、さらに多職種のエキスパートパネルに対する Delphi 調査によって生活期リハビリテーション手法の標準コードを開発した。本研究では、令和 6 年度に本コードを臨床で利活用するために、定義・目的と内容・具体的な実施方法と注意点を示した手引き第 1 版を作成した。一方で一昨年度実施した標準コードの Feasibility 調査において、「分かりにくかった項目」や「判断に迷った項目」が挙げられた。そのため実臨床場面での円滑な運用が行えるように、手引書の内容を改編する必要があると思われたため、本手法の位置づけ、定義と範囲などをより明確にした第 2 版を作成した。

A. 研究目的

生活期リハビリテーションでは、科学的根拠に基づく介入手法が求められており、これを実践するためには、評価・介入手法・アウトカムの標準化および実現可能性の検証が必要である。しかしながら、先行研究および我々の研究

班が実施した調査ではリハビリテーションの訓練項目について統一した見解がないことを明らかにしている。

令和 5 年度に作成した生活期リハビリテーション手法の標準コードを臨床で利活用するための令和 6 年度にその手引きを作成した。ただ実臨床場面での円滑な運用が行えるように、手引書の内容

を改編する必要があると思われたため、本手法の位置づけ、定義と範囲などをより明確にした第2版を作成した。

B. 研究方法

研究班内に手引きワーキンググループを設置。手引書執筆要綱を作成し、大項目10項目、中項目56項目をワーキンググループ内で振り分け、内容は、以下の項目で統制した。

1. 定義・位置づけ
2. 禁忌・注意事項
3. 効果・適応
4. 実施方法
5. リスク・有害事象
6. 代表的な具体例（評価法）
7. 算定・制度上の留意点

また原稿の内容は、「リハビリテーション医学・医療コアテキスト（日本リハビリテーション医学会監修，2018年発行）」および「介護領域のリハビリテーション手法手引書（三上幸夫総編集，2023年発行）」を参考とした。

（倫理面への配慮）

本調査は広島大学病院疫学倫理審査委員会に申請したが、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の対象ではなく、特別な倫理申請は必要ないと判断された。

C. 研究結果

大項目10項目、中項目56項目全ての項目の原稿を執筆し、フォントや文字サイズの統制を行い、手引書（第2版）を作成した。

D. 考察

令和6年度の本研究により、大項目10項目および中項目56項目の標準コードの手引書が作成された。一方で令和6年度に実施した標準コードのFeasibility調査において、「分かりにくかつ

た項目」や「判断に迷った項目」が挙げられた。そのため実臨床場面での円滑な運用が行えるように、手引書の内容を改編する必要がある。令和7年度第2版の作成に至った。初版に比し、定義と範囲、位置づけ等をより明確にし、項目数も多く統制したことで、より円滑な運用につながると考える。

E. 結論

標準コードのFeasibility調査の結果を参考に手引書の第2版を作成した。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし