

運動麻痺のアセスメントによく使われているスケールに関する調査報告

今回運動麻痺の評価スケールについてアンケート調査を行ったので報告します。

方法

調査期間：2015年2月14日～22日

調査方法：質問紙法（配布）

調査対象：医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・その他

●設問

運動麻痺を評価する際に、最も多く使用するスケールはどれですか？

●回答選択肢

MMT、ブルンストロームステージ（以下BRS）、12段階式片麻痺機能評価、MRC-sum score、その他、麻痺のある患者は担当しない いずれかにチェックをする

結果

- ・アンケート回収総数 862
- ・有効アンケート総数 802

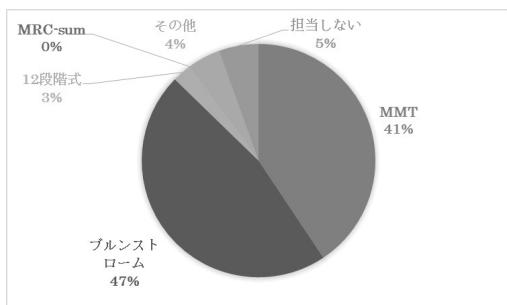


図 運動麻痺 アセスメントスケールの使用状況

考察

運動機能のアセスメントにおいて、運動麻痺の有無・程度は言うまでもなく重要な情報です。特に緊急性が高い状態は脳卒中の発症・再発・進行です。

つまり「無かった麻痺が出現した」、「軽度の麻痺だったのに重度になった」状態です。これを定量的に表すのがスケールということになります。

今回の調査結果を見ても分かるように、同じ運動麻痺のアセスメントなのに使用しているスケールは多様です。意識レベルの標準的アセスメントは、JCS か GCS の2つです。

何故運動のアセスメントは統一されないかというと、各職種の養成過程が大きく影響していると考えられます。例えばPTやOTは、運動麻痺のアセスメントはBRSか12段階式片麻痺機能評価を用いる、筋力のアセスメントはMMTを使用すると授業で習います。

しかし、医師や看護師は運動麻痺・筋力低下ともMMTでアセスメントすると習います。

※授業をする教員によって必ずしもその通りではありません。

よって本調査の結果もMMTとBRSで大きく2分されています。ではどれを使用すれば良いかという点については、黒田¹⁾は多職種での情報共有の観点からMMTの使用を推奨しています。理由としてはMMTの方がアセスメントが簡便であり、麻痺の出現・進行をより客観的に捉えることが出来るとしています。

例えばリハビリテーションスタッフが、「○○さんの麻痺がBRSで3から2になりました」と内線で医師に報告したとします。その医師が日頃MMTでしか運動をアセスメントしていないれば、麻痺の進行が正確に伝わらず、早期診断、早期治療に繋がりません。

この事例でも分かるように最も重要なことは、どのスケールを使うかよりも、施設、病棟、チームで統一されたスケールで「共通言語」が確立されていることです。他部門の使用しているスケールを知らない方は、確認されることをお勧めします。

文献

1) 黒田 智也、曷川 元：フィジカルアセスメント完全攻略 Book、慧文社、2014. p207-208

著者情報：飯田 祥 * 黒田 智也 * 曽川 元 *
*日本離床研究会 学術研究部