

◎回復期2

座長 岡本五十雄

2-7-7 回復期リハビリテーション病棟での日常生活機能評価とFIMとの関係～地方都市における検討～

¹とちぎリハビリテーションセンター, ²済生会宇都宮病院リハビリテーション科,³東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座船越 政範^{1,3}, 鈴木 尚¹, 川田 英樹¹, 中澤 征人^{1,2}, 安保 雅博³

【目的】平成20年4月の診療報酬改定で、日常生活機能評価が重症患者回復期リハビリテーション病棟加算の算定用件として導入された。当院においても導入後1年以上経過したことから、FIMとの関連性を調査し今後の課題を検討する。**【対象・方法】**平成20年7月から平成21年9月までに当院回復期リハビリテーション病棟を退院した216名を対象とし、後方視的に検討した。**【結果】**疾患群は、脳血管疾患187人、脳外傷10人、その他19人。平均年齢は63.9±13.8歳、発症から入院まで41.6±17.4日、入院期間72.2±27.2日、入院時FIM合計は76.9±26.9、FIM利得0.29±0.20(点/日)、日常生活機能評価の入院時6.0±4.4、退院時2.4±3.6。FIM合計と日常生活機能評価には優位な相関を認め、決定係数R²は入院時0.712、退院時0.834。転帰は自宅170人、転院・入所47人(21.8%)。日常生活機能評価が入院時10点以上の重症者の入院時FIM合計42.1±12.4、FIM利得0.29±0.24(点/日)、日常生活機能評価の入院時12.1±1.9、退院時6.9±3.5。重症者の転帰は自宅27人、転院・入所30人であった。**【考察】**FIM総得点と日常生活機能評価には相関が認められ、急性期から維持期までをつなぐ重要な共通評価と考えられた。一方で、十分な検証がないまま導入された経緯があることからも、算定用件における重症者を10点以上と定義していることを含めて今後も検討が必要と思われた。

2-7-8 脳卒中回復期リハでの日常生活機能評価とFIMとの乖離について～脳卒中リハ患者データバンクにおける検討～

¹森之宮病院神経リハ研, ²日本福祉大学社会福祉学部, ³倉敷中央病院リハビリテーション科,⁴熊本リハビリテーション病院リハビリテーション科, ⁵喜平リハビリテーションクリニック,⁶厚生労働科学研究費補助金「リハビリテーション患者データバンクの開発」研究班三原 雅史¹, 宮井 一郎¹, 近藤 克則², 伊勢 真樹³, 山鹿真紀夫⁴, 山口 明⁵,旭 俊臣⁶, 大串 幹⁶, 鴨下 博⁶, 西村 尚志⁶, 原 寛美⁶, 吉田 清和⁶,寺崎 修司⁶, 豊田 章宏⁶, 小林 祥泰⁶

目的：日常生活機能評価とFIMの回復期リハにおける改善度に乖離を生じる要因について検討を行い、回復期リハ病棟における質的評価指標としての日常生活機能評価の意義と限界を検証する。**方法：**脳卒中リハ患者DBに2009年12月までに登録された30病院、4774人のうち、主要項目に欠損がなく、日常生活機能評価及びFIMの記載がある436例について解析を行った。まず、日常生活機能評価とFIM総得点との相関を入退院時で検討し、両者の改善度の相関も検討した。さらに日常生活機能評価改善度を目的変数とし、FIM下位項目の改善度を説明変数とした重回帰分析を行った。統いて、両者の乖離もたらす影響を検討するため、単回帰分析によって得られた残差を目的変数とし、FIM下位項目を説明変数とした重回帰分析(残差分析)を行った。結果：両者の相関は入退院時では $R^2 > 0.7$ と高かったが、改善度の相関は $R^2 = 0.343$ とそれほど高くなかった。重回帰分析にて、日常生活機能評価改善度はトイレ動作、移乗、移動、食事、上衣更衣、表出などの項目と有意に関連しており、これらが重視されていることが示唆された。また、残差分析では排尿管理、入浴、上衣の更衣、問題解決がFIM改善度に対して正の効果を、移動、移乗などの項目の改善が負の効果をもたらすことがわかった。結語：日常生活機能評価は本来入院患者の看護負担を評価する目的で開発されており、FIMと比較して一部のADL項目が特に重視されている。両者は異なる観点から項目選択や重みづけがなされており、機能回復の指標として用いる際には注意が必要である。

2-7-9 当院回復期病棟における脳卒中患者のリハ・アウトカム

¹武蔵村山病院リハビリテーションセンターリハビリテーション科, ²オリブ山病院リハビリテーション科新舎 規由¹, 鈴川 活水¹, 松原 弘明², 高田 研¹, 石神 重信¹

【目的】当院ではリハ医主導で治療期間・ゴールを明確にした早期集中リハを実施している。起立訓練、早期からの装具療法、早期ADL自立、早期自宅退院が当院の脳卒中リハの骨子である。2年間のリハ効果を検証した。**【方法】**2007年11月から2009年10月までに当院回復期病棟に入院した患者(抄録作成時点での入院中の1名は除外)のべ805名中、リハ終了後に退院した709名(男369名/女340名、平均年齢71±14歳、急変し転医した56名、死亡7名、転医後の同一症例の再入院16名、神経プロック目的の入院12名、レスパイト入院4名、リハ未実施1名は除外した)のうち、脳卒中患者369名(男229名/女140名、平均年齢68±13歳、疾患内訳：脳梗塞214名/脳出血127名/脳梗塞と脳出血の併発2名/クモ膜下出血25名/TIA1名、障害内訳：右片麻痺152名/左片麻痺139名/両片麻痺17名/四肢麻痺3名/左下肢单麻痺1名/失調症26名/失調性片麻痺5名/麻痺・失調なし26名)について入院期間、入退院時のFIM、転帰を調査し分析した。**【成績】**発症から入院までの平均は33.3±24.9日、平均入院日数は48.3±25.7日であった。平均FIMは入院時69.3±30.2点、退院時90.9±29.8点で平均FIM利得21.6±15.6、平均FIM効率0.52±0.40であった。自宅復帰率は92.7%(369名中342名)であった。**【結論】**期間・ゴールを明確にしたリハ医主導のリハを行うことで高いFIM効率、自宅復帰率が得られた。更なる質の向上を目指して努力していきたい。