

◎回復期(ADL)

座長 安倍 基幸

2-P1-14 回復期リハビリテーション病棟における日常生活機能評価非改善群の検討

医療法人社団勝木会やわたメディカルセンターリハビリテーション科

池永 康規, 高橋 友哉, 西村 一志

【はじめに】回復期リハビリテーション(以下リハ)病棟に質的評価が導入され、入院時に日常生活機能評価(B項目)で10点以上の患者が3点以上改善することで加算が認められたが、非改善群に対する回復期リハ病棟でのアプローチの有効性について明らかにする必要があると思われる。そこで日常生活機能評価点数改善群と非改善群を比較し検討したので報告する。【対象と方法】08年7月1日から09年11月30日まで当院回復期リハ病棟(中枢系)入院し退院となった初発脳血管障害患者を対象とした。入院時日常生活機能評価10点以上で、3点以上改善した群を改善群、改善しなかった群を非改善群として属性、入退院時FIM、日常生活機能評価点数、入院中訓練単位数、入院日数、FIM効率、在宅復帰率を後ろ向きに調査し比較した。【結果】改善群17例、非改善群9例が対象となった。両群間で平均年齢、入院時FIM合計点、入院時日常生活機能評価点数に有意差はなかった。入院日数に有意差無く、FIM効率は改善群で0.25点/日、非改善群で0.04点/日で、改善群が有意に高かった($p<0.05$)。入院中総訓練単位数、1日あたりの訓練単位数に両群間で有意差無く、在宅復帰率も改善群58.8%、非改善群55.6%で有意差がなかった。【考察】改善群に対して非改善群はADL向上に乏しい結果となつたが、訓練単位数、在宅復帰率に差はなく非改善群に対しても回復期リハ病棟でのアプローチは有効と思われる。ADL向上の得られにくい患者が回復期リハ病棟の入院制限対象患者とならないよう適切な評価基準を設けるべきと考えられる。

2-P1-15 脳卒中患者で退院時期と回復期病床数が回復期入退院時ADLと自宅退院率にもたらす影響

鶴岡協立リハビリテーション病院リハビリテーション科

福村 直毅, 茂木 紹良

【目的】脳卒中の発症数は季節性変動があることが知られている。脳卒中発症が多い時期と少ない時期で回復期病床のアウトカムに変化が見られるか検証した。また人口10万人に対する回復期病床数が影響するかを調べ、回復期病床比率によるアウトカム変化の傾向をみた。【方法】リハビリテーション患者データバンクに登録された患者の2008年7月までの登録を対象とした。データクリーニングは年齢、性別、入院期間、退院先、Barthel Index(以下BI)のデータがないものを除いた。患者を転入院で受けてる医療機関で、1,2月および6,7月それぞれに10症例以上を登録している8医療機関を対象とした。1,2月退院者と6,7月退院者で入院期間、自宅退院率、入院時BI、退院時BI、BI利得、BI効率を各医療機関で比較した。【結果】BIは回復期病床数が少ない地域(10万人当たり31以下)では6,7月退院患者のほうが入院時、退院時共に高く回復期病床数が多い地域(10万人当たり51以上)では1,2月退院患者のほうが入院時、退院時共に高い傾向があった。自宅退院率は全病院で6,7月が1,2月よりも高かった。BI効率や入院期間では一定の傾向は見られなかった。【考察】全病院で1,2月で自宅退院率が低かったのは転院率の上昇と地域によっては寒さのため在宅環境整備が困難になる影響が示唆された。自宅退院率は医療保険制度上の基準であり、季節による基準の変更が必要かもしれない。

2-P1-16 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の日常生活機能評価とFIMの関連

¹神戸学院大学総合リハビリテーション学部医療リハビリテーション学科理学療法学専攻,²川崎医科大学リハビリテーション医学, ³赤穂中央病院リハビリテーション部岩井 信彦^{1,3}, 青柳陽一郎²

【目的】日常生活機能評価(生活評価)はいわゆる「できる」ADLを評価している。今回、回復期リハ目的の脳卒中患者に対し機能的自立度評価法(FIM)を利用し特定の環境下で遂行可能な「できる」ADL(capability ADL;cADL)を評価した。cADL(FIM)との比較を通じ生活評価の特性を検討したので報告する。【方法】対象は2008年4月から翌年3月に入院した脳卒中患者61名。入院時の生活評価13項目とcADL(FIM)18項目の得点比較を以下の5群で行った。1)全例、2)生活評価10点以上(重症例)、3)9点以下(非重症例)、4)4点以上(非軽症例)、5)3点以下(軽症例)。【結果】生活評価得点、cADL(FIM)得点、相関係数(ρ)の順に記載する。1)6.0±4.8, 73.7±34.7, -0.87($p<0.01$); 2)13.2±2.3, 24.3±8.2, -0.69*, 3)3.9±2.8, 88.4±24.3, -0.72*, 4)8.5±4.0, 57.3±30.4, -0.84*, 5)1.3±1.3, 104.9±16.0, -0.46($p<0.05$)【考察】FIMは「している」ADLを評価している。生活評価に関するFIMとの比較研究は「できる」ADLと「している」ADLの対比がほとんどであった。今回「できる」ADLと比較したが、先行研究と同様に相関はあるがばらつきも多い結果となった。重症例と軽症例の対比では軽症例で相関が他群より低かった。この群は生活評価が0点の症例も多くいわゆる天井効果によって相関が低くなつたと思われる。そもそも生活評価は看護必要度を測るために開発されたもので、手間がかからなくなると0点になるのは当然である。軽症例を評価する場合、その特性を理解し結果も慎重に解釈する必要がある。