原　著

回復期リハビリテーション病棟における効果判定

―入院患者の満足度調査―

濱﨑　祥子[1)]　高木　夕子[1)]　横濱　克明[2)]
田中　真弓[3)]　木田　裕子[4)]　小林　康孝[5)]

要　旨：回復期リハ病棟に入院中の患者に対し，m-FIM を用いた ADL 評価と改訂 VAS を用いた ADL 満足度調査を行い，比較検討した．若年者，発症からの日数が短い患者でm -FIM に比べ ADL 満足度が低かった．m -FIM の下位項目に関しては，清拭・浴槽への移乗，階段でm -FIM に比べ満足度が高く，排尿・排便コントロールでm -FIM に比べ満足度が低かった．ADL 満足度調査は，患者側からみたリハビリの効果判定として有効なツールの一つであると思われる．
【Key words】満足度・FIM・VAS

はじめに

回復期リハビリテーション病棟（以下回復期リハ病棟）の効果判定として，発症からの期間・入院日数・ADLの向上率・自宅復帰率・退院後のADL低下率・再入院率等がある．これまで当院では，在棟期間（入院日数）・自宅復帰率・FIMを活用してきた．しかしこれらは，医療側からみた効果判定であり，患者側からみた効果とは必ずしも一致しない可能性がある．患者側からみた効果としては，自覚症状の変化や，満足度等があげられる．特に当院回復期リハ病棟は，急性期病棟からの転棟患者と他院からの転院患者が入り混じり，患者の能力の段階も様々である．病棟スタッフが目標とするADLに本人が満足しているかどうかを知ることは，リハの押しつけにならない為にも重要である．患者満足度調査に関する過去の報告は散見されるが[1~4)]，ADLに対する満足度に関しては，我々の検索した範囲内では過去に報告がない．そこで今回，回復期リハ病棟全職種研修会におけるワークショップで検討された「回復期における効果判定」の内容を参考とし，患者のADLとADL満足度を調査し，比較・検討を行った．

対　象

平成18年6月から8月までに回復リハ病棟に入院していた患者のうち，意思疎通可能であった50名（男性35名・女性15名）を対象とした．平均年齢は69.0±1.0歳で，原疾患内訳は脳血管障害40名（右麻痺14名・左麻痺19名・その他7名），その他疾患（パーキンソン病など）10名であった．

方　法

（1）ADL評価：各患者担当の作業療法士がmoterFIM（以下m-FIM）を用いて評価した．

（2）ADL満足度評価：m-FIMの食事，整容，清拭，更衣（上半身），更衣（下半身），トイレ動作，排尿コントロール，排便コントロール，移乗，トイレ移乗，浴槽移乗，移動，階段の13項目各々において，ADL満足度を評価した．ADL満足度の評価には，Visual Analog Scale（以下VAS）を用いた．尚，VASは通常，痛みの測定法として用いられ，原法では6段階であるが，FIMの得点に合わせ，1～7の7段階に改変した．患者に改変VAS（**図1・表1**）を提示し，患者自身に現在のADL満足度を1項目ずつ指し示してもらった．実際の評価で得られたADL満足度の結果例を**図2**に示す．評価時期は，m-FIM評価日より1週間以内に実施した．

（3）ADLとADL満足度の比較：各患者のm-FIM満足度の得点に関し，①男女別比較，②麻痺側別比較，③年齢別比較，④発症～調査日の期間別比較，⑤転入日～調査日の期間別比較，⑥m-FIMと満足度の差，の6項目について検討した．統計処理には，Mann-Whitney

[1)] 福井総合病院　看護部5病棟
[2)] 福井総合病院　理学療法室
[3)] 福井総合病院　作業療法室
[4)] 福井総合病院　言語聴覚療法室
[5)] 福井総合病院　リハビリテーション科
（受付日　2007年３月）

U-test, Wilcoxon signed-ranks test, 一元配置分散分析を使用した.

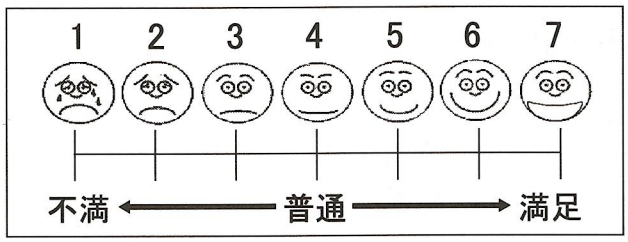

図1．改変Visual Analog scale（VAS）
FIMの得点に合わせ、VASを1～7の7段階に改変した.

	ADL満足度	状　態
1		自分の思い通りになっておらず「とても不満」
2		人の手を借りないと出来ない「まだまだ不満」
3		あと少しが出来ない「少し不満」
4		満足とも不満ともいえない「まぁまぁ」
5		少し手を借りるが出来る「それなりに満足」
6		自分で出来るようになってきた「けっこう満足」
7		自分の思う通りにできる「とても満足」

表1

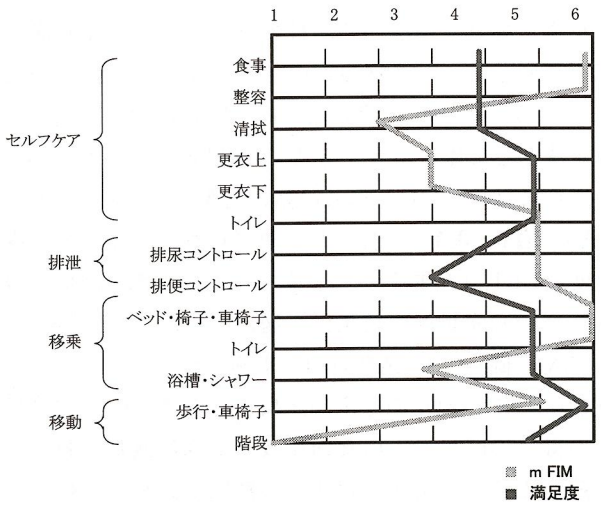

図2．症例
87歳女性，脳梗塞，左片麻痺，発症から63日，転棟後46日経過.
満足度調査時，ADLほぼ自立しており、老人車歩行可，昼夜トイレ使用可であった.
m-FIMは68点，満足度は73点であった．階段昇降で解離が大きい結果となった.

結　果

①男女別比較：m-FIM・ADL満足度ともに男性に比べ女性で高い傾向にあったが，有意差はみられなかった（**図3-1**）.

②麻痺側別比較：m-FIMは，ばらつきが大きいものの，右片麻痺に比べ左片麻痺で高い傾向にあった．ADL満足度は，右片麻痺に比べ左片麻痺で低い傾向にあった．いずれも有意差はみられなかった（**図3-2**）.

③年齢別比較：59歳以下・60～69歳・70～79歳・80歳以上で比較した．m-FIMとADL満足度に年代間での差はみられなかった．年代ごとにみると，59歳以下の患者でm-FIMに比べてADL満足度が有意に低かった（**図3-3**）.

④発症～調査日の期間別比較：30～59日・60～89日・90～119日・120日以上で比較した．m-FIMと満足度に期間による差はみられなかった．期間ごとにみると，30～59日でm-FIMに比べADL満足度が有意に低かった（**図3-4**）.

⑤転入日～調査日の期間別比較：41日以下・42日以上で比較した．有意差はみられないものの，41日を境にADL満足度が高い傾向にあった（**図3-5**）.

⑥満足度からm-FIMを引いた値ごとの度数分布を図3－6に示す．清拭・浴槽への移乗，階段ではm-FIMの比べADL満足度が高く，排尿・排便コントロールでは，ADL満足度に比べm-FIMが高い傾向にあった（**図3-6**）.

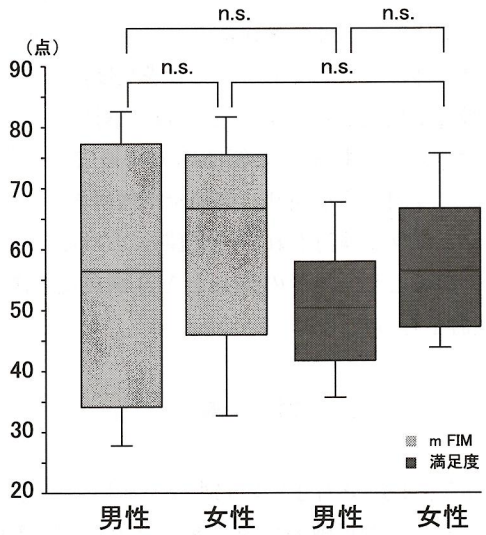

図3-1．m-FIMの値とADL満足度の値の男女別比較

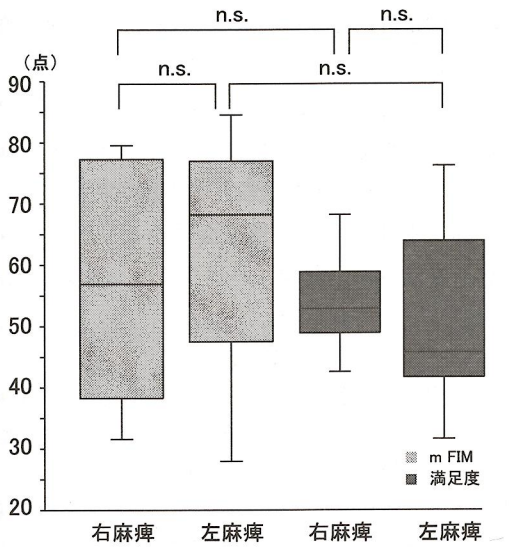

図3-2．m-FIMの値とADL満足度の値の麻痺側別比較

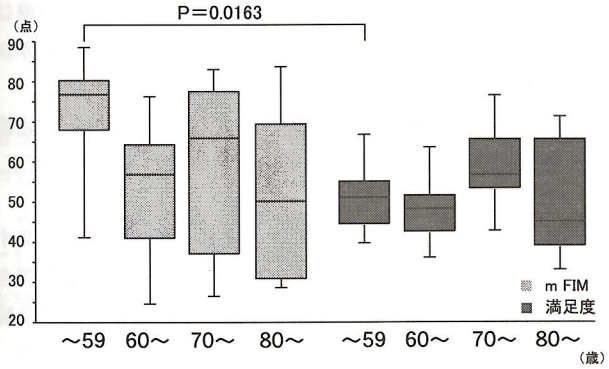

図3-3．m-FIMの値とADL満足度の値の年齢別比較

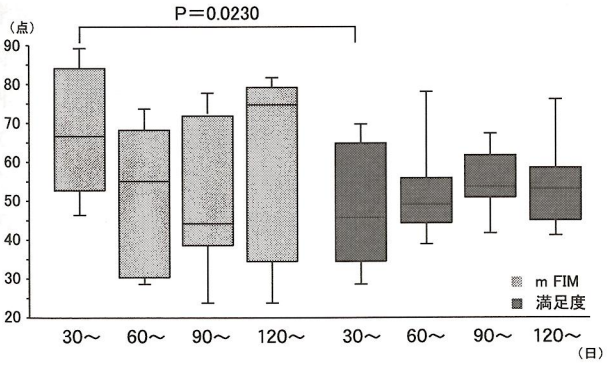

図3-4．m-FIMの値とADL満足度の値の発症から満足度調査日までの期間別比較

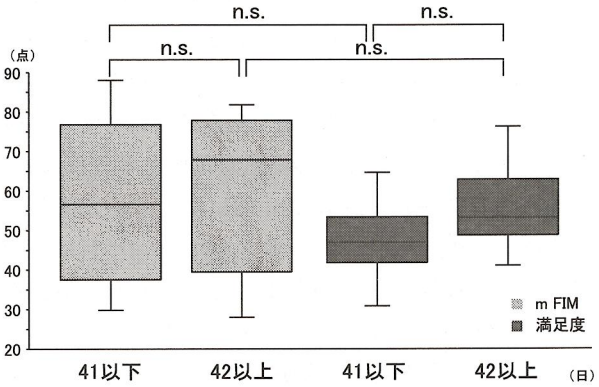

図3-5．FIMの値とADL満足度の値の転入日から満足度調査日までの期間別比較

mFIM高 ←―― mFIM・満足度一致 ――→ 満足度高

		−7	−6	−5	−4	−3	−2	−1	0	1	2	3	4	5	6	7
	食事	0	0	1	5	9	13	8	9	4	0	0	0	0	1	0
	整容	0	1	0	1	8	10	8	12	4	4	1	0	1	0	0
★	清拭	0	0	0	0	2	6	1	7	7	17	6	4	0	0	0
	更衣(上)	0	1	0	2	8	4	11	8	7	4	5	0	0	0	0
	更衣(下)	0	0	2	1	7	4	10	6	11	3	4	1	1	0	0
	トイレ動作	0	0	1	2	8	5	11	9	5	4	4	1	0	0	0
☆	排尿コントロール	0	0	2	0	11	10	10	3	2	6	2	2	1	1	0
☆	排便コントロール	0	0	3	3	10	11	7	3	6	1	2	4	0	0	0
	ベット・椅子・車椅子	0	0	0	3	6	4	19	6	8	2	1	0	1	0	0
	トイレ	0	0	0	2	7	8	10	8	10	4	1	0	0	0	0
★	浴槽・シャワー	0	0	0	1	7	4	5	6	6	13	8	2	0	0	0
	歩行・車椅子	0	0	0	4	3	8	7	12	6	2	2	0	1	0	0
★	階段	0	0	0	0	4	2	4	5	18	9	4	3	1	0	0

図3-6．ADL満足度からm-FIMを引いた値ごとの度数分布
★はADL満足度が高い項目，☆はADL満足度が低い項目を示す．

考　察

回復期リハ病棟では，医師，看護師，介護士，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，ソーシャルワーカーなどが一つのチームとして関わることが求められる[5]．チーム医療の結果が回復期リハ病棟の効果そのものであり，毎年全国のデータが報告されている．しかし，これらは医療側からみた効果であり，患者側が実感として感じる効果とは異なる可能性がある．患者側からみた効果を客観的に表す指標として，今回VASを改変して用いた．VASは通常，痛みの評価として用いられ，過去には，精神分裂病の患者に対する病感の程度の評価[6]や，脳梗塞患者の心理状態把握[7]，歯科治療に対する満足度[4]な

どに対して使用された報告がある．

今回，患者側の効果として改変VASによりADL満足度を調べたところ，患者背景や下位項目の一部で効果にずれがみられた．若年者でm-FIMに比べADL満足度が低くなった理由として，退院後の復職など社会的役割の必要性が高齢者に比べて高く，そのために患者の要求が高くなっている事が考えられる．残存障害に対する早期からの適切な予後予測とその提示が重要と考えられる．発症からの日数が短い患者でm-FIMに比べADL満足度が低くなった理由としては2つ考えられる．1つ目は，発症早期は回復段階の患者が含まれている可能性がある事，2つ目は障害受容が不十分である患者が含まれている事である．診療報酬の改定が進む中，回復期リハ病棟にも発症早期の患者が入院してくる可能性が高まっており，特に障害受容に関しては慎重に対処する必要がある．m-FIMの下位項目に関しては，清拭・浴槽への移乗でm-FIMに比べ満足度が高かった．これは「してもらっている」という依存度が上がっている危険性があり，自立という観点からは，注意すべきことである．また，m-FIMに比べ満足度が，階段で高く，排尿・排便コントロールで低い事からは，自宅復帰における患者のニードを推察することができる．階段昇降は，生活スペースの調整で解決できる場合が多いが，排泄動作は日常生活動作の中で，最も頻度が多く必要とされている動作であり，他の身体機能がどれだけ回復しても，排泄動作が自立できないことは，本人にとって大きな障害となり，家人にとっては大きな負担となる．すなわち，自宅退院へ向けてのリハプログラムの中で，排泄動作訓練を大きく位置づける必要があるものと思われる．

診療報酬の改定で，患者からの要求と提供される医療とのギャップは今後ますます大きくなる危険性を含んでいる．その中で，ADL満足度調査は，患者側からみたリハの効果判定として有効なツールの一つであると思われる．

謝辞：平成18年度回復リハ病棟研修会，第4回全職種研修会におけるワークショップで御協力いただきました．以下の方々に深謝致します．角谷貴子さん（初台リハビリテーション病院），久木田純子さん（新八千代病院），小沼千寿さん（多賀総合病院），高尾耕平さん（協和会病院），新美亜由美さん（偕公会リハビリテーション病院），林　泰堂さん（鵜飼リハビリテーション病院）．

文　献

1）森　仁実，小野幸子，グレッグ美鈴ら：患者満足度調査からみたA病院における看護サービスのあり方．岐阜県立看護大学紀要　2005；6：51-56.

2）郡司敦子，河相安彦，笹井啓史ら：日本大学松戸歯学部付属歯科病院における患者満足度調査　第1報　患者満足度に関する調査票の妥当性および信頼性の検討．日大口腔科学　2005；31：116-122.

3）中山秀幸，大島道子，廣川江梨子：患者満足度調査を試みて－慢性期社会復帰病棟におけるアンケートから－．日本精神科看護学会誌　2001；44：372-375.

4）佐々木貴子，阿部尚美，依田知久ら：入院下歯科治療におけるクリティカルパスの導入－第二報　クリティカルパス適応結果の解析－．老年歯学　2002；17：48-53.

5）栗原正紀：これからの脳卒中リハビリテーション－急性期・回復期の実践指針とあり方―．第1版，青梅社，東京，2005，p19

6）井上有美子：精神分裂病患者の病感の経時的変化に関する研究－ヴィジュアル・アナログ・スケールによる調査とセルフケアレベルの検討を通して－．日本看護学会論文集：成人看護Ⅱ　2000；108-110.

7）宮下知なつ：障害を持つ患者の「しているADL」の自己評価の変化とFIM・心理面との関係－自己評価にVASを用いて－．日本看護学会論文集：成人看護Ⅱ　2002；6-8.