

O-0824**急性期心大血管リハビリテーション患者に対して ADL を用いた臨床指標 (Clinical Indicator) 作成の試み**船橋 哲也¹⁾, 三岡 相至¹⁾, 大宮 和世¹⁾, 渡邊 寿彦¹⁾, 押田 翠²⁾, 吉田 生馬³⁾, 大野 篤行⁴⁾¹⁾葛西昌医会病院 リハビリテーション科, ²⁾葛西昌医会病院 整形外科,³⁾葛西昌医会病院 消化器内科, ⁴⁾葛西昌医会病院 循環器内科**key words** 急性期心臓リハビリテーション・日常生活活動・臨床指標**【はじめに, 目的】**

矢野らによれば, 急性期・慢性期を問わず医療の質を図るための, 客観的な量的指標である臨床指標 (Clinical Indicator, 以下, CI) の導入は, 医療の質の確保・向上のために有力であると言える。しかし急性期心臓リハビリテーション (以下, 心リハ) において, CI の導入に関する報告は少ない。

今回我々は, 急性期心大血管リハビリテーション料算定患者に対して, 1日当たりのリハビリテーション実施単位数 (以下, リハ単位数)・リハビリテーション開始病日 (以下, リハ開始病日) と ADL の改善の関係性を検討し知見を得たので報告する。

【方法】

<対象>2014年6月~8月の間, 当院に入院した心大血管リハビリテーション料に該当する患者44名。疾患は急性心筋梗塞13名, うっ血性心不全28名, その他3名。性別は男性25名, 女性19名。転帰は自宅退院36名, 施設退院2名, 死亡6名。平均年齢は77.0±11.7歳。

<方法>調査項目は診療録より, 年齢, 性別, リハ単位数(総リハビリテーション実施単位数/リハビリテーション実施日数), リハ開始病日, リハビリテーション開始日のADL, 退院日のADLとした。ADLはBarthel Index (以下, BI) を用い, ADLの改善度は退院時BI点数と入院時BI点数の差とした。統計処理はExcel (2010) を使用し, 重回帰モデルを求め, BI改善度の予測値(リハ単位数とADL改善度の重回帰係数, リハ開始病日とADL改善度の重回帰係数, 定数)を求めた。なお, 有意水準5%を棄却域とした。

【結果】

1日当たりの実施単位数3.37±1.05単位。リハ開始病日平均: 3.56±3.01日。ADL改善度は33.3±32.4点。リハ開始日とADL改善度の偏関数: -0.21.1日当たりのリハ単位数ADL改善度の偏関数: -0.005.1日当たりのリハ単位数とADL改善度の重回帰係数: 0.6。リハ開始日とADL改善度の重回帰係数: -2.3。定数: 39.5。「BI改善度の予測値=1日当たりの単位数×0.6+リハ開始病日×-2.3+39.5」。

【考察】

「1日当たりのリハ単位数とADL改善度の重回帰係数」「リハ開始日時とADL改善度の重回帰係数」は有意水準(0.29)を下回り, 関係性は低いことが示された。これには疾患別にADL低下を来す機序の違いが影響したと考える。例えば急性心筋梗塞患者のADL制限は, 治療の過程で医学的あるいは生理学的に, 短期間で大きく制限される。そして安静度の拡大に伴い, ほぼ入院前と同様のADLが獲得される。一方, うっ血性心不全の患者の場合, ADLが徐々に低下した後入院となり, その後の改善に時間を要す場合や, 短期間の改善が困難な場合などがあるためである。

Donabedianは医療の質の評価として, 構造, 過程, 結果を提唱している。過程, 結果に対してCIは有用であると考えられ, 今後, その精度を高める上で, 症例数を増やすとともに転帰や病態などを考慮していく必要があると考えられた。

【理学療法研究としての意義】

心リハ算定患者に対して質の高い医療を提供する為のプロセス・アウトカムを明確にすることで, リハビリテーション医療の質の評価基準を作成する。