

## ADL の目標修正は月 1 回のカンファレンスでは不十分である

### ～退院時 ADL が目標とした ADL と一致しなかった症例～

荻原 達也<sup>1)</sup> 岩井 知太<sup>1)</sup> 石森 卓矢<sup>1)</sup> 風晴 俊之<sup>1)</sup> 美原 盤<sup>2)</sup>

1) 公益財団法人脳血管研究所 附属美原記念病院 リハビリテーション科

2) 公益財団法人脳血管研究所 附属美原記念病院 脳神経内科

[目的]回復期リハビリテーション（リハ）病棟では退院時 ADL の目標を設定し患者と共有していくことが重要である。当院では、月 1 回、多職種協働で現状の FIM と退院時の目標とする FIM（目標 FIM）をカンファレンス（カンファ）でリハ総合実施計画書を作成、患者・家族に説明している。目標 FIM は転帰先の検討材料となることも少なくなく、正確性が求められる。今回、目標 FIM と退院時 FIM に乖離を認めた 1 症例を経験し、この要因を検討したので報告する。なお、本研究は症例から調査への同意を書面にて得たうえで、当法人倫理委員会の承認を受けている（受付番号 098-06）。

[症例]症例は 77 歳男性、被殻出血を発症し、23 病日に回復期リハ病棟に入院した。入院時の心身機能は重度左片麻痺、認知機能低下、注意障害、左半側空間無視を呈し、FIM は 38 点であった。初回カンファ（30 病日）を実施時は心身機能の状態から予後予測が難しかったため 1 ヶ月後に目標を再検討することにした。2 回目カンファ（53 病日）では目標 FIM を 100 点、退院時期を 130 病日と設定した。3 回目カンファ（86 病日）では前回カンファ時から改善を認め、さらなる改善が見込まれると考え目標修正はしなかった。4 回目カンファ（115 病日）では FIM の改善幅が著しく低下したため、目標を大幅に下方修正し、118 病日に施設退院となった。当院は 1 週間ごとに FIM を用いて ADL を評価している。本症例のカンファの間隔（1 ヶ月間隔）と 2 週間隔の FIM 回復経過を後方視的に比較した。結果、1 ヶ月間隔では 38 点（30 病日）、54 点（53 病日）、68 点（86 病日）、71 点（115 病日）と 115 病日目のカンファ経過時に初めて改善幅が小さくなっているのに対し、2 週間隔では 38 点（23 病日）、50 点（37 病日）、54 点（51 病日）、63 点（65 病日）、68 点（79 病日）、69 点（93 病日）、71 点（107 病日）となっていた。2 週間隔で見た場合、79 病日以前の改善幅は 4～12 点に対し、以降の改善幅は 1～2 点であり、93 病日経過時に回復幅が小さくなっていた。

[考察]先行研究では、ADL の改善幅は発症から間もない時期は大きく、徐々に小さくなっていくと報告されている。本症例もこれに一致しており、ゴールは FIM70 点程度と

想定され、当初に立てた 100 点という目標設定は高過ぎたと考えられる。FIM を 2 週間隔で確認をしていれば、93 病日の時点で目標の下方修正が行えた可能性があるが、1 ヶ月間隔では 115 病日の時点まで回復率の低下を察することはできない。患者の予後や目標を正確に立てることは難しく随時見直しや修正は必要である。そのため、カンファ以外にも患者の改善度合いなどを短い間隔で定期的にモニタリングしていくことは重要であり、この取り組みは入院期間の適性化に寄与すると思われる。