

2011年度 修士論文

外来リハビリテーションを実施した脳血管障害患者の
心理面の変化が ADL に及ぼす影響

－回復期リハビリテーション病棟退院から 1 ヶ月後までの調査－

Influence of changing in psychological among outpatient rehabilitation of
patients with cerebrovascular disease on activities of daily living

－One month Study of discharge to the convalescent rehabilitation ward－

早稲田大学 大学院スポーツ科学研究科
スポーツ科学専攻 介護予防マネジメントコース

5011A309-2

加藤 勝利

Kato, Katsutoshi

研究指導教員： 岡 浩一郎 准教授

目次

I. 緒言	1
II. 研究方法	4
1. 対象	4
2. 調査方法	5
3. 調査項目	5
1) 基本的属性	5
2) ADL の評価	5
3) 心理面の評価	6
① 健康管理に対するセルフ・エフィカシー	6
② 不安に対する意識	7
4. 分析	8
5. 倫理的配慮	8
III. 結果	9
IV. 考察	16
V. 結論	23
VI. 謝辞	24
VII. 文献	25

I. 緒言

回復期リハビリテーション病棟（以下：回復期リハ病棟）は、2000 年 4 月の診療報酬改定により新設された。回復期リハ病棟とは、脳血管障害または大腿骨頸部骨折等の患者に対して日常生活活動（Activities of daily living：以下、ADL）能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的とした、リハビリテーション（以下：リハ）を集中的に行う病棟である⁽¹⁾。脳血管疾患は、運動機能や認知、コミュニケーション面などで様々な障害をもたらし、ADL に大きく影響を与える疾患であり、わが国の要介護者の原因疾患として、24.1%と最も多くなっている⁽²⁾。そのため脳血管障害者の身体機能や ADL 能力を維持・向上させる目的や、再発予防のための生活指導など、回復期リハ病棟退院後の継続したリハが必要とされている。脳卒中治療ガイドライン 2009⁽³⁾では、回復期リハ終了後の慢性期脳卒中患者に対して、筋力、体力、歩行能力などを維持・向上させることが勧められ、訪問リハや外来リハ、地域リハについての適応を考慮し、回復期リハ病棟退院後の継続したリハが強く推奨されている。芳野ら⁽⁴⁾は、回復期リハ病棟退院 1 ヶ月後の機能的自立度評価（Functional Independence Measure：以下、FIM）の運動項目は有意に低下し、各項目ではセルフケアにおいて、退院後に依存的になり主介護者が過介助となることにより有意に低下、排泄コントロールにおいては、生理的に自立したいとの願望が強いことと、退院後の生活環境が戻ったことによる情緒的安定が関与し有意に向上したとしている。また、退院時の FIM 運動項目が 50～69 点（半介助群）の患者および通所系サービス利用者が有意に低下したと報告している。石川ら⁽⁵⁾は、脳血管障害患者の退院後 2 ヶ月から 1 年までを、退院直後の混乱がおさまった後として ADL の変化を検討し、退院時の FIM 運動項目が 80 点以上の患者では、屋内 ADL が自立しており、生活動作を困難なく繰り返すことができ、ADL は低下し難く、70 点未満の患者では介助量が多いため FIM の向上は難しいとしている。これら

の報告のように、退院後の ADL の変化は、介助者の有無や生活環境、退院時の身体機能など様々な要因により変化すると考えられている。そのため、回復期リハ病棟退院直後には、環境の変化やリハ提供量の急激な低下により生じる、身体機能や生活機能の低下を予防するために集中的なリハが重要と言われている⁽⁶⁾。また、退院後 1 ヶ月の在宅導入期では、管理体制が整備された病院から在宅というさまざまな課題を解決しなければならない不安定な時期であり、生活への不適応が発生することも考えられる⁽⁷⁾。現在の介護保険においては、退院後のリハを継続する場合、訪問リハを受けるか通所リハを受けるしかない状態であり、退院後早期の集中的なリハに対して、短期集中リハ実施加算として介護報酬で評価されている。その期間は退院日から 3 ヶ月以内であり、1 ヶ月以内と 1 ヶ月を超え 3 ヶ月以内の 2 つに期間に分けられており、特に 1 ヶ月以内の期間に行う集中的なリハを評価している。

退院後の環境変化や、リハ提供量が低下したなかで ADL を維持・向上させるためには、患者自身が出来る限り主体的に活動できるように支援することが必要であり、疾患管理や生活習慣の是正、運動の習慣化など自発的な行動変容へと導くアプローチとして Bandura⁽⁸⁾ が提唱したセルフ・エフィカシーの概念がある。セルフ・エフィカシーとは、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信のことと定義されており、高齢者の介護予防事業⁽⁹⁾や転倒予防などに関連する⁽¹⁰⁾ 多くの研究が報告されている。鈴木ら⁽¹¹⁾ は、ADL が向上することにより自分で行動を起こし、成功体験を通して自信が付き自己を尊重できるようになり、自己価値や障害に対する受容が促されるとされている。また、ADL の獲得は、本人の心理面に大きく影響を及ぼしていることが報告されている⁽¹²⁾。外来リハに関する多くの研究は、身体機能⁽¹³⁾ や ADL の変化を調査した研究が多く、心理面の変化を調査した研究は少ない状況である。さらに、心理面の変化に関しては、退院後の ADL が不安定な時期から把握することが重要と考えるが、回復期リハ

病棟退院時から心理面の変化を調査した研究は見当たらない。本研究では、心理面として健康管理に対するセルフ・エフィカシー尺度を用いて評価を行った。健康管理とは、ADL の自立を継続していく上で、不健康行動の改善や積極的な健康増進のための行動を実施することと考えられ、その行動は脳血管障害患者においても重要な行動と考えられる。また、退院時に抱えていた不安と退院 1 ヶ月後に抱えていた不安を具体的に把握することは、脳血管障害患者が抱える不安を解消するための対策を考える上で重要であり、外来リハの役割の一つと考えられ、自宅生活の不安についても調査を行った。

本研究の目的は、回復期リハ病棟を退院後、外来リハに通院した脳血管障害患者の退院時と退院 1 ヶ月後の ADL、健康管理に対するセルフ・エフィカシー、自宅生活の不安について、それぞれの変化を明らかにし、健康管理に対するセルフ・エフィカシーに影響を与える要因と、セルフ・エフィカシーの変化が退院後の ADL の変化に及ぼす影響を明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 対象

対象は、平成 23 年 8 月から 10 月末の期間に東京都の H リハ病院、回復期リハ病棟を退院し、その後同施設の外来リハに通院した脳血管障害患者 19 名（年齢：65.6 ± 13.8 歳）とした（表 1）。男性 13 名（年齢：64.6 ± 13.9 歳）、女性 6 名（年齢：67.7 ± 14.5 歳）、疾患名の内訳は、脳梗塞 9 名、脳出血 7 名、脳塞栓症 2 名であった。退院後に介護保険のサービスを利用している者は 8 名、利用していない者は 11 名であった。利用サービスの内訳は、訪問介護 6 名、訪問看護 2 名、通所介護サービス 2 名、訪問マッサージ 1 名、配食サービス 1 名であり、複数のサービスを使用している者が 5 名いた。なお、重度の認知症、失語症により質問紙、面接調査の回答が困難な者（Mini Mental State Examination：21 点以下）は除外した。

表 1 対象者の属性

		全例 (n=19)	男性 (n=13)	女性 (n=6)
年齢 [歳]		65.6 ± 13.8	64.6 ± 13.9	67.7 ± 14.5
疾患	脳梗塞 [人 (%)]	9 (47.3)	7 (53.8)	3 (50.0)
	脳出血	7 (36.8)	6 (46.2)	3 (50.0)
	脳塞栓症	2 (10.5)	2 (15.4)	0 (0)
家族構成	1 人暮らし [人 (%)]	1 (5.2)	0 (0)	1 (16.7)
	2 人暮らし (夫婦または兄妹)	7 (36.8)	6 (46.2)	1 (16.7)
	2 世代以上の世帯	11 (57.9)	7 (53.8)	4 (66.7)
	同居者の数 [人]	2.1 ± 1.4	1.9 ± 1.3	2.5 ± 1.8
発症から入院までの日数 [日]		27.4 ± 14.0	24.4 ± 12.3	33.8 ± 16.2
在院日数 [日]		69.9 ± 48.2	66.1 ± 52.8	78.3 ± 39.5
利用サービス	あり [人 (%)]	8 (42.1)	5 (38.5)	3 (50.0)
	なし	11 (57.9)	8 (61.5)	3 (50.0)

年齢・同居者の数・発症から入院までの日数・在院日数は、平均値 ± 標準偏差を表示
疾患名・家族構成（同居者の数以外）は、人数 (%) を表示

2. 調査方法

回復期リハ病棟退院時に、基本的属性、ADL の評価として退院時の FIM は、電子カルテより後方視的に情報収集を行った。健康管理に対するセルフ・エフィカシー、自宅生活の不安については、調査表をもとに質問項目を読み上げ、回答を得る面接調査により回答を得た。なお、面接調査は退院日当日から 3 日以内に実施した。その後、外来リハ通院を継続し 1 ヶ月経過した時点で、外来の担当セラピストが FIM の評価を実施した。なお、セラピストは、施設内において日常的に FIM を使用しており、定期的な勉強会やテストを実施しており、セラピスト間の再現性は保たれているものとする。健康管理に対するセルフ・エフィカシー、自宅生活の不安については退院時と同じく面接調査にて回答を得た。

3. 調査項目

1) 基本的属性

基本的属性として、性別、年齢、家族構成、発症から回復期リハ病棟入院までの期間、在院日数、退院後の利用サービスの情報を電子カルテより収集した。発症から入院までの期間、在院日数は、脳血管障害の回復に重要であり身体面、心理面ともに影響を与える因子として考えられる。また、家族構成、退院後の利用サービスは、退院後の ADL に影響を与える因子として考えられ、家族構成については、独居、同世代 2 人暮らし（夫婦・兄妹）、2 世代以上の世帯に分類し、同居者の人数について調査を行った。

2) ADL の評価

ADL を評価するために FIM（表 2）を用いた。FIM は、日常生活の運動項目 13 項目と認知項目 5 項目の計 18 項目からなり、実際に「している」状況を介助のある・なし、介助量によって 1 点から 7 点で採点を行う ADL の代表的な評価法である。

表 2 Functional Independence Measure (FIM) の評価項目と採点基準

運動項目		認知項目	
セルフケア	食事	コミュニケーション	理解
	整容		表出
	清拭	社会的認知	社会的交流
	更衣（上半身）		問題解決
	更衣（下半身）		記憶
	トイレ動作		
排泄コントロール	排尿 排便		
移乗	ベッド・椅子・車椅子 トイレ		
	浴室・シャワー		
移動	歩行・車椅子 階段		

運動項目（13 項目）
合計 91 点

認知項目（5 項目） 合計 35 点	
総合計 126 点 採点基準	
自立	7：完全自立 6：修正自立
部分介助	5：監視・準備 4：最小介助 3：中等度介助
完全介助	2：最大介助 1：全介助

3) 心理面の評価

①健康管理に対するセルフ・エフィカシー

吉川ら⁽¹⁴⁾が、地域における高齢者の健康管理行動に対するセルフ・エフィカシー尺度を作成し、15 項目からなる尺度の信頼性を検討するため、信頼性係数を算出し、Cronbach の α 係数は 0.94 であった。再テストによる信頼性係数は 1 ヶ月の間隔をあけた 2 回の測定値の相関係数によって求めたところ、再テスト信頼性は 0.68 であった。妥当性については、坂野らにより開発された一般性セルフ・エフィカシー尺度との間に有意な正の相関が認められている。一般性セルフ・エフィカシー尺度は、日常生活のさまざまな状況における個人の一般性セルフ・エフィカシーの強さを測定するもので、すでに特定の行動に関するエフィカシー尺度との関連が証明されていることから同時的妥当性の外的基準として用いられた。また、益田ら⁽¹⁵⁾により、通所リハを利用する高齢者を対象とした調査にも用いられ看護支援の方向性が検討されている。この健康管理に対するセルフ・エフィカシー尺度は、「保健

行動」6項目、「精神的安定」4項目、「運動」3項目、「食事」2項目の合計15項目で構成されている。「保健行動」の項目は「毎食後、必ず歯を磨ける」、「健康を守るために必要な情報を集められる」、「健康のために適切な体重を維持できる」、「必要な薬を正しく使える」、「健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる」、「保健・福祉などの制度を利用して自分の健康を守れる」である。「精神的安定」の項目は「さみしい気持ちにならないようにできる」、「悩み事を家族や友人と話し合える」、「不安やイライラを自分なりの方法で軽くできる」、「孤立しないように地域の人と交われる」である。「運動」の項目は「毎日の生活に運動を取り入れられる」、「身近にある運動のための施設や場所を利用できる」、「楽しく運動する方法をみつけられる」である。「食事」の項目は「健康に良いものは毎日続けて食べられる」、「出来るだけ多くの種類の食べ物をとれる」となっている。各項目を「非常に自信がある（4点）」、「まあまあ自信がある（3点）」、「あまり自信がない（2点）」、「まったく自信がない（1点）」の4件法にて回答を得て、合計得点が高いほど健康管理に対するセルフ・エフィカシーが高いとされる。

②不安に対する意識

自宅生活の不安について、退院時と退院1ヶ月後の不安の状況と、具体的な内容を把握する目的で調査表を作成した。退院時には「自宅生活への不安はありますか」と質問し、1ヶ月後は「自宅生活の不安はありますか」と質問を行った。回答は「非常に不安がある（4点）」、「まあまあ不安がある（3点）」、「あまり不安がない（2点）」、「まったく不安がない（1点）」の4件法にて回答を得た。得点が高いほど不安があるとし、不安の具体的な内容は「非常に不安がある」、「まあまあ不安がある」と回答した患者に対して聴取を行った。

4. 分析

外来リハを利用している患者の変化を確認するために、FIM、健康管理に対するセルフ・エフィカシー、自宅生活の不安について、それぞれ退院時と退院1ヶ月後の比較を Wilcoxon の検定を用いて分析した。つぎに健康管理に対するセルフ・エフィカシーに影響を与える要因を検討する目的で、性別、家族構成（独居・同世代2人暮らしと2世代以上の世帯）、利用サービスの有無により健康管理に対するセルフ・エフィカシー尺度の得点に差があるかを Mann-Whitney の検定にて比較し、年齢、同居者の人数、発症から入院までの期間、在院日数との関係を Pearson の相関係数を用いて分析した。さらに、健康管理に対するセルフ・エフィカシー尺度の合計得点が低下・維持した群と向上した群の2群に分類し、2群間で退院時、退院1ヶ月後のFIMの各項目に得点差があるかを Mann-Whitney の検定を用いて分析した。統計学的解析は、SPSS19.0J for windows を用いて、有意水準は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、筆者が所属する医療機関（研究実施病院）の倫理委員会で承認（平成23年5月25日）を得た。参加者には、研究の説明書を用いて研究目的、手順、調査項目の内容、結果の公表の仕方、調査参加の任意性、参加協力に同意しない場合、また、研究途中において同意を取消される場合なども一切の不利益が生じないこと、取得データ、個人情報の管理方法等を説明し、書面にて同意を得た。

Ⅲ．結果

【退院時と退院 1 ヶ月後の比較】

退院時の FIM(図 1)の運動項目の合計点は、平均 83.2 ± 11.2 点、総合計点は平均 115.5 ± 13.4 点であった。退院 1 ヶ月後の FIM 運動項目は平均 84.1 ± 11.9 点、総合計点は平均 116.7 ± 13.8 点であった。退院時と退院 1 ヶ月後の総合計点に有意差は認められなかったが、退院時と比べ退院 1 ヶ月後に総合計点が低下した者が 5 名 (26.3%)、維持されていた者が 5 名 (26.3%)、向上した者が 9 名 (47.4%)いた。低下していた者の FIM 運動項目の合計点は、退院時で 76.8 ± 18.6 点、退院 1 ヶ月後で 74.4 ± 20.7 点であり、各項目(表 3)では、セルフケアの項目で更衣(上・下半身)、トイレ動作の得点が低下していたが有意差は認められなかった。有意な改善が認められた項目は、浴室・シャワーからの移乗 ($p < 0.05$) のみであった。

健康管理に対するセルフ・エフィカシーについては(図 2)、退院時と退院 1 ヶ月後の総合計点において有意差は認められなかったが、退院時と比べ退院 1 ヶ月後で合計点が低下した者が 8 名 (42.1%)、維持していた者が 3 名 (15.8%)、向上した者が 8 名 (42.1%)であった。各項目(表 4)の比較では、退院時と退院 1 ヶ月後で有意差は認められなかった。

自宅生活の不安については(図 3)、退院時と退院 1 ヶ月後で有意差は認められなかった。「非常に不安がある(4 点)」、「まあまあ不安がある(3 点)」と回答した者は退院時、退院 1 ヶ月後ともに 7 名 (36.8%)であった。退院時に比べ不安が増強した者は 4 名 (21.1%)、変化が見られなかった者は 9 名 (47.4%)、不安が減少した者は 6 名 (31.6%)であった。不安に対する具体的な内容は、退院時に「手が動かない」、「再発」、「復職、病前生活に戻れるか」、「入院生活とのリズムの違いに身体がついていくか」、「隣人との付き合いが以前のようにできるか」と言う不安が聞かれた。退院 1 ヶ月後には「睡眠がとれない」、「重いものが持てない」、

「疲れやすい」、「ふらつきが治らない」、「身体が良くなっている気がしない」、「物忘れがひどい」、「自分が倒れた時に家族のことが心配」、「再発」、「階段に手すりがつけられるか」などの内容が聞かれた。退院時と退院 1 ヶ月後で同じ内容の不安を継続して訴えた者はいなかった。

【セルフ・エフィカシーに影響を与える要因について】

性別、家族構成（独居・同世代 2 人暮らしと 2 世代以上の世帯）、利用サービスの有無を Mann-Whitney の検定にて比較した結果、性別によるセルフ・エフィカシーの影響は、退院時、退院 1 ヶ月後ともに有意差は認められなかった。独居・同世代 2 暮らしと、2 世代以上の世帯での影響、利用サービスの有無による影響に関しても、各項目に有意差は認められなかった。年齢、同居者の人数、発症から入院までの期間、在院日数との関係について相関分析(表 5)を行い、退院時のセルフ・エフィカシーは、同居者の人数と「毎食後、必ず歯を磨ける」の項目で、($r=-0.456$, $p<0.05$) 負の相関が認められた。発症から入院までの期間と「健康を守るために必要な情報を集められる」($r=-0.479$, $p<0.05$)、「毎日の生活に運動を取り入れられる」($r=-0.66$, $p<0.05$)、「運動のための施設や場所を利用できる」($r=-0.547$, $p<0.05$)でいずれも負の相関が認められた。在院日数と、「保健・福祉などの制度を利用して自分の健康を守れる」($r=-0.461$, $p<0.05$)の項目で負の相関が認められた。退院 1 ヶ月後のセルフ・エフィカシーでは、同居者の人数と「保健・福祉などの制度を利用して自分の健康を守れる」($r=-0.479$, $p<0.05$)の項目で正の相関が認められた。発症から入院までの期間と「健康のために適切な体重を維持出来る」($r=-0.546$, $p<0.05$)、「健康維持について良い助言をしてくれる医師や看護師を見つけれられる」($r=-0.526$, $p<0.05$)、「楽しく運動をする方法を見つけれられる」($r=-0.682$, $p<0.01$)、「健康に良いものは毎日続けて食べられる」($r=-0.51$, $p<0.05$)の項目で負の相関が認められ、発症から入院までの期間が短いほど、セルフ・

エフィカシーが高いという関係がみられた。

【セルフ・エフィカシー低下・維持群と向上群における FIM 得点の比較】

退院時から退院 1 ヶ月後で健康管理に対するセルフ・エフィカシーが低下・維持した群(11 名)と向上した群(8 名)の FIM 得点の違いに関しては、低下・維持した群の退院時の総合計点の平均は 113.6 ± 15.6 点、向上した群の平均は 118.0 ± 10.1 点であった。退院 1 ヶ月後の総合計点の平均は、低下・維持した群で 113.7 ± 17.3 点、向上した群で 120.6 ± 6.6 点であった。Mann-Whitney の検定にて分析した結果、合計得点、各項目ともに 2 群間で有意差は認められなかった。

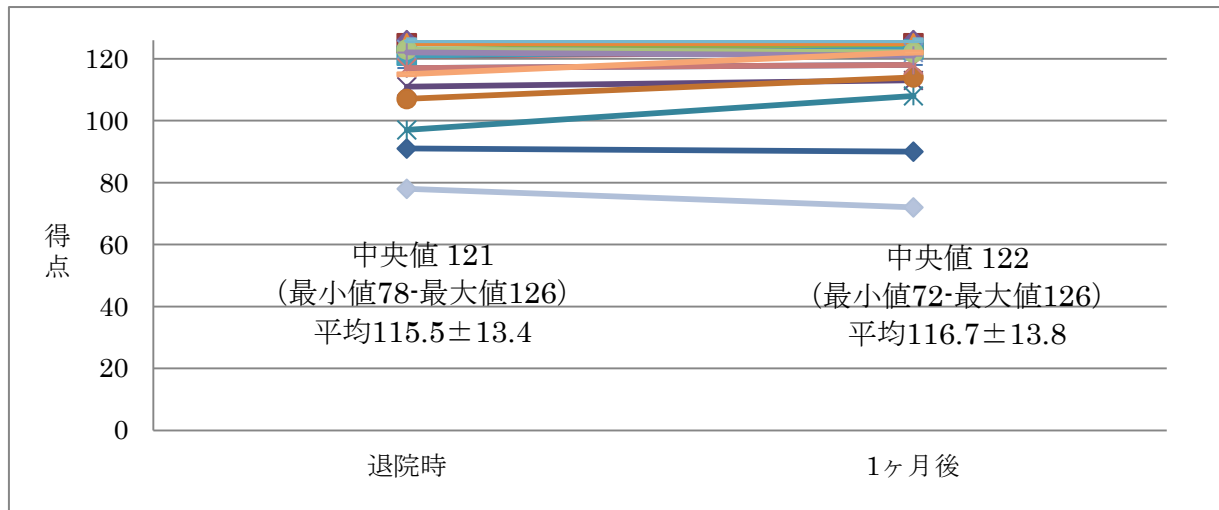


図 1 FIM 合計点の退院時から退院 1 ヶ月後の変化

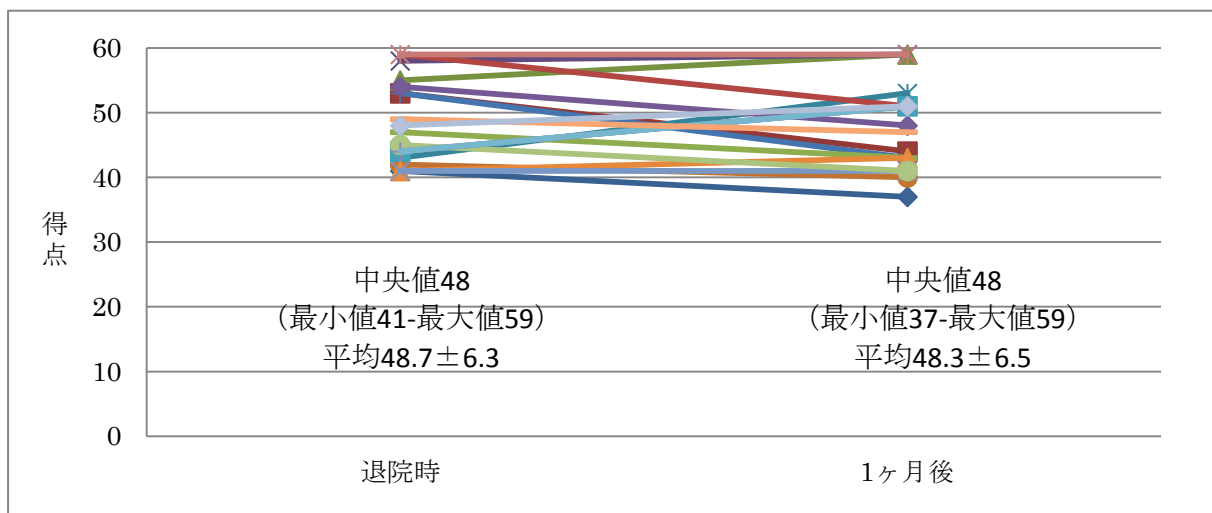


図 2 健康管理に対するセルフ・エフィカシーの退院時から退院 1 ヶ月後の変化

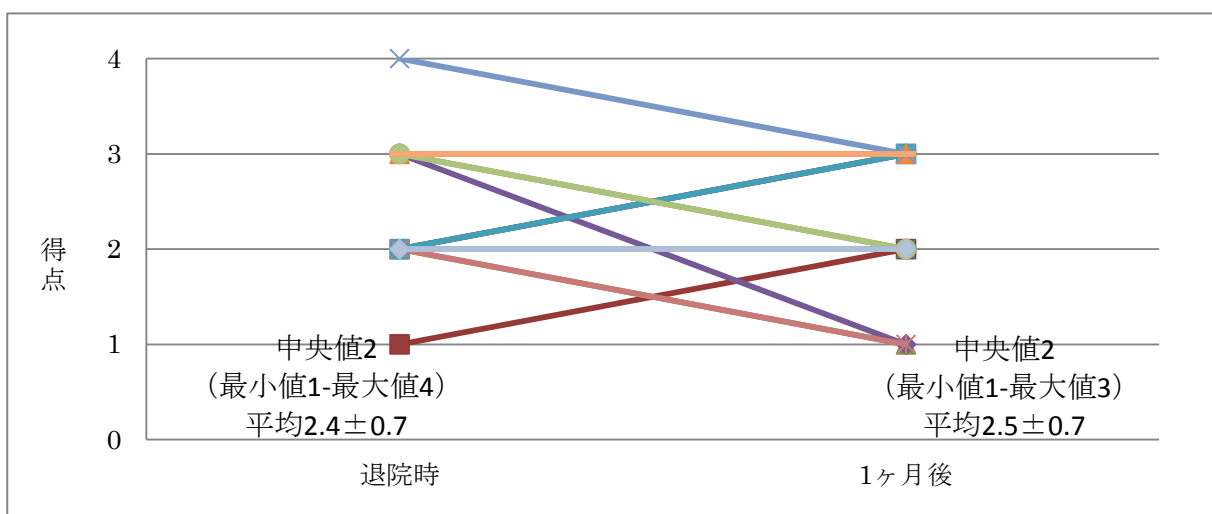


図 3 自宅生活の不安について退院時から退院 1 ヶ月後の変化

表 3 FIM の各項目の退院時と退院 1 ヶ月後の比較

(n=19)

項目		退院時	退院 1 ヶ月後	p 値
セルフケア	食事	6.8±0.5	6.8±0.5	0.593
	整容	6.7±0.7	6.7±0.9	1.000
	清拭	5.8±1.6	6.3±1.1	0.123
	更衣（上）	6.5±1.1	6.4±1.6	0.423
	更衣（下）	6.5±1.3	6.4±1.6	0.593
	トイレ動作	6.6±0.8	6.5±1.2	0.655
排泄コントロール	排尿管理	6.7±0.9	6.7±0.9	1.000
	排便管理	6.6±0.6	6.6±0.6	1.000
移乗	ベッド・椅子・車椅子	6.5±0.9	6.6±0.7	0.180
	トイレ	6.5±0.8	6.6±0.7	0.317
	浴室・シャワー	5.9±1.3	6.3±1.1	0.043*
移動	歩行・車椅子	6.3±1.2	6.4±1.2	0.317
	階段	5.7±1.5	5.8±1.3	0.273
コミュニケーション	理解	6.7±0.6	6.7±0.5	0.317
	表出	6.7±0.7	6.7±0.6	0.317
社会的認知	社会的交流	6.3±1.4	6.5±1.1	0.180
	問題解決	6.4±0.9	6.4±0.9	1.000
	記憶	6.2±1.2	6.3±1.1	0.317
運動項目		83.2±11.2	84.1±11.9	0.345
認知項目		32.2±4.1	32.6±3.6	0.109
合計		115.5±13.4	116.7±13.8	0.530

平均値±標準偏差. * : $p < 0.05$

表 4 健康管理に対するセルフ・エフィカシーの退院時と退院 1 ヶ月後の比較
(n=19)

項目		退院時	退院 1 ヶ月後	p 値
保健行動	毎食後、必ず歯を磨ける	3.5±0.8	3.4±0.8	0.730
	健康を守るために必要な情報を集められる	3.4±0.5	3.3±0.6	0.157
	健康のために適切な体重を維持できる	3.0±0.6	3.2±0.6	0.102
	必要な薬を正しく使える	3.5±0.7	3.7±0.6	0.102
	健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる	3.2±0.7	3.3±0.7	0.782
	保健・福祉などの制度を利用して自分の健康を守る	3.3±0.7	3.2±0.7	0.705
	合計	19.8±3.0	20.1±2.6	0.823
精神的安定	さみしい気持ちにならないようにできる	3.2±0.6	3.2±0.6	1.000
	悩み事を家族や友人と話し合える	3.3±0.6	3.3±0.7	0.763
	不安やイライラを自分なりの方法で軽くできる	3.2±0.5	3.1±0.8	0.366
	孤立しないように地域の人と交われる	3.0±0.8	2.9±0.8	0.705
	合計	12.6±2.0	12.5±2.2	0.875
運動	毎日の生活に運動を取り入れられる	3.4±0.8	3.3±0.7	0.429
	運動のための施設や場所を利用できる	3.3±0.7	3.2±0.8	0.480
	楽しく運動する方法を見つけられる	2.9±0.6	2.9±0.8	0.705
	合計	9.6±0.7	9.4±1.9	0.430
食事	健康に良いものは毎日続けて食べられる	3.4±0.6	3.1±0.7	0.084
	出来るだけ多くの種類の食べ物をとれる	3.3±0.7	3.2±0.6	0.763
	合計	6.6±1.2	6.3±1.2	0.321
総合計		48.7±6.3	48.3±6.5	0.697

平均値±標準偏差

表 5 健康管理に対するセルフ・エフィカシーとの相関関係
(n=19)

退院時の健康管理に対すセルフ・エフィカシー	相関係数 (r)	p 値
同居者人数, 毎食後、必ず歯を磨ける	-0.456	0.049*
発症から入院までの期間, 健康を守るために必要な情報を集められる	-0.479	0.038*
発症から入院までの期間, 毎日の生活に運動を取り入れられる	-0.466	0.044*
発症から入院までの期間, 運動のための施設や場所を利用できる	-0.547	0.015*
発症から入院までの期間, 運動項目の合計	-0.518	0.023*
在院日数, 保健・福祉などの制度を利用して自分の健康を守れる	-0.461	0.047*
退院 1 ヶ月後の健康管理に対するセルフ・エフィカシー		
同居者人数, 保健・福祉などの制度を利用して自分の健康を守れる	0.479	0.038*
発症から入院までの期間, 健康のために適切な体重を維持できる	-0.546	0.016*
発症から入院までの期間, 健康の維持について良い助言をしてくれる医師や看護師などを見つけられる	-0.526	0.021*
発症から入院までの期間, 楽しく運動する方法を見つけられる	-0.682	0.001**
発症から入院までの期間, 健康に良いものは毎日続けて食べられる	-0.510	0.026*
退院時から退院後 1 ヶ月の健康管理に対するセルフ・エフィカシーの変化量		
同居者人数, 毎食後、必ず歯を磨ける	0.566	0.011*

* : $p < 0.05$. ** : $p < 0.01$

IV. 考察

【退院時と退院 1 ヶ月後の比較】

回復期リハ病棟を退院し外来リハに通院した脳血管障害患者の FIM 得点、健康管理に対するセルフ・エフィカシーともに退院時と退院 1 ヶ月後の総合計点に有意差は認められなかった。FIM については、今回の対象者の得点が高く、石川ら⁽⁵⁾が述べているように、すでに ADL が自立した状態であり、退院しても生活動作を困難なく行うことが出来ているために有意差が認められなかったと思われる。その中で FIM 得点が低下を示した者については、運動項目の平均点が 70 点台であり、日常生活において介助者が必要な場面が多く、自ら活動することが難しいため、FIM 得点においても向上が見られなかったものと思われる。各項目においては、浴室・シャワーからの移乗動作のみ有意な改善が ($p < 0.05$) が認められた。浴室・シャワーの移乗動作は、浴槽をまたぎ、浴槽内に入り、沈み込むこととその戻り動作によって採点され、FIM の運動項目において、階段昇降、清拭動作と共に難易度が高く、自立度の低い項目とされており⁽¹⁶⁾、今回の結果においても、他の項目得点に比べ低い得点となっていた。齋藤ら⁽¹⁷⁾は、脳卒中患者に関して「入浴動作」の項目は難易度の高い複合動作のため後遺症の影響を受けやすく、同時に環境の影響を受けやすいとしている。そのため自立への支援が重要であり、退院に向けての取り組みとして、必要に応じて家庭訪問を行い、実際に生活する場で家族に向けての介助指導や住宅改修の提案を行っている。また、生活環境が整ってから動作の確認や退院後の生活イメージをつけるために、外泊や外出を行なっている。これらの影響により、難易度の高い浴室・シャワーの移乗動作のみ有意な改善が認められたのではないかと考える。またそれとは別に、入院中は自立まで至らない動作能力の状態であっても、退院後に介助者がいない事やもとの生活環境に戻ったことにより、多少の危険があっても自立してしまっている可能性も考えられる。自宅での動作は、実際に専

門家が確認することが難しいため、家族や本人の判断によって自立に至ることもある。この場合、転倒などに繋がる危険性があり、外来リハの役割として、身体機能や動作能力の評価を行い、必要な能力と人材の確保など安定した在宅生活を提供できるように、退院後の生活による変化を見逃さないことが重要である。才藤ら⁽¹⁸⁾は、介助に要する時間はFIM1点当たり2分/日程度と報告しており、小山⁽¹⁶⁾は、脳血管障害患者の転帰に関して、同居家族人数と介助可能な時間が転帰の決定に重要な社会的因子と述べている。今回の対象者は、独居が1名と少なく、同居者がいる状態であるため、安全にFIM得点の向上がなされたと思われるが、今回の調査では、介助可能な時間については把握が出来ていない状況である。

健康管理に対するセルフ・エフィカシーについても、FIMと同様に総合計点は、退院時 48.7 ± 6.3 点、退院1ヶ月後 48.3 ± 6.5 点と高い得点となった。これは65歳以上の一般住民を対象とした吉川ら⁽¹⁴⁾の研究 (45.3 ± 7.8 点) や、通所リハを利用している益田ら⁽¹⁵⁾の研究 (42.2 ± 5.6 点) や外来通院中の脳血管障害患者を対象とした神島⁽¹⁹⁾の研究 (46.3 ± 6.9 点) に比べても高い得点であり、健康管理に対するセルフ・エフィカシーが高い状態と言える。脳血管障害を発症し、これまで出来ていた事が突如として出来なくなった状態から、回復期リハ病棟に入院し1日約3時間のリハを行うことにより、徐々にできる動作が増え、自宅退院という目標が達成出来たためにセルフ・エフィカシーが高い状態になったと考えられる。しかし、退院時と退院1ヶ月後の総合計点の変化においては、低下した者が8名(42.1%)、向上した者が8名(42.1%)と変化を示した人数の割合が高く、セルフ・エフィカシーは、退院後に変化を来たしやすいことが示唆される。心理面のもう一つの調査である、自宅生活の不安については「非常に不安がある」、「まあまあ不安がある」と回答した者は退院時、退院1ヶ月後ともに7名(36.8%)であった。退院時「非常に不安がある」と回答した1名は、復職や退院後の生活リズムについて不安を抱いていた

が、退院 1 ヶ月後には、身体の改善具合に不安を抱くようになり不安の内容に変化が見られた。不安の具体的な内容は、身体機能・能力に対する不安や、その改善・予後について、生活リズム、復職、家族や環境に対するものなど、個人によってさまざまな内容が聞かれた。山本ら⁽²⁰⁾は、自宅生活に対する不安の内容として、動作面では移動が多く、歩行能力の向上や生活場面でのより具体的な歩行練習等の重要性を述べている。また、動作以外では、身体機能の悪化や合併症の管理などに不安を感じている者がおり、入院中から十分に説明を行い、その後の外来リハでの対応が大切であると述べている。登喜ら⁽²¹⁾は、脳卒中後遺症としての、しびれや痛みは「苦痛をもたらす」多くの要因に満ちているだけでなく、医療者がそれに対して正に認めないなど、周囲の対応によってさらに「苦しみがつのる」体験となっていたと述べている。これらの報告のように、患者個々の不安を理解し、さまざまな対処方法を提示することで、その状態が変化し、不安解消に繋げることは、心理的变化を自覚しセルフ・エフィカシーを高めることになると考えられる。また、外来リハの目標の共通認識について先行研究⁽²²⁾では、脳血管障害患者の多くが、身体機能や動作能力の向上を期待しているが、その一方でセラピストは、身体機能や ADL の維持を外来リハの役割と考えており、この乖離が外来リハの長期化に関係していると報告している。そのため、個々の不安を把握し解消できるような目標を設定し、共有することが必要であるが、身体機能など向上が難しい場合もあるため、障害についての理解を深めるような関わりも必要になってくると思われる。

【セルフ・エフィカシーに影響を与える要因について】

健康管理に対するセルフ・エフィカシーに影響を与える要因として、退院時のセルフ・エフィカシーには、同居者の人数、発症から入院までの期間、在院日数と負の相関が認められ、退院 1 ヶ月後のセルフ・エフィカシーでは、同居者の人数と正の相関、発症から入院までの期間で負の相関が認められた。回復期リハ病棟は、発

症から早期に患者を受け入れ、集中的な多職種によるチームアプローチでのリハビリを提供することで、短期間で ADL の改善が可能であるとされている。全国回復期リハビリ病棟連絡協議会が実施した 2006 年 9 月の調査では、発症から入院までの期間は平均で 32.8 日となっており、2002 年の 42.6 日に比べ大幅に減少しており、在院日数も平均で 72.1 日と 2005 年の調査と比べ 6.2 日の減少、3 ヶ月以内に退院した患者は 70.2%で、全体的に在院期間が短縮化されていたと報告している⁽⁶⁾。今回の対象者は、発症から入院までの期間が平均 27.4 日、在院日数 69.9 日とさらに短い状態であり、障害の状況にもよるが、入院までの期間が早い方が在院期間も短縮され、その短い期間に身体機能や ADL が改善し、早期に退院が可能となっている。その為にセルフ・エフィカシーが高かったものと思われる。同居者の人数については、退院に向けて同居者の人数が少ない者は、退院後の生活において自ら行わなければならない動作が多く、その対策や準備も細かく行う必要があり、その課題を克服してから退院を迎えることとなる。課題を克服し目標が達成できたことでセルフ・エフィカシーが高い状態になったと思われるが、退院 1 ヶ月後では、同居者の人数が多いほどセルフ・エフィカシーが高いという関係がみられた。益田ら⁽¹⁵⁾の先行研究では、独居および夫婦 2 人暮らしの高齢者世帯と 2 世代以上の世帯で比較し、2 世代以上の世帯で有意にセルフ・エフィカシーが高かったことを報告しており、浅田ら⁽²³⁾は脳血管障害で歩行可能となり自宅退院した患者の退院後の生活の変化について調査を行い、在宅生活に戻り、付き合いの頻度が低下することで孤独を感じる程度は、付き合いの頻度が不変・向上した者に比べ 38.27 倍も高かったと報告している。このように、障害を負って生活するなかで、人との繋がり是非常に重要となっており、生活を共に過ごす人数が多いことで、より身体的・精神的な支えや励みとなり、今回のような退院後に同居者の人数が多いほど、セルフ・エフィカシーが高いという関係がみられたと考えられる。

【セルフ・エフィカシー低下・維持群と向上群における FIM 得点の比較】

健康管理に対するセルフ・エフィカシーが低下・維持した群と向上した群における FIM 得点の変化は、向上した群で退院時、退院 1 ヶ月後ともに高い得点を示していたものの有意差は認められなかった。これは、退院 1 ヶ月後の FIM 得点の変化で述べたように、対象者の FIM 得点が高く維持されていた事によると思われる。先行研究⁽⁴⁾では、退院後の経過として FIM 得点は低下することが報告されており、低下することなく維持・向上が認められたことは、外来リハを実施していた効果とも考えられが、退院 1 ヶ月後という期間の短さから、セルフ・エフィカシーの変化による FIM 得点の変化が示されなかった可能性もある。1 ヶ月という期間でセルフ・エフィカシーが低下を示した者については、今後、健康行動が低下し ADL の低下を招く可能性も考えられる。そのため、外来リハにおいて身体機能や動作能力、ADL の評価とあわせて、セルフ・エフィカシーの変化を評価し、向上に繋がるような支援を行う必要があると考える。

【総論】

今回の対象である脳血管障害患者は、回復期リハ病棟で約 3 時間のリハを実施し退院を迎え、外来リハに通院することが可能な身体能力を持っている患者である。また、その身体能力には至らずに介助が必要な状態であっても、家族やヘルパーなど介助者の確保がなされている状態であった。そのため、ADL の評価として行った FIM の得点が高く、退院 1 ヶ月後においても低下することなく維持されていた。また、健康管理に対するセルフ・エフィカシーについても、退院までの多くの課題を克服し、目標動作の達成が出来たことでセルフ・エフィカシーが高い状態となっていた。しかし、退院 1 ヶ月後には、合計得点が低下した者が 8 名(42.1%)、向上した者が 8 名(42.1%)と変化を示した者が多く、自宅生活の不安に関しても、退院時と同じ内容の不安を退院 1 ヶ月後に訴える者はいなかった。このように心理面は、

退院時と退院 1 ヶ月後で変化を示す者が多く見られた。これに関しては、入院中は限られた環境であり、退院後に障害を負って初めて生活する中で経験する動作や活動があるため、その時の成功や失敗、感じた思いなどがセルフ・エフィカシーや不安の変化に影響を与えていると考えられる。また、退院 1 ヶ月後のセルフ・エフィカシーと同居者の人数に正の相関が認められたことも、退院後の新たに経験する困難な状況において、身体的・精神的な支えや励みとなっていた結果、同居者の人数が多いほど、セルフ・エフィカシーが高いという関係がみられたと考えられる。そのため外来リハの関わりとして、退院後に経験する動作を考え、その動作に対してどのような支援を行うかにより、セルフ・エフィカシーや不安の変化に影響を与えていると考えられる。今井ら⁽²⁴⁾は、脳血管障害患者を対象とした理学療法分野の研究論文で使用された評価指標の使用状況を調査し、運動機能評価指標としての Brunnstrom stage が最も多く、次いで ADL の評価で用いる FIM が多かったと報告している。外来リハの評価指標においても身体機能や動作能力、ADL の評価が多く使用されている状況である。小田前ら⁽²⁵⁾は、回復期リハ病棟に入院している脳卒中患者は、発症前の状態に少しでも近づきたいという思いと、リハを行うなかで感じる回復への限界という 2 つの相反した思いをもち、現状に折り合いをつける心の働きが生じるとされる。またこの過程には、回復しない機能に見切りをつけるなど、現状の捉え直しがあるとしている。小林⁽²⁶⁾らはこれらを踏まえ、今後、障害と共に生きていくための支援を行うために、患者自らが現状理解を進めて障害との折り合いをつけたり、現状を捉え直したりすることへの支援が必要であるとしている。外来リハにおいても、障害を持ちながら在宅生活へとスムーズな移行を可能とするために、身体機能や動作能力に加えて精神的な支援が重要であり、セルフ・エフィカシーを向上させるための取り組みが必要であると考えられる。

セルフ・エフィカシーを向上させるためには、遂行行動の達成、代理的経験、言

語説得、生理的・情緒的状态の4つの情報源が必要であるとされている⁽⁸⁾。石毛ら⁽⁹⁾は介護予防事業において、セルフ・エフィカシーを向上させる4つの情報源に対応した取り組みを行い、高次生活機能や精神的健康、運動機能などに有意な改善があったと報告している。4つの情報源のうち遂行行動の達成とは、セルフ・エフィカシーを向上させる最も強力な情報としており、ある課題や行動を実際に行った結果としての成功体験の蓄積であり、実施者の立てる目標や遂行する課題の内容が極めて重要である⁽²⁷⁾としている。代理的経験とは、自分が行おうとしている行動を他者がうまく行っている場面を見たり聞いたりすることであり、言語的説得とは、自分の行動に対する結果や努力が、他者、特に専門性の優れ、信頼できる人によって評価されることである。生理的・情緒的状态とは、血圧や体調などの生理的な状態の変化を自覚することであるとしており、これらのセルフ・エフィカシーを向上させる4つの情報源に対応した取り組みを外来リハでも実施し、身体機能・能力の変化と精神的な変化も含めた評価を行う必要があると考える。

本研究での限界として、1施設での限られた調査であり、対象者数も少なく回復期リハ病棟退院後の外来リハ通院患者に対して一般化するには限界がある。今回の調査ではADLの評価として、しているADLに関する評価尺度であるFIMを使用したため、患者自身の運動能力以外に環境の変化や、本人の依存性、家族の過介助による影響などを受けるため、患者個々のADL状況を細かく評価しきれていない可能性もある。また、重度の認知症、失語症により質問紙、面接調査の回答が困難なものは対象から外されているため、比較的、身体機能が良好な患者に偏っている。

今後は、退院後にリハを実施していない者や訪問リハの利用者など対象者を増やし、長期的に身体機能や家族・介助者を含めた心理面の調査を行う必要がある。また、外来リハにてセルフ・エフィカシー向上のためのプログラムを検討し、有効性を検討するための統制群を設定した介入研究を実施する必要があると考える。

V. 結論

回復期リハ病棟を退院し外来リハに通院した脳血管障害患者の FIM 得点、健康管理に対するセルフ・エフィカシーの得点は高く、3 割程度の患者が何らかの不安を抱えていた。退院 1 ヶ月後の変化において、FIM 得点は低下することなく、浴室・シャワーの移乗動作については向上がみられ、退院後の ADL は維持されていた。同居者の人数は、健康管理に対するセルフ・エフィカシーに影響を与えており、退院時と退院 1 ヶ月後の合計得点に有意差は認められなかったものの、低下する者と向上する者の割合が多く、心理面は退院後に変化をきたしやすいことが示唆された。退院 1 ヶ月後の心理面の変化による FIM 得点の差は見られなかったが、その原因として、対象者の FIM 得点が高く維持されていた事と、調査期間が短かった事が考えられた。この期間でセルフ・エフィカシーが低下を示した者は、今後 ADL が低下する可能性が考えられ、外来リハにおいて、心理面に対しての取り組みには課題が挙げられた。今後は、身体機能や心理面に影響を与える因子を増やした調査や、セルフ・エフィカシー向上のためのプログラムを検討し、介入研究を実施する必要があると考えられた。

VI. 謝辞

この研究を遂行するにあたり、終始あたたかく見守って下さり研究の考え方から心構えなど細部にわたりご指導いただきました早稲田大学スポーツ科学学術院、岡浩一朗准教授に深く感謝いたします。早稲田大学スポーツ科学学術院、塩田琴美講師と地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究員、光武誠吾氏には、日頃から進み具合を気にして頂き、研究の手順や体裁、考察に至るまで丁寧なご指導を頂きました。有り難うございました。また、副査を受けて頂きました早稲田大学スポーツ科学学術院、中村好男教授、非常勤講師の奥田文子先生には、的確な助言と激励を頂き感謝の念が絶えません。そして大学院修士1年制の同期の皆様、また介護予防マネジメントコース6期生の皆様からの多大な協力と励ましを得なければ、修士論文を完成させることは難しかったと思います。本当に有り難うございました。

最後になりますが、本研究の趣旨を理解し快く協力して頂いた、Hリハ病院の研究対象者の皆様、関係各位の皆様に心から感謝いたします。本当に有り難うございました。

VII. 文献

- (1) 石川誠：回復期リハビリテーション病棟の成立の背景, PT ジャーナル, 2001, 35, 161-166
- (2) 平成 22 年国民生活基礎調査の概況, 厚生労働省, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-2.html> (参照 2011-12-5)
- (3) 篠原幸人, 小川彰, 鈴木則宏・他：維持期リハビリテーション, 脳卒中治療ガイドライン, 協和企画, 2009, 291-293
- (4) 芳野純, 佐々木祐介, 臼田滋：回復期リハビリテーション病棟患者の退院後日常生活活動変化の特徴と関連因子, 理学療法科学, 2008, 23(4), 495-499
- (5) 石川敦子, 秋本基巳子, 緑川美子・他：脳血管障害患者における退院後 ADL の変化要因—機能的自立度評価法 (FIM) を用いて, 総合リハビリテーション, 1997, 25(3), 249-252
- (6) 日本リハビリテーション病院・施設協会 (編)：高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン, 青海社, 東京, 2008, 30-47
- (7) 日本リハビリテーション病院・施設協会 (編)：維持期リハビリテーション, 三輪書店, 東京, 2010, 115-145
- (8) Bandura A : Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev, 1977, 84, 191-215
- (9) 石毛里美, 柴喜崇, 上出直人・他：地域在住虚弱高齢者の身体活動セルフ・エフィカシー向上のための取り組み, 理学療法学, 2010, 37, 417-423
- (10) 前場康介, 藤澤雄太, 満腔寿・他：高齢者の転倒恐怖と身体活動を関連づける要因の検討—ミディエータとしての転倒関連セルフ・エフィカシーの役割—, 老年社会科学, 2011, 35, 405-412
- (11) 鈴木ひろみ, 山田 孝, 小林法一：ADL が自立している在宅脳卒中後遺症者の

- 自信と参加の関係の検討, 作業療法, 2009, 28, 23 - 33
- (12) 外里富佐江, 王治文, 飛松好子: 在宅脳卒中後遺症者の心理的適応の構造, 作業療法, 2006, 25, 60 - 68
- (13) 柴田恵輔, 白崎浩隆, 湯口智恵・他: 外来リハビリテーションでの体力維持・向上をめざして-体力測定の結果から-, 理学療法福井, 2007, 11, 15-19
- (14) 吉川吉晴, 甲斐一郎, 中島民江: 地域高齢者の健康管理に対するセルフエフィカシー尺度の作成, 日本公衆衛生雑誌, 1999, 46(2), 103-111
- (15) 益田育子, 小泉美佐子: 通所リハビリテーションを利用する高齢者の健康管理に対する自己応力感の研究, 老年看護学, 2008, 13(1), 23-31
- (16) 小山哲男: 脳卒中患者の機能予後予測と地域連携パス, The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 2009, 46(2), 108-117
- (17) 齋藤圭介, 原田和宏, 津田陽一郎・他: 在宅脳卒中患者を対象とした ADL, IADL 統合尺度の構成概念に関する検討, 理学療法学, 2000, 27(7), 237-244
- (18) 才藤栄一, 園田茂, 道免和久: 脳卒中患者の新しい評価法 FIM と SIAS について, 医学のあゆみ, 1992, 163, 285-290
- (19) 神島滋子: 高齢の通院脳血管障害患者の健康管理に対するセルフエフィカシーの検討, BRAIN NURSING, 2007, 23(4), 104-111
- (20) 山本美幸, 西本智美, 高橋茂・他: 脳卒中を有する対象者の自宅退院に必要な要素と自宅生活に対する意識調査, 理学療法学群馬, 2006, 17, 7-12
- (21) 登喜和江, 蓬萊節子, 山下裕紀・他: 脳卒中者が体験しているしびれや痛みの様相, 日本看護科学会誌, 2005, 25(2), 75-84
- (22) 芳野貴子, 飯島節: 外来理学療法に対する脳卒中後遺症者の期待と理学療法士の意識との相違, 理学療法学, 2003, 30(5), 296-303
- (23) 浅田美紀, 成瀬優知: 脳卒中発症前後の生活変化と心理状態の関連, 日本地域

看護学会誌, 2002, 4(1), 95-99

- (24) 今井樹, 須藤裕美, 潮見泰藏: 脳卒中患者を対象とした理学療法研究における評価指標の使用動向に関する調査, 理学療法学, 2010, 25(40), 603-606
- (25) 小田前洋子, 近藤くらら, 濱岸亜紀・他: 回復期リハビリテーション病棟に入院する脳卒中患者のリハビリテーションを行う思い, 国際リハビリテーション看護研究会誌, 2007, 6(1), 23-32
- (26) 小林幸治, 秋葉祐子, 瀬間久美子・他: わが国の作業療法における脳血管障害者の心理社会面への支援内容に関わる文献的研究, 作業療法, 2009, 28(3), 266-276
- (27) 坂野雄二, 前田基成: セルフ・エフィカシーの臨床心理学, 北大路書房, 京都, 2008, 218 - 233