◎脳卒中(帰結・予後④)

座長　木村　伸也

2-P1-24　脳梗塞患者の自宅復帰を妨げる要因についての検討

[1]東戸塚記念病院脳神経外科，[2]昭和大学藤が丘病院脳神経外科，[3]昭和大学藤が丘リハビリテーション病院脳神経外科
中嶋　浩二[1]，鈴木　龍太[2]，遠藤　秀[3]，藤本　司[2]

【目的】脳梗塞患者の多様化が進むなか，リハビリテーションは患者個々に応じたアプローチが求められている．今回，われわれは直接自宅退院を妨げる要因について検討したので報告する．【対象と方法】対象は急性期脳梗塞患者連続137例のうち，中大脳動脈穿通枝あるいは脳底動脈穿通枝領域に責任病巣が確認でき，発症48時間以内に治療を開始できた42例とした．これらを自宅退院群(30例)，転院群(12例)の2群に分類し，年齢，性別，既往，喫煙歴，在院日数，責任病巣，嚥下障害の有無，同居家族の有無，キーパーソン，自宅の種類，入院時modified Rankin Scale（以下mRS)，退院時mRS，退院時Barthel Indexについて比較検討した．【結果】転院群で平均在院日数が長く，入院時mRS，退院時mRS，退院時Barthel Indexは転院群において有意に低いレベルであった．退院時Barthel Indexの各項目では排便を除く全ての項目において転院群では有意に低いレベルであった．【考察】患者母集団の疾患が急性期脳梗塞であることから，入院時の自立度が低いほど神経学的な予後は悪く，自宅退院の妨げとなることが統計学的に示された．退院時Barthel Indexの各項目のうち，歩行，階段昇降，入浴については自宅退院を妨げる主因となっていることが統計学的に示され，これらを重点的に訓練することが自宅退院を促進することにつながると言える．

2-P1-25　リハビリテーション患者データバンクの登録データによるBarthel Index効率と関連する因子の基礎的検討

[1]倉敷中央病院リハビリテーション科，[2]日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科，[3]森之宮病院リハビリテーション科，
[4]熊本リハビリテーション病院，[5]喜平リハビリテーションクリニック，
[6]東京都保健医療公社・多摩北部医療センターリハビリテーション科，[7]相澤病院リハビリテーションセンター，
[8]森山病院リハビリテーションセンター，[9]熊本赤十字病院神経内科，[10]中国労災病院リハビリテーションセンター
伊勢　眞樹[1]，近藤　克則[2]，宮井　一郎[3]，山鹿眞紀夫[4]，山口　明[5]，鴨下　博[6]，原　寛美[7]，
西村　尚志[8]，寺崎　修司[9]，豊田　章宏[10]

【目的】リハビリテーション(リハ)患者データバンク(厚生労働科学研究費補助金)の登録データによりBarthel Index(BI)効率[(退院時BI－入院時BI)＝BI獲得値／入院日数]と関連する因子を検討した．【対象と方法】登録データ全3246例中欠損値のある症例を除いた3102例で，BI効率を病床別(一般，亜急性期，回復期病床)と病床別に病型(クモ膜下出血，脳梗塞，脳出血)，発症時のランキンスケール(RS：0-3と4-6)とBI(0-49と50-100)，リハ実施単位総数と1日当たりの実施単位数(実施単位総数／治療日数)，およびリハ科専門医と非専門医，リハカンファレンスの形式(定期，随時，定期と随時開催)により比較して検討した．【結果】BI効率は，亜急性期，一般，回復期病床の順に良かった(1.6±1.9vs1.1±1.5vs0.3±0.5　$P<0.0001$)．病型では差はなく，発症時のRSでは一般，亜急性期で，BIでは一般，回復期で発症時に悪い方が良かった．単位総数では各病床とも負の相関を示し，1日あたりの単位数では一般で正の相関，亜急性期で負の相関を示し，回復期では差はなかった．専門医と非専門医では亜急性期で非専門医が専門医より良く，一般と回復期では差はなかった．カンファレンス形式では，一般，亜急性期で随時が定期開催より，回復期で定期が定期と随時開催より良かった．【結論】BI効率は，BI獲得値を入院日数で除した値ゆえ，入院時の重症度や入院日数を反映した結果となった．今後，BI効率と関連する因子について分析する際には，このような交絡因子に留意する必要がある．