

◎急性期リハ

座長 伊藤 良介

3-4-13 脳血管障害患者に対する急性期リハビリテーション施行の実態と日常生活動作の変化

¹和歌山県立医科大学医学部リハビリテーション科, ²阪南市立病院リハビリテーション科,
³和歌山ろうさい病院リハビリテーション科, ⁴大阪市立大学医学部附属病院リハビリテーション科
幸田 剣¹, 田中 洋亘¹, 小池 有美¹, 上西 啓裕¹, 辻 亜紀子¹, 白川 武志²,
峠 康³, 隅谷 政⁴, 小西 英樹¹, 田島 文博¹

【はじめに】当院は急性期病院であり、脳血管障害患者に対し発症直後から積極的に急性期リハビリテーション(リハ)を開始している。今回、当院における脳血管障害急性期リハの実態を把握し、リハ開始時と退院時の日常生活動作の変化を示すために、当院でリハ依頼があった脳血管障害患者を調査した。【対象と方法】平成20年4月から平成21年3月までに、リハ依頼があった脳血管障害患者314例(男性190名、女性124名、平均年齢71.8±12.0歳)を対象とした。調査項目は診断病型、リハ処方までの日数、リハ実施期間、リハ開始時FIM、退院時FIM、脳血管障害再発の有無とした。FIMに関しては、退院時FIMが評価できた171名を対象に分析した。【結果】診断病型は脳梗塞63%、脳出血32%、くも膜下出血5%であった。リハ開始までの平均日数は3.2±3.4日であり、約6割が発症後2日以内に開始されていた。リハ実施期間は平均19.8±19.2日であった。リハ開始時FIMは55.5±36.3、退院時FIMは71.0±38.5で、有意に改善していた($p<0.05$)。リハ開始時と退院時のFIMの変化は、改善70%、変化なし18%、低下12%で、FIM低下の原因是、熱発や手術施行によるリハ中止例、再発例など、全例で積極的な座位立位訓練が実施不可能であった。脳血管障害再発は全例で訓練を実施しない日に起きていた。【考察】FIMの改善は脳血管障害に対する治療により達成されていることは言うまでもないが、発症直後から座位立位歩行訓練、ADL訓練を中心としたリハを展開させることで、急性期のわずかな期間でもADL改善が得られることが分かった。

3-4-14 小脳出血における急性期リハビリテーションと機能予後

¹埼玉医科大学国際医療センターリハビリテーション科, ²埼玉医科大学国際医療センター脳血管内治療科,
³埼玉医科大学国際医療センター脳卒中外科, ⁴埼玉医科大学国際医療センター神経内科・脳卒中内科
前島伸一郎¹, 大沢 愛子¹, 石原正一郎², 佐藤 章³, 棚橋 紀夫⁴

【目的】小脳出血は決して稀ではないが、急性期の機能回復や転帰における報告は少ない。我々は急性期病院での臨床像と機能回復や転帰について検討した。【対象と方法】リハビリテーション(リハ)依頼のあった急性期の小脳出血37名を対象とした。年齢は22～95歳で、男性23名、女性14名。発症からリハ介入までの期間は平均1.3±1.3日で、平均入院期間は24.6±20.8日であった。このうち、12名は外科的治療(開頭血腫除去術10、脳室ドレナージ2)が行われた。初回評価時の神経症状に加え、嘔気・眩暈などの自覚症状、認知機能、嚥下機能、血腫量と退院時の日常生活活動、転帰先について検討した。【結果】意識障害を9名、失調を15名、嘔気・眩暈を5名に認めた。また、認知機能障害を17名、嚥下障害を25名に認めた。外科的治療を施行したものは内科的治療のみのものと比べて、神経学的に重症で、血腫量が多かった。退院時の転帰は自宅10名、回復期リハ病院18名、一般病院9名であった。自宅退院したものと転院したものに比べ、日常生活活動が良好であると同時に認知機能および嚥下機能が保たれていた。【結語】小脳出血の患者が、早期に自宅退院するためには、日常生活活動だけでなく認知機能や嚥下機能が重要な要因となることが明らかとなった。

3-4-15 リハ医の関わり方からみた脳卒中急性期リハビリの実践状況：多施設共同研究

¹独立行政法人労働者健康福祉機構中国労災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厚生労働科学研究費補助金「リハビリテーション患者データバンク」の開発研究班
豊田 章宏¹, 近藤 克則², 鄭 丞媛³, 伊勢 真樹³, 宮井 一郎³, 山鹿真紀夫³, 山口 明³,
旭 俊臣³, 大串 幹³, 鴨下 博³, 西村 尚志³, 原 寛美³, 吉田 清和³, 寺崎 修司³,
小林 祥泰³

【目的】脳卒中治療ガイドライン2009で、急性期リハビリテーション(以下リハ)のエビデンスとして「十分なリスク管理のもとで可及的早期の積極的で十分量のリハ」と「脳卒中ユニットなどのチーム医療」が掲げられている。この実践状況をリハ医の関わり方から検討した。【方法】厚労科研費(H19-長寿-一般-028)で開発されたリハ患者データバンクに2009年9月までに登録された30病院、4,451例のデータのうち、急性期一般病床に直接入院し、リハの影響を見るうえで発症前mRSが0-2で、リハ医の関わり方が明確であった1,153例を対象とした。リハ医が主治医か否か(主治医139例、コンサルタント医1,014例)、リハ医がリハ専門医か否か(専門医133例、非専門医1,020例)で比較した。検討項目はリスク管理指標として脳卒中再発率、早期リハ実施指標としてリハビリ開始までの日数・リハ資源量・休日訓練実施率・器具処方率、チーム医療実践指標としては多職種カンファレンス実施率を用いた。【成績】患者背景に差はなかったが、リハ医が主治医であり専門医であるほどリハスタッフは潤沢で、リハ開始が早く、休日訓練・早期器具歩行などリハの質・量が充実していた。しかし、脳卒中再発率は専門医3%・非専門医1.1%，主治医2.3%・コンサルタント医1.2%，多職種カンファレンス開催が随時のみであったのは専門医53%・非専門医35%，主治医69%・コンサルタント医33%であった。【結論】リハ医の早期介入は効果的だがリスク管理能力やチーム医療コーディネート能力の更なる強化が今後の課題と思われた。

一般演題(5月22日)