

◎脳卒中 II

座長 千田 富義

1-6-15 脳卒中の急性期および回復期リハビリテーションを在宅で施行した場合の治療効果

総合病院国保旭中央病院リハビリテーション科
藤本 幹雄

【はじめに】当院は医療・介護過疎地域における中核病院である。当地域では回復期リハ病床が不足あり、在宅や老人保健施設で回復期リハを施行する場合がある。今回、在宅における回復期リハの治療効果を検討した。【方法】病前に歩行が自立していたが脳卒中発症後4週間以内に介助歩行レベルで在宅リハを開始した11名のうち死亡(急性心筋梗塞)例を除く10名を対象とした。病前mRSは0が4名、1が1名、2が3名、3が1名であった。病型はラクナ梗塞1名、アテローム血栓性脳梗塞7名、視床出血2名、病巣は左大脳病変5名、右大脳病変4名、左脳幹1名であった。発症時のNIHSSは平均9.1であった。これらの患者のリハ介入の実態と在宅でのFIMの変化を調査した。【結果】3名は全く入院せず、1名は3日間のみ入院し急性期リハは在宅で行った(完全在宅リハ群)。6名は平均17.8日の急性期入院(急性期リハを含む)後に自宅退院していた(回復期在宅リハ群)。リハの手法は全例でリハ医が外来で家族に指導し、6名に外来通院リハを併用した。在宅での急性期および回復期リハは47.1日(完全在宅リハ群44.3日、回復期在宅リハ群49.0日)施行し、在宅開始時FIM71.8(運動項目46.4、認知項目25.4)が回復期としての介入の終了時に112.9(運動項目82.9、認知項目30.0)になっていた。在宅リハとしてのFIM効率は0.87点/日、回復期在宅リハ群のみをみても在宅リハのFIM効率は0.74点/日であった。【結論】適切な支援があれば、在宅での回復期リハは一般的なレベルの回復期リハ病棟入院よりも数字上は高い治療成績であった。

1-6-16 千葉県共用脳卒中地域医療連携パス(CAMP-S)：3年目の取り組み

¹千葉県救急医療センター神経系治療科、²東京湾岸リハビリテーション病院リハビリテーション科、
³千葉労災病院脳神経外科、⁴旭神経内科リハビリテーション病院神経内科、
⁵千葉県千葉リハビリテーションセンターリハビリテーション科
古口 徳雄¹、近藤 国嗣²、小沢 義典³、篠遠 仁⁴、吉永 勝評⁵

千葉県では平成20年度保健医療計画に基づき、県・県医師会・関係病院の3者協働でワーキンググループ(WG)を組織し、千葉県共用脳卒中地域医療連携パス(Chiba Alliance Medical Path-Stroke; CAMP-S; CAMP-S)を作成し、地域医療連携を進めている。その経過については、本学会において逐次報告している。初年度は、急性期病院から地域生活期(維持期)に至るまでの医師・看護・リハ・MSWそれぞれの職種の接着パスを作成し、地域連携のイメージを構築した。2年目は、CAMP-Sを公開し、急性期病院・回復期病院を中心に、パスの普及につとめた。その結果、全県を対象とした連携会議には1203名が参加し、県内で地域連携パスを使用する急性期病院のほぼすべてが、CAMP-Sを使用するに至った。また、歯科医師会の参加により、急性期病院・病院歯科・かかりつけ歯科医の連携イメージを構築した。専門病院間の連携が進む一方で、地域生活期におけるかかりつけ医における認知および参加が立ち遅れ、地域生活期における地域連携の構築が課題であることが明確になった。3年目にあたる平成22年度は、地域生活期におけるかかりつけ医の組織化に向けた取り組みを行っている。WGが地区医師会内での脳卒中に関する勉強会・研修会・地域連携の指導的な役割を期待する医師(診療所で診療している神経内科専門医・脳神経外科専門医など)を県医師会を通じて各地区医師会に提示し、各地区医師会からも地域連携担当者と同様に推薦してもらい、地区医師会内に脳卒中専門部会を組織していく予定である。

1-6-17 脳卒中患者の機能予後とリハビリ環境に関する研究—急性期に関する検討:リハ医学会患者データベースの分析

¹慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室、
²日本リハビリテーション医学会データマネジメントシステム特別委員会
辻 哲也¹、川上 途行¹、松本真以子¹、藤原 俊之¹、長谷 公隆¹、里宇 明元¹、
データマネジメント特別委員会²

【目的】脳卒中の機能予後に関して急性期リハプログラムの質や量はいかに影響を与えるのかを検討すること。【方法】リハ医学会患者データベースの登録データ(2010年12月版)を分析した。研究デザインは(前向き)観察研究。対象は2005年8月から10年10月の間に発症し本データベースに登録された22施設(急性期病院)の脳卒中(脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血)4303症例。取り込み基準は、発症前のADL自立・発症から1日以内に入院・初回発作・2週間以上の訓練中断なし・脳卒中再発増悪なし・在院日数1週間以上等とし、症例を抽出の上、リハプログラムの質と量が機能予後にどのように影響するのかを統計解析した。【結果】833例が抽出された。内訳は男性492例、平均年齢68.0±12.7歳、在院日数28.1±19.6日。入院からリハ開始までの平均日数2.7±3.6日、1日あたりの平均訓練単位数は4.2±2.6単位であった。NIHSSはリハ開始時5.6±6.9、退院時3.2±5.2、FIM合計点はリハ開始時62.9±33.9、退院時100.4±31.9、FIM利得は37.4±26.4、FIM効率は2.0±1.7であった。FIM利得および効率を従属変数としステップワイズ重回帰分析を実施したところ、年齢、入院時のNIHSS、FIM合計点とともに、1日あたりの訓練単位数や追加訓練(自主訓練・病棟訓練等)の有無が独立変数として採択された。【考察】急性期リハではリハ環境が脳卒中の機能予後に大きく影響することがわかった。リハプログラムを構築していく上では質と量に配慮しつつ早期からの集中的かつ多面的なアプローチを行うことの有用性が示唆された。

一般演題(11月2日)