

◎脳卒中(連携・調査)

座長 石川 誠

1-3-10 千葉県回復期リハビリテーション連携の会の取り組み

<sup>1</sup>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, <sup>2</sup>新八千代病院, <sup>3</sup>亀田リハビリテーション病院,  
<sup>4</sup>千葉徳洲会病院リハビリテーション科, <sup>5</sup>船橋市リハビリテーション病院,  
<sup>6</sup>千葉中央メディカルセンターリハビリテーション科, <sup>7</sup>旭神経内科リハビリテーション病院,  
<sup>8</sup>船橋二和病院リハビリテーション科, <sup>9</sup>市川市リハビリテーション病院,  
<sup>10</sup>千葉県千葉リハビリテーション病院リハビリテーション科

近藤 国嗣<sup>1</sup>, 荒井 泰助<sup>2</sup>, 井合 茂夫<sup>3</sup>, 池田喜久子<sup>4</sup>, 梅津 博道<sup>5</sup>, 荷堂 謙<sup>6</sup>, 篠遠 仁<sup>7</sup>,  
 関口麻理子<sup>8</sup>, 永田 雅章<sup>9</sup>, 吉永 勝訓<sup>10</sup>

【はじめに】回復期リハビリテーション(以下回復期リハ)の専門的医療の担い手として、回復期リハ病棟が制度化され、現在約6万床が稼働している。急速に拡大した回復期リハであるが、リハ専門医は回復期リハ100床あたり0.4人、認定医で0.65人が現状である。さらに、リハ関連職種も急増しているが、若手(新卒)中心であり、十分な教育がなされているとは言い難い。全国回復期リハ病棟協議会は発足当初より積極的に各職種を対象とした研修会を設けているが、全国規模の研修会が中心であり、地域ごとの個性やレベルに応じた対応は難しい。【千葉県の取り組み】千葉県内の回復期リハ施設間の交流を組織的なものとして連携を深め、県全体の回復期リハの向上を目的として、2010年12月に千葉県回復期リハ連携の会を設立した。本会は、施設代表者・医師会ならびに、看護師、PT、OT、ST、MSWに加えて、介護職、医療連携職・事務部会からなる。各部会は職種内での横の連携と教育を担い、あわせて各施設の強みと情報の共有化を目標としている。さらに昨年9月には第1回の全県大会を催行し、8部会と全体会を行った。会には県内の回復期リハ病棟を有する全施設(28施設)および回復期リハ開設予定施設(2施設)その他14施設から358名の参加が得られた。【おわりに】急速拡大している回復期リハであるが、リハ医はその質の向上において、自らの施設だけではなく地域にても責任を担う必要があると考えられる。今後も、地域で協力して回復期リハ連携をより深化させる努力をしていきたい。

1-3-11 就労年齢にある脳卒中患者の日常生活自立度と年齢、脳卒中評価スケール、ADLの関連：リハ患者DBによる分析

横浜市立大学学術院医学群リハビリテーション科  
 菊地 尚久, 佐鹿 博信

【目的】就労年齢の脳卒中患者では運動機能が改善し、ADLが自立しても、屋外生活自立が不十分な場合には就労など社会生活へのアプローチを要する。そこで回復期リハ終了後の日常生活自立度およびmodified Rankin Scale(以下mRS)と年齢、NIHSS、ADLとの関連を検討した。【方法】2011年版リハ患者DBに登録された回復期リハ病棟脳卒中患者2700例から65歳未満の986例を抽出、退院先が自宅の664例を対象とした。年齢は54.8±9.1歳、発症から退院までは131.0±65.3日。年齢は40歳未満、40~49歳、50~59歳、60~65歳の4群に分けた。調査項目は退院時日常生活自立度(正常、J、A、BおよびCの4群に分類)、退院時mRS、NIHSS、退院時BIとした。【結果】日常生活自立度では正常が7.4%、Jが28.2%、Aが50.1%、BおよびCが14.4%で、年齢群では高齢ほど自立度が低い群の比率が高かった。退院時mRSでは0が12.2%、1と2が49.2%、3が28.2%、4と5が10.4%で、年齢群では高齢ほど3以下の比率が高かった。年齢群と退院時NIHSSおよび年齢群と退院時BIは一元配置分散分析で差を認めなかったが、退院時日常生活自立度と退院時NIHSSおよび退院時BI、退院時mRSと退院時NIHSSおよび退院時BIは全て一元配置分散分析で有意差を認めた。また日常生活自立度AはBI平均80.5±0.9、mRSの3が73.9±1.2であった。【まとめ】就労年齢の中では高齢ほど日常生活自立度が低かった。また日常生活自立度はNIHSS、BIと関連を認め、退院時BIが70~80点の症例には退院後屋外生活を含めた社会生活自立へのアプローチが必要と考えられた。

1-3-12 脳卒中患者における病院完結型と地域完結型の回復期リハ病棟のデータ比較：リハ医学会患者DBを用いた分析

<sup>1</sup>横浜市立脳血管医療センターリハビリテーション科, <sup>2</sup>横浜市立大学学術院医学群リハビリテーション科  
 栗林 環<sup>1</sup>, 菊地 尚久<sup>2</sup>, 前野 豊<sup>1</sup>, 佐鹿 博信<sup>2</sup>

【はじめに】回復期リハ病棟の多くは地域連携パスの運用により急性期病院で治療を終えた患者を受け入れる地域完結型の体制をとっている。一方、同一病院で急性期から回復期までリハを行う病院完結型では、リハだけでなく全般的な医療の一貫性、合併症への対応、全入院期間の短縮化が期待できるなどの利点がある。今回はリハ医学会患者データベースを用いて病院完結型と地域完結型の違いを多施設間で検討した。【方法】リハ医学会患者データベースの登録データ(2011年3月31日版)に登録された回復期リハ病棟脳卒中症例を対象とした。調査項目は対象患者の年齢、発症から回復期リハ病棟退院までの日数、退院時ADL、転帰とし、統計学的に比較検討した。【結果】対象症例は病院完結型184名、地域完結型1882名であった。平均年齢は病院完結型が74.1歳、地域完結型が69歳で地域完結型のほうが若かった。発症から回復期リハ病棟退院までの日数は91.7日と133.7日で病院完結型のほうが有意に短かった。退院時ADLはFIMが平均89.4と88.2、Barthel Indexが68.3と69.1でほぼ同じであり、転帰先は在宅復帰率75.3%と74.8%で有意差を認めなかった。【まとめ】多施設間のデータにおいて、病院完結型の回復期リハ病棟のほうが地域完結型に比較して退院時ADLは同程度であったが、全入院期間の短縮が図れる可能性があることがわかった。