

◎急性期リハ

座長 前野 豊

1-3-4 急性期病院における脳卒中リハ安静度拡大基準の導入に関する試み

<sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院先進総合機能回復センター, <sup>2</sup>佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科,  
<sup>3</sup>佐賀大学医学部附属病院神経内科  
山之内直也<sup>1</sup>, 秋山菜奈絵<sup>1,2</sup>, 兒玉香菜子<sup>1,2</sup>, 山本 雄大<sup>1,2</sup>, 南里 悠介<sup>1,3</sup>, 浅見 豊子<sup>1,2</sup>

脳卒中ガイドラインでは「廃用症候群を予防し, 早期のADL向上と社会復帰を図るために, 十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる」と言われているが, 実際の脳卒中の臨床では, 主治医による安静度拡大の指示変更が遅れ, ADL改善が滞ってしまうことが度々みられる。当院では2005年12月から, 脳卒中入院した患者の「入院時安静度拡大基準」を導入し, それに従い病棟およびリハビリテーション科が協力してADL拡大を行うようにしてきた。基準の内容としては, 1)責任病巣に関連した主幹動脈閉塞のあるもの, 2)入院後, 症状の増悪を来したものの(NIHSS4以上), 3)脳ヘルニアの徴候を認めるもの, 4)心大血管疾患を合併したもの(心筋梗塞・大動脈解離など), 5)1)~4)のほか主治医が「Riskが高い」と判断したものの5つをHigh Risk群として主治医が安静度拡大を行うこととし, そのほかの比較的Riskが低いと考えられる症例については, 療法士がプロトコルに従い入院2日~4日で段階的に座位負荷まで行うこととした。その際, 療法士はカルテ上に安静度拡大の状況を記載し, 随時, 病棟スタッフへ周知を行うこととしている。今回, 当院で行なっているこの基準について紹介するとともに, 安静度拡大中のリスク管理上の問題点, また, 座位負荷までの日数や発症から退院・転院までの期間などについて, 導入前後で比較・検討を行い, この基準の安全性と有効性について検討し報告する。

1-3-5 初発脳梗塞患者の離床時期~Branch Atheromatous Disease 症例に着目して~

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

渡邊 恵莉, 川上 途行, 藤原 俊之, 小原 朋子, 笠島 悠子, 富岡 曜平, 前島 早代,  
宮田知恵子, 向野 雅彦, 石川 愛子, 松本真以子, 大高 洋平, 興津 太郎, 辻 哲也,  
長谷 公隆, 木村 彰男, 里宇 明元

【目的】Branch Atheromatous Disease(BAD)とは穿通枝分岐部の病変による脳梗塞の一病型で, 症状進行を伴いやすく, リハ介入の際にも注意を要する。しかし急性期リハに関する報告は少ない。そこで今回, 当院におけるBAD症例へのリハ介入の現状を明らかにする目的で後方視的調査を行った。【対象と方法】2011年5~10月に当院に入院しリハを行った初回脳梗塞患者43名(平均年齢72.9±14.4才)の病型, 病巣, 発症日, 入院日, 座位訓練初回実施日を診療録より後方視的に調査した。また2010年1月~2011年10月にBADと診断された10名(平均年齢72.9±9.4才)について, 上記に加え, 麻痺進行停止日と座位訓練前後での麻痺進行の有無を調査した。【結果】初回脳梗塞患者の発症から座位訓練開始までの期間は平均8.72±7.12日であった。座位訓練までに7日以上を要したのは19名(44.2%)で, その原因の内訳はBAD, 出血性梗塞, 広範梗塞, 内頸動脈高度狭窄, 内科的合併症であった。BAD症例では10名中9名で発症4日以内に麻痺の進行が停止したが, 1名で発症後5日目にギャッチアップにて麻痺の進行を認めた。座位訓練実施後の麻痺進行例はなかった。発症から麻痺進行停止までの平均期間は2.9±2.4日, 発症から座位訓練初回実施までの平均期間は10.3±3.8日であった。【考察】脳梗塞の離床が遅れる原因の一つにBADがあった。BADは梗塞巣拡大と麻痺の進行を来しやすく, リハ開始のタイミングに注意が必要である。本調査では座位訓練による進行は認めなかったが, 適切な離床時期に関しては今後さらなる検討を要する。

1-3-6 リハ患者データバンクによるStroke Unit indexの開発と退院時FIMとの関連

<sup>1</sup>日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科, <sup>2</sup>名古屋大学医学部付属病院医療技術部リハビリ部門,  
<sup>3</sup>畿央大学健康科学部理学療法学科  
近藤 克則<sup>1</sup>, 永谷 元基<sup>2</sup>, 林 尊弘<sup>2</sup>, 松本 大輔<sup>3</sup>

【目的】「多職種連携によるリハビリテーション(以下リハ)アプローチ」を特徴とする脳卒中病棟(以下SU)での治療が有効か検討した。【方法】リハ患者データバンク(以下DB, 厚労科研費H19-長寿-一般-028)に2005年4月から2011年1月までに登録された脳卒中患者9031人のうち, 急性期病院以外, 症例数20例以下の施設などを除外した9病院3916名の患者を分析対象とした。海外のSUの特徴を参考に, DB登録項目から7項目(リハ早期開始, カンファレンスの実施など)を選択し, それぞれ中央値より割合が高い場合に1点を与えるSU index(0-7点)を9病院について求めた。SU index高群(6点:3病院), 中群(4点:2病院), 低群(3-1点:4病院)の3群に分けた。次に発症後入院病日7日以下など5つの選択基準を満たした2838名に分析対象を絞り, 目的変数を退院時FIM, 説明変数をSU index(3群), 調整変数を先行研究で退院時ADLと関連が報告されていた脳卒中病型, 入院時FIMなど8因子として, 強制投入法にて重回帰分析を行った( $r^2=0.752$ )。【結果】8因子を調整しても, SU index低得点群に比べ高得点群( $\beta=0.11$ )で退院時FIMが高く( $p<0.01$ ), 訓練60分/日以下に対する120分以上/日( $\beta=0.06$ )よりも係数は大きかった。【結論】日本の急性期リハにおいても, 他の条件が一定の場合にSUは治療効果が大きく, 訓練時間を60分以下から120分以上に増やすのに匹敵するほどADL改善に有効である可能性が示された。早期からの組織的なアプローチによる廃用防止や効率的な訓練がADLを高めたと考えられた。