

20010198

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

脳卒中患者の慢性期リハビリテーション医療の実態
とその効果に関する研究

主任研究者 千野 直一 慶應義塾大学医学部リハビリ医学教室教授

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

脳卒中患者の慢性期リハビリテーション医療の実態とその効果に関する研究

主任研究者 千野直一 慶應義塾大学医学部リハビリ医学教室教授

研究要旨

平成12年度の介護保険制度の導入にあたり、いわゆるリハビリ専門病院における脳卒中患者の回復期・維持期のリハビリ医療が、どのように進められ、医学的効果をもたらしているのかを調査した。脳卒中障害患者の回復期リハビリに取り組んでいる施設（常勤のリハビリ専門医またはそれと同等の医師がいるリハビリ専門病院で理学療法ⅠまたはⅡおよび作業療法ⅠまたはⅡ承認施設）を対象として、患者ならびに病院調査を行った。対象病院は全国の110の病院で、対象患者数も2700例を越えた。

研究結果は、対象となったりリハビリ専門病院には、多くの重度障害をもった脳卒中患者が入院している事がわかった。しかしながら回復期リハビリによって、重度障害をもった患者であるにもかかわらず、機能障害や能力低下が改善し、自宅に退院できる患者は72%にもなり、その効果が高いことが判明した。本年度の調査によれば、参加した病院の施設基準は、総合リハビリ施設が多く、また言語聴覚士も88%の施設で常勤しており、重度障害を有する患者のリハビリには多くのスタッフが必要であることが改めて確認された。平成9年度に行った急性期リハビリの調査とともに、脳卒中患者の急性期・回復期・維持期におけるリハビリ医療の効果とそれにおける連携の重要性が改めて確認された。

A. 研究目的

平成12年度の介護保険制度の導入にあたり、いわゆるリハビリテーション（以下リハビリ）専門病院における脳卒中患者の回復期・維持期のリハビリ医療が、どのように進められ、医学的効果をもたらしているのかを他覚的に評価することは、脳卒中を発症してからどの時点において要介護度を認定すべきであるかを決定するうえでも、極めて重要な課題である。生命予後を左右する時期を脱した患者が、然るべき集中的なりハビリ医療を受けずに在宅や指定介護施設へと移行し、その時点での日常生活動作（ADL:Activities of Daily Living）レベルで要介護度が認定された場合、必要以上の給付がなされることとなる。たとえその後の介護保険によるリハビリによって、その患者にふさわしいADLレベルにまで回復し得たとしても、それに要した時間的な遅れに伴うコストパフォーマンスを、リハビリ専門病院にて短期間で集中的に改善させた場合のそれと比較して分析することは重要事項である。一方では、たとえ専門病院であっても、的確なりハビリ医療が施されていないならば、在宅へ移行し得る期間を無闇に延長させる結果となる。医療者側は、その患者が到達可能なADLレベルとそれに要する期間を的確なりハビリプログラムのもとで予測し、必要に応じて効率的に指定介護施設や訪問リハビリを利用して

いく能力を求められている。多様な障害像を呈する脳卒中患者のリハビリ医療においては、その質の客観的・科学的な評価が、特にその回復期・維持期に真に必要とされる医学的リハビリのあり方を明確にし、介護保険がかかげるリハビリ前置の理念へと導くものと考えられる。

B. 研究方法

後方視的研究（一定のフォームに基づくチャートレビュー）を行った。

対象としては、脳卒中障害患者の回復期リハビリに取り組んでいる施設（常勤のリハビリ専門医またはそれと同等の医師がいるリハビリ専門病院で理学療法ⅠまたはⅡおよび作業療法ⅠまたはⅡ承認施設）を対象として、調査を行った。

対象患者としては、1998年10月1日から1999年9月30日までの間に退院した初回発作の脳卒中患者を対象として、以上の1年間の間で、限られた期間を選択していただき、そのなかで連続した以下の基準に合致した30例以上を目標としていただいた。

- 1) 他院または他科からの転科によってリハ科に入院した患者
- 2) 発症後4か月以内の入院
- 3) 脳幹部・小脳病変ではない
- 4) クモ膜下出血ではない
- 5) （発作として）単発（初発）である

- 6) リハ開始時においてADLは自立していない
- 7) 発症前のADLは自立
- 8) 社会福祉的入院ではない
- 9) 検査目的の入院ではない

調査内容としては、回復期リハビリ病院またはリハビリ科入院前のリハビリの有無、診断名、麻痺側、CT所見、発症日、リハビリ入院日、退院日、手術の有無、リハビリを阻害した合併症、併存疾患、住居、職業、主介護者、家族状況、入院時および退院時の嚥下障害、構音障害、麻痺側上肢機能、麻痺の程度(Brunnstrom stage)、起き上がり・端座位・立ち上がり・立位・歩行等の基本動作、痴呆・半側無視・失行・失認などの高次脳機能障害を調査する。また入院時および退院時の日常生活動作(ADL:Activities of Daily Living)として Barthel Index (食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、平地歩行、階段、更衣、排便、排尿)を調査した。さらには装具の作成の有無(プラスチックAF0(ankle foot orthosis:短下肢装具)、金属支柱付きAF0、靴型AF0、KAF0(Knee-ankle-foot orthosis:長下肢装具))、その使用状況、車椅子の作成の有無(自力駆動型、介助型、電動型)、杖、家屋の改造、障害認定、経済保障、退院時の転帰、地域との関わりなどを調査した。

本年度は特に、病院調査として、病院の経営主体、病床数、リハ病床数、全病棟数、リハ病棟数、老人保健施

設・特別養護老人ホーム・在宅介護支援センター・更生施設・訪問看護ステーションなどの併設施設の有無、全医師数、そのうちのリハビリ専任医師数、リハビリ専門医数、リハビリ認定臨床医数、リハ病棟の看護体制、看護基準、基準看護か療養型か、リハビリ病棟看護要員数、リハビリ施設基準(総合リハ承認施設、理学療法Ⅱ、作業療法Ⅱなど)、リハビリ部門スタッフ数(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ケースワーカー、義肢装具士など)、在宅部門の有無、そのスタッフ数、訓練部門面積などを調査した。

C. 研究結果

参加施設の調査について

参加施設は、国公立病院31%、半公立病院(日赤、済生会、厚生年金など)29%、私立病院40%であった。病床数は、病院全体のベッド数が平均440床、リハ科ベッド数平均62床であった。全病棟数が平均9、リハ病棟数が平均1.5であった。

併設施設として老人保健施設を有している病院は13%、特別養護老人ホームを有している病院は8%、在宅介護支援センターを有している病院は14%、更生施設を有している病院は7%、訪問看護ステーションを有している病院は19%であった。

参加施設のうち78%が総合リハビリ施設であり、22%が理学療法Ⅱまたは作業療法Ⅱの施設であった。

言語聴覚士が常勤する病院は88%にも及んだ。これは上述したように、回復期リハビリに入院する多くに患者は、高次脳機能障害を有し、重度な患者が多く入院しているためと思われる。

総合リハビリ施設では、リハ専門医平均2.2人、認定医平均2.1人、理学療法士12人、作業療法士7.5人、言語聴覚士3.0人であった。

理学療法Ⅱまたは作業療法Ⅱの施設では、リハ専門医平均1.6人、認定医平均1.5人、理学療法士4.9人、作業療法士2.5人、言語聴覚士1.5人であった。

全体として、ケースワーカーが常勤している病院70%、心理士が常勤している病院32%、義肢装具士が常勤している病院12%、リハ工学士が常勤している病院が6%であった。

今回の対象となった病院で在宅部門を有している病院は49%であった。そのなかで医師が常勤し、在宅の担当となっている病院72%、看護婦が常勤し、在宅の担当となっている病院77%、保健婦が常勤し、在宅の担当となっている病院17%、理学療法士が常勤し、在宅の担当となっている病院57%、作業療法士が常勤し、在宅の担当となっている病院47%、ケースワーカーが常勤し、在宅の担当となっている病院32%であった。内容としては訪問看護を実施している病院77%、訪問

リハを実施している病院51%、往診をしている病院が47%であった。

D. 考察

研究結果は、回復期リハビリによって、機能障害や能力障害が改善し、自宅に退院できる患者は72%にもなり、その効果が高いことが推測される。

急性期のリハビリの調査を1997年行ったが、急性期におけるリハビリは、病院機関では、効果があり多数の患者が自宅に退院していた。しかしながら、その他の患者は、さらなるリハビリのためにリハ専門病院に転院していた。

急性期のリハビリは、脳卒中による後遺症を軽減するだけでなく、まず不必要な安静による筋肉の萎縮や関節の拘縮等の二次的障害を予防することに意義がある。今後の高齢者の増加を考慮すると、こうした目的で、可能な限り早い時期から、傷病のリスク管理と並行して行われるリハビリ医療の必要性は大きい。急性期のリハビリ医療を適時、適切に行うことにより、在宅復帰率の向上、日常生活動作（ADL）の改善、生活の質（QOL）の向上、社会復帰の促進等が達成される。

回復期リハビリに関しては、今回の研究結果からも大きな効果があることがわかった。しかしながらそれには、医師、看護婦（士）、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等多くの職種が必要であり、維持期リハビ

りは、さらに保健、福祉の従事者がかかわることになる。ニーズの増加、多様化に対応して、より効率的なサービス提供と資源の有効活用が求められている。障害を持った人の自立を支援するために、リハビリにおいては、急性期から、回復期、維持期への円滑な移行と、職種間のチームワークや関係機関との連携など、いわゆる横の連携が重要であり、医療機関と地域福祉活動、障害者福祉分野等との連携の必要性が高まっている。特に、個人のニーズに応じたリハビリを効果的に提供していくためには、地域ごとのリハビリ対策を検討する必要がある。実際今回参加した病院も在宅部門を有している病院が49%あり、退院後維持期のリハビリへの連携を示すものとも考えられる。

以上より、リハビリ医療に求められるのは、急性期から在宅、社会復帰までの全期間にわたり連続したリハビリであり、急性期のリハビリ終了後の回復期リハビリ医療機関への転院や、医療機関でのリハビリを終了した後、維持期における保健、医療、福祉等のサービスを受ける場合に、適切な引継時期にリハビリの情報が引き継がれ、適切な対応がなされることが重要である。このため、メディカルソーシャルワーカーを始めとした、コーディネイト機能を担う人材の育成と地域におけるリハビリ関係機関の連携が必要である。そのためには、一定の地域ごとにリハ

ビリの関係施設の中かから拠点づくりを進めること、つまり、地域におけるリハビリ活動の中核となる施設を確保し、当該施設が地域のリハビリ活動の支援を行っていくことが課題とされる。

今回の調査の後に、さらに診療点数において入院期間の短縮、回復期リハビリ病棟の導入、2000年よりの介護保険の実施など、リハビリ医療をめぐる情勢は大きく変化した。

地域におけるリハビリの実施にあたって、脳卒中などの疾患が急性期から回復期を経て維持期へと移行する全過程を通じて、患者に継続してリハビリ医療が提供され、関連する施設・在宅サービスが適切に提供されるよう、医療機関と保健・福祉の各サービス機関等が相互に十分な連携を持つことが重要である。維持期に至る前の急性期、回復期のリハビリが適切になされているか否かが、その後の維持期リハビリの効果や、日常生活における要介護状態に大きく影響するため、地域において質・量ともに十分なリハビリが提供されることがきわめて重要である。

平成10年度都道府県事業として都道府県リハビリ協議会の設置と都道府県リハビリ支援センターの指定を行い、平成11年度から、二次医療圏ごとに地域リハビリ広域支援センターを指定する「地域リハビリ支援体制整備推進事業」が実施されている。このような地域でのリハビリシステムへの対策は急務である。医療の中での連携、医療・福祉・保健での連携を進めることが必要である。

一方、高齢者が寝たきりになるのを防ぐには、保健事業としての疾病予防、

閉じこもり予防対策の意味合いも含めた機能訓練、地域活動としてのボランティアグループや患者の会などの自主グループの支援・育成、また福祉施策としての生きがい対策等さまざまな働きかけ、リハビリ医療および福祉サービスが質・量ともに提供できる体制の確立が必要である。

E. 結論

医療制度改革、診療報酬改定、介護保険の施行とリハビリを取り巻く状況は刻々と変化している。脳卒中が発症したその日より適切なリハビリが開始され、回復期、専門的リハビリ、機能維持期と進んでいくことが、その後の要介護度を軽減させることになる。残念ながら、日本の多くの病院では急性期から十分なりハ

ビリ医療が提供されず、発症後寝かせきりにされる症例がいまだに多い。今後リハビリ医療の必要性は高まると考えられ、さらなる充実が望まれる。

F. 研究発表

1. 論文発表

今年度はなし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし