



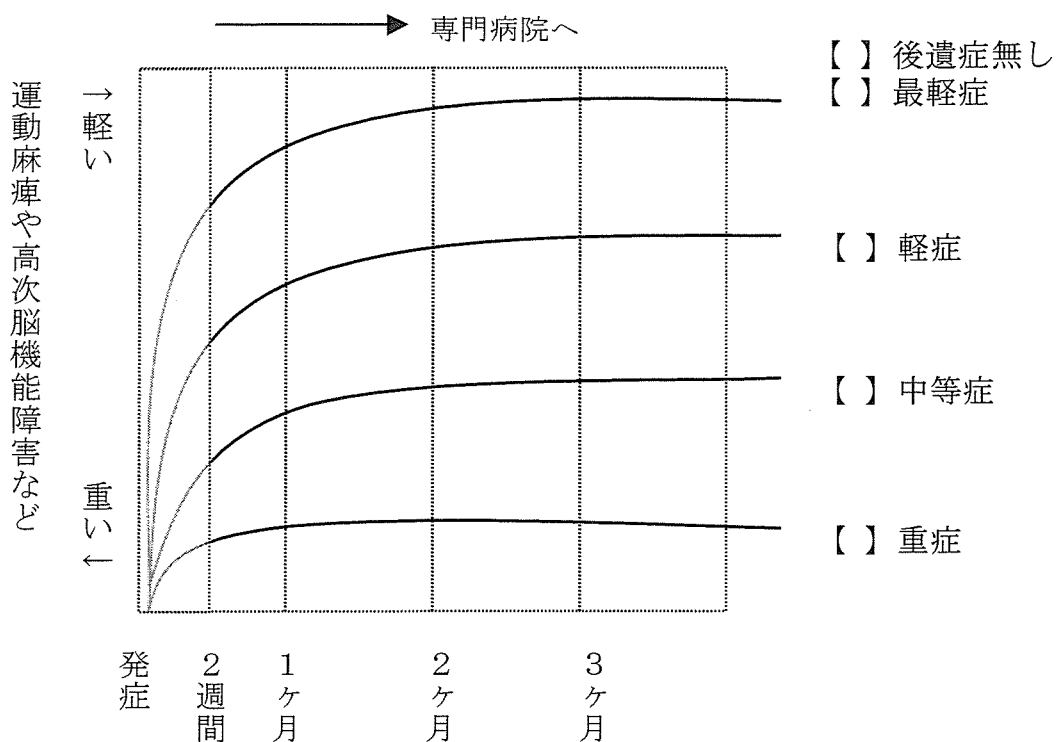
一般的な症状の経過とリハビリについて

<後遺症について>

- ・ 脳卒中は運動や感覚、思考をつかさどる脳の一部分が壊れてしまう病気です。壊れかけていた細胞が機能を取り戻すことで症状が回復しますが、一度壊れてしまった脳細胞は再生することがなく、後遺症が残ります。小さな脳梗塞でも場所によっては大きな障害が残ることもあります。
- ・ 症状はおおよそ3～6ヶ月で固定するとされています。急性期の症状の回復が良好であるほど後遺症は小さく、逆に発症してから1ヶ月程度までで症状の回復が思わしくない場合は、その分後遺症も大きくなります。

<当院でのリハビリについて>

- ・ 脳卒中センターでは急性期の治療と平行しつつ、合併症の予防、機能障害の回復促進、能力低下の改善を目標としたリハビリを必要に応じて行います。
- ・ 全身状態が安定した後も集中的なリハビリを継続する必要がある患者様には、専門の病院をご紹介致します。





様

リハビリの流れの見通し

1: 当院から自宅へ退院

＜退院後のリハビリが必要ない場合＞

当院入院中に

【 】歩行を含めて日常生活が自立し、自宅での生活が可能となる見込みです。

【 】介護が必要ですが、介護保険サービス等の利用により自宅(または施設)での生活が可能となる見込みです。

＜自宅退院後に病院でのリハビリが必要な場合＞

【 】当院入院中に自宅での生活が可能となりますが、麻痺や言語障害の残存により、通院でのリハビリが必要となる見込みです。

※当院外来での通院リハビリが必要な場合は対応致します。通院が困難な場合はご相談ください。

2: 当院からリハビリ専門病院等へ転院

【 】障害が残存し、機能の改善や能力の向上を目指した集中的なリハビリの継続が必要となる見込みです。

【 】在宅復帰へ向けた環境調整や、自宅の状況に合わせた生活訓練が必要となる見込みです。

※リハビリ専門病院はある程度体が動かせる、訓練に耐えられる方が適応となります。必要な費用、入院目的などに応じ、適切な病院をご紹介します。

3: 長期の療養が必要

【 】障害が重度で在宅復帰の困難が見込まれます。経管栄養や気管切開など医療的ケアが必要な状態であったり、介護力の問題で在宅が無理な場合、患者様の状態に合った病院、施設をご紹介します。

4: その他

これらの流れはあくまで脳卒中に一般的なものであり、見通しも現時点の病態から予想されるものです。



回復期リハビリについて

現時点における、回復期リハビリの目標、転院後のおおまかな入院期間の見通しは以下の通りです。(詳細なゴールの見通、リハビリの内容については転院後、改めて主治医、リハスタッフとご相談ください。)

1) 回復期リハビリの目標について

・屋内移動手段

- 【 】車椅子 【 】介助歩行 【 】監視歩行
 【 】伝い歩き自立 【 】自立

・屋外移動手段

- 【 】車椅子 【 】介助歩行 【 】監視歩行
 【 】自立

・食事

- 【 】経管栄養 【 】経口摂取<()自立/()要介助>

・トイレ動作

・その他

- 【 】自立 【 】要介助 _____

2) 回復期リハビリ病院における入院期間について

【 】入院期間 1～2ヶ月程度

・おおよそ身の回りの動作は自立しているが、屋外での歩行や階段昇降に不安がある、あるいは手指の細かい動作が十分にできないなど、短期集中的に入院での機能改善を目的としたリハビリが必要な場合。

・麻痺等の症状は軽度だが、もともとの身体の不自由や認知能力の低下等のために、自宅へ退院するにあたって生活環境の改善やヘルパーの利用など、ケアプランの見直しが必要な場合。

【 】入院期間 2～3ヶ月程度

・麻痺症状や言語障害が比較的重度である、あるいは体力の問題などから目標の達成にある程度の期間を要する場合

・短期間での退院が困難で、自宅での受け入れを調整しつつ、試験外泊を繰り返して行いながら在宅生活へ移行する必要がある場合。

【 】入院期間 4ヶ月以上

・コミュニケーションの障害や高次脳機能障害のため、動作の学習に時間を要する場合。

・重度の障害が残存することが見込まれ、社会生活における自立度の向上、移動手段の獲得のために特殊な訓練や福祉器機の利用を検討する必要がある場合。



診療情報シート

杏林大学付属病院脳卒中センターから武蔵野陽和会病院

脳血管障害連携パス（回復期リハビリテーション病棟用）

ID: 歳 男性	担当者サイン	主治医
		リハ医
	住 所	
	連 絡 先	
診 断 <input type="checkbox"/> 脳梗塞（ラクナ アテローム 心原性塞栓 その他_____） <input type="checkbox"/> 脳出血（橋 視床 被殻 皮質下 その他_____） <input type="checkbox"/> くも膜下出血		
発 症 日 責 任 病 巣 受傷（発症）前の生活状況		その他連絡事項
現症		
既 往 歴 高血圧 急 性 期 薬 剤 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> ヘパリン 治 療 <input type="checkbox"/> アルガトロバン <input type="checkbox"/> オザゲレル <input type="checkbox"/> tPA 手 術 手術日 / <input type="checkbox"/> コイリング <input type="checkbox"/> クリッピング <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> 血腫除去 <input type="checkbox"/> その他 合併症 1. 高血圧 2. 3. 受診歴 <input type="checkbox"/> 眼 科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> その他 再 診 予 約 （ 無 ） 予約日 （ ） 科 月 日 時 身 体 状 況 意識 / 認知 JCS I-2 / 高次機能 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 記銘力障害 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒薬 身 体 状 況 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 失語（運動性 感覚性） <input checked="" type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> その他の問題行動		
処 方 管 理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 病棟管理 添付別記（有 無） 内 容 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 点眼薬 軟膏等 </div>		

Ⅱ. 分担研究報告書

1. 脳卒中診療動向の実態調査 1) 急性期における脳卒中診療動向

d) 北多摩南部二次医療圏における脳卒中診療ネットワーク構築の経緯

杏林大学脳神経外科

塩川芳昭

武蔵野赤十字病院 脳神経外科

富田 博樹

【研究要旨】

北多摩南部二次医療圏は、23区に隣接する人口稠密地域であるが、脳卒中診療体制については急性期施設が活発に診療している反面、回復期、維持期の医療資源が極端に乏しい背景がある。そこでは、提唱されている施設内完結型ないし地域内完結型といった脳卒中診療モデルを構築することは困難であったため、急性期施設が先導する形で診療関係者の連携を深める活動を五年前から開始した。初期は医師を中心とした勉強会であったが、その後コメディカルを含む意見交換の場へと変貌し、更に回復期病床の設立支援を地域を挙げて実施することが可能となった。今後の課題として、療養型病院の絶対数不足の解決や、脳卒中地域連携パスの充実などが挙げられる。

1) 背景

脳卒中はわが国の国民病であるにもかかわらず、診療水準はさまざまなレベルで大きな施設間格差、地域間格差があることで知られており、EBMの時代にあっても、標準化された治療がなされていない代表的疾患といえる。急性期治療と亜急性期、慢性期治療に大きな内容的隔りがある脳卒中診療においては、地域の医療資源や家庭の介護力などに応じた展開がなされているが、東京を代表とする大都市においては、先行する不完全な脳卒中診療体制があるだけに、却って新しい脳卒中診療体制を構築することが阻害されているのが現状である。既

に国内各地には、脳卒中診療についていくつかのモデルがあり、その完成された連携関係として代表的なものは1)施設内完結型、2)地域内完結型の二つがある。前者は北海道や東北地方に見られる大型の脳卒中診療施設において、急性期診療から回復期、慢性期のリハビリテーションまでを同一施設内で行っているもので、施設の条件が許せば同一医療者が文字通りシームレスな診療を同一施設内で実施可能であるが、一般化しうるロールモデルとすることは難しい。また後者の代表例は熊本地域における脳卒中ネットワーク体制であるが、これを成立させている背景として、回復期リハビリ病棟が人口1

0万人あたり50床近く存在する地域の特殊事情がある。北多摩南部二次医療圏は、居住人口は97万人にも達し、急性期医療を代表する救命救急センターは診療圏内に3箇所もあるにもかかわらず、平成14年の資料では、回復期リハビリ病棟が人口10万人あたり9床と、その当分の東京都の平均である20数床の半分以下で都心よりも少ない状況にあった。北多摩南部二次医療圏において、急性期脳卒中診療を行っている施設から自然発生的に脳卒中診療ネットワーク構築を行う気運が生じたのは、上記のような地域的背景に起因するものである。

2) 北多摩南部二次医療圏における脳卒中診療ネットワーク構築の経緯

急性期脳卒中診療施設がまず発起人となって活動が開始された。以下、時間軸に従って本会の活動を列挙する。

平成14年1月10日 第一回世話人会

会の趣旨について、本会は脳卒中における病態、診断内容、後遺症対策を地域連携の観点から研究を行い、新しい知見の普及と予防、治療、予後の向上を目指し、さらに会員相互の交流の促進と、地域ネットワーク作りを目的とすることとし、まず地域の関係者のネットワーク構築と先進施設の状況を学習する講演会を行うこととした。

平成14年3月9日 第一回講演会（武蔵野赤十字病院 山崎記念講堂）

講師に熊本大学リハビリテーション科渡辺 進と都立保健科学大学学長の米本恭三を招き、北多摩南部二次医療圏の医師会、保健所、関連コメディカルを対象とした講演会を実施した。

平成14年6月7日 第二回世話人会

第一回講演会の成果と反省として

① 北多摩南部地区が抱える問題を提起する会として有意義であった。

② 出席者とアンケートの分析の確認。

が検討され、次回の提案事項として

① 実態調査

・北多摩地区脳卒中治療の実態を明らかにする必要があるため、脳卒中患者総数、転帰（自宅、転院先）、転院理由（リハビリ）等について、各医師会と連携をとり、情報収集の必要があること（多摩ストロークバンクの活用）、またアンケート案については、世話人間のメールによって内容を検討する

② 地区勉強会の検討

医師会の協力を得て行う

とし、次回の第2回講演会について

① 北多摩南部地区の実態調査内容を発表

② リハビリ病院のあり方について

を討議することとした。

平成15年2月1日：第二回講演会 武蔵野赤十字病院 山崎記念講堂

地域内の医療資源の調査、回復期リハビリ病棟（都会型のリハビリ病棟）の成功例、脳卒中の実態調査

平成15年11月15日 第三回世話人会

当地区の脳卒中診療の現状と提言（過去の活動を含めて）

① 北多摩南部保健医療圏における状況

東京都府中小金井保健所 所長 百濟 さち

② 脳卒中急性期患者の実態調査

武蔵野赤十字病院 脳神経外科 部長 富田 博樹

の発表があった。今後の会の運営について

① 当地区が抱えている問題点と要望を出し合い、

(1) 慢性期病院の立場からは

MRSA 患者の受け入れ、

胃瘻作成の時期

IVH 管理の患者を受け入れると、現状定額制で

あるため、経営的に難しい。

急性期病院で介護保険をとって欲しい。

当医療圏では、回復期リハビリ病棟の運営は難しい

(2)急性期病院の立場からは

当地域の急性期病院は、地域外(世田谷、杉並、練馬など)からの急性期患者も多く受け入れている。従ってこれらの患者すべてを当医療圏内の慢性期病院に受け入れることは物理的に難しい。周辺の医療圏にも働きかけて、慢性期病院の拡充を要請する必要がある。

行政支援による社会的入院の行き場を作るべきである。

などの意見が出された。

② 提案としては

- ・ MRSA の問題に関してはマスコミにより全て院内感染という世論が定着しており、公の場でMRSA は常在菌であるというキャンペーンのようなものを行う必要がある。
- ・ 各地域の問題点を取り上げて、提案し、各論を Follow up するという視点に着目した会が必要である。
- ・ 医師同士のコミュニケーションと医師会のバックアップによって、独自の脳卒中診療のネットワークを創設する。熊本県のような治療体型は、北多摩南部地域ではモデルとならない。(地価、大学系列、慢性病院の受け入れ態勢他)
- ・ 地区の現状調査を行う。

各施設の OT・PT の数を明確にしてほしい。

地区の社会資源、各病院の問題点と要望について

といった意見がだされた

③次回への課題として

I. 急性期病院から転院して治療を継続する患者の場合、どのような転院先があるかを調査するべきである。

II. 北多摩南部圏の限られた資源で、どこまで患者を診るべきか話し合わなければならない。

III. 慢性期病院は、どこまでの状態なら受け入れができるかということを確認できれば良いのではないかと。また今後周辺の地域にも働きかけが必要である。

などが挙げられた。

平成 16 年 11 月 27 日 第四回世話人会

(1)北多摩南部地域は多摩の中でもリハビリ病棟や慢性期の病床が依然として少ない。これが北多摩南部医療圏の特徴である。また、平成 14 年度から多摩の他の医療圏ではある程度慢性期病床やリハビリ病床がふえている。しかし、当医療圏では病床区分はほとんど全く変わっていない。病院完結型病棟もあるので、どのぐらいの比率でという話は議論が難しいが、今ある資源をどう活用するかが重要である。

(2)北多摩南部脳卒中治療の実態調査の結果と解析を武蔵野赤十字病院 脳神経外科 部長 富田 博樹が行った。その結論は、北多摩南部地域は、一般病床が回復期病床の役割をしており、またその形で機能している。一般病床の意味合いは非常に広い。したがって一般病床でのリハビリの機能を強化すれば地域完結型の脳卒中治療ができるのではないかと。野村病院 院長 野村 幸史が行った総括は以下の通りである。

このアンケートで 4 つの脳卒中調査の確認が可能だと感じた。

(i) 脳卒中の割合の確認 (急性期の病院も含めてこの地域の患者は多いと感じる。)

(ii) 転帰 (残念ながらこのアンケート調査ではわからなかった。)

(iii) 脳卒中治療に対する各病院の機能 (多くの病院が多くの機能を持ち対応している。)

(iv) 医療従事者の勤務実態 (脳卒中を診療している内科のドクターの割合が多い。)

病院毎に更に詳しく調査して機能を明らかにし、これを差別化していく事が大切である。また、脳

卒中患者の動きを調査する必要がある。これら2点を踏まえ連携を考えるべきである。

(3)北多摩南部脳卒中ネットワークの方向性について

①急性期病院の立場から行われたフリーディスカッションでは、

急性期病院の問題点として、合併症がある為に転院がうまくいかない場合がある。

転院作業に追われ、病棟医の本来の仕事がままならない。

脳卒中を主体で診ている病院ではない。神経難病は特に患者の受け入れが悪い。MSWアンケートでは神経難病と聞いただけで断られるというデータもある。こういった会が行政にネジを巻いていければと考える。

現状に促した研究会であると思う。具体的な問題点の解決。どういう患者であれば受け入れていただけるのか等具体的に知らせて欲しい。そうすればもっとスムーズに行くと思う。

などの意見が出された。

②療養型病床を所有している病院の立場からは

北多摩南部地域には施設がない。他の医療圏の施設の利用も検討するべきである。

PT、STのレベル差があると思う。レベルアップをはかる意味で大病院に研修に行くのも重要であると感じている。

中小病院間での連携も取れればもっと良いと思う。

療養型においてくるのはどこにも送れない患者となっている。気管切開、インスリン、胃瘻等、こういう患者の入院が長くなると経営面の圧迫が起ってくる。

2次救急施設で高齢者の場合、寝たきりになってしまう、そういう患者を在宅にもっていくのか、悩む時がある。高齢で一人住まいの人が多く、在宅、介護施設にもっていくのは難しい。

療養型病床は月に1~2床しか動かない。北多

摩南部地域の療養型病床転院後のネットワークも充実していけば円滑な連携ができるのではないかと。

③リハビリテーション科の立場からは急性期や回復期のリハビリを推進するには、地域のPT、OTを育てる必要がある。

転院困難例に対しては医療事情を知らないMSW(福祉職員、事務職員)だけで進めたのではうまくいかない。互いの病院の医師、看護師同士の間で情報交換が必要である。

回復期リハビリができるような一般病院で雇用していただいて、教育しながら患者をフォローし、介護保険施設にもPT、OTを配置して、地域内でリハビリを継続できるシステムを構築する必要がある。

④行政の立場から

地域のリハビリテーション対策としては地域リハビリテーションセンターを強化していく。

課題的な取り組みとしては3年間の計画として脳卒中のリハビリテーションのシステム化を推進していきたい。

(4)まとめ

北多摩南部地域の方向性は問題点が見えてきたばかりで、これからが重要である。この会は、今回のアンケート調査結果を多くの人にフィードバックする為に、第3回の講演会を行いたい。今後は、1年に1回の割合で世話人会の場で情報交換していきたい。

平成17年7月23日第五回世話人会

(1)当地区の脳卒中診療の現状と課題について検討した。

三鷹市内に維持期のリハビリを重視した老健施設がオープンした。

昨年北多摩南部地域の近隣地域に3施設の回復期リハビリ病棟がオープンした。

ことが報告された

(2)今後の会の運営について

世話人会は今後も継続していき、今後はより幅の広い人に参加して頂ける協議会という形を取るべきである。協議会を継続していく上で地域連携を前提とした脳卒中のクリニカルパスを作るべきである。

地域の疾患別のネットワークを作る動きがある。常時連絡を取れるしくみを作り均一な流れを作り、転院する患者の環境を良くする努力をするべきである。その為には協議会として存続し必要に応じて講演を行った方が良いのではないか。

などが提案された。

(3)まとめ

協議の結果、世話人会は存続することが決定した。協議会については今後の検討課題とした。次回の講演会については、t-PA の発売も間近に近づいていることもあり脳卒中の治療も見直される時期である。治療を絡めた講演会を行なうことが決定した。

平成 17 年 7 月 23 日 第3回講演会

武蔵野赤十字病院 日本赤十字武蔵野短期大学講堂

『北多摩南部地区脳卒中診療連携アンケートの結果について』武蔵野赤十字病院 脳神経外科 部長 富田 博樹

『秋田脳研の脳卒中診療システムと治療方針について』秋田県立脳血管研究センター 副病院長 鈴木 明文

パネルディスカッション(18:25～19:15)

北多摩南部地域脳卒中診療連携の今後の方向性について

『将来の病院医療の見通しについて』

武蔵野赤十字病院 院長 三宅 祥三

急性期病院の立場から:杏林大学 脳神経外科 塩川 芳昭

回復期病院の立場から:西窪病院 小林 貴明

療養型病院の立場から:篠原病院 中原 國弘

リハビリテーション科の立場から:武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科 高橋 紳一 行政の立場から:東京都府中小金井保健所 所長 友松

3)北多摩南部二次医療圏における脳卒中診療ネットワークの今後の課題

4年間の活動を通じて、保険制度の誘導もあり回復期リハビリテーション施設の開設や病院間の連携も始まってきた。療養型病院の絶対数不足や、脳卒中地域連携パスの充実などが当面の課題と思われる。

Ⅱ.分担研究報告

2.脳卒中診療動向の実態調査 1)急性期病院における脳卒中診療動向

d)地域密着型大学病院における脳卒中患者に対する リハビリテーション医療と連携

昭和大学医学部リハビリテーション科

水間正澄

【研究要旨】

当院においてリハビリテーション(以下リハ)を実施した脳卒中患者診療の動向調査を行い、地域に密着した大学病院リハ施設の実態と問題点を検討した。平成18年1月から12月の間に当院を退院した脳卒中患者103名(20歳～90歳:平均63.2歳)を対象とし、居住地域、在院期間、転帰、地域連携について調査を行った。居住地域は品川区が最も多く、大田区と合わせた区南部医療圏が65%を占めていた。転帰は自宅退院61名(59%)、転院41名(39%)であり、平均在院日数は自宅退院者89.3日、転院患者58.1日であった。自宅退院後は、当院各外来通院48名(リハ継続6名)、近医通院9名(リハ継続3名)であった。転院先は近隣地域28名、都外12名で回復期リハ病棟へは5名であった。転院は必ずしも早期に進められてはならず、転院を考慮されていたが転院先が決定できないでいるうちに自宅退院になったケースも少なくない。透析患者、遷延性意識障害、リスク管理を要する患者なども受け入れ先の決定が遅れる傾向があった。一方、区南部保健医療圏の2区に所在しリハ診療を行っている医療機関は95施設(235床)であるが回復期病床は30床のみである。このような現状から考えると転院可能な施設を遠隔地の求めることになるが、首都圏の回復期リハ病床数はいまだ全国最低レベルのままであり、転院待ちという状況にもなっていることも転院までの日数のばらつきの要因になっているものと思われる。急性期から回復期への流れは病院の機能分化に基づいた「地域完結型」が推奨されている。しかし、今回の結果からは当院における脳卒中患者においては「病院完結型」の比率が高かった。大都市においては病院機能分化に基づいた連携施設の確保が困難であり、転院にも時間を要することが多く現状では急性期病院の一部に回復期の機能を有する必要性があることも示唆された。

【はじめに】

当院は、区南部保険医療圏(品川区・大田区)に属しているが、患者に地域在住者の占める割合が高いという特徴がある。リハビリテーション(以下リハ)科においても地域に密着したリハ活動の実践を目標としており、脳卒中患者のリハに関してもその特徴や役割を報告してきた。¹⁾しかしながら、入院患者が連携に基づいて退院・転院に円滑に移行しているとは言い難い。医療の機能分化や連携が推進されリハ医療においては地域完結型リハが推奨されているが、大都市圏においてはその環境が整っているとは言い難い。²⁾今回、当院においてリハを実施した脳卒中患者診療の動向調査を行い、地域に密着したリハ施設としての実態とその問題点について考察する。

【対象と方法】

対象は、平成18年1月から12月の間に当院を退院した脳卒中患者103名(男性57名、女性46名)である。疾患内訳は脳出血47名、脳梗塞42名、クモ膜下出血14名であり、年齢は20歳～90歳(平均年齢63.2歳)である。

方法は、診療記録から居住地域、在院期間、転帰、地域連携について調査を行った。転帰については自宅退院の場合には退院前の医療機関との連携の状況、退院後の通院状況(継続リハ実施)を、転院の場合には、転院施設の種類、地域内(品川区、大田区、目黒区、世田谷区)か地域外かなどソーシャルワーカーの関わ

り方も含め調査を行った。

【結果】

居住地域は品川区在住者が43名(41%)と最も多く、次いで大田区25名(24%)、目黒区13名(13%)、世田谷区8名(8%)、その他14名(14%)の順であった。(図1)

転帰は自宅退院61名(59%)、転院41名(39%)、死亡1名であった。在院日数は10日～274日(平均45.7日)で、自宅退院者では6日～135日(平均89.3日)、転院患者では5～274日(平均58.1日)であった。自宅退院患者のうちDPCでの脳卒中の平均在院日数全国平均(概ね30日)以上の患者は34名(55.7%)であった。自宅退院後の状況は、当院各科への外来通院をしているものが48名(外来リハ継続が6名)、病診連携にて近医に通院しているものが9名(外来リハ継続が3名)であり5名は連携が取れていなかった。転院先の状況は、所在地別に品川区13名、大田区8名、目黒区3名、世田谷区3名、その他の都内回復期リハ病棟2名、都外12名(大学附属リハ病院4名)であった。全体でも回復期リハ病棟への転院は5名であり、その他は一般病床又は療養病床であった。品川区の13名のうち12名は療養病床を有する当科の関連病院であった。ソーシャルワーカーが関わったのは41名で、その内自宅退院患者が22名であり転院患者は19名であった。

【考察】

当院は特定機能病院である本院と一

般病院である付属東病院とから構成されている。リハ科は両病院のリハを担当しているが、専用病床も7床有しており亜急性期～回復期にあたる患者のリハも実施している。今回の結果では、当科でリハを実施した脳卒中患者の居住地は品川区と大田区で全体の65%を占め目黒区・世田谷区を含めると86%となり、以前の調査と同様の結果であった。¹⁾ 転帰については約60%の患者が直接自宅退院をしており平均在院日数は約3ヶ月であったが、転院患者では平均在院日数は約2ヶ月と必ずしも早期の転院が進められてはならず回復期病棟への入院要件に適合しない患者も少なくなかった。自宅退院に関しては早期退院患者も少ないが、回復期をリハ科病床に入院して自宅退院したケースが在院日数の増加に影響しているものと思われる。転院ケースでも転院までの期間にはばらつきがあり、近隣地域の各科連携施設へ比較的早期に転院していればケースがある一方で、透析患者、遷延性意識障害、リスク管理を要する患者などは受け入れ先の決定が遅れる傾向があった。

当地域におけるリハ病床については、区南部地域リハ支援センターによってリハビリテーションマップが作成されているが、それによると、区南部保健医療圏の2区に所在するリハ診療を行っている医療機関は95施設(大田区71施設、品川区24施設)である。³⁾ そのうち、入院可能なベッド数は235床(大田区127床、品川区1

08床)であり、回復期病床は大田区のA病院30床のみである。また、品川区B病院は療養病床ではあるが93床を有しリハ科専門医とリハスタッフも充実しており回復期の患者を積極的に受け入れている。しかし、それ以外の施設は基本的には急性期病院であり回復期の積極的な受け入れは困難な状況である。受け入れ可能な施設であっても、例えばB病院でも当院以外に41もの施設からの転院を受け入れている状態であるといい、関連病院とはいえ連携の基づいたスムーズな転院が可能であるとは言いがたい。このような現状から考えると転院可能な施設を遠隔地の求めることになるが、首都圏の回復期リハ病床数は、人口10万人あたり15床未満であり、いまだ全国最低レベルのままであり、転院待ちという状況にもなっていることも転院までの日数のばらつきの要因になっているものと思われる。

(図2)

自宅退院患者の退院後の状況についてはその約8割は脳神経外科を中心とした各科に通院をしており、居住地近隣との病診連携の比率は少ない。このようなことから、患者の多くが近隣に居住しているため遠隔地への転院を希望せず退院後も同一病院・医師での継続診療を望むという患者側の感情もうかがえる。ソーシャルワーカーの関りは早期から実施されるべきであるが、専従3名での早期からの対応は困難な状況であり半数以下の対応にとどまり、転院よりも退院後の連携に

関ることが多かった。

急性期から回復期への流れは「地域完結型」と「病院完結型」とにわけて考えられており、病院の機能分化に基づいた「地域完結型」が推奨されている。しかし、今回の結果からは当院における脳卒中患者においては「病院完結型」の比率が高かった。急性期病院本来の役割とは異なった結果が得られたが、転院にも時間を要することが多く、リハが可能な連携病院の充足も急務ではあるが大都市の現状では急性期病院の一部に回復期の機能を有する必要性もあるのではないかと感じられた。

【まとめ】

平成18年1月から12月に当院にてリハをおこなった脳卒中患者の動向を調査した。患者の居住地域は近隣区が86%と圧倒的に多かった。自宅退院患者が転院患者より多かったが平均在院日数では約1ヶ月長かった。転院患者の平均在院日数も約2ヶ月と長く、転院先は近隣地域が多かったが回復期病棟は少なかった。自宅退院患者の多くは各科外来で継続診療を受けていた。現状では大都市においては地域完結型リハの実施は困難な状況である。

【文献】

- 1) 水間正澄ほか: 昭和大学病院リハビリテーション科. 沢村誠志(編), 地域リハビリテーション白書. 三輪書店, 236-238, 1998.

- 2) 里宇明元: 脳卒中リハビリテーションの新たな展開. 日本臨床 64: 744-747, 2006.

- 3) 区南部地域リハビリテーション支援センター(編): 区南部保健医療圏リハビリテーション医療機関マップ 2006.

図1

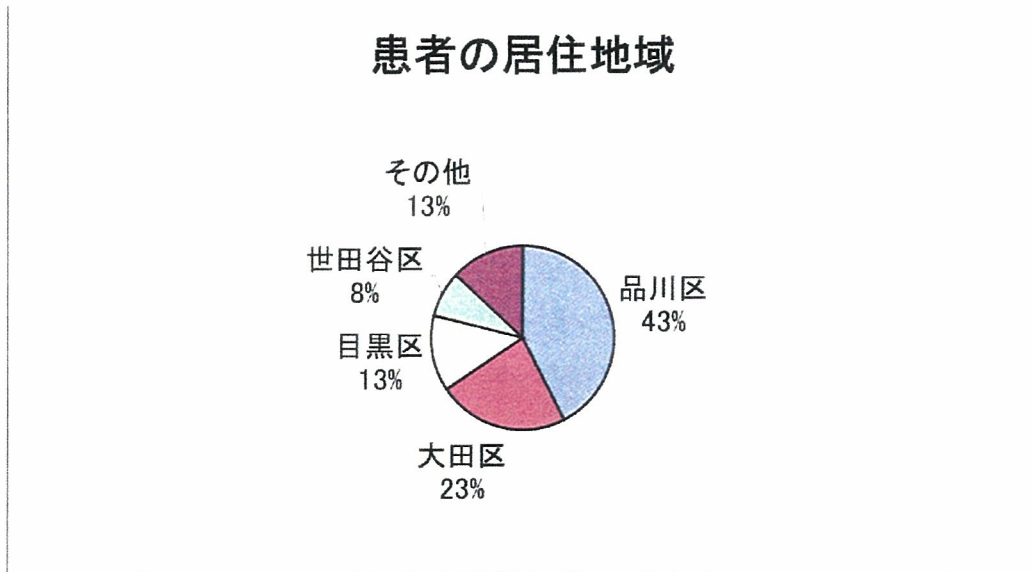
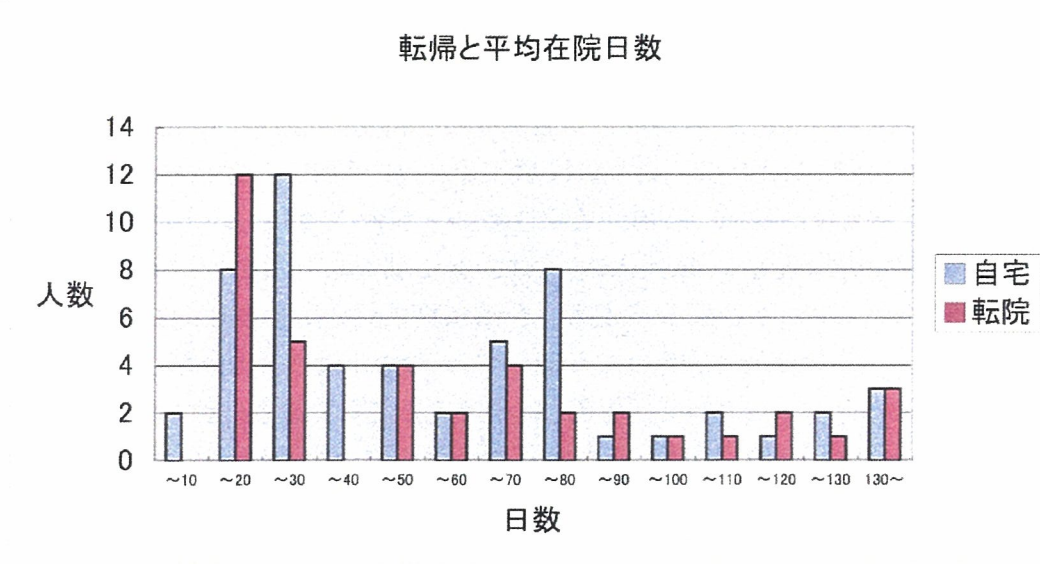


図2



Ⅱ.分担研究報告

2.脳卒中診療動向の実態調査 1)急性期における脳卒中診療動向

f)都市型病院の急性期脳卒中診療における社会的要因の実態

国立国際医療センター リハビリテーション科

藤本 雅史、藤谷 順子

【研究要旨】

〈目的〉都市型急性期総合病院での脳卒中診療における社会的要因の実態を調査し、急性期から亜急性期施設への移動(以下転帰)に焦点をあて、リハビリテーション(以下リハと略記)を円滑に進める上での問題点を検討した。〈対象と方法〉平成16年1月1日から平成17年12月31日までの2年間に、当センター各科からリハ科へコンサルテーション依頼のあった脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)655症例のカルテ記録等を後方視的に検討した。〈結果〉655症例の内訳は、性別;男性386名、女性269名、年齢;11歳から98歳(平均68.5歳)、疾患;脳梗塞384症例、脳出血200症例、くも膜下出血71症例であった。平均入院日数(入院中の27症例を除く)は34.2日。転帰は自宅退院248症例(37.9%)、リハ専門病院転院286症例(43.7%)、療養型病院転院51症例(7.8%)、死亡43症例(6.6%)、入院中27症例(4%)であった。「独居世帯」「65歳以上の高齢夫婦世帯」「生活保護」「要介護家族あり」を社会的障害として捉えると、何らかの社会的障害を有する症例は、半数以上に及んでいた。患者の全身状態や機能だけではなく、これらの社会的要因も転帰や入院日数に影響していた。〈結論〉脳卒中急性期診療において、今後、適切な脳卒中診療連携体制の構築、リハビリ資源の有効な利用のためには、社会的障害に対する配慮が不可欠であると考えられた。

【はじめに】

脳卒中の日常診療において、障害の程度と予後予測だけではなく、社会的要因が急性期から亜急性期施設への移動（以下転帰）に影響する事も多いと感じている。そこで、当センターのような都市型急性期総合病院での脳卒中診療における社会的要因が転帰に及ぼす影響を実態調査した。

【対象と方法】

平成16年1月1日から平成17年12月31日までの2年間に、当センター各科（主に神経内科、脳外科）からリハビリテーション科へコンサルテーションのあった急性期脳卒中（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）655症例について、カルテ記録からデータを収集し、後方視的に検討した。

収集項目は、年齢、性別、診断名、発症日、入院日、退院日、入院日数、転帰（自宅退院、リハ専門病院転院、療養型病院転院、死亡、入院中）、ADL、社会的要因等である。

ADL指標として、退院時の移動レベル（歩行自立、介助歩行、車椅子介助、床上の4段階）、退院時の日常生活自立度（障害老人の日常生活自立度基準を転用）を収集した。

社会的要因としては、「独居世帯」かどうか、「65歳以上の高齢夫婦世帯」かどうか、「生活保護」かどうか、「要介護家族あり」かどうかを収集した。

なお、リハ専門病院転院症例とは、回復期リハ病棟ないしは、回復期リハ病棟ではないリハ専門病院（総合承認施設・リハ専門医存在などから総合的に判断）への亜急性期リハビリテーション目的の転院症例をまと

めた。

【結果】

1. 655症例の内訳

男性386名、女性269名、平均68.5歳、中央値70歳であった。疾患は、脳梗塞384症例、脳出血200症例、くも膜下出血71症例であった。平均入院日数は34.2日であった。

2. 転帰別の症例数と入院期間（表1）

転帰別の症例数と入院期間を表1に示す。平均入院期間は自宅退院症例で21日、リハ専門病院転院症例で38日、療養型病院転院症例で72日であった。

3. 転帰と退院時のADL

この655症例のうち、入院中27症例・死亡43症例・記録不備10症例を除いた575症例について、当センター退院時の「移動レベル」および「障害老人の日常生活自立度」と「転帰」について図1、図2に示す。

図1に示すように、移動レベルが良好であれば自宅退院の割合が多く、介助歩行群や車椅子介助群ではリハ転院が、そして、床上群では療養型病院の割合が多くなっていた。しかし、少数ながら、移動レベルが良好でも療養型に、いっぽうで移動レベルが不良でも自宅退院しているケースがあった。

移動レベルが良好でもリハ転院する症例は失語症などの高次脳機能障害症例であった。一方、移動レベルが良好でも療養型病院へ転院する症例のなかには、高次脳機能障害などで直接自宅退院が難しく、本来は専門リハが必要な症例で、キーパーソン不在や自宅受け入れ困難、生活保護などの社会的要因のために、療養型病院へ転院した症例もあった。そのような症例では転

院先調整(遠隔地の家族の呼び寄せ、意思確認、生活保護の新規導入、生活保護ワーカーと連携しての病院探しなど)のために、当院での入院日数は長くなる傾向にあった。

日常生活自立度においても(図2)、自宅退院群が自立度が高く、順次、リハ転院、療養型、と傾斜がみられたが、例外もみられた。

4. 社会的障害の頻度

575症例の社会的要因を図3に示す。「独居世帯」「65歳以上の高齢夫婦世帯」「生活保護」「要介護家族あり」を社会的障害として捉えると、575症例のうち、何らかの社会的障害を有する症例は、半数以上の52.3%に及んでいた。

5. 社会的障害と転帰

575例全体では、各転帰における社会的障害の有無に有意な差を認めなかった。そこで、移動レベル別に検討した。歩行自立群では、社会的障害の有無に関わらず自宅退院例が大半を占めた。失語症を含む高次脳機能障害など専門リハビリテーションが必要な症例ではリハ転院例もあった。しかし、歩行自立していても高次脳機能障害などで直接自宅退院が難しく、本来は専門リハビリテーションが必要な症例で、キーパーソン不在や自宅受け入れ困難、生活保護などの社会的要因のために、療養型病院へ転院した症例があった。そのような症例では転院先調整のために、当院での入院日数は長くなる傾向にあった。

介助歩行から車椅子介助群では、亜急性期の専門的リハのために転院する症例が多かったが、この場合でもリハ転院先の入院基準による影響を受け、多くの場合、キ

ーパーソンや自宅受け入れ状況のような社会的要因が重要な基準になっていた。機能レベル的には、リハ転院の良い適応と考えられる症例でも、このような社会的障害があるとリハ転院しにくい実情があった。発症日や障害の程度を重視し、社会的障害に関わらず受け入れ可能なリハ病院もあり、社会的障害を有する症例はそのような病院に集中する傾向にあった。

床上群では、障害の程度からいってもリハ転院の適応がなく療養型病院へ転院する症例が多いが、この場合でも、社会的障害があれば転院交渉に時間を要したり、あるいは、MRSAや気切のために難航する場合があった。また、障害の程度が重度で予後も不良と思われるケースでも、経済的に余裕がある家族が個室等を交渉して、リハ専門病院に転院している特殊なケースも数例あった。また、家族環境が良好なケースで自宅での療養となった症例もあった。

【考察】

・ 社会的障害の頻度について

本研究では、過去の文献⁽¹⁾等より「独居世帯」「65歳以上の高齢夫婦世帯」「生活保護」「要介護家族あり」を社会的障害としてその頻度と影響を調査した。

統計資料⁽²⁾によると、全国的に、生活保護率は増加、高齢人口は増加、世帯構成員は減少の傾向である。

殊に生活保護に関しては、地域差が指摘されており、平成16年度では⁽³⁾、全国1.08%に対して、東京都1.5%、新宿区2.22%である。今回の脳卒中症例では、生活保護が10.8%であり、全国のちょうど10倍、新宿区の約5倍と際立って多い結果であった。これは、当センターが公的病院であるためホームレス

の救急搬送が多いことや近隣の住宅環境（大規模都営住宅の存在）などに起因すると考えられる。

「独居世帯」「65歳以上の高齢夫婦世帯」「生活保護」「要介護家族あり」などの社会的障害を有する症例は、既に半数以上の52.3%に及んでおり、今後も増加すると思われる。

・退院時ADL、社会的障害と転帰

歩行自立群では、社会的障害の有無に関わらず自宅退院例が大半で、少数の高次脳機能障害のためのリハ転院例があったが、一部で、自宅に帰れず、リハ転院ができないために療養型病院へ転院した症例があった。

リハ転院が可能かどうかは、受け入れ先であるリハ病院がどのような入院基準を持っているかに左右されるところが大きい。

周辺リハ病院の入院基準には、積極的なリハの適応かどうか、が中核として存在するが、そのほかに多くの施設で、「自宅退院が予想されること」「キーパーソンが存在すること」を挙げている。また、生活保護症例の受け入れをしていない病院もある。したがって社会的障害のあるケースでのリハ転院は難しいことが少なくない。

一方で、社会的要因を全く意に介さず、亜急性期で医学的リハの適応があれば受け入れる病院もあり、当院からの患者移動が増加している。

一方、重症で機能予後が不良で、病院によっては積極的なリハ適応ではないとして断るような症例でも、個室料金を払うことで受け入れてもらえる病院もあり、家族の熱意と経済条件が合致すると、そのような転院が実現する。機能レベルが良く、予後も見

込まれても、熱意のある家族・関係者がおらず、経済的な条件の不良な症例との、医療サービスを受けることの格差が生じている。

療養型病院への転院の場合でも、社会的障害があれば転院調整に時間を要する場合があった。また、MRSAや気切症例を受け入れる療養型病院は少なく、転院先調整の難航、あるいは、状況改善までの内科治療、ベッド空き待機などのために入院期間は延長する傾向にあった。

【結論】

今回の検討によって、脳卒中急性期診療から亜急性期にかけての転帰の多くは、機能障害や予後予測によって規定されているが、一部では、社会的障害が影響している現状が示された。

今回の調査では、「独居世帯」「65歳以上の高齢夫婦世帯」「生活保護」「要介護家族あり」などの社会的障害を半数以上の症例で認めた。このような社会的障害は、今後、増加する事が予測される。

この実態を踏まえると、今後、適切な脳卒中診療連携体制の構築、リハビリ資源の有効な利用のためには、社会的障害に対する配慮が不可欠であると考えられた。具体的には、行動的で経済力のある家族がいなくても、適切な専門リハ医療がスムーズに受けられるような連携体制の構築であり、また、亜急性期施設での退院計画が滞りなくすすめられるような社会的サポートの増強と、その準備が急性期から開始できるような情報共有である。

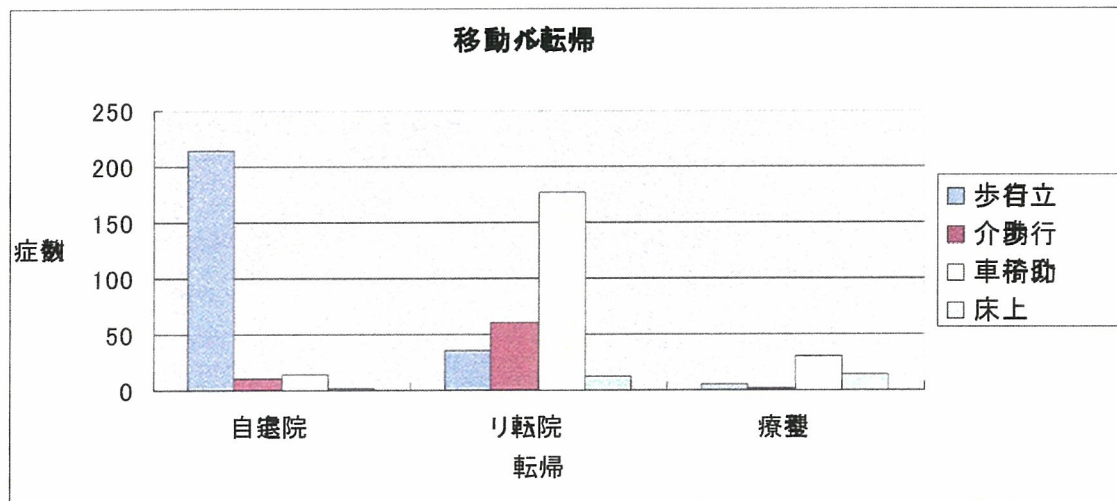
【文献・資料】

(1)近藤克則、安達元明：脳卒中リハビリテーション患者の退院先決定に影響する因

- 子の研究－多重ロジスティックモデルによる解析.日本公衆衛生誌 1999;7:542－549
- (2)道免和久:脳卒中における予後予測.臨床リハ 1998;7:347－356
- (3)二木立:脳卒中のリハビリテーション－現状と問題点.リハビリテーション白書 第 2 版,医歯薬出版,東京、1994: pp240－164
- (4)国立社会保障・人口問題研究所 ホームページ(<http://www.ipss.go.jp/>)
- (5)東京都公式ホームページ (<http://www.metro.tokyo.jp/>)

(表 1) 転帰別の症例数と入院期間 (注:入院中は平成 18 年 1 月 31 日時点)

転帰	症例数	入院期間			
		平均	最長	最短	標準偏差
自宅退院	248 症例 (37.9%)	21 日	134 日	4 日	21 日
リハ専門 病院 転院	286 症例 (43.7%)	38 日	164 日	7 日	26 日
療養型病 院 転院	51 症例 (7.8%)	72 日	267 日	15 日	47 日
死亡	43 症例 (6.6%)	41 日	255 日	4 日	50 日
入院中	27 症例 (4%)	—	—	—	



(図 1)「移動レベル」と「転帰」

