

1.はじめに

前回、大都市においては地域完結型リハビリテーション(以下リハ)の実施は困難な状況にあることを報告した¹⁾。今回は当科にて入院リハを実施した患者について入退院における地域との連携を中心に検討を加えた。

2.対象と方法

平成18年1月～19年12月の間に当科を退院した患者102名のうち脳卒中患者36名を対象に①診断名②年齢/性別③居住地④家族構成⑤転科経路(院内転科、院外紹介)⑥転科までの期間⑦入院期間⑧転帰と連携状況⑨その後の状況について調査を行った。

3.結果

診断の内訳は脳出血18名、脳梗塞17名、くも膜下出血2名であった。年齢は18歳～94歳(平均64.5歳)、性別は男性18名、女性18名であった。居住地は品川区17名(46%)、大田区10名(28%)、目黒2名(6%)、世田谷区2名(6%)、その他5名(14%)であった。(図1)家族構成は独居6名、2人14名、3人6名、4人8名、5人以上2名であり半数以上が高齢の夫婦または独居者が占めていた。

転科経路は院内からが28名(脳神経外科18名、神経内科9名、救命救急科1名)、院外からが8名(地域内6名、地域外2名)であった。発症から転科までの期間は院内からは12日～86日(平均32日)、院外からは23日～55日(平均43.4日)であった。(図2)リハ科入院期間は院内からが17日～87日(平均53日)、院外からが18日～84日(平均63日)であった。転帰は、在宅復帰したうち25名は自宅に4名は転居していた。7名の転院患者のうち1名は転院後自宅復帰したが4名は施設入所となっていた。独居者6名のうち5名は再び元の独居生活に戻っていた。在宅復帰患者の発症からの全入院期

間は院内からが37日～136日(平均79.4日)、院外からが80日～130日(平均96.2日)であった。(図3)

退院後の医療については当科外来通院のみが10名(院内8名、地域内院外2名)当科外来に通院し訓練を実施している者が7名(院内5名、地域内院外2名)、介護保険通所または訪問リハを実施している者が5名であった。その後の経過としては、当科外来に通院し訓練を実施している7名のうち4名は既に訓練を終了しており3名は継続していた。他科で外来通院し訓練を実施した者は4名おり、全て地域外居住者で3名は転居地にて実施していた。(表1)。

4.考察

1 当科は昭和大学病院と付属東病院の両病院の入院患者のリハを担当しているが、専用病床も5床有しており可能な範囲で院内からの転科ならびに院外からの転院を受け入れ入院リハを実施している。特に院内からの転科患者は、リハに難渋することが予測されるケースでも積極的に受け入れており、全退院患者102名のうち脳卒中患者は36名(35%)と第1位ではあるが、外傷性脳損傷、脊髄損傷、切断、神経・筋疾患、骨折なども多く入院を受け入れていた。

脳卒中患者については、居住地域は品川区と大田区で全体の74%を占め目黒区・世田谷区を含めると86%となり、前回ならびに以前の調査と同様の結果であった¹⁾。

転科経路は78%が院内からであり22%が院外からであったが、他疾患においても71%が院内、29%が院外からの転科であり地域との一定の連携をとっていた。

転帰については転科までの期間は院内からは院外からに比べて短く、リハ科入院期間も院内からが院外からに比べ短かったが、1例を除いて回復期リハ病棟の要件となる2ヶ月以内の入院であり当科の病棟が回復期リハの役割を

担っているものと考えられる。また、リハ科への転科や入院の待機期間については必ずしも院外から長いとも限らず空床状況に左右されている。

転帰は、83%が在宅復帰していたが、そのうち転院後に自宅復帰した1名を加えた26名は自宅に復帰し4名は転居していた。自宅復帰群はいずれも当院の地域内であり転居群は当院地域外であったが医療機関との連携リハ継続が可能であった。在宅復帰患者の発症からの全入院期間は37日～136日と幅広かったがほぼ発症後4か月以内で入院リハを終了し退院となっていた。また、院内からの転科と院外からの入院との比較では院内からの転科、いわゆる「病院完結型リハ」タイプが短く報告と類似していた²⁾。

退院後のリハの状況については、リハ医療継続を要するものは26名おりリハ訓練の継続を必要としたものは16名であった。リハに関する連携は、地域内で在宅復帰した患者で当科外来にてフォローアップしている患者は22名おり、7名は当科で訓練を継続し10名は診察のみで、介護保険を利用した通所または訪問リハなどの連携がとれたのは5名のみであった。また、他院でリハを実施していた4名は全て地域外居住者であり退院時の連携のみであった。このことから、何らかのリハ的フォローアップの必要がある患者は多いが地域にその役割を担う施設が少なく、ほとんどの患者は当科で診療を行うことになり、ある意味では「病院完結型リハ」と「地域完結型リハ」の二面性を有しているとも考えられる。外来リハ診療についてはすべてが訓練を要するわけではなく機能・能力障害などの経過観察、家族指導、補装具のチェックなどが実施され当初は通院訓練を要した者でも適宜外来診察のみに移行されていた。

急性期から回復期・維持期へのリハ医療の流れは「地域完結型リハ」と「病院完結型リハ」

とにわけて考えられており、近年は病院の機能分化に基づいた「地域完結型リハ」が推奨されているが、大都市では急性期病院に併設した回復期リハの有用性も指摘されている²⁾。さらには、急性期・回復期・維持期の経路だけでなく、回復期病床を経ずに維持期に移行するケースもある。この場合は急性期病院から直ちに地域に移行し通院や通所リハなどが必要となる。地域に外来リハ機能を持った施設が十分に存在しない現状を考えると急性期病院での外来リハ機能の役割ももう一度考える必要があると思われる。また、「地域完結型リハ」を推進するには介護保険下での通所・訪問リハの充実や地域における小規模総合リハ施設などの推進が望まれる。

5. 結論

平成18年1月から平成19年12月に当科を退院し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。院内からの転科が多いが他院からの入院も受け入れており当科は地域における回復期リハ施設の役割も担っていた。退院後は介護保険を含め他施設との連携がとれたケースは少なかった。自宅退院患者の多くは当科外来で継続診療を受けており1/3が訓練を受けていたが順次終了しリハ科外来診察に移行しており維持期リハの役割も果たしていた。

6. 文献

- 1) 水間正澄: 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. 大都市圏脳卒中診療体制の構築平成18年度総括研究報告書. 86-90. 2007
- 2) 北川寛直ほか: 急性期病院の相違による回復期リハビリテーション病棟・脳卒中患者の調査-地域完結型と病院完結型との比較. リハビリテーション医学; 44(4): 237-241. 2007

図1 居住地

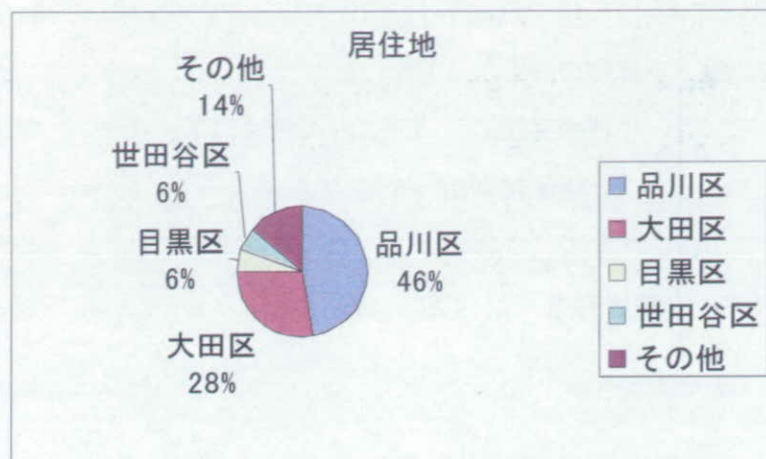


図2 転科までの期間

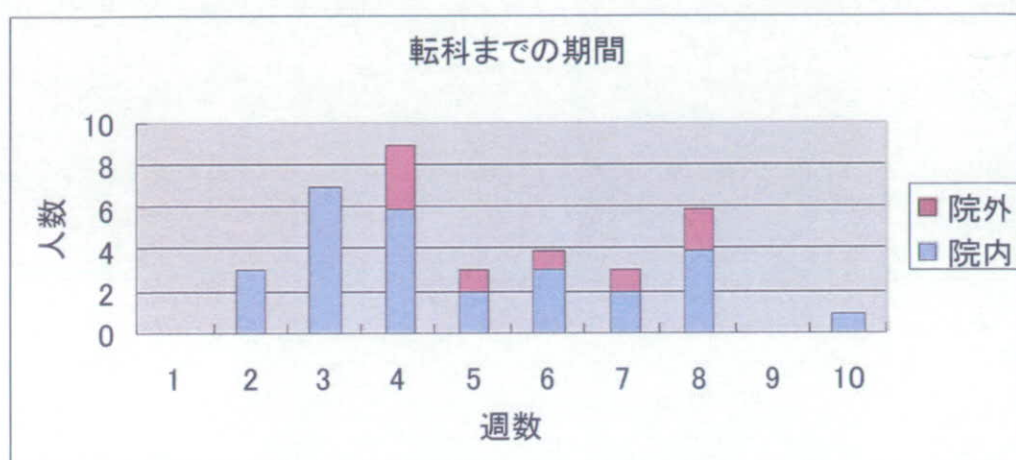


図3 全入院期間

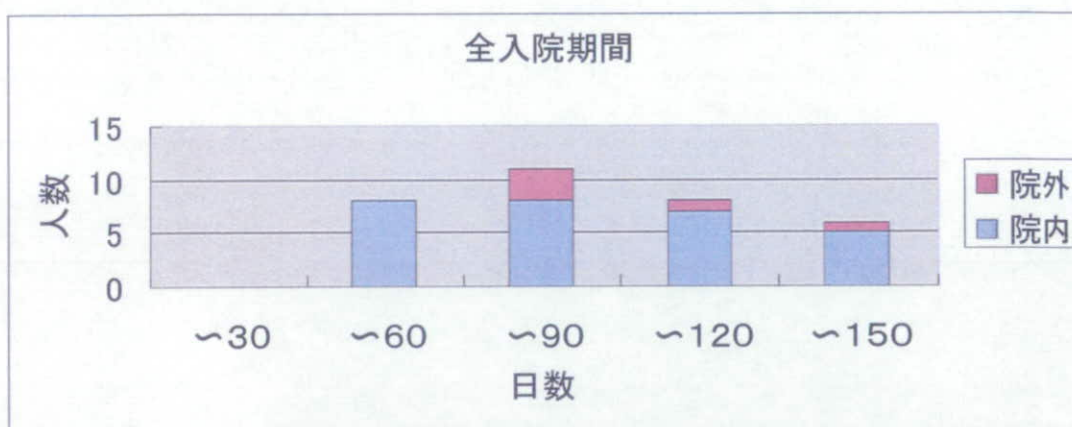


表1 在宅復帰者の退院後のリハ状況

| | | |
|--------|-----|--|
| 当科外来通院 | 22名 | 診療のみ 10名 訓練実施 7名(内4名は終了) 介護保険利用 5名 |
| 他科外来通院 | 4名 | 訓練実施 4名 |

Ⅱ. 分担研究報告

1. 脳卒中診療連携の動向調査

b. 脳卒中診療連携動に関する実態調査：急性期の立場から

4) 院内連携強化による脳卒中患者動向の変化

東京慈恵会医科大学第三病院リハビリテーション科

小林一成、宮村紘平、植松海雲、櫻間剛

【研究要旨】

リハビリテーション科入院受け入れ先として、他院からの転院を重視した時期と院内からの転科転床を重視した時期に入院した脳卒中患者をそれぞれ A 群および B 群の 2 群に分け、紹介元、発症から当科入院までの日数、当科入院日数、入退院時 FIM 点数、退院先について調査し、両群間で比較した。院内からの転科転床症例については、両群間で当科入院までの日数に有意差が見られ、院内連携強化により中央値で 6 日の短縮が見られた。このことは、厚生労働省が推進する地域完結型脳卒中診療体制を構築する際に、急性期病院から回復期病院への連携を強く意識しながら行うことの重要性を示唆している。

【はじめに】

当院は東京慈恵会医科大学附属の急性期総合病院であり、27床のリハビリテーション科専用床を有する。従来、リハビリテーション科の入院に際しては、急性期治療を終えた当大学附属病院他科からの転科転床よりも、当院周辺に居住していた患者の他院からの転院を重視した体制、いわば地域完結型の体制をとってきたが、平成19年4月より、院内連携強化を目的に、当大学附属病院からの紹介患者を優先的に受け入れる体制、いわば病院完結型の体制を整えた。一方、厚生労働省は、病院の機能分化を推進し、脳卒中のリハビリテーション治療は急性期病院以外で行う地域完結型の診療体制を推進している。今回我々は、体制変化前後の比較を行い、体制の変化に伴う脳卒中患者動向について調査した。

【方法】

対象は平成18年10月から平成19年9月までに当科に入院した発症後180日以内の脳卒中患者75名(男性26名、女性49名)である。この対象を、入院時期により次の2群に分けて比較検討した。すなわち、A群:平成18年10月から平成19年3月に入院にした脳卒中患者群(他院からの転院を重視した時期)、B群:平成19年4月から平成19年9月に入院した脳卒中患者群(院内からの転科転床を重視した時期)の2群に分けた。

方法は診療記録から後方視的に、紹介元、発症から当科入院までの日数、当科

入院日数、入退院時FIM点数、退院先について調査し、両群間で比較した。

【結果】

1) 両群の患者特性および紹介元、当科入院日数、退院先(表1)

A群38名(男性12名、女性26名)の平均年齢71.3歳、B群37名(男性14名、女性23名)の平均年齢68.4歳で、疾患内訳を含め両群間に有意差は認められなかった。紹介元は、A群では60.5%が他院からの転院であったのに対し、B群では逆に62.2%が大学附属病院内からの転科転床であった。当科入院日数は、A群で中央値63日(12~127日)、B群で中央値64日(12~107日)であり、また退院先として自宅退院した割合は、A群で89.5%、B群で89.2%と両群で差は見られなかった。

2) 脳卒中発症から当科入院までの日数(図1)

A群の中で他院から転院してきた症例の当科入院までの日数の中央値は38日(20~112日)、大学附属病院内での転科転床症例の入院までの日数の中央値は47日(26~86日)であった。一方B群では他院からの転院症例の中央値は35日(16~62日)、院内での転科転床症例の中央値は33日(10~48日)であり、大学附属病院内からの転科転床症例について当科入院までの日数に両群間で有意差を認めた($p < 0.05$)。

3) 入退院時のFIM平均値(図2)

入院時FIM平均値はA群で76.4、B

群で 80.1 であり、退院時 FIM 平均点は A 群で 99.7、B 群で 104.8 であった。入院時 FIM、退院時 FIM、FIM 効率(入退院時 FIM の差を入院期間で除した値)はいずれも両群間で有意差は認められなかった。

【考察】

当院リハビリテーション科入院患者の受け入れ先を、他院からの転院を重視する体制から、当大学附属病院内から転科転床を重視する体制に変更することが患者動向に与える影響について調査検討した。厚生労働省が推進する地域完結型の脳卒中治療体制では、急性期とそれに続く回復期リハビリテーションを地域内のそれぞれ別々の病院で行うことを想定している。一方、現在当リハビリテーション科が進めているのは、急性期から回復期までのリハビリテーションを同じ急性期病院内で完結する病院完結型の脳卒中治療体制である。この両者の比較により今回の検討で明らかにできたことは、脳卒中発症からリハビリテーション科入院までの期間が、病院完結型を意識した方が早くなる点で、これにより急性期治療からリハビリテーションまでを含めた脳卒中治療全体の期間の短縮に直結する可能性が示唆された。病院完結型を意識した連携の場合、同じ病院内での情報の共有がスムーズで、リハビリテーション科のベッドコントロールを含めて、適切な時期に効率よく転科転床が可能な点が、脳卒中治療期間の短縮につながったものとする。

すなわち、翻って地域完結型を意識した脳卒中治療体制では、急性期病院と回復期病院の連携をいかに円滑に行えるかが重要ということになり、両病院間での患者情報やベッド空き情報の共有を図り、スムーズな脳卒中治療の流れを作ることが重要と考えられる。

【参考文献】

1. 渡辺進、橋本洋一郎：脳卒中の病期と診療システム. 治療 2005;87:71-5.
2. 北川寛直、水間正澄、山下愛茜、山本佳昭：急性期病院の相違による回復期リハビリテーション病棟・脳卒中患者の調査-地域完結型と病院完結型との比較- . リハ医学 2007;44:237-41.
3. 蔵元聖子、平野照之、橋本洋一郎、米原敏郎、内野誠：地域完結型と病院完結型脳卒中治療態勢の比較. 脳卒中 2003;25:245-51.

表 1 A,B 両群の患者特性および紹介元、入院日数、退院先の比較

| | A 群 (n=38) | B 群 (n=37) | |
|------------------|------------|------------|--------|
| 男性/女性(人) | 12/26 | 14/23 | NS |
| 平均年齢(歳) | 71.3 | 68.4 | NS |
| 原因疾患(%) 脳梗塞 | 63.2 | 54.1 | NS |
| 脳出血 | 28.9 | 37.8 | NS |
| クモ膜下出血 | 7.9 | 8.1 | NS |
| 紹介元(%) 他院から | 60.5 | 37.8 | p<0.05 |
| 院内から | 39.5 | 62.2 | p<0.05 |
| 当科入院日数中央値 (日) | 63 | 64 | NS |
| 自宅退院率(%) | 89.5 | 89.2 | NS |

A 群: 他院からの転院を重視した時期に入院にした脳卒中患者群

B 群: 院内からの転科転床を重視した時期に入院した脳卒中患者群

NS: 有意差なし

図1 脳卒中発症から当科入院までの日数

A 群: 他院からの転院を重視した時期に入院した脳卒中患者群

B 群: 院内からの転科転床を重視した時期に入院した脳卒中患者群

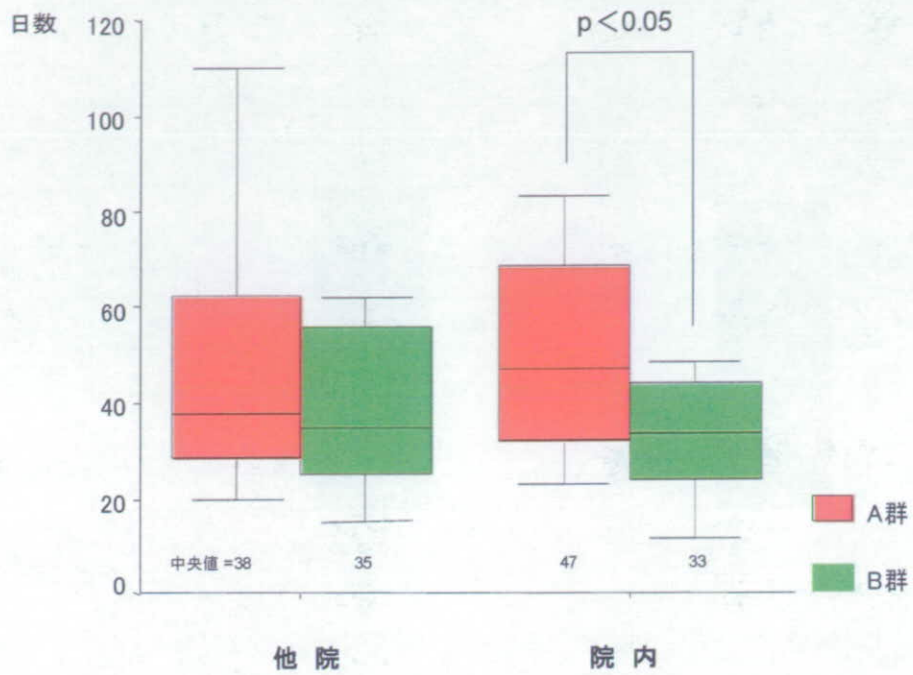
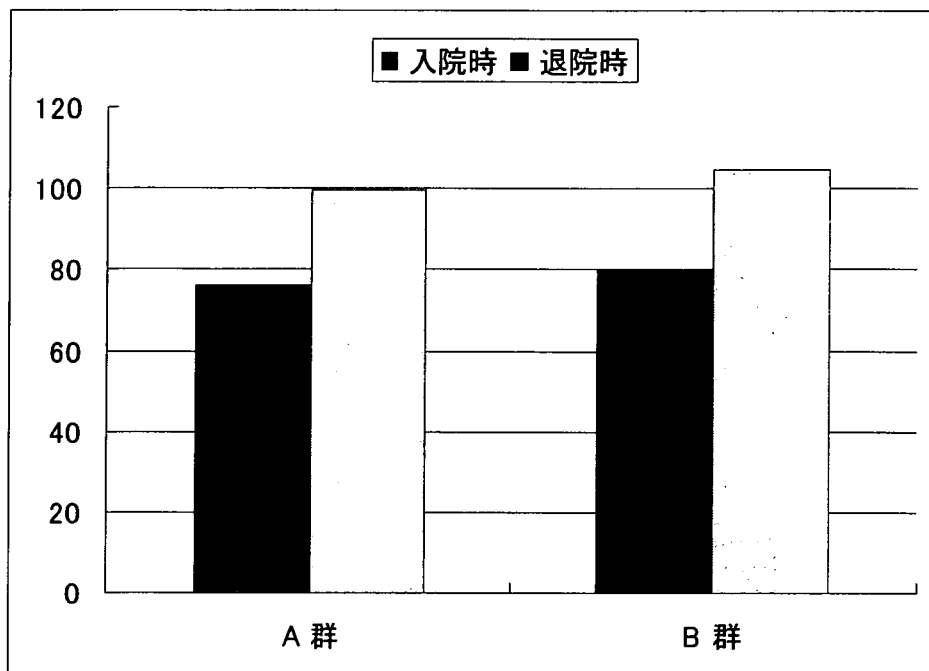


图2 入退院時 FIM 平均值



Ⅱ. 分担研究報告

1. 脳卒中診療連携の動向調査

b. 脳卒中診療連携に関する実態調査：急性期の立場から

5) 入院時・発症時点で併存疾患のため連携パスの使用が困難な脳梗塞症例の頻度と帰結

国立国際医療センターリハビリテーション科

藤谷順子、藤本雅史

【研究要旨】

脳卒中診療連携において、発症→急性期治療＋急性期リハビリテーション→回復期リハビリテーション→在宅・地域、のシームレスな連携が推奨され、その連携パスが構築されつつある。しかし、多くの症例の中には、急性期加療中の合併症の発症によるパスからの離脱だけでなく、入院・発症当初より、併存疾患の為に連携パスの使用が困難な症例も存在する。今回われわれは、重篤な併存疾患を入院時から有した症例の頻度と帰結について後方視的に検討したので報告する。

平成19年1年間に当科にコンサルテーションのあった、急性期脳梗塞症例270症例(平均年齢73.3歳)を後方視的に検討したところ、発症時重篤な併存疾患のない群(A群)は248症例、91.9%であった。脳梗塞と他疾患を同時に発症し、併存疾患の治療が優先した群(B群)は3症例、1.1%であった。他疾患治療中院内発症した群(C群)は13症例、4.8%であった。脳梗塞急性期で他院にて加療中、併存疾患の治療のために当院に転入院した群(D群)は2症例で、重篤な他疾患の外来治療中に脳梗塞を発症して入院した群(E群)は4症例、1.5%であった。入院時に重篤な併存疾患のある症例(B+C+D+E)は22症例、8%であり、併存疾患のない群(A群)と比較すると、自宅退院症例の頻度は同程度だが入院期間が長い、リハ転院となる症例が少ない、死亡症例が多いなどの特色があった。

入院中に合併症・併存症が重篤化する症例も加えると、今後とも、脳梗塞急性期症例の10%近くは、何らかの対応を要する併存疾患を有することが予測される。今後とも、標準的症例の、連携パスを用いた連携に心がけるとともに、急性期総合病院に一定数在院するこのような併存疾患を有する脳卒中群への対応も充実してゆく必要がある。

【はじめに】

脳卒中診療連携において、発症→急性期治療＋急性期リハビリテーション→回復期リハビリテーション→在宅・地域、のシームレスな連携が推奨され、その連携パスが構築されつつある。しかし、多くの症例の中には、急性期加療中の合併症の発症によるパスからの離脱だけでなく、当初より、併存疾患の為に連携パスの使用が困難な症例も存在する。

今回我々は、重篤な併存疾患を入院時から有した症例の頻度と帰結について後方視的に検討したので報告する。

【方法】

① 方法 後方視的調査

② 対象

平成 19 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの 1 年間に当科にコンサルテーションのあった急性期脳梗塞症例を対象とした。

③ 収集項目

カルテから後方視的に、以下の項目を収集した。年齢・性別・入院日・脳梗塞発症日・退院日・転帰・入院時の併存疾患の状況、入院主治科。

転帰については、自宅退院、リハビリテーション目的の専門病院転院、療養型病院への転院、死亡、に分類した。

入院時の併存疾患の状況については、下記の5群に分類した。なお、ここでは、併存疾患尺度 4 および 5 のものを重篤な併存疾患とした。

A: 重篤な併存疾患が無く、脳梗塞急性期で当院に入院し、脳梗塞の治療を開始した群

B: 脳梗塞と他疾患を同時に発症し、併存症の治療が優先した群

C: 他疾患の入院加療中、脳梗塞を院内発症した群

D: 脳梗塞急性期で他院にて加療中、併存疾患の治療のために当院に転入院した群

E: 重篤な他疾患の外来治療中に脳梗塞を発症して入院した群

【結果】

1. 対象症例の基本情報

対象となった脳梗塞症例は 270 症例で、平均年齢は 73.3 歳(SD11.6 歳)、男性 173 例(平均 74.5 歳)、女性 97 例(平均 71.1 歳)であった。270 症例の平均入院期間は 26.6 日であった。

自宅退院した症例は 108 症例(40.0%)で平均入院期間は 14.9 日であった。リハビリテーション目的に専門病院に転院した症例(以下リハ転院)は 111 症例(41.1%)で平均入院期間は 27.3 日であった。療養型病院に転院した症例は 30 症例(11.1%)で平均入院期間は 62.6 日であった。死亡症例は 21 症例(7.8%)で平均入院期間は 31.2 日であった。

2. 併存疾患の状況(表1参照)

¹ 脳梗塞院内発症症例では、全入院期間ではなく、脳梗塞発症後退院までを入院期間として計算している。

発症時重篤な併存疾患のない群(A群)は248症例, 91.9%であった。

脳梗塞と他疾患を同時に発症し、併存疾患の治療が優先した群(B群)は3症例, 1.1%であった。併存疾患の内訳は心筋梗塞, 急性胆管炎, 上部消化管出血であった(表2)。

他疾患治療中院内発症した群(C群)は13症例, 4.8%であった。入院事由となった疾患は、悪性腫瘍が3症例, 心不全が4症例, 急性心筋梗塞が1症例, 腎不全が1症例, 大動脈手術後が2症例(緊急1, 予定手術1), 出血性胃潰瘍1症例, 検査入院中の心臓カテーテル検査後が1症例であった(表3)。

脳梗塞急性期で他院にて加療中、併存疾患の治療のために当院に転入院した群(D群)は2症例で、転院理由は肺結核の発見と、間質性肺炎増悪であった(表4)。

重篤な他疾患の外来治療中に脳梗塞を発症して入院した群(E群)は4症例であり、併存疾患の内訳は悪性腫瘍3症例, 肝硬変非代償期1症例であった(表5)。

3. 入院時の併存疾患と転帰

入院時に重篤な併存疾患のある群(B+C+D+E)とない群(A群)を比較すると、自宅退院については36%と40%と大きな差がないが、リハ転院となる症例が併存疾患あり群では少なく、死亡症例が多かった。

入院時に重篤な併存疾患のないA群

における死亡症例は14症例(6%)であった。

入院時にあった併存疾患のうち、死亡に至る原因となったものは、心筋梗塞2, 悪性腫瘍3, 間質性肺炎1, 肝硬変1症例であった。急性胆管炎, 上部消化管出血, 出血性胃潰瘍, 急性心不全各1症例は入院中併存疾患を治療してリハビリテーション目的転院に至った。

また、併存疾患の治療を行い、脳梗塞自体も重症でなかったため自宅退院した症例も8症例あった。しかし自宅退院症例の平均入院期間は25.8日で、A群の自宅退院症例の平均入院期間14.1日に比し長期であった。

TAAの術後に大きな脳梗塞を来たした症例, 心不全入院中, 腎不全入院中に脳梗塞を来たした各1症例は、ADLも低いままに留まり、療養型転院となった。

【考察】

① 入院時に重篤な併存疾患を有する脳梗塞症例の頻度

今回の検討では、脳梗塞急性期症例中8%に、入院時に明らかな重篤な併存疾患を有していた。この理由として、外来通院症例の脳梗塞発症、他院からの転医、院内発症など、当院が総合病院であるために頻度が高くなっていることがまず考えられる。しかし、他院での外来化学療法中の症例の脳卒中発症入院、他疾患と同時発症の脳梗塞症例などは、脳卒中急性期診療をしているならば避けがたい

症例である。化学療法、腹水穿刺など、従来よりも外来通院治療の幅が広がっているだけに、今後とも、有病者の脳梗塞発症→救急入院の頻度は一定以上存在するものと考えられる。

今回は、入院中に合併症・併存症が重篤化した症例(肺炎・消化管出血・胆嚢炎、悪性腫瘍の発見)などについては検索していないが、それらも加えると、今後とも、脳梗塞急性期症例の10%近くは、何らかの対応を要する併存疾患を有することが予測される。

② 重篤な併存疾患を有する症例のリハビリテーション医療上の問題点

入院時から重篤な併存疾患があると、医学的には、併存疾患の存在又は治療の為に安静が必要である、併存疾患のための体力消耗があり訓練効果があがらない、などが挙げられる。

併存疾患の治療のために入っている病棟では、主治医・看護師とも脳卒中になれていないために、ADLの拡大や家族説明、方針決定などが遅れがちになる。

また、併存疾患の治療のために、急性期病院の入院期間を長く要し、回復期リハビリテーションの入院が困難になることもある。本研究では消化管疾患の2症例が、リハ転院までに30日を越えたが幸い転院が可能であった。

リハビリテーションスタッフにとっては、併存疾患の病態・病状についての知識と理解を要する。慎重な対応を要するとともに、毎日の病状変化など、情報収集に要

する時間も多くなる。

③ 院内発症症例の問題点

上記に加え、院内発症症例では、「入院中に起こったことについては当院でできるだけ責任を持つべきである」というような考えが家族・主治医両サイドに生じやすい。受けられるリハビリテーションの量や、環境の面でリハビリテーション専門病棟への転院を勧めても対応が遅くなりがちである。

④ 十分なスタッフ数の必要

死亡症例以外では、併存疾患を有する症例の入院期間は、併存疾患のない症例よりも長期化する傾向にある。

一般的な図式では、脳卒中症例はできるだけ早く回復期リハビリテーション病棟に移動することが推奨されており、急性期病院の入院期間は短縮しつつある。その結果、急性期病院に入院中の脳卒中症例は、意識障害があつてそれほど長時間の訓練を要しなかったり、また比較的定型的な訓練内容が中心となる傾向にある。

それに対して、併存疾患があると、患者数に対する延べ訓練日数・時間数は多く、亜急性期や退院前指導の内容も含む為、リスク管理、リハビリテーション訓練内容の両面で個別対応を要するということになる。

すなわち、単に、早期に回復期病棟に送るまでの間の単純な脳卒中急性期病棟の役割よりも、質・量ともに充実した対応が、総合病院のリハビリテーション科に

は望まれている。

⑤ 回復期病院側の動向

脳卒中連携体制の構築が各地で進む中、回復期リハビリテーション病棟側でも、より急性期の症例を受け入れることができるように、合併症などへの対応を充実させることが必要であることは指摘されている。平成20年春の診療報酬改定でも、回復期リハビリテーション病棟における重症者の頻度があらたな指標として導入されている。

しかし、脳卒中に伴うことの多い肺炎等の合併症とは異なり、悪性腫瘍や消化管疾患への対応は引き続き困難であることが予想される。

【結語】

本来、機能分化による効率の改善を求めて、病院機能の分化が進み、それをスムーズにつなげるのが連携であり、そのツールが連携パスである。しかし今回の検討で、連携パスにのりがたい症例が少なくとも8%は存在することがわかった。今後とも、標準的症例の、連携パスを用いた連携に心がけるとともに、一定数存在するこのような併存疾患を有する群への対応も充実できるようにシステムを用意する必要がある。

表1. 270 症例の内訳

| | 症例数 | 比率 | 平均年齢 | 平均入院日数 |
|------------------------|-----|--------|------|--------|
| A 発症時重篤な併存疾患なし | 248 | 91.9% | 73.5 | 24.8 |
| B 他疾患と同時発症 | 3 | 1.1% | 84.0 | 41.7 |
| C 他疾患治療中院内発症 | 13 | 4.8% | 70.2 | 51.7 |
| D 他院での急性期加療中併存疾患のため転入院 | 2 | 0.7% | 68.0 | 21.5 |
| E 外来レベルでの重篤な併存疾患あり | 4 | 1.5% | 69.5 | 37.3 |
| 合 計 | 270 | 100.0% | 73.3 | 26.6 |

注:C 群の他疾患治療中院内発症症例の入院期間は、全入院期間ではなく、脳梗塞発症後入院期間

表2. B 群(他疾患と同時発症した急性期脳梗塞症例)の内訳

| 症例 | 年齢 | 性別 | 急性期病態 | 入院科 | 入院日数 | 転帰 |
|----|----|----|----------------|------|------|------|
| 1 | 79 | F | 心筋梗塞・脳梗塞同時発症 | 循環器科 | 57 | 死亡 |
| 2 | 87 | M | 急性胆管炎・小脳梗塞同時発症 | 消化器科 | 24 | リハ転院 |
| 3 | 86 | M | 小腸出血と脳梗塞同時発症 | 消化器科 | 44 | リハ転院 |

表3. C群(他疾患治療中院内発症症例)の内訳

| 症例 | 年齢 | 性別 | 脳梗塞発症前の疾患 | 入院科 | 入院から発症まで | 入院期間 | 発症から退院まで | 転帰 |
|----|----|----|-------------|--------|----------|------|----------|------|
| 1 | 81 | F | 悪性リンパ腫化学療法中 | 血液内科 | 0 | 6 | 6 | 自宅 |
| 2 | 68 | F | 心不全入院。CAG後 | 循環器内科 | 10 | 38 | 28 | 自宅 |
| 3 | 78 | M | AAA検査、CAG後 | 心臓血管外科 | 7 | 30 | 23 | 自宅 |
| 4 | 72 | M | 肺小細胞癌化学療法中 | 呼吸器科 | 52 | 76 | 24 | 自宅 |
| 5 | 56 | M | 大動脈解離緊急手術後 | 心臓血管外科 | 0 | 46 | 46 | 自宅 |
| 6 | 46 | M | 急性心不全入院中 | 循環器内科 | 6 | 42 | 36 | 自宅 |
| 7 | 60 | M | 出血性胃潰瘍で入院中 | 消化器科 | 3 | 59 | 56 | リハ転院 |
| 8 | 84 | F | 急性心不全で入院中 | 循環器内科 | 12 | 37 | 25 | リハ転院 |
| 9 | 66 | M | TAAの術後 | 心臓血管外科 | 15 | 291 | 276 | 療養型 |
| 10 | 71 | M | 心不全入院中 | 循環器内科 | 2 | 43 | 41 | 療養型 |
| 11 | 74 | F | 腎不全入院中 | 腎臓内科 | 3 | 65 | 62 | 療養型 |
| 12 | 78 | M | 急性心筋梗塞入院中 | 循環器内科 | 4 | 24 | 20 | 死亡 |
| 13 | 78 | M | 肺癌治療入院中 | 呼吸器科 | 9 | 38 | 29 | 死亡 |

表4. D群(他院での急性期加療中併存疾患のため転入院)の内訳

| 症例 | 年齢 | 性別 | 当院転入院理由 | 入院科 | 脳梗塞発症から 当院入院まで | 当院入院 期間 | 転帰・転院先 |
|----|----|----|-----------|------|-------------------|------------|-----------|
| 1 | 70 | M | 結核が発見された | 結核病棟 | 9 | 20 | 自宅(排菌なし) |
| 2 | 66 | M | 間質性肺炎急性増悪 | 呼吸器科 | 12 | 23 | 死亡(間質性肺炎) |

表5. E群(外来で併存疾患治療中脳梗塞発症症例)の内訳

| 症例 | 年齢 | 性別 | 既存の併存疾患の状況 | 入院科 | 入院日数 | 転帰 |
|----|----|----|---------------|-------|------|----------|
| 1 | 69 | M | 肺癌化学療法予定入院数日前 | 呼吸器外科 | 24 | 自宅 |
| 2 | 54 | M | 他院にて胃癌外来化学療法中 | 神経内科 | 19 | 原病死による死亡 |
| 3 | 70 | M | 肝硬変・外来腹水穿刺治療中 | 神経内科 | 15 | 原病死による死亡 |
| 4 | 85 | F | 膵腫瘍で外来治療中 | 外科 | 91 | 原病死による死亡 |

表6. 各群による転帰の違い

| | 症例数 | 自宅退院数 | 自宅退院率 | リハ転院数 | リハ転院% | 療養型 | 療養型% | 死亡数 | 死亡% |
|--------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-----|------|-----|-----|
| 発症時重篤な併存疾患なし(A群) | 248 | 100 | 40% | 107 | 43% | 27 | 11% | 14 | 6% |
| 重篤な併存疾患あり(B+C+D+E) | 22 | 8 | 36% | 4 | 18% | 3 | 14% | 7 | 32% |
| B 他疾患と同時発症 | 3 | 0 | 0% | 2 | 67% | 0 | 0% | 1 | 33% |
| C 他疾患治療中院内発症 | 13 | 6 | 46% | 2 | 15% | 3 | 23% | 2 | 15% |
| D 他院から併存疾患のため転入院 | 2 | 1 | 50% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 50% |
| E 外来レベルでの重篤な併存疾患あり | 4 | 1 | 25% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 75% |

Ⅱ. 分担研究報告書

1. 脳卒中診療連携の動向調査

C. 脳卒中診療連携動に関する実態調査：回復期の立場から

1) 北多摩北部二次医療圏脳卒中診療連携体制の

現状と課題

多摩北部医療センター リハビリテーション科

鴨下 博

【研究要旨】

当院は平成 15 年東京都から地域リハビリテーション支援センターに指定され、脳卒中リハビリテーションネットワーク構築のため各種の事業を行ってきた。また、一昨年から大都市圏脳卒中診療高齢者の地域リハビリテーション体制の構築の研究に参加している。今回は、当研究の急性期施設患者データに基づき 10 月、11 月に当院を退院した脳卒中入院患者の特性を分析した。そして、当院を退院した脳卒中患者の追跡調査を地域リハビリテーション支援事業開始した初年度に行った結果を踏まえ、北多摩北部二次医療圏脳卒中リハビリテーション連携体制の課題について考察した。当院の自宅退院率はこの5年間大きな変化はなく、40%台である。しかし、5 年前の調査結果ではあるが、脳卒中患者は発症から半年後の自宅退院率は7割である。高齢者が自宅で暮らせるためには、地域リハシステムの重要性が指摘できる。地域リハ体制の構築には、地域の一般病院(二次救急)、救急救命センター(三次救急)、リハ病院だけでなく、福祉施設、行政それぞれが多中心的に参加する連携システムが不可欠である。次年度にはマッチングシステムを北多摩北部二次医療圏に導入し、脳卒中患者のリハビリテーション連携体制の構築を進めていく。

1 はじめに

東京都養育院の分院としてスタートし多摩老の愛称で親しまれていた多摩老人医療センターは、平成18年4月財団法人東京都保健医療公社に経営移管され、新たに小児科を開設し地域支援型一般病院として再スタートした。しかし、依然として高齢者の入院が多く、脳卒中は特養、老健から、自宅からの入院も歩行不能な高齢者の再発症例が大半を占めている。

当院は、平成15年東京都から地域リハビリテーション支援センターに指定され、これまで、脳卒中リハビリテーションネットワーク構築のため各種の事業を行ってきた。また、当科は、一昨年から大都市圏脳卒中診療高齢者の地域リハビリテーション体制の構築の研究に参加している。今回はニーズと資源のマッチング用データベースを用いたリハビリテーション医療連携システムの効果の実証に参加し、急性期施設の患者データに基づき10月、11月に当院を退院した脳卒中入院患者の特性を分析したので報告する。

当院を退院した脳卒中患者の追跡調査を地域リハビリテーション支援事業開始した初年度に行った。その結果を踏まえ脳卒中リハビリテーション連携

2 方法

本研究の入院患者データである年齢、性別、脳卒中病型、脳卒中既往歴、FIM、Modified Rankin Scale、NIHSS、Brunnstrom Stage、入院日数、転帰先について、10月、11月に当院を退院した脳卒中患者のうちリハビリテーションを実施した31例の集計を行った。

3 結果

当院は女性の比率が高く、80歳以上の高齢者が多い(表1、2)。75歳以上が22人(71%)である。我が国では女性の平均余命が高く、当院では高齢者脳卒中患者が多く入院し、その結果女性が多く入院していることを示している。脳卒中病型分類では脳梗塞が多い(表3)。我が国の場合、高齢者は脳梗塞の発症が高いのかもしれない。

脳卒中既往歴のある症例が多く、初発は7例だった(表4)。そのうち、マヒのない例が5例、入院中再発作があったのが1例だった。マヒはなかったが失語症の1例はエントリーし、現在当科に通院している。1例は登録適例だったが、本人家族に説明する前に転院した。軽症例が多いが、反面再発例が多く(表5、6、7、8)、本研究に登録できたのは1例のみだった。

最後に、平均FIM利得をみた。平均FIM利得は退院時FIM総計から入院時FIM総計を引き、人数で割ったものである。症例は、死亡した1例を除く30例を対象にした。平均FIM利得は 9.8 ± 29.4 、平均入院日数 45.5 ± 31.1 だった。そのうちの、再発例3例、起立性低血圧を合併しADLが入院時より悪化した1例を除くと、平均FIM利得は 18.4 ± 19.5 、入院日数 40.0 ± 28.7 だった。自宅退院率は、42%だった(表9)。

実態調査

東京都は、都民が身近な地域で症状に応じた適切な医療を受けることができるように、地域医療システム化を推進している。脳卒中診療においても急性期から回復期、慢性期におけるそれぞれの状態に応じた適切かつ円滑なリハビリテーションが享受できる