

地域ケアシステムを構築するために、東京都リハビリテーション協議会は地域リハビリ支援事業の総合的な支援体制を推進している。東京都多摩老人医療センター(現多摩北部医療センター)は、東京都より平成15年4月に北多摩北部医療圏(清瀬市、小平市、西東京市、東久留米市、東村山市)の地域リハビリテーション支援センターの指定を受けた。当科は、支援事業を開始するにあたり実態調査を行った。

平成15年1月から3月までの3ヶ月間に当院を退院した脳血管障害患者36名について7月に実態調査を行った。退院から調査時までには3名が死去していた。死亡した3名を除く33名は、施設から6名、自宅から27名が入院し、自宅から入院した27名は、自宅退院が16名、12名が転院した。33名の自宅退院率は44%だった。調査時では7名が入院中、19名が自宅療養しており、自宅から入院した7割が家庭へ復帰したことになる(図1)。

調査時において認知機能(図2)、日常生活自立度(図3)は、入院時よりも悪化する傾向にあった。アンケートの結果から日常生活の自立度が低く認知機能低下も重度な方が自宅療養をしていた。自宅療養の老人には、かかりつけ医、老健施設、デイケア、デイサービス、ショートステイなどが参加した地域リハビリテーションの重要性が再確認された。

#### 4 まとめ

今回の集計は、当院の病院特性を如実に示した結果になった。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。5年前の調査結果ではあるが、この地域に

おける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。地域リハビリテーション重要性と救急病院とリハ病院の診療体制構築の重要性が再認識された。

地域リハ体制の構築には interdisciplinary rehabilitation が重要であるが<sup>2)</sup>、そのためには地域にある一般病院(二次救急)、救急救命センター(三次救急)、リハ病院それぞれの病院特性を踏まえた上で連携システムを構築することが必要であろう。データベースを利用することにより、病院特性を明らかにすることが出来る。データバンク構築の重要性が示された。

脳卒中データバンクの必要性は高い<sup>1)</sup>。脳卒中リハビリテーションの評価と標準化に必要な Evidence based medicine を確立するための大規模な継続性のあるデータベースを作成することが急務である。そして、使いやすさとデータの信頼性の両立が不可欠である。リハの標準化にあたっては、対象を障害の重症度に階層化し、リハの内容も加え分析する必要があると思われる。しかし、入力項目が多くなれば未入力データが増加する一因となり、入力項目の検討は不可欠である。

今後、脳卒中リハビリテーションデータバンクとマッチングシステムを北多摩北部二次医療圏に導入し、脳卒中患者のリハシステム構築を進めていくことが、この地域において重要課題であると思われる。

#### 5.文献

1) 近藤克則、山口明:エビデンスづくりに向けた大規模データバンクの可能性と課題、総合リハ 33:1119-1124、2005.

2) Sivaraman KP, Nair DM, Wade DT.

Satisfaction of Members of Interdisciplinary  
Rehabilitation Teams With Goal Planning  
Meetings. Arch Phys Med Rehabil 84:1710-1713,  
2003.

## 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

### 2) 当院における脳卒中診療連携の取り組み 一回復期リハビリテーション病棟への入院待機日数短縮へ向けて

東京都リハビリテーション病院

新藤恵一郎、堀田富士子

#### 【研究要旨】

急性期医療機関から回復期病院への連携は重要であるが、平成 18 年度の急性期医療機関から当院回復期病棟への平均入院待機日数は 2 週間を超えており、その短縮が課題とされた。そこで、当院入院までの過程を見直し、入院申込当日に入院可否の返事をする事、入院予約は 2 週間以内まで、とする新方式を導入した。結果、12 月から 1 月までの平均入院待機日数は、平成 18 年度は 17.5 日、平成 19 年度は 10.8 日と、約 1 週間短縮された。新方式は入院待機期間短縮に有効であったが、より急性期の患者に対応するためには、当院医療体制の充実と急性期医療機関とのさらなる連携が必要であると考えられた。

## 【はじめに】

当院は回復期 119 床、一般病床 46 床を有する回復期リハビリテーション病院であり、また、区東部（墨田区、江東区、江戸川区）の地域リハビリテーション支援センターに指定されている。

当院への紹介患者の住所は、区東部 3 区で約 40%、また、葛飾区、足立区、荒川区、台東区を加えた近隣 7 区で約 80%になる。また、紹介元となる急性期医療機関は 60 以上にものぼる。

急性期医療機関から回復期病院へのスムーズな医療連携は、①十分なりハビリテーションを早く提供し、廃用症候群を予防し、患者の ADL を早く高める、②急性期医療機関のベッドを早く空けて地域の救急診療に対応する、などの点で重要である。

我々は、平成 18 年度の当研究報告書で、当院回復期病棟への平均入院待機日数が 15.7 日であり、急性期医療機関から当院への入院待機日数の短縮が課題であるとした。

そこで今年度は、当院入院までの過程を見直し、入院待機日数の短縮を目指すこととした。

## 【今までの方法】

- ①入院申込の可否は、週 1 回判定。
- ②入院予約は、回復期リハビリテーション病棟入院可能な、発症 2 ヶ月まで目一杯までとる（待機）。

入院申込から判定まで最大 1 週間かかり、急性期医療機関への返事が遅れて

いた。さらに当院に入院予約とならなかった患者の他リハビリテーション病院への打診が遅れた可能性も考えられた。

一方で、発症早期に申し込まれた場合、入院予約から入院までに 1 ヶ月以上待機することもあり、他の病院へ転院して待機する患者もみられていた。

これらは、急性期医療機関にリハビリテーションを積極的に受けるべき患者が長く待機する要因と考えられた。

## 【新方式の検討と導入】

- ①毎日入院判定を行い、申込当日中に受け入れ可否の返事をする。
- ②入院予約するのは、今後 2 週間以内に空くベッドのみとし、それ以降は待機にしない。
- ③新たな回復期病名が発生しない限りは、入院審査は原則 1 回のみ。

毎日入院判定するため、判定医を当番制とし、係わる人数を減らした。また、入院申込からより早く入院するようになると、全身状態が落ち着かず、障害が重度で ADL が低い患者が増えることが懸念された。そこで、2007 年 7 月より入院予約とする期間を段階的に短くし、2 週間まで短縮した。

2007 年 11 月に、急性期医療機関へ新方式のアナウンスを行い、12 月より新方式で運用することとなった。

今回、平成 18 年度 12 月から 1 月までの 2 ヶ月間と、平成 19 年度 12 月から 1 月までの 2 ヶ月間を比較した。

## 【結果】

平成 18 年度 12 月から 1 月には 85 名、平成 19 年度 12 月から 1 月には 72 名の回復期病棟への入院があった。

入院待機日数は、平成 18 年度は平均 17.5 日(中央値 16 日)、平成 19 年度は平均 10.8 日(中央値 10 日)と、約 1 週間短縮された(図 1)。

また、2 週間以内に入院した割合は、平成 18 年度は 45.8%(39 名)、平成 19 年度は 70.8%(51 名)と大幅に増加した。一方、1 ヶ月以上入院待機した割合は、平成 18 年度 15.3%(13 名)、平成 19 年度 1.3%(1 名)と著明に減少した。

問題点は、入院予約となった数日後に入院の案内をしたが、検査や治療のために入院できないことがしばしばみられたこと、また、入院待機患者が急に入院できなくなった場合、入院待機患者が少ないので次の患者がすぐにみつからず、空床ができてしまうことがあったことである。あらためて、新方式について急性期医療機関に情報提供し、連携を深めていくこととした。

#### 【考察】

申し込み当日に入院可否の返事をし、2 週間以内の入院を目指すという新方式の導入により、わずか 2 ヶ月間での比較ではあるが、平均入院待機日数は約 7 日短縮され、期待した結果が得られた。今後、年間を通じて、どのくらいの効果や問題があるのか、比較検討が必要である。

急性期医療機関から、より早期に患者が入院してくると、全身状態や合併症へ

の対応がより必要となってくる。脳卒中患者の場合、脳卒中の再発、呼吸器・消化器合併症、悪性腫瘍が、回復期病院から急性期医療機関に搬送される大きな理由といわれている。

当院には脳神経外科や神経内科といった脳卒中専門医、呼吸器や消化器疾患に対応できる医師が不在である。さらに、夜間休日の検査体制が不十分であり、患者の容態急変・悪化に対応しきれない場面が少なくない。そのため、急性期医療機関との連携が非常に重要であるが、紹介元の科と紹介したい科が異なる場合、例えば脳外科から紹介の脳卒中患者が肺炎になった場合、紹介元の急性期医療機関に戻れない場合もあり、その対応に苦慮している。

今後、当院での診療体制をより一層充実させるとともに、さらなる急性期医療機関との連携が必要である。また、回復期病棟を効率的に運用するためには、在宅復帰困難な患者を紹介する維持期施設との連携も重要である。

一方、平成 20 年度の診療報酬改訂により、初めて回復期リハビリテーション病棟が 2 つに分かれ、リハビリテーションの成果が求められていくこととなった。早期に回復期病院に入院すると、早く ADL が改善し、早期退院が可能となるのか、回復期病院が取り組んでいかなければならない課題である。

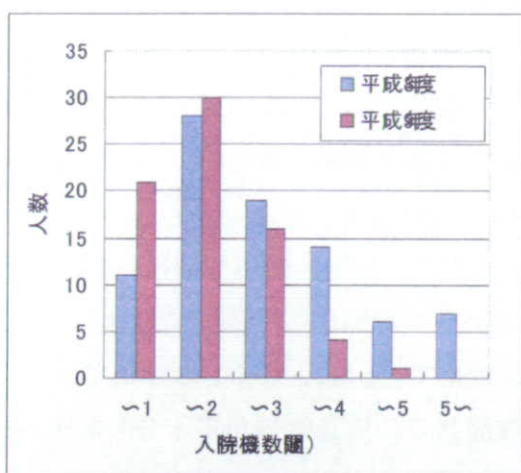


図1 平成 18、19 年度 12 月～1 月の入院人数と入院待機日数

## 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

### 3)『東京都区西南部リハビリテーション施設マップ』の作成・配布

#### およびその利用についての調査報告

JR東京総合病院リハビリテーション科

峯田ゆうこ、田中清和

#### 【研究要旨】

東京都区西南部地域リハビリテーション支援事業の一環として、区西南部二次医療圏のリハビリテーション施設マップ(以下、マップ)を作製した。マップがどのように利用され、活用されているかを知るために、マップを配布した施設へのアンケート調査を行った。

マップが「役に立っている」と答えた施設は60%以上あり、マップが業務に役立っていることがわかった。マップの利用は医療機関外の施設や行政機関よりも、医療機関で多く使用されており、特に連携施設を探す時に多く利用されていた。

また、パソコンやインターネットを使って連携施設を検索したり、情報の管理を行ったりしている施設もあり、今後マップ自体の媒体を検討していく必要性も示唆された。

## 【はじめに】

JR 東京総合病院は、区西南部二次医療圏（渋谷区・世田谷区・目黒区）における様々な地域リハビリテーションの支援を目的として、平成 17 年、東京都より地域リハビリテーション支援センターに指定された。

平成 18 年度の事業として、区西南部二次医療圏のリハビリテーション施設マップ（以下マップ）を作製した（図 1、2）。その目的は、区西南部における急性期・回復期・維持期のそれぞれの時期に利用できるリハビリテーション施設の場所とその特徴を掲載することであり、作製にあたっては、区西南部二次医療圏内の医療・通所・訪問の各リハビリテーション施設にアンケート調査を行った。マップはその調査結果をまとめたものを、まず、前半に区西南部二次医療圏各区の地図上に所在地を示し、後半に渋谷区・世田谷区・目黒区の順に、医療・通所・訪問の施設順に、施設概要（所在地・担当窓口・交通機関）・利用時間や休日・利用対象者などを掲載した。最後に施設名から検索できるように、五十音順で索引を作った。

このマップは、区西南部二次医療圏内の 150 施設に配布した。

今回の調査は、上記のようにして作られ、配布されたマップが、各施設でどのように利用され、活用されているか、また、今後より良いマップ作りや地域リハビリテーション支援センター事業の参考のために行った。その結果を報告する。

## 【対象と方法】

マップを配布した各施設にアンケート（図 3）を送付し、記入の上、返送してもらった。

アンケートは無記名式で、事業形態、アンケートが役に立っているかどうかなどを聞いた。

## 【結果】

アンケートを配布した 150 施設中、回答があったのは 40 施設で、回収率は約 26.7%であった。

アンケートの内容および回答内訳は以下のようになった。

### 1. 該当する事業形態

医療機関：16 施設

介護老人保健施設：3 施設

訪問看護ステーション：4 施設

地域包括支援センター：8 施設

行政機関：8 施設

### 2. マップが役に立っているかどうか

①役立っている：25 施設（64%）

②役立っていない：0 施設

③よく分からない：11 施設（28%）

④無回答：3 施設（8%）

### 3. (①と答えた施設に対して) マップが役立っているのはどんな場面か(複数回答可)

①連携したい施設を探す時：22 件（56%）

②患者(家族)にコピーを渡す：10 件（26%）

③その他(自由回答)

・患者(家族)と一緒に施設を探す時：2 件

・施設に関する問い合わせを受けた時

・リハビリに関する講演などの告知

・マップの内容を Excel に入力し、紹介時に検索して使っている

・具体的にはまだあまり機会がない

以上各 1 件ずつ

### 4. マップの使い勝手について

①非常に使いやすい：3 件（8%）



- ②使いやすい: 15 件(38%)
- ③まあまあ使いやすい: 14 件(36%)
- ④使い難い: 1 件(3%)
- ⑤非常に使い難い: 0 件
- ⑥無回答: 6 件(15%)

#### 5. マップを見た感想・意見・要望など(自由記入形式)

- ・「マップを追加で欲しい」など部数の追加に関する意見: 5 件
- ・「見やすく掲載されている」という感想: 5 件
- ・「施設周辺地域の情報」「(区西南部以外の)隣あった区の施設の情報」といった周辺施設掲載の要望や、「患者宅との位置関係が見やすい」という感想など、地図上に関する意見: 4 件
- ・「対応患者を具体的に」といった施設概要の掲載に関する意見: 2 件
- ・「CD-ROM 形式での配布希望」といった、媒体に関する意見: 1 件
- ・「施設名は正式名が良い」「住所の数字の書き方」「カラーのほうがいい」などマップの内容に関する意見: 2 件
- ・「インターネットを使うのであまり利用しない」: 1 件(この施設は 2 の質問で③と回答)

#### 【考察】

アンケートに回答した施設の内訳は医療機関 16 施設(41%)で、医療機関外の施設(介護老人保健施設: 以下、老健、訪問看護ステーション: 以下、訪看、地域包括支援センター: 以下、包括)15 施設(38%)、行政機関が 8 施設(21%)であった。

2 の質問で、マップが「役に立っている」と答えた施設は 60%以上あり、マップが業務に役立っていることが伺える。しかし、「役に立って

いる」と答えた施設の内訳を詳しく見てみると、医療機関で役立っていると答えた割合が 42%であるのに対し、医療機関外の 15 施設では、「役に立っている」と答えた割合は 29%しかなかった。また、訪看 4 施設中、役立っていると答えたのはわずか 1 施設で、よく分からないと答えたのは 4 施設中 3 施設もあった。老健でも 3 施設中 1 施設しか「役に立っている」と答えた施設はなかった。また、行政機関で役立っていると答えた割合は、29%であった。これらのことから、マップの利用は医療機関外の施設や行政機関よりも、医療機関で多く使用されているということがわかった。

3 の質問で、利用場面について尋ねたところ、「施設を探す際に利用する」と答えた施設が 25 施設(64%)あった。コピーをして使用している施設が 10 施設(41%)あった。マップを使用している施設での活用方法は、「施設の検索」が多くを占め、「コピーを渡す」など、施設と患者・利用者間で直接的にマップを使用している様子も伺える。

4. の質問では、マップの使い勝手について尋ねたが、マップを配布した 39 施設のうち 82%の 30 施設で、マップが「使い易い」「まあまあ」と回答しており、多くの施設でマップを「使い易い」と評価しているといえる。

質問 5 の回答では自由形式による回答で、「マップの追加の希望」「見やすく掲載されている」といった、前向きな評価がある一方で、「対象患者を具体的に」「周辺地域や隣接区の情報」「カラーが良い」などといった、意見が寄せられていることにより、マップはまだ改良されていくべきであると言える。

また、今回のアンケートで印象的だったのが、「マップの内容を Excel に入力している」「CD-ROM 形式での配布希望」「インターネット

を使うのであまり利用しない」といった意見があり、昨今のインターネットの普及を見ても、今後パソコンなどを利用したデータ管理や情報収集をしていく施設も増えていくと予想されるので、マップ自体の媒体を検討していく必要性も示唆された。

#### 【まとめ】

- ・マップは多くの医療施設で利用されているが、老健・訪看・包括といった医療以外の施設や行政機関では、あまり活用されていない。
- ・連携施設を探す時に、マップは多く利用されている。
- ・マップはアンケートに答えた多くの施設で「使い易い」と評価されている。
- ・マップは、今後も多くの意見を取り入れて改良されていくべきであるが、その内容だけでなく、媒体に関する検討も必要であると考えられた。





図2. 区西南部二次医療圏のリハビリテーション施設マップの記載例

医療機関のリハビリテーション

1 JR東京総合病院

所在地	〒151-8528 渋谷区代々木2-1-3 TEL:03-3320-2220(代) FAX:03-3370-8501 http://www.jreast.co.jp/hospital/
施設概要 問い合わせ窓口	リハビリテーションセンター 田中清和(医師) TEL:03-3320-2220(内線5050) 9:00~17:00
交通機関	JR山手線・総武線新宿駅または代々木駅下車 徒歩5分 都営大江戸線新宿駅下車徒歩1分
診療科目	内科、精神科、呼吸器科、消化器科、循環器科、 小児科、外科、整形外科、形成外科、脳外、神内、 呼外、心、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、 耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、歯 外、麻酔科
施設基準	脳Ⅰ、運Ⅰ、呼Ⅰ
指定医療と 救急指定	労、生、更、結、養、育、原 指定あり
診療日 および 受付時間	月~金曜:9:00~11:30 第2・4土曜:9:00~11:30 日曜祝日は休診
初診時の予約	要
通院リハビリ	可
入院リハビリ	可
利用対象者	特に制限なし
特徴	脳血管疾患・切断・骨関節疾患の急性期と 回復期リハビリを主に行っている
提供できる 専門技術	理学療法、作業療法、言語聴覚療法、 義肢装具療法、摂食嚥下療法
関連 従事者 リハビリ	常勤 医師:2名、PT:6名、OT:3名、ST:1名 非常勤 医師:1名
リハビリ専門 病床数	一般10床
訪問リハビリ	なし
訪問看護	あり
リハビリ 関連施設	なし

医療機関のリハビリテーション

2 医療法人社団 輝生会 初台リハビリテーション病院

所在地	〒151-0071 渋谷区本町3-53-3 TEL:03-5365-8500 FAX:03-5365-8503 http://www.hatsudai-reha.or.jp
施設概要 問い合わせ窓口	地域連携推進委員会 取出涼子(ソーシャルワーカー部門チーフ) TEL:03-5365-8500(代表) 8:30~17:30
交通機関	京王新線初台駅下車徒歩10分 都営大江戸線西新宿五丁目駅下車徒歩9分
診療科目	リハビリテーション科、神経内科
施設基準	回復期リハ病棟、総合リハ施設、脳Ⅰ、医Ⅰ、呼Ⅰ
指定医療と 救急指定	労災、生保、結核、原爆 指定なし
診療日 および 受付時間	月~土曜:8:45~17:00 (受付/8:30~16:00) 日曜は休診
初診時の予約	要
通院リハビリ	可
入院リハビリ	可
利用対象者	回復期リハ対象で、東京都23区内の患者で①脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後1ヶ月以内の方②外科手術、肺炎等の治癒時の安静に③生計に支障を有してあり、手術または発症後1ヶ月以内の方。あるいは、上記①②に準ずる状態の方
特徴	土、日、祝日を含めて365日、1日9単位のリハを提供 全床回復期リハの専門病棟
提供できる 専門技術	理学療法、作業療法、言語聴覚療法
関連 従事者 リハビリ	常勤 医師:13名、PT:70名、OT:61名、ST:22名 非常勤 医師:10名、ST:2名
リハビリ専門 病床数	回復期173床
訪問リハビリ	あり
訪問看護	なし
リハビリ 関連施設	訪問看護ステーション(平成19年3月31日閉鎖予定)

渋谷区

世田谷区

目黒区



## 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

#### 5) リハビリ専門病棟を有する地域基幹病院の脳卒中リハビリテーション 院内、院外との連携とリハの現状

東京都立豊島病院リハビリテーション科

中島英樹

#### 【研究要旨】

26床の専門病棟を持ち、急性期から回復期初期のリハビリテーション(以下リハ)に関与している当院の脳卒中リハにおける院内、院外との連携とリハの現状について報告する。平成19年1月から12月までの間、当院入院しリハを行った152名を対象として急性期リハの現状を調査。またリハ科に入院した患者を院内転科群(39名)と直接入院群(48名)に分け、患者基本情報、リハ科入院までの経緯、リハ科入院時の身体機能、ADL経過、転帰を調査した。

急性期リハの現状：直接自宅退院48%、リハ科転科26%、リハ目的転院11%、療養目的転院15%。リハ科入院患者の現状：患者居住地は転科群、直接入院群とも区西北部2次医療圏が80%強。直接入院群での紹介元医療機関は区西部2次医療圏も多かった。転科群におけるリハ開始から転科まで平均29.5日。直接入院群では、発症から当院紹介までの期間は平均27.5日。入院までの待機期間は平均9.3日であった。両群とも下肢Br-stage V以上の患者は失語症、半側空間無視の合併、生活面での問題(独居、生保など：特に直接入院群)が多かった。Br-stage III以下の患者には下肢装具を積極的に用いてリハを行った。リハ科入院期間は、転科群では平均50.6日、直接入院群では平均62.4日。ADLの改善は見られたが、直接入院群で入院時、退院時ともFIM運動項目は低値。自宅復帰率は転科群82.1%、直接入院群58.3%と直接入院群で低値であったが、ほぼリハゴールで多くが療養目的の転院であった。

急性期から回復期にかけての脳卒中リハを担当している当院のような地域基幹病院では、より早期から充実したリハを提供することが重要である。発症直後に入院した患者で積極的リハ適応のある患者はできるだけ早い時期にリハ転科させ、近隣の急性期病院からの積極的リハ適応患者は短い待機期間で入院させる努力をする必要がある。

## 【はじめに】

当院は病床数 360 床、平均在院日数 17.2 日(H18 年度)の地域基幹病院である。その重点医療の一つに「リハビリテーション(以下リハ)医療」をかかげ、一般病床として 26 床のリハ科専門病棟を有し、特に脳卒中のリハに関しては急性期から積極的に関与している。また、平成 16 年 10 月には東京都区西北部 2 次医療圏の地域リハ支援センターの指定を受け、適切なリハ医療の提供をするとともに、医療と福祉の連携をより密にして、急性期から回復期、維持期にかけて、リハが切れ目なく続けられるよう努力している。

今回、当院の脳卒中リハビリテーションにおける院内、院外との連携とリハの現状について調査を行った。

## 【当院の脳卒中リハの概要および院内、院外との連携】

リハスタッフは医師2名(リハ専門医)、PT 6名(常勤5,非常勤1)、OT 7名(常勤4,非常勤3)、ST 3名(常勤1,非常勤2)である。(H20.1月現在) 当院では急性期からのリハと回復期初期のリハに対応している。

### (1)急性期病院としてのリハ

発症直後に当院他科(主に脳神経外科、神経内科)に入院した脳卒中患者に対し急性期から積極的にリハを行っている。週1回脳神経外科、神経内科とリハ科の合同カンファレンスを行い、積極的リハの適応のある患者についてはリハ科転科としてリハを継続している。

### (2)地域基幹病院としての回復期の集中

## 的、積極的リハ

当院は「回復期リハ病棟」を有さないが、他院で急性期治療を受けた脳卒中患者でリハが必要な患者に対し、リハ科入院し、集中的、積極的リハを行っている。リハ科で実施している週1回の「入院相談外来」に家族等に受診していただき、リハ専門医による面談の後、入院適応を検討する。入院までの待機期間をできるだけ短くするよう調整している。

## 【対象および方法】

平成 19 年 1 月から 12 月までの間、当院に入院し、リハを行った脳血管障害患者を対象として、まずは急性期リハの現状を調査した。次いで、リハ科に入院した脳血管障害患者を他科から転科してきた群(転科群)と他院から入院してきた群(直接入院群)に分け、患者基本情報、リハ科入院までの経緯、リハ科入院時の身体機能、FIM による ADL 経過、転帰を調査した。

## 【結果】

### (1) 急性期リハの現状

発症直後に入院しリハ依頼のあった患者は152名(脳神経外科137、神経内科15)、平均年齢 $67.3 \pm 11.3$ 才。疾患内訳は脳梗塞 97名、脳出血49名、くも膜下出血6名。入院からリハ依頼まで $6.1 \pm 5.3$ 日。転帰としては、直接自宅退院73名(48%)、リハ科転科39名(26%)、リハ目的の転院16名(11%)、療養目的の転院23名(15%)であった。リハ開始から退院(転科)までの日数は直接自

宅退院19.3±12.4日、リハ科転科29.5±9.8日、リハ目的転院40.9±9.4日、療養目的転院68.5±38.1日。

## (2) リハ科入院患者の現状

### (a) 転科群

転科群は39名。平均年齢68.8±10.9才、疾患内訳は脳梗塞22名、脳出血17名。このうち再発患者は11名(28%)。運動障害内訳は左片麻痺20名、右片麻痺13名、失調症6名。他の併存障害としては半側空間無視12名、失語症5名。生活面の問題としては独居生活者7名、独居ではないが日中介護者不在5名、生活保護2名。

患者の居住地を表1に示す。板橋区14名(36%)と一番多く、次いで北区7名(18%)、練馬区6名(15%)、豊島区5名(13%)であった。区西北部2次医療圏内の患者は全体の82%を占めていた。

### リハ転科時の下肢Brunstrom stage

(Br-stage)内訳を図1に示す。Br-stage V, VIが全体の38%であったが、失語症、半側空間無視の患者が多かった。Br-stage III以下は33%であり、下肢装具を積極的に用いてリハが行われた。リハ入院期間は50.6±22.8日であった。リハ転科時および退院時のFIMを表2に示す。転科時のFIM運動項目は51.7±15.8点、FIM総得点は77.7±20.5点、退院時のFIM運動項目は71.1±15.8点、FIM総得点は102.8±19.1点であった。FIM運動項目得点別および総得点別の患者内訳を図2, 3に示す。転帰は自宅復帰が32名、転院が7名で自宅復帰率は82.1%であった(表3)。

### (b) 直接入院群

直接入院群は48名。平均年齢72.9±10.8才、疾患内訳は脳梗塞26名、脳出血20名、くも膜下出血2名。このうち再発患者は18名(38%)。特別な処置を要する患者として、ワーファリン治療患者が9名、糖尿病のインスリン治療患者が4名いた。運動障害内訳は左片麻痺16名、右片麻痺27名、両片麻痺2名、失調症2名、麻痺なし1名。他の併存障害としては半側空間無視12名、失語症18名、嚥下障害6名。生活面の問題としては独居生活者13名、独居ではないが日中介護者不在6名、生活保護4名。

患者の居住地を表1に示す。区西北部2次医療圏内の患者が39名(81%)と多く、中でも板橋区が20名(42%)、練馬区が12名(25%)と多かった。紹介元医療機関の所在地(表4)でみると、区西北部2次医療圏からの紹介が23名(48%)と一番多いが、隣の区西部2次医療圏からの紹介も19名(40%)いた。発症から当院入院相談までの日数は27.5±16.7日、入院相談を受けてから入院までの期間は9.3±5.0日であった。入院相談までの日数の詳細を図4に示す。

入院時の下肢Br-stageを図1に示す。Br-stage V, VIが全体の40%であったが、失語症、半側空間無視の患者、また独居生活者、生活保護が多かった。Br-stage III以下は46%と多かった。

リハ入院期間は62.4±28.3日であった。リハ入院時および退院時のFIMを表2に示す。入院時のFIM運動項目は38.8±20.4点、FIM総得点は59.0±26.8点、退院時のFIM



運動項目は56.1±24.7点、FIM総得点は81.5±31.5点であった。FIM運動項目得点別および総得点別の患者内訳を図5、6に示す。転帰は自宅復帰が28名、転院が20名で自宅復帰率は58.3%であった(表3)。

#### 【考察】

##### (1) 急性期リハの現状

急性期のリハを行いながら、週1回の脳外科、神経内科とリハ科の合同カンファレンスで今後の方向性を決定する。すなわち、機能回復がよく各科から直接退院できる例、ADL改善のため積極的なリハ継続が必要な例、今後のリハ効果が期待できない例に振り分ける。リハ継続が必要な例については、2ヶ月程度での在宅復帰の可能性を検討し、リハ科転科か他の回復期リハ病院転院かを決定する。今回、直接自宅退院は48%、リハ科転科は26%、リハ目的の入院が11%、療養目的の入院が15%であった。リハ開始から退院(転科)までの日数は、リハ目的転院、療養目的転院で長い傾向にあった。今後、カンファレンスの質を向上させ、他科との連携をよりいっそう深め、短期的に効果的な振り分けを行う必要がある。

##### (2) 転科群の現状

当院で急性期リハを行った脳血管障害患者の26%であった。患者居住地を見ると82%が区西北部2次医療圏であり、近隣の患者が大部分を占めていることがわかる。

下肢Br.stage V以上の軽度の麻痺患者は失語症や半側空間無視の例が多く、在宅生活を安全、確実に行うことを目的とした入院であった。下肢Br.stage III以下の患者は

33%あり、下肢装具を積極的に用いて歩行レベルを目標にリハ実施した。リハ科入院期間は平均50.6日で、ADLの向上は見られ、自宅退院率も82.1%と高率であった。

##### (3) 直接入院群の現状

患者居住地は転科群同様、区西北部2次医療圏が81%と多かったが、紹介元医療機関は隣の区西部2次医療圏も多かった。脳血管障害発症時、区西部2次医療圏に搬送された患者が居住地でのリハビリを希望され戻ってきたものと思われる。

リハ科入院は週1回の「入院相談外来」にて適応を決定する。「入院相談外来」予約は主治医やMSWから行われることが多い。発症から当院紹介までの期間は平均27.5日で、10～30日の範囲で多かったが、35日を越えての依頼も13例(27%)あり、回復期リハ病院に入れない患者も含まれた。その後、入院までは平均9.3日の比較的短い待機期間であった。

下肢Br.stage V以上の軽度麻痺患者は40%いたが、失語症、半側空間無視の合併や生活面での問題(独居、生保など)も多かった。一方、下肢Br.stage III以下の患者も46%と半数近くおり、下肢装具を積極的に用いてADL向上に努めた。リハ科入院期間は平均62.4日で、ADLは転科群に比して入院時、退院時とも低値であり、退院時FIM運動項目70点以上の患者は48%いるが、50点未満に留まっている患者も44%いた。結果的に自宅退院率も低く58.3%に留まった。しかし、リハとしては、ほぼゴールに近く、転院先も療養を目的とした病院、施設が大部分であ

った。

#### ●地域機関病院としてのリハの役割

急性期から回復期にかけての脳卒中リハを担当している当院のような地域の基幹病院では、より早期から充実したリハを提供することが重要である。当院に脳卒中発症直後に入院した患者で積極的リハ適応のある患者はできるだけ早い時期にリハ転科させ、近隣の急性期病院からの積極的リハ適応患者は短い待機期間で入院させる努力をする必要がある。

当院のリハは「回復期リハ病棟」でなく「一般病床」にて運用しているため、ある程度入院期間は制限される。しかし、急性期総合病院の一部門であるため、治療が必要な併存疾患には十分対応できる。

また「入院時期の制限」はないため、積極的リハの適応があれば、発症2ヶ月を過ぎても入院治療は可能である。

院外からの紹介患者は比較的障害の重度の患者が多く、また治療を必要とする併存疾患や、社会的な問題(独居、生保など)を持っていることも多い。

問題を多く抱えている患者が多いが、積極的、効果的なリハの提供を行い、限られた期間で最大の効果が上がるよう、またリハ効果の見極めができるよう努力していきたい。

図1:リハ入院時下肢Br.stage

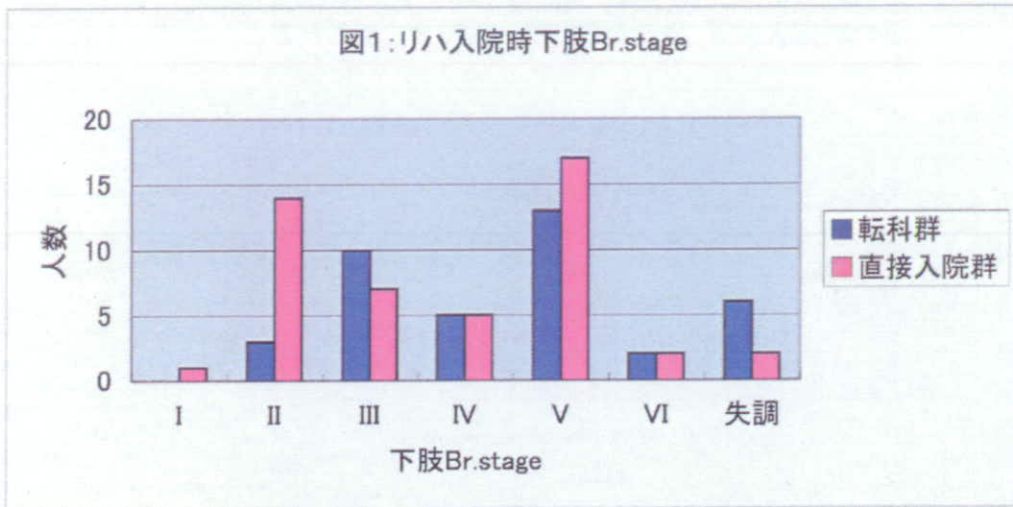


図2:院内転科群FIM運動項目別の患者内訳

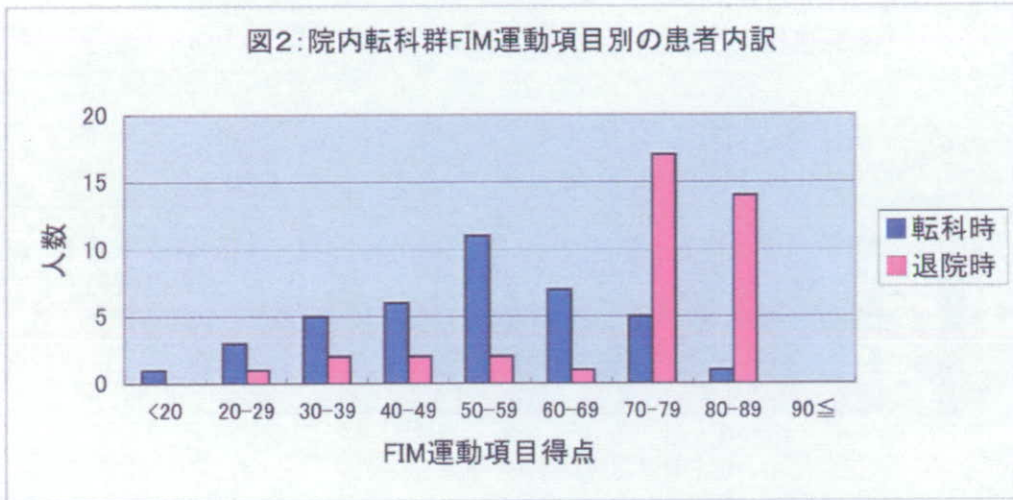


図3:院内転科群FIM得点別の患者内訳

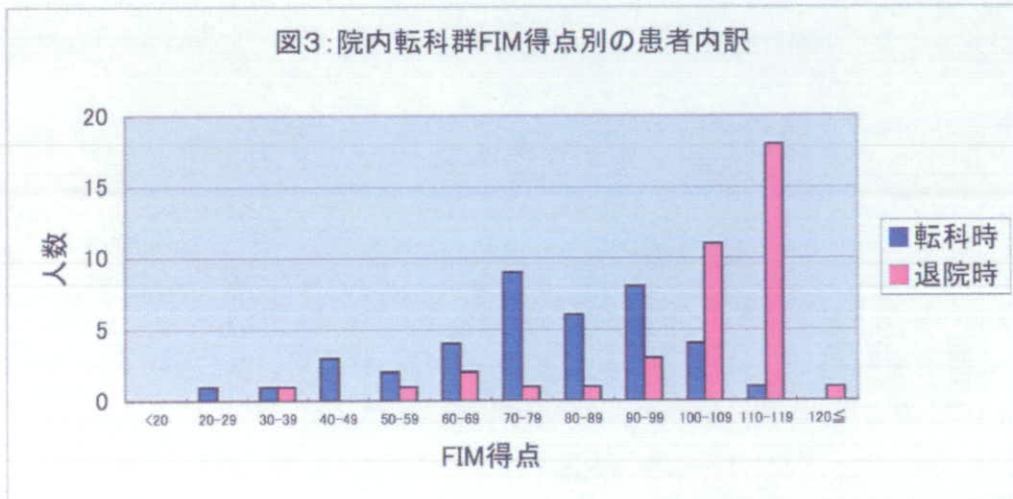


図4: 直接入院群: 発症から当院入院相談までの日数

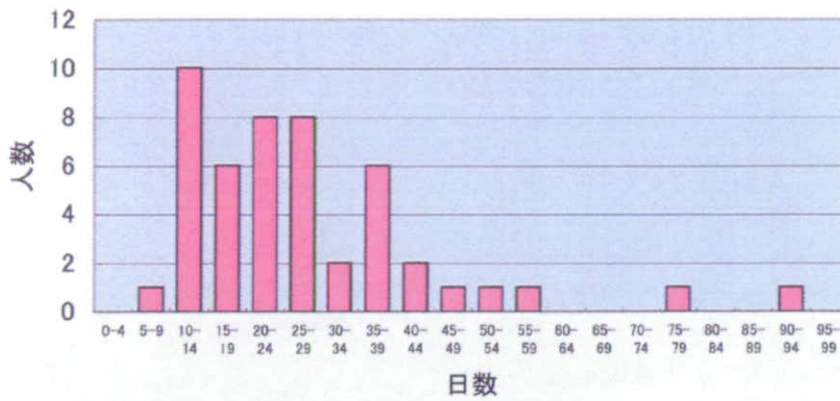


図5: 直接入院群FIM運動項目得点別の患者内訳

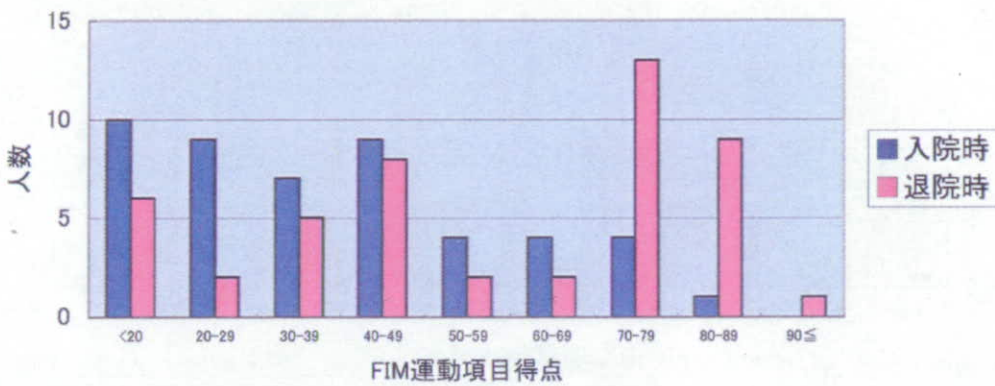


図6: 直接入院群FIM得点別の患者内訳

