

3. 障害別のパス：栄養管理

脳卒中の栄養管理では、急性期の経口摂取開始の管理、嚥下障害症例での嚥下訓練と経口摂取への移行の管理、および摂取栄養面での管理(低栄養時、経管栄養や中心静脈栄養の開始期)の観点が必要となる。嚥下障害の管理の面が重要視されてきたが、近年は栄養摂取量(とリハビリテーション効果との関連)が注目されている。

病態と治療の概要

1 栄養障害の対応

脳卒中症例において、栄養障害への対応が必要な場合は次のような場合である。

- (1) 嚥下障害があり(または疑われ)、禁食から経口摂取にすすめる場合
- (2) 低栄養があり、栄養状態改善が必要な場合
- (3) 胃瘻術後、あるいは経鼻経管栄養開始時、中心静脈栄養の開始時の漸増

脳卒中においては、急性期には嚥下障害を高頻度(30~60%)に呈するが、特に大脳片側性病変ではその多くは一過性である。いっぽうで、橋・延髄に病変のある場合と、仮性球麻痺症例での嚥下障害は遷延する可能性が高い。すなわち従来から、急性期には、短期間で改善しそうな症例については、肺炎を起こさないように段階的に摂食訓練を進め、嚥下障害遷延リスクの高い症例では、積極的に早期から非経口栄養摂取方法を導入し、嚥下障害については精査訓練を進めるという選択がなされてきた。脳卒中急性期の、嚥下障害リスクの少ない症例での段階的経口摂取、および嚥下障害リハビリテーション(以下、リハ)症例における段階的摂食訓練はプログラムとしてしばしば紹介されており、脳卒中を中心モデルとした、急性期および回復期リハの一部に位置づけられている。

2 栄養管理の実施

いっぽう、栄養管理を適切に実施することは、脳卒中のみならずあらゆる医療・介護の分野で重要となっている。病院を中心にNST(栄養サポートチーム)、栄養サポートの概念が広まり、また、介護の分野では栄養マネジメント(栄養ケア・マネジメント)が加算の対象となるに至っている。脳卒中リハ病院においてもNSTは普及し、栄養改善による日常生活動作(ADL)改善効果が期待されている。ここで問題となる脳卒中リハ専門施設入所時の低栄養の原因としては、急性期施設における栄養管理の不良、段階的摂食訓練時期の補助栄養が少なかつ

た場合、あるいは、脳卒中発症前からの低栄養などが考えられている。

脳卒中の急性期に嚥下障害が重度の場合には経鼻経管栄養が行われ、長期化する症例には胃瘻造設術が行われている。経内視鏡的胃瘻増設術(PEG)の普及により、胃瘻作成の時期が早くなる傾向にあるが、その選択および時期については施設により異なるのが現状である。いっぽう、経鼻経管栄養の留置による合併症のない間欠的経管栄養法(OE法、口腔ネラトン法ともいう)は、リハ関係者においては選択肢として普及しているが、多くの総合病院では必ずしも普及しているとはいえず、主にリハ専門病棟での利用となっている。末梢静脈点滴は一般には栄養摂取手段として用いられないが、逆流性誤嚥性肺炎を含む消化管トラブル、経鼻経管栄養チューブの不快感と自己抜去・抑制などが問題になる場合に、1,000kcal程度までは栄養投与可能であることを利用し、短期間ではあるが経口摂取への移行期に用いることもある。

PEG普及の時期はクリニカルパス概念の普及時期と一致したため、脳卒中症例に限定したものではないが、胃瘻術後についてのパスは諸種発表されている^{1,2)}。経鼻経管栄養開始時、中心静脈栄養(脳卒中での選択肢となることは少ない)についても、パス概念の普及以前から教科書などに漸増例が示され、各施設で採用している栄養剤を中心に漸増方法が採られている。

このように、急性期の栄養管理は経口栄養にせよ、経腸栄養にせよ、漸増方法が摂られている。したがって、発症前の栄養状態が良好で、かつ早期に栄養管理を開始、増量できた場合には問題はないが、発症前からの低栄養症例、あるいは栄養管理のスタートの遅れた症例、および漸増が何らかの合併症により順調に進まなかった症例においては低栄養のリスクが出現する。高齢化社会を迎え、リスクの高い症例の増加に伴い、従来、脳卒中の急性期医療機関においては経口摂取の獲得、あるいは誤嚥・肺炎予防が中心であったが、低栄養へのリスク管理が重要となってきている。

表1 嚥下訓練の開始基準

1. 日中意識が覚醒している(意識障害1桁)、開口呈舌の指示に従えること
失語症がある場合は経時的な客観的判断が必要
2. 全身状態が安定していること
呼吸状態が安定(痰が多くない)、発熱がない、血圧が安定している、等
3. 医師の病状判断
進行の停止、等

(近藤克則, 仁木 立: 急性期脳卒中患者に対する段階的嚥下訓練. 総合リハ 16(1): 19-25, 1998より)

表2 嚥下訓練食の与え方

体位

- ①できるだけ座位に近い姿勢(ギャッジベッド利用)
- ②座位不能の場合は、健側を下にした側臥位

観察点

- ①嚥下状況(むせの有無, 咀嚼力, 飲み込みの速度)
- ②摂取量, 摂取時間, 介助度
- ③疲労度(摂取後のバイタルサイン, 顔貌)

(近藤克則, 仁木 立: 急性期脳卒中患者に対する段階的嚥下訓練. 総合リハ 16(1): 19-25, 1998より)

表3 嚥下訓練食をアップする判断基準

1. むせがなく, 飲み込みがスムーズである
2. 食事時間が30分以内
3. 摂取量が1/2以上
4. 食事前後のバイタルサインが安定し, 疲労度が少ない
* 摂取量に応じて, 点滴を併用する

(近藤克則, 仁木 立: 急性期脳卒中患者に対する段階的嚥下訓練. 総合リハ 16(1): 19-25, 1998より)

パスの紹介, 効果

1 脳卒中急性期の経口摂取

パスという形での報告ではないが, 1988年に近藤ら³⁾は急性期の段階的摂食訓練のプロトコールとその効果を発表し, 広く知られている。すなわち, 開始基準(表1), 嚥下訓練食基準(開始76kcal, 導入期139kcal, 安定期285kcal, 移行期1,000kcal), 嚥下訓練食の与え方(表2), 嚥下訓練食をアップする判断基準(表3)を整備し, その有効性を示した。1年間の連続症例の検討では, バリエーションにあたる訓練中止群は2.8%, 訓練開始不能群は6.5%であった。さらに近藤らは, 普通食摂取に15日以上要した群については1週ごとの栄養評価も行い, 栄養状態は1週時から2週時にかけて低下し, 再び改善することを示している。

表4 MWST(改訂水のみテスト)

- 冷水3ccを嚥下させる。
 - 1) 嚥下なし
 - 2) 嚥下あり, むせないが呼吸変化あり
 - 3) 嚥下あり, むせるか湿性嘔声あり
 - 4) 嚥下あり, 上記症状なし, 追加嚥下2回不能
 - 5) 嚥下あり, 追加嚥下2回が30秒以内に可能
- 1回目の評価が4)以上なら合計3回評価し, 最も悪い嚥下を評価する。

表5 食物テスト

- プリン・粥・液状食品ティースプーン1杯(4g程度)の嚥下のあと開口

判定不能: 口から出す, 指示に従えない, など

 - 1) 嚥下なし
 - 2) 嚥下あり, むせない誤嚥の疑い
 - 3) 嚥下あり, むせありまたは残留
 - 4) 嚥下あり, 残留あっても追加嚥下でクリア可能
 - 5) 嚥下あり, 残留もなし

表6 非VF系摂食・嚥下障害評価フローチャートの除外項目およびチェック項目

4つの除外項目

1. 意識障害(JCS3桁, 2桁)
2. 誤嚥性肺炎を繰り返し唾液も嚥下できず, 呼吸が不良なもの
3. 発熱して全身状態が不良なもの
4. カニューレを用いた気管切開を有するもの

チェック項目

1. チューブのサイズと走行
2. 口腔内状態
3. チューブ使用者では, 各評価は抜去後20~30分以降に行う

その後, 2000~2003年にかけて, 才藤らにより, MWST(改訂水のみテスト)(表4), FoodTest(食物テスト)(表5)⁴⁾, および非嚥下造影(VF)系摂食・嚥下障害評価フローチャート(図1, 表6)が発表された。病棟スタッフでできるベッドサイドテストを利用していることから, 脳卒中急性期でも広く用いられるようになった。

脳卒中急性期の嚥下障害にスクリーニングテストを導入する試みの報告は多いが, それらの組み合わせの優劣を比較した論文はない。いっぽうで, 「正式な」評価プロトコールの存在する施設(6施設, 742症例)では, 存在しない施設(9施設, 1,779症例)に比較して, 肺炎発症率が有意に低いという報告⁵⁾がなされており興味深い。

以上のベッドサイド評価を中心としたプロトコールは, 主に嚥下障害リスクの少ない症例に利用され, 明らかな嚥下障害症例において経口摂取量を漸増していくには, 嚥下造影, 嚥下内視鏡の利用が推奨されている。

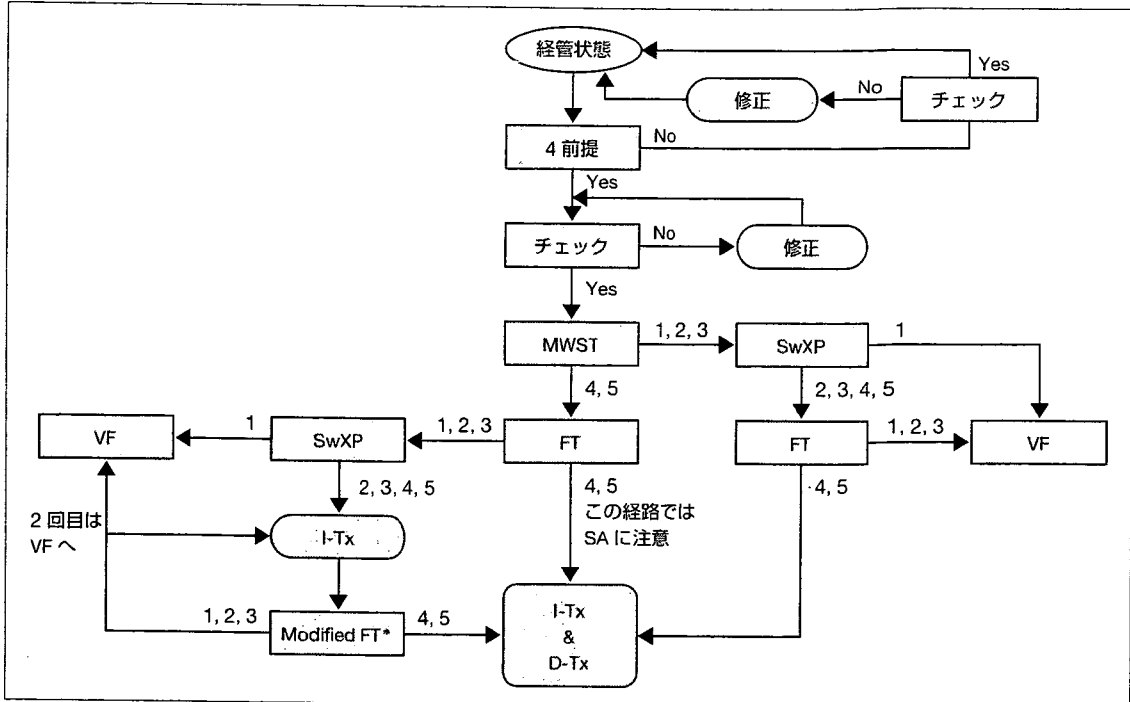


図1 非VF系摂食・嚥下障害評価フローチャート

4つの前提条件およびチェック項目をクリアした患者のみ臨床評価に進む。ゴールはVFによる精査が必要。または直接訓練開始可能のいずれかになっている。

MWST：改訂水のみテスト、FT：食物テスト、SwXP：嚥下前・後X線撮影。

I-Tx：Indirectly Training and Exercise（間接訓練）、D-Tx：Directly Training and Exercise（直接訓練）

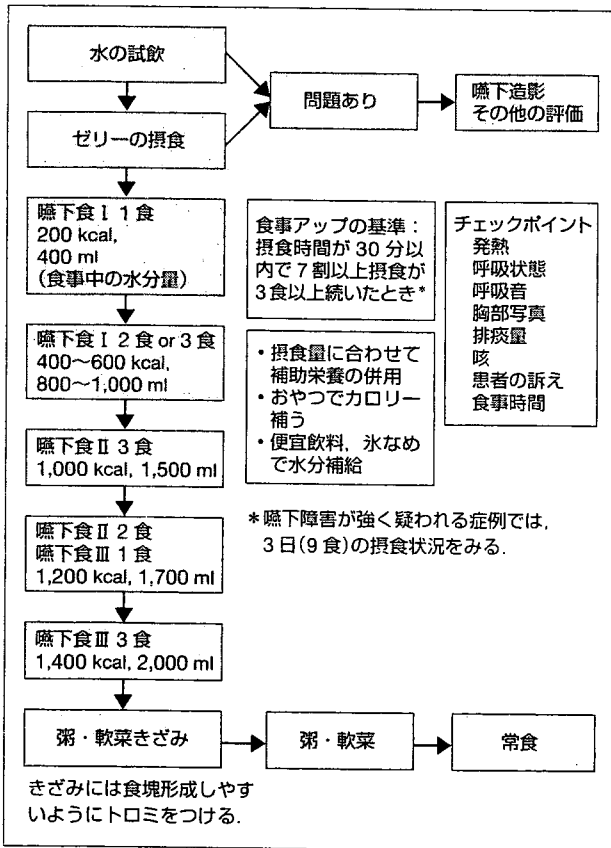


図2 段階的摂食訓練

(藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害、第2版、p116、医歯薬出版、1998より)

2 嚥下障害リハビリテーション時期の段階的摂食訓練

急性期の段階的摂食訓練同様、パスという名称ではないが、段階的摂食訓練として発表されているプロトコルは部分パスとしての性格を有する。代表例として、図2に藤島⁶⁾らが提唱しているものをあげた。

これらの嚥下障害食の段階的アップ法の特徴は、嚥下機能の改善と経口摂食量、すなわち安全に摂食できる食形態の変更(改善)と摂食量(提供量)の増量が併行していく点である。すなわち、段階の低い時期には非経口的栄養摂取の併用が義務づけられており、非経口的栄養補助は嚥下障害の改善に伴い漸減されていく。実際には常に全例が採集形態・全量まで改善はせず、さまざまなレベルに留まる症例もあり、また形態的には制限のある状態で1日栄養摂取量を摂取する症例もある。

3 PEG術後パス

PEG術後パスには、栄養量増量以外にも観察項目や合併症予防の処置が含まれ、臥床症例と座位症例、従来の経腸栄養の有無などの患者群によって、異なるパスを施設ごとに作成することが勧められている²⁾。発表されているパスから、栄養増量に関する部分を表7で紹介する。

表7 PEG クリニカルパスの栄養剤増量に関する部分

選択	主な適応	注入1日目(/)	注入3日目(/)	注入5日目(/)	注入7日目(/)
A	2週間以上の絶食あり	ラコール 100 ml + 白湯 100 ml × 2 MA 100/hr {200 kcal/400 ml}	ラコール 200 ml + 白湯 200 ml × 2 MA 100/hr {400 kcal/800 ml}	ラコール 400 ml × 2 MA 150/hr, 昼: 白湯 400 ml {800 kcal/1,200 ml}	ラコール 400 ml × 3 200/hr 各注入後白湯 100 ml 追加 {1,200 kcal/1,500 ml}
B	2週間未満の絶食あり	ラコール 300 ml × 2 MA 100/hr, 各注入後白湯 100 ml 追加 {600 kcal/800 ml}	ラコール 400 ml × 2 MA 150/hr, 昼: 白湯 400 ml {800 kcal/1,200 ml}	ラコール 400 ml × 3 200/hr 各注入後白湯 100 ml 追加 {1,200 kcal/1,500 ml}	同左
C	絶食期間なし	ラコール 400 ml × 2 MA 150/hr, 昼: 白湯 400 ml {800 kcal/1,200 ml}	ラコール 400 ml × 3 200/hr 各注入後白湯 100 ml 追加 {1,200 kcal/1,500 ml}	同左	同左
D	ミキサー食注入	ミキサー食(食種:) 1日3回直接注入	同左	同左	同左
E	その他				

(岡田晋吾: PEG. 山中英治, 岡田晋吾(編著): 栄養サポートにすぐ使える! クリニカルパス. pp50-58, 医歯薬出版, 2005より)

問題点と課題

脳卒中の栄養管理に関するユニットパスは、摂食・嚥下障害に主眼をおいた急性期のものは比較的確立しているといえる。しかし、ユニットパスとしての位置づけでの研究は少なく、バリエーションへの対応、あるいは低栄養への視点としては十分とはいえない。また、ユニットパスとして普及するには、嚥下障害食の段階、およびその食形態について未だ統一化されていないという問題がある。

そして、たとえ食形態は適切でも、味・単調さ、外観、被差別感によって食欲は左右され、摂取量は必ずしも順調とは限らない。一般に、経口摂取による栄養摂取にあたっては、意欲・食欲・自発性の問題が高齢者、多発脳梗塞症例では出現しやすく、提供量 = 摂取量の式が成立しなくなる。そのような場合に、非経口的栄養投与方法を併用するかどうかについては、自己決定権や人生観の問題にもなってくる。

また、重症症例における栄養投与方法としての胃瘻については、普及はしてきているものの、導入時期、適応年齢などのコンセンサス形成には至っておらず、在宅でのサービス利用の制限など解決すべき問題も多い。間欠

的チューブフィーディングの利用についても、安全性や効果のエビデンスを出して普及させることが望まれる。

近年、摂食・嚥下障害に対する対処法は、評価法、訓練法の進歩のみならず、間欠的チューブフィーディングやトロミ剤、半固形化手法など、栄養管理手段としてもさまざまな手法が開発されてきた。今後も、脳卒中症例の各期、各重症度の栄養管理についてユニットパスが発表され、検証されていくことが望まれている。

文献

- 折茂 肇(監修), 東京都老人医療センター(編): 高齢者の摂食嚥下障害ケアマニュアルー生きる喜びと活力をもたらすために. pp72-73, メジカルビュー社, 1999
- 岡田晋吾: PEG. 山中英治, 岡田晋吾(編著): 栄養サポートにすぐ使える! クリニカルパスーCD-ROM付. pp50-58, 医歯薬出版, 2005
- 近藤克則, 二木 立: 急性期脳卒中患者に対する段階的嚥下訓練. 総合リハ 16(1): 19-25, 1998
- 才藤栄一: 平成11年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「摂食・嚥下障害の治療・対応に関する統合的研究」統括研究報告書. pp1-17, 2000
- Hinchey, JA, Shephard RN, Furie, MD, et al: Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. Stroke 36: 1972-1976, 2005
- 藤島一郎: 脳卒中の摂食・嚥下障害. 第2版, p116, 医師薬出版, 1998

(藤谷順子)

9. 障害別のパス：上肢機能障害

脳卒中による上肢機能障害は、機能障害・能力低下といった面から包括的に評価する必要がある。片麻痺は、発症3ヵ月までにおおよそ改善し、急性期からある程度の予後予測が可能である。上肢機能障害へのアプローチには、麻痺側上肢機能の改善、二次障害の予防、利き手交換がある。過去に上肢機能障害のユニットパスはみられず、医療スタッフによって一貫したアプローチがなされることを目的とし、提案をした。

上肢の果たす機能は多様で、わずかな障害であっても日常生活や仕事上での使用が妨げられる場合が少なくない。脳卒中急性期に関節拘縮や疼痛といった二次的障害を合併したために、最終的に到達する上肢機能が本来よりも低くなってしまふ患者も存在する。入院日数や1日に実施できる訓練時間が限られているなかで、日常生活動作(ADL)や手段的ADL(IADL)の自立度向上を目的とした代償的な利き手交換訓練が行われているが、麻痺側上肢に対するアプローチが不足していると不満を感じている患者は多い。

より良い上肢機能を獲得するためには、急性期から回復期へと一貫した麻痺側上肢へのアプローチを医療スタッフ間で共有し認識することが重要であり、上肢機能障害のユニットパスは有効な手段となると考えられる。しかし、上肢機能障害に関するユニットパスは過去に報告がないため、ここでは文献をレビューし、提案する。

病態と治療の概要

1 上肢機能障害を構成する要素および評価

脳卒中による機能障害には、運動麻痺・筋力・感覚障害・筋緊張・関節可動域・失調症・疼痛などがあり、それらが複雑に組み合わさって、ADL動作や道具の使用に影響してくる。そのため、さまざまな視点からの評価が必要である(表1)。また、上肢を使用する際には頸部や体幹の安定性も重要である。

脳卒中治療ガイドライン2004⁴⁾で推奨され、脳卒中患者の機能障害を包括的・多面的にとらえる評価尺度であるStroke Impairment Assessment Set(SIAS)²⁾やFugl-Meyer Assessment(FMA)³⁾は、上肢機能障害に関する評価項目が多く、信頼性や妥当性があり利用しやすい。しかし、SIAS、FMAはともに、本邦の臨床の現場には十分浸透しておらず、脳卒中片麻痺の回復過程がある一定の運動パターンに従っていることに基づいたBrunnstrom stage(Br-stage:表2)¹⁾がよく用いられている。また、上肢機能を廃用手・補助手・実用手とする区分を用いるが、個々によって必要とする能力や合併す

表1 上肢機能の構成要素とその評価尺度

構成要素	評価	包括的尺度		
		SIAS ²⁾	FMA ³⁾	
機能障害	運動麻痺	Brunnstrom stage ¹⁾ , 12グレード片麻痺機能テスト, MFTなど	○	○
	筋力	MMT, 握力, Motricity Indexなど	○	○
	感覚障害	触覚, 温痛覚, 位置覚, 振動覚, 二点識別覚など	○	○
	筋緊張	(modified) Ashworth Scale	○	○
	関節可動域	関節可動域検査	○	○
	失調症	鼻指鼻試験, 踵膝試験, 手回内・回外検査など		○
	疼痛	Visual Analogue Scaleなど	○	○
能力低下	道具使用	STEF, MFT, ARAT, 書字動作や箸の使用など		○
	ADL	FIM ²⁾ , Barthel Index, 上肢実用度など		

MFT : Manual Function Test, 脳卒中上肢機能検査

MMT : Manual Muscle Testing, 徒手筋力検査

STEF : Simple Test for Evaluating Hand Function, 簡易上肢機能検査

ARAT : Action Research Arm Test

FIM : Functional Independence Measure

SIAS : Stroke Impairment Assessment Set

FMA : Fugl-Meyer Assessment

る機能障害が異なるため注意を要する。

2 片麻痺の回復過程とその機序

一般に、脳卒中片麻痺は時間経過とともに回復が認められ、発症後1ヵ月までが最も回復がみられやすく、3ヵ月以降の改善は小さい。麻痺の重症度別にみると、軽度な麻痺の回復は良好であるが発症後約1ヵ月ではほぼ固定する。中等度から重度の麻痺では著しい麻痺の回復は困難な傾向にあり、中等度の麻痺は3ヵ月で、重度の麻痺は6ヵ月まで回復が緩やかにみられるとされる。二木⁵⁾は、184例の脳卒中患者をBr-stageで評価し、発症時(1週間以内)で24.0%, 2週間で46.7%, 1ヵ月で68.4%, 3ヵ月で92.5%の上肢Br-stageがプラトーとなり、6ヵ月以降にプラトーとなったのは、5.2%であった

表2 Brunnstrom stage¹⁾

Stage	上肢
I	弛緩性、随意運動なし
II	基本的共同運動の一部が出現、連合反応として誘発される
III	屈筋共同運動、伸筋共同運動が随意的に誘発される
IV	a) 腰のうしろに手を回す、b) 前方水平位に腕を拳上、c) 肘90度で回内回外が可能
V	a) 横水平に腕を拳上、b) 前方頭上に腕を拳上、c) 肘伸展位で回内回外が可能
VI	分離した関節運動が自由にでき、正常あるいは正常に近い程度になる
	手指
I	弛緩性、随意運動なし
II	手指屈曲がわずかに可能か、全然できない
III	全指同時握り、鉤型握りで握ることは可能だが、随意的手指伸展は不能
IV	横つまみと母指を動かして離すことが可能、手指伸展は小範囲で可能
V	手掌つまみ、円筒握り、球握りがほぼ可能、随意的手指伸展が可能だが一定しない
VI	すべての種類のつまみが可能、全可動域の伸展可能

(Brunnstrom S(著), 佐久間穰爾, 松村 稔(訳): 片麻痺の運動療法, 医歯薬出版, 1974)

と報告している(図1)。

片麻痺が回復する機序として、急性期は脳浮腫の改善、出血の吸収、脳循環の改善、diaschisis(病巣から離れた部位での血流代謝の低下)からの改善などが考えられている。回復期には、損傷部位への神経の発芽やシナプス結合の新生による脳の可塑性変化や神経再構築が主な要因と考えられている。

3 片麻痺回復の予後予測

二木²⁾は、発症時(1週間以内)と発症後6ヵ月で比較し、発症時Br-stageがI-IIであると、6ヵ月後にBr-stage III以下の可能性は80%で、Br-stage VIに回復するのはわずかに9%であると報告している(図1)。発症時Br-stage IIIは、Br-stage VIへと54%改善し、また発症時Br-stage IV以上であると、ほぼ全例Br-stage VIに改善する。このことは、発症後1週間の時点である程度の予後予測が可能であることをうかがわせる。

一方、福井ら³⁾は、Br-stage VIに到達するものは、発症直後にBr-stage III-IVレベル、あるいは発症後1~3ヵ月の間に上肢と手指がともにBr-stage Vになることが必要であると述べている(1-3-5の法則)。また、補助手以上のレベルに到達するためには、発症後4ヵ月以内に上肢と手指Br-stageがともにIV以上になることが必要(4-4-4の法則)で、達しないときには廃用手に

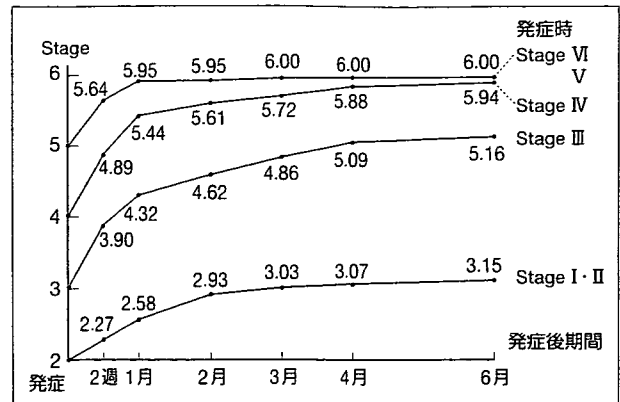


図1 上肢の発症時 Brunnstrom stage 別の平均 Brunnstrom stage の変化

平均 stage は、stage I および II を 2、stage III~VI を 3~6 とコーディングして計算。

(二木 立: 脳卒中患者の障害の構造と研究(第1報) 片麻痺と起居移動動作能力の回復過程の研究。総合リハ 11: 465-476, 1983)

終わるとし、参考になる。

片麻痺の回復は、発症当初の麻痺の重症度のみならず、脳障害部位や大きさ、二次的障害、年齢、発症前の状態などにも影響を受けるため、発症後の運動麻痺の経過も観察していく必要がある。

4 上肢機能障害へのアプローチ

麻痺側上肢機能の改善、二次的障害の予防、代償的な利き手交換の3つがあげられる。

a. 麻痺側上肢機能の改善

麻痺側上肢機能を改善させるアプローチは、おおよそ Br-stage IV 以上の運動麻痺に対してのみ有効性が示されている。

訓練量を増やして行う強化運動療法の上肢機能障害に対する効果は、下肢機能障害に比べると乏しい。Winstein ら⁷⁾は、重症度別に層別化された64名において、発症後4~6週の時期に行う20時間の上肢機能訓練(機能的課題訓練および筋力訓練)の効果を比較した。9ヵ月後、上肢機能訓練群では標準的ケア群に比し、FMA、等尺性トルクが有意に高く、その効果は障害がそれほど重くない症例でみられたと述べている。一方で、上肢機能障害に対する強化運動療法の効果は否定的な報告も多く、Rodgers ら⁸⁾は、急性期脳卒中123名を通常訓練群と上肢リハビリテーション(以下、リハ)強化群(30分/日、5回/週、6週間)に分けて比較したが、3ヵ月および6ヵ月後に上肢機能障害に有意差を認めなかったと述べている。

近年、constraint-induced movement therapy(CI療法)が、脳卒中維持期においても麻痺側上肢機能を改善する

というエビデンスが確立され⁹⁾、注目されている。その効果は、CI療法によって脳の可塑的变化が起きていることが経頭蓋磁気刺激などで確認され、またその機序は、麻痺側上肢の不使用(learned non-use)からの使用量に依存した(dose-dependent)改善、非麻痺側の使用を抑制することによる非損傷半球から損傷半球への半球間抑制の減少であるとされる。CI療法は、個々の上肢機能障害に応じた訓練を1日6時間行い、覚醒時間の90%は非麻痺側上肢をミトンに入れて使用せず、2週間行うことが多い。訓練を行うためには、麻痺側上肢機能が手関節背屈10度以上、手指伸展10度以上可能であることが求められるが、それより重度の上肢機能障害に対しての有効性も報告されている。しかし、訓練を行うのに人手がかかり、日本の保険診療のなかで行うには工夫が必要と思われる。

電気刺激は、痙縮の抑制、関節可動域の拡大、随意性の向上、廃用性筋萎縮の改善といった効果が期待される。中等度麻痺した手関節背屈筋への電気刺激は、筋力増強させることが示されている⁴⁾。また、Ringら¹⁰⁾は、亜急性期脳卒中における毎日の機能的電気刺激(functional electrical stimulation; FES)の効果を無作為化比較試験で評価し、FESは随意運動を認める群で、有意に痙縮、自動可動域、機能的な手指テストスコアが改善したという。手関節を伸張する装具は、痙縮を軽減させる効果が期待でき¹¹⁾、Br-stage III以上の痙縮の強い例には日中の装着がすすめられる。さらに、随意収縮介助型の電気刺激装置と手関節装具を組み合わせて1日8時間、8日間装着使用した結果、痙縮が強く、わずかに指の伸展が可能であった上肢が、痙縮が減少して分離運動が可能となり、上肢実用度が向上した維持期脳卒中患者1名が症例報告されている¹²⁾。しかしこれらは、装置を必要とする介入のため、実施できる施設に限られる。

b. 二次的障害の予防

脳卒中片麻痺患者の上肢における二次的障害として、関節可動域制限(拘縮)、疼痛、肩関節亜脱臼、肩手症候群などがある¹³⁾。これらは、リハを行ううえでの障害因子となることが多く、上肢機能の改善を妨げる可能性がある。そのため、予防および早期発見が重要となる。特に、運動麻痺が重度の場合には二次的障害が起りやすく、急性期からその予防に努める。

意識障害の有無にかかわらず、臥床している間は適切に肢位(ポジショニング)が保持されなければならず、特に急性期の意識障害の強いときは注意を要する。ポジショニングの例を示す(表3)。背臥位の場合は、枕は低めにし、肩関節は内転・内旋拘縮を防ぐように肩甲骨の落ち込みを防ぎ、上腕を外旋位に、肘と手関節は伸展位

に保つ。半側臥位の場合は、麻痺側を上にし、背中にクッションを入れて起こす。肩が十分に前に出るようにし、上肢は少し後方に置き、体幹と同じ高さまでクッションで支える。側臥位の場合は、胸の前にクッションを置き、抱え込むようにする。起居動作や移乗は麻痺側上肢の取り扱いに十分配慮し、座位や車いす乗車時は麻痺側上肢をアームレストや机の上に置き、外傷を避け、肩関節亜脱臼を助長しないようにする(表3)。手掌や指間を清潔にし、爪を切るなど、麻痺側上肢のケアも忘れてはならない。

関節可動域訓練は、他動的に行う場合には患者への負担はないため、呼吸や循環動態が落ち着き次第開始する。痙縮を誘発しないようにゆっくりと弱い力で、徐々に可動範囲を増すように行う。Br-stage Iの弛緩しているときには、関節可動域訓練を乱暴に行くと腱板断裂を引き起こし、後に肩関節機能障害や疼痛の原因となるので、可動域訓練は骨頭と関節窩を合わせるように注意しながら行う必要がある。

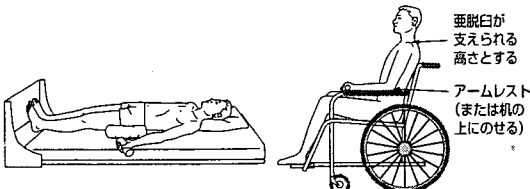
肩関節亜脱臼は、脳卒中片麻痺患者の17~81%の頻度でみられ、弛緩性の重度麻痺に合併しやすい。片麻痺がBr-stage III以上になると、共同運動による肩関節周囲筋の収縮が起こり、亜脱臼が改善することが多いが、片麻痺の改善が悪いと維持期になっても永続的に残存する。対策には、麻痺側上肢のポジショニングと関節可動域訓練、スリングの使用、三角筋や棘上筋へのFESによる筋促通¹⁰⁾がある。スリングを長期間に使用すると拘縮や屈筋痙性パターンを助長する可能性があり、Br-stage III以降は腕を吊る必要がないという意見もある¹³⁾。

肩手症候群は、複合性局所痛症候群(complex regional pain syndrome)のtype Iに分類され、交感神経系の異常活動が関与するとされる。脳卒中患者の20%程度に発生し、脳卒中発症後3ヵ月以内に多く、Br-stage III以下の麻痺の重度な患者に多い。症状は、肩の疼痛性運動障害と手の症状(皮膚の発赤、非陥凹性腫脹、皮膚温上昇や色調変化などの血管運動性変化、手指の屈曲制限)があり、進行すると手指の可動性がなくなる。麻痺側上肢への外傷が誘引となるので、ポジショニングや起居動作時の麻痺側上肢の取り扱いが重要となる。治療は経口ステロイド薬の内服が有効⁴⁾で、痛みを増強させないように関節可動域訓練を行い、温熱療法を加える。

c. 利き手交換

非利き手で代償的に動作を獲得する利き手交換訓練は、患者個々が必要とする能力は異なるが、「できない」から「できる」ことを積み重ね、日常生活や社会への前向きな参加を期待して行われる。しかし、病棟での日常生活において非利き手で食事をし、歯磨きを行っている患

表3 上肢機能障害ユニットパス

評価日：(/), (/), (/), (/), (/), (/), (/)								
* 上肢および手指の Br-stage を 1~2 週ごとに評価し、日付を記入する。 各 Br-stage に対応する、日々のケア・訓練・自主トレーニングを開始・継続・変更を検討する。								
Br-stage	内容	弛緩	少し動く	一定のパターンで動かせる 指を握れるが伸ばせない	1つの関節が少し動く 親指だけを動かせる	関節1つが動く 指の伸展が可能	ほぼ正常	
	上肢	I (/)	II (/)	III (/)	IV (/)	V (/)	VI (/)	
	手指	I (/)	II (/)	III (/)	IV (/)	V (/)	VI (/)	
予後	発症1週間：廃用手の可能性 発症1ヵ月：廃用手 発症3ヵ月：廃用手		発症1週間：要観察 発症1ヵ月：補助手の可能性 発症3ヵ月：廃用手		発症1週間：実用手 発症1ヵ月：実用手 発症3ヵ月：実用手の可能性		実用手として期待できるが、筋力低下や巧緻性低下が残存する可能性がある	
予後の説明	(/) 発症後1ヵ月を目安		(/) 発症後1ヵ月を目安		(/) 発症後1週間でも可		(/) 発症後1週間でも可	
日々のケア・訓練	関節可動域訓練	(/) 他動的に関節可動域訓練開始 (呼吸循環動態安定後)						
	ポジショニング	(/) ベッド上 (/) 座位・車いす乗車時						
	上肢保護	(/) 起居時 (/) 乗車時 (/) 手部の清潔						
	肩関節亜脱臼	(/) あり → (/) スリングの使用 → (/) 亜脱臼の改善, スリング off			背臥位のポジショニング			
	肩手症候群	(/) あり (発症1~3ヵ月に多い) → (/) ステロイド治療開始 → (/) 消退						
	電気刺激	(/) (肩関節亜脱臼に対し、棘上筋・三角筋への電気刺激)			(/) (手関節背屈筋へ電気刺激) → (/) (刺激終了)			
	手関節装具				(/) 痙縮が強い場合に装着 → (/) 痙縮軽減し終了			
	利き手交換	(/) 提案 予後説明後2週間~1ヵ月を目安に (/) 訓練開始			(/) 提案 発症3ヵ月以降 (/) 訓練開始 目的()			
自主トレーニング	(/) ストレッチ (肩関節亜脱臼時は注意)		(/) ストレッチ (/) 握る練習はしない		(/) ストレッチ (/) 疲れや疼痛の出ない範囲で日常的に積極的に使用			

者が、リハで利き手交換訓練を開始するには、麻痺側上肢の予後の説明、利き手交換による利点、そして何より患者本人が利き手交換訓練を受けることに納得する必要がある。麻痺側上肢機能の機能回復に執着する患者は多く、Broeksら¹⁴⁾は、脳卒中発症から4年経過した片麻痺患者でも、67%で上肢機能の改善期待が強く、障害受容が進んでいないと述べている。またこのことは、麻痺側上肢の訓練を十分受けていないという不満にもつながってくる。

利き手交換の前提として、まず、麻痺となった利き手の回復の見通しが思わしくないことを医学的に、かつ具体的に示す必要がある。患者自身は以前と比べると少し改善していることに気づいているため、「あなたの手は今後良くなりませんから、左手で訓練を行いましょう」では不十分であろう。急性期病院で「リハビリをすると良くなるから頑張ってください」と言われてきているかもしれない。たとえば、「ご病気になって1ヵ月経過し

ますが、上肢の麻痺は重度な状態です。医学的には最初の1ヵ月が最も大きな回復が望める時期で、3ヵ月経つとあまり改善しないといわれています。この回復は、脳のどの場所に、どのくらいの大きさの病気であるのかに大きく左右され、リハビリすればするほど良くなるものではありません。今後、あなたの手は今よりももう少し握れるようになるでしょうが、手を広げるのは難しいと思われます。あるいは「指は1本1本動くようになりますが、力が弱いことや細かいことが苦手である点は残るでしょう」といった説明がよいと思われる。予後伝える時期は発症後1ヵ月、遅くとも2ヵ月までではないだろうか。それより早いと、特に予後の悪い患者ではリハへの意欲を下げる可能性があり、遅いと十分に訓練時間がとれなくなる可能性がある。

バスの紹介(表3)

今回作成したユニットバスは、急性期からの一貫した上肢機能障害へのアプローチを示し、特に二次的障害の予防と機能予後を医療スタッフに啓発することを目的とした。本邦で頻用されているBr-stageを週に1回程度評価し、一番上段のBr-stageの表に日付を記入する。そして、各Br-stageにある項目をチェックしてアプローチを開始する。その後、Br-stageや合併症の変化に応じて、アプローチの継続・変更を検討する。このバスは典型的な運動麻痺を呈する患者を対象とし、Br-stageにしたがって運動麻痺が改善しない例、失調症や不随意運動が強い例、関節リウマチのような発症前から上肢に重度の合併症が存在する例などには、このユニットバスは適応困難と思われる。

患者家族への説明用のユニットバスは、今回は作成を見合わせた。現実的な見通しをユニットバスで示すことが良い理解や円滑な受容につながるかは疑問に思われるからである。

バスの効果

筆者もまだこのユニットバスを実際には用いていないが、二次的障害が減少し、結果として上肢機能障害がより改善することを期待したい。

問題点と課題

リハの専門職には最も知られたBr-stageには6段階あるが、区分が曖昧な部分があり、実際に評価をするとどちらのstageにするべきか悩む場合がある。急性期病棟でこのユニットバスの運用を試みると戸惑うかもしれない。しかし、このユニットバスでは、大きくstage I-II, III, IV, V-VIの4段階に評価できれば十分で、すぐ慣れていただけるのではないかと思う。今後は、このユニットバスの効果(二次障害発生頻度の減少や上肢機能の改善)の検証、運動麻痺は軽度で失調症を主とする上肢機能障害のユニットバスの作成、新しい上肢機能障害に対する治療法のユニットバスへの組み入れについても、さらに検討を加えていきたい。

おわりに

急性期にどのようなリハがなされてきたかが、その後の機能予後を左右するといっても過言ではなく、より一層の普及とエビデンスの構築が求められる。この上肢機能障害のユニットバスにより、特に重度の麻痺を呈する上肢に対して、愛護的なアプローチがなされるようになることを期待したい。

文献

- 1) Brunnstrom S(著), 佐久間稷爾, 松村 稔(訳): 片麻痺の運動療法. 医歯薬出版, 1974
- 2) 千野直一(編著): 脳卒中の機能評価—SIASとFIMの実際. シュプリンガー・フェアラーク東京, 1997
- 3) Fugl-Meyer AR, Jaasko L, Leyman I, et al: The post-stroke hemiplegic patient. 1: A method for evaluation of physical performance. *Scand J Rehabil Med*: 13-31, 1975
- 4) 篠原幸人, 吉本高志, 福内靖男, 他(編): 脳卒中治療ガイドライン2004. pp169-228, 協和企画, 2004
- 5) 二木 立: 脳卒中患者の障害の構造の研究(第1報) 一片麻痺と起居移動動作能力の回復過程の研究. *総合リハ* 11: 465-476, 1983
- 6) 福井園彦: 片麻痺の上肢(2). *総合リハ* 1: 329-335, 1973
- 7) Winstein CJ, Rose DK, Tan SM, et al: A randomized controlled comparison of upper-extremity rehabilitation strategies in acute stroke: A pilot study of immediate and long-term outcomes. *Arch Phys Med Rehabil* 85: 620-628, 2004
- 8) Rodgers H, Mackintosh J, Price C, et al: Does an early increased-intensity interdisciplinary upper limb therapy programme following acute stroke improve outcome? *Clin Rehabil* 17: 579-589, 2003
- 9) Hakkennes S, Keating J: Constraint-induced movement therapy following stroke: A systematic review of randomised controlled trials. *Aust J Physiother* 51: 221-231, 2005
- 10) Ring H, Rosenthal N: Controlled study of neuroprosthetic functional electrical stimulation in sub-acute post-stroke rehabilitation. *J Rehabil Med* 37: 32-36, 2005
- 11) Fujiwara T, Liu M, Hase K, et al: Electrophysiological and clinical assessment of a simple wrist-hand splint for patients with chronic spastic hemiparesis secondary to stroke. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 44: 423-429, 2004
- 12) 笠島悠子, 藤原俊之, 村岡慶裕, 他: 随意運動介助型電気刺激(IVES)と手関節固定装具併用療法の片麻痺患者における上肢機能改善効果. *リハ医学* 43: 353-357, 2006
- 13) 猪飼哲夫: 二次障害. *総合リハ* 28: 1127-1132, 2000
- 14) Broeks JG, Lankhorst GJ, Rumping K, et al: The long-term outcome of arm function after stroke: results of a follow-up study. *Disabil Rehabil* 21: 357-64, 1999

(新藤恵一郎)

急性期・回復期リハの連携と今後の方向性

1. 診療連携の現状と工夫

当院の2006年上半期の脳卒中初発143例のうち転院患者は94例(65.7%)であり、そのうち転院先の上位8病院が占める割合は51.0%である。2003年より、これらの病院を主体に「倉敷臨床リハ医学懇話会」を発足させ、年2回の講演会を開催して各施設の責任者や現場の治療者同士の交流を図っている。地域リハビリテーション(以下、リハ)広域支援センターとは年3回の合同カンファレンスや双方のリハスタッフの交換見学・研修を行っている。また、当科は各科別担当制であり科別の治療経過報告書(連携パスを含む)を転院時に作成し運用している。このように職種間で具体的課題(初期・退院時評価、治療内容/手技・経過、治療実施上の問題点)を治療者同士が忌憚なく検討できる環境をサポートするシステムを構築中である。

2. 診療連携パスの導入に関する考え方

「患者は生活者である」という視点で、最適で効率的な医療を提供するために相互に連携する意志を持つことが必要である¹⁾。連携の窓口を明らかにして会合を定期的で開催し、連携パスを共通のコミュニケーション手段として利用することにより他施設の他職種と対等に話し合いができ、地域の職種間のネットワークを緊密にすることが可能になる。

3. 連携相手に望むこと

- (1) 各施設、病院の機能や治療者の技能によって治療方針(退院時目標の設定、目標達成のための治療手技、リスク管理の徹底)が左右されず、継続と改善(活動量の維持と向上)ができること。
- (2) 連携パスのバリエーション分析のために情報のフィードバックができること。
- (3) 連携パスについての患者・家族への説明と同意により、患者・家族の治療への参加を促すことができること。
- (4) 維持期患者の急変時の際の対応が可能な亜急性期医療サービスが提供できること。

4. 問題点と課題

治療の継続性が保障されない。具体的には、リハスタッフ間で治療手技の標準化がなされず推奨グレードの低い治療手技に偏る。自立ができなければ起立・歩行治療(特に歩行補助具を使用した治療)がなされず活動量が維持されない、運動負荷が原疾患・合併症・続発症および再発症へ及ぼすリスクの管理と教育が不十分である、などといった問題があげられる。また、転院までの待機期間が長く、重症例の転院ができないことがあり、最終転帰・到達レベルのフィードバックがなされないという問題もある。

5. 急性期リハの今後の方向性

急性期病院では、DPCによる医療情報の標準化と透明化に伴い各科の疾患別診療センター化が加速し、パスが医療サービスの適切性と効率性を保障している。急性期リハではパスを用いた各診療センターの治療として、主治医によりリハが行われると良い結果が得られ、その治療の管理と重症例に対する適切で効率的なリハ処方と活動の継続にはリハ科医の関与が必須になる。

■文献

- 1) 伊勢眞樹：急性期-回復期リハの連携システム構築。連携医療 6：20-24, 2006

(伊勢眞樹)

連携に際して大学病院が抱えるギャップ

はじめに—診療連携において大学病院が持つ3つの特徴

診療連携において、連携先の病院とのギャップによって、連携がスムーズにいかないことがある。大学病院のもつ以下の3つの特徴が、その原因となることが多いと思われる。

- (1) 患者居住地域が広範囲に及ぶ：かかりつけ患者の居住地域も広範にわたっており、また職場や外出先で発症して、当院に救急で運ばれるケースも多く、患者居住は東京、神奈川、埼玉を中心とした関東地方だけでなく全国に渡っている。医療ソーシャルワーカー(MSW)は、病院情報の雑誌や回復期連絡協議会などから回復期病院の情報を得て、転院先の候補を選択し、個別に対応している状況である。
- (2) 重症患者、基礎疾患・合併症を持つ患者が多い：大学病院であるため、特殊な基礎疾患や多数の合併症を持つ患者が多い。また重症患者も多いため、受け入れに制限を持つ回復期病院への転院が困難な場合がある。特に当院がかかりつけ病院である場合、他院への転院に抵抗を感じる患者、家族が多い。
- (3) スタッフ(特に医者)数が多い、かかわるスタッフが流動的である：MSWは、主治医からのオーダーによって業務を開始する。また転院申し込みに際しては、主治医の紹介状が必要である。そのため、主治医の勤務状況や異動などによってそれらのタイミングが少し遅れる場合もある。スタッフの変更などにより、連絡がスムーズにいかないこともある。

1. 診療連携の現状と工夫

当院においては、脳卒中急性期患者の手術例以外は神経内科が主診で、リハビリテーション(以下、リハ)科併診となる。安静度拡大、リハ訓練、転帰先などについて、神経内科主治医、リハ併診医との相談を進めていく。転帰先として転院が決定した時には、主治医がMSW依頼を行う。MSWは、家族との面談、転院先の紹介、転院手続きを行う。

スムーズで適切な連携のために一番重要なのは、スタッフ間の密な情報交換、共有であると考えられる。そのため週に一度カンファレンスを行い、神経内科主治医、リハ科併診医、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、MSWでの情報交換を行っている。

2. 診療連携パスの導入に関して

パス導入のメリットとしては、

- (1) スタッフ全員が診療連携に対して共通の情報を持つことができ、スタッフの勤務状況や異動によっても流れをスムーズにつなげることができる。
- (2) 転院条件などが明らかになることで、転院先の決定が行いやすい。
- (3) 患者、家族へのインフォームドコンセントが得られやすい(転院時期、受け入れ条件など)。

懸念される問題点としては、

- (1) 合併症をもつ患者や重症患者など、パスに乗ることのできない患者が多い可能性がある。
 - (2) スタッフの数が多く、流動的であるためパスの周知、徹底が困難である可能性がある。
- などが考えられる。

3. 連携相手に望むこと

- (1) 受け入れ条件の明確化：合併症の有無、点滴・投薬の状態、嚥下障害の存在などによって受け入れが困難と

なることがあるため、病院選択に際して、条件の明確化が重要と考える。

- (2) 申し込みフォーマットの統一：病院によって申し込み用紙などが決められており、それぞれ必要に応じて取り寄せし記載するのは煩雑であるため、連携先の病院の申し込みフォーマットの統一が望まれる。
- (3) 入院判定期間の短縮化：病院によって、週1回あるいは2回の判定会議での入院受け入れ決定となり、また病院によっては患者本人、家族の診察が必要な場合もあり、受け入れ可能かどうかの決定までに時間がかかることが多いため、短縮が望まれる。

4. 問題点と課題

以上、大学病院の抱えるギャップをまとめると、

- (1) 地域：患者居住地域が広範囲に及ぶため、地域完結の連携が困難である。
- (2) 患者状態：重症患者や合併症をもつ患者が多く、受け入れ先の病院に限られる。
- (3) 転院時期：患者状態や受け入れ先の決定までに、時間がかかることが多い。
- (4) 本人、家族の持つ現状、予後認識やリハに対する期待、要望：大学病院への期待が大きく、転院が困難になることがある。

以上、連携に際して問題となる大学病院ギャップをまとめた。今後連携バスの導入によって、それらのギャップが埋まることを期待している。

(松本真以子, 辻 哲也)

発症後早期の在宅復帰へ向けた地域連携バス作成に対する提言

1. 診療連携の現状と工夫

埼玉医科大学病院を中心とした脳卒中のリハビリテーション(以下、リハ)では、いくつかの特徴がある。

第1点は、本院での急性期リハは急性期治療とほぼ並行して実施されるが、その内容の決定や急性期治療終了時点でのその後の方向性の決定は、急性期リハ開始後から毎日施行されるリハ科医師を中心としたリハチームの回診でなされる。この方向性を決定するために用いられているのは、急性期治療終了時点でのFIM運動項目合計点(以下、motor FIM)である。すなわち、急性期リハによってmotor FIMが33以上に達した例は、原則として全例当科に転科としている。

第2点はリハ科が29床の独立した病棟(一般病棟)を有し、さきの基準に合致した脳卒中患者は急性期治療が終了した時点で直ちに当科へ転科する。転科後は、転科時のmotor FIM別に作成された4種類のクリニカルパス(53以上/43~52/33~42/32以下)¹⁾に従って集中的・包括的リハが実施され、在宅復帰が図られる。ちなみに、2004~2005年の2年間に当科に転科した脳梗塞患者110例のなかで、当科転科時のmotor FIMが33以上であった脳梗塞患者72例の場合、発症から当科転科までの期間は平均20日、当科での平均入院日数が38.7日で、76.8%が在宅復帰を果たした。当科から回復期リハ病棟へ転院する脳卒中患者は当科入院時点でmotor FIMが32以下の障害が重度な症例か(ただし全身状態は安定)、motor FIMが33以上でも独居などの社会的背景が厳しい症例である²⁾。

2. 診療連携バスの導入に関する考え方

本院のように急性期リハが積極的に施行され、継ぎ目なく急性期後の集中的・包括的リハが実施されれば、回復期前半での在宅復帰が可能になる。このことから、回復期でのリハが必ずしもすべて回復期リハ病棟で施行される必要はなく、むしろ回復期前半で在宅復帰が可能となった患者では、通院によるリハの継続という形態での回復期後半のリハという考え方と、それに合致した連携バスが今後必要である。

3. 連携相手に望むこと

- (1) 急性期治療を行う診療科に対しては、発症後早期からのリハ開始の必要性に対する理解、ならびに感染症の発症予防の徹底を望みたい。
- (2) 回復期リハ病棟に対しては、通院や訪問での回復期リハの推進、より障害の重度な患者の短い待機期間での受け入れを望みたい。

4. 問題点と課題

- (1) 合併症の管理が継続的に必要とされる症例(腎透析施行患者など)、急性期は脱したものの全身状態が未だ不安定な症例(心疾患術後に発症した脳卒中患者など)への対応が今後の課題となる。
- (2) ケアマネジャーの不足を補っていく必要がある。

■文献

- 1) 酒匂雅美, 間嶋 満: motor FIMに基づいて作成された回復期前半での脳卒中患者用クリニカルパス. 脳卒中 28: 169, 2006
- 2) 間嶋 満: 私達が目指す埼玉県西部地区におけるリハビリテーション. 第14回埼玉医科大学・連携施設懇談会資料, pp59-68, 2006

(間嶋 満)

2. 回復期の立場から

地域で統一した脳卒中診療連携パス作成

1. 診療連携の現状と工夫

1) 熊本市周辺地域の現状と工夫

現在、熊本市周辺は急性期病院とリハビリテーション(以下、リハ)病院の連携が進んだ地域と言われている。それには、1995年に急性期病院、リハ病院より神経内科、脳神経外科、リハ科の医師、コメディカルが集まり「脳血管疾患の障害を考える会」を発足させたこと、また2003年にリハ病院、維持期病院の医師、コメディカルが集まり「回復・維持期リハを考える会」を発足させたことが大きく寄与している。脳卒中の診療連携体制を整えるうえで、多職種で顔が見える連携を目指したことが成功した理由と考える。

2) 当院の現状と工夫

急性期病院からリハ病院に転院する際の問題点として、①入院予約から転院までの待機時間が長いこと、②ハイリスク症例、問題症例の受け入れが不十分であることなどが指摘された¹⁾。その後、当院は入院担当の副看護部長を配置し、FAXか電話による転院申し込みに応じ、申込日より1週間以内の転院を可能とした。また、当院は医療能力を高めるために医師の増員を行い、全身管理ができるようになり、重症例も受け入れ可能となった。

2. 診療連携パスの導入に関する考え方

導入の目的は、医療連携をシームレスに行うことであり、医療の標準化、効率化が求められる。そのため、急性期病院、リハ病院、維持期病院の多職種が協働で作成し、多くの病院が同じ形式の診療連携パス(以下、パス)を使わなければならない。

パスが稼働すると急性期病院の在院日数の短縮が予想され、その回復過程も違うため病状が安定しない状態で転院する重症例が増えてくる。そのためリハ病院側は受け入れ基準を広くする必要がある。重症例はADL自立度が低く、家族、周りの環境などの影響により退院先がさまざまである。疾病の治療、リハ以外に家族指導、在宅準備にも時間がかかるため、入院期間をあまりにも短く設定すると転院、入所が増える。時間をかければ在宅に帰れる可能性がある重症例も受け入れるパスを導入する必要がある。

3. 連携相手に望むこと

急性期病院は廃用症候群予防およびリハ適応患者を選別してほしい。そのためには、急性期病院、リハ病院、維持期病院の顔が見える連携の会を開き、情報交換が必要である。

4. 問題点と課題

- (1) 急性期病院中心ではなく、地域の病院が一緒にパスを作成し使用していかなければ、リハ病院、維持期病院に混乱を招き、患者、家族に不安を与える。これができるかどうか今後の課題である。
- (2) 医療療養病床で医療区分が始まり、ADL自立度が低くても医療区分1となり、転院が難しくなっている。また介護療養病床の廃止もあり、維持期病院の今後がはっきりせずパス作成の問題になっている。

診療連携の分岐点として

1. 診療連携の現状と工夫

当院のようなリハビリテーション(以下、リハ)専門病院における診療連携には、急性期病院から当院へ(いわゆる前方支援)、当院退院後の福祉・医療機関へ(いわゆる後方支援)、といった2つの要素がある。急性期、回復期、維持期という流れのなかで、リハ専門病院は急性期を脱した患者のその後の生活を定める分岐点にあたり、急性期病院から引き継ぐ段階から、退院した後の生活も想定して対応する必要がある。

急性期病院から当院への入院申し込みは、外来受診とFAXの2つの方法があり、週1回の入院判定会議で入院時期を決定する。近年は急性期病院の平均在院日数の短縮などから、ほとんどがFAXによる入院申し込みとなっている。紹介時期も早くなっているため、現在の状態だけでなく、1~2週後の状態を予測して総合的に判断している。また、急を要する患者については入院判定会議を通さずに入院日を決定することもある。

当院退院後は、内科的併存疾患については地域の病院または医院に紹介し、通院可能であれば当院外来でも診療している。リハの算定日数上限が設けられ、当院退院後のリハについては、介護保険や福祉制度を利用するケースが多くなってきているが、その後も、診察時に機能維持ができていないかをチェックし、必要であればリハを再開している。

2. 診療連携パスの導入に関する考え方

診療連携パスの導入により脳卒中の診療・リハが効率化され、多くの患者にとって利益となると期待されるが、一方でパスにのらない患者や、再発・合併症などによりパスからドロップアウトした患者への対応も十分に考えていく必要がある。また、リハ医療では患者の障害だけでなく、患者や家族の障害への理解や環境の整備も重要であり、リハ病院が担う役割は大きい。

3. 連携相手に望むこと

併存疾患や合併症について、急性期病院入院中に専門科の診察を受けてある程度の方向性をつけていただきたい。また、重症例も併存疾患や合併症のコントロールがついている場合は早めに紹介されれば対応しやすい。再発や急変時の再入院などについてもご理解をいただきたい。

退院後は、かかりつけ医と検査所見や投薬の状況など、お互いに共有できるようなしくみが必要と思われる。地域で電子カルテを共有することができれば理想的だが、現状ではために連絡を取り合うようにしたい。また、医療リハ終了後の機能維持のため、もう少し介護保険・福祉制度を利用した機能訓練ができる施設が増えてほしい。

4. 問題点と課題

現状では紹介を受けてから入院までの待機期間が長く、診療連携パスを導入、運営していくには現在の入院システムを見直す必要がある。また、効率化も必要だが、医療の質や患者のニーズに合わせたきめ細かい対応を維持・向上させていけるかが今後の課題である。

(水野勝広)

文献

- 1) 橋本洋一郎、平野照之、内野 誠：病診連携、クリニカルプラクティス 24：540-545, 2005

(古閑博明)

正確かつ詳細な診療情報の提供で転院が早まる

回復期病棟は急性期病院からの患者を効率よく訓練して在宅復帰につなげることが任務である。そのためには急性期病院との診療連携、退院後の在宅介護に向けた調整が不可欠である。本院の現状と診療連携バスに関する見解を述べる。

1. 診療連携の現状と工夫

2006年の1年間で当センターに入院した脳血管障害患者300名のうち回復期対応の243名の紹介元は県内同一医療圏が最も多く17施設(127名)、その他の県内から22施設(82名)、県外からは1都7県の27施設(34名)であった。発症から初診までの期間は平均30日、初診から入院までは12日であった。3月以前では初診までに34日、初診から入院までには17日かかっていたが、4月以降ではそれぞれ27日、10日と短縮している。遠隔地などの理由で本人が容易に来ることのできない場合は診療情報提供書をFAXでやりとりし、入院予約の時点で家族に来ていただき退院後の方針を確認している。

2. 診療連携バスの導入に関する考え方

現状で受け入れ可能かどうか、退院後の方向性が見出せるかどうかで転院受け入れ時期が決まる。麻痺の程度、認知障害の有無、食事の自力摂取が可能かどうかなどの情報は必要な介助度を測るうえで不可欠である。正確な情報が得られればゴール設定も容易で、早期に受け入れ可能になる。原疾患・併存疾患の治療内容とともに、介助度が病棟全体の介護力から受け入れ可能かどうか判断できなければならない。家族状況・退院後の方向性を把握し、転院直後から家族指導を含めた必要な準備を始める必要がある。診療連携バスでこれらを解決できれば無駄な待機はなくなると予想される。

3. 連携相手に望むこと

急性期病院としてはなるべく早期に転院させたいであろうが、受け入れ側としては効率よく訓練し次につなげたい。介助度の高い患者は病棟全体の介護力と相談せねばならず待つていただくことが多くなるが、正確な情報を提供してもらえれば回復期病棟を運営する側も迅速な対応が可能である。

4. 問題点と課題

寝たきりのためベッドサイドで拘縮予防しかできない患者を早く受け入れるよりは、家庭復帰につなげられるようなリハ効果のあがる症例を優先せざるを得ない。少し時間が経ってからのほうがリハ効果も上がりやすい症例も少なくない。回復期病棟の有効な利用が望まれる。

5. おわりに

埼玉県内には回復期病床として26病院2,007床が登録されている。介助度が高く、在宅目標も家族の期待する数居が高すぎる症例は引き受け先に苦勞するであろう。なるべく早期にゴール設定をして、それに向けて家族も努力できるよう急性期から調整が必要であろう。そのために役立つ診療連携バスであってほしい。

(高木博史)

県リハセンターでの脳卒中診療連携の現状

1. 地域連携の現状と工夫

当センターは県が設置した、小児から成人に至る医療・福祉の総合的センターで、脳卒中リハビリテーション(以下、リハ)は成人医療施設(リハ病院)110床のうち約70床を用いている。病棟には頸損や重度麻痺の方も多いため障害者病棟として運営している。

脳卒中患者の特徴は、高次脳機能障害を伴った比較的若い患者、内科的合併症を伴う患者、切断・関節疾患など障害を伴う患者、生活背景としては、単身、生保の患者なども多い。約4割は当センターの所在する千葉市内の患者であり、県内全域の地域中核病院(公的・准公的病院が主)や大学病院、他のリハ病院などからの紹介が圧倒的に多い。県内にも回復期リハ病院が増えているなかで、急性期病院から上記のような患者を選択的に当センターに紹介していただいている可能性が高い。したがって、患者の受け入れに際して、主たる急性期中核病院とは医療ソーシャルワーカー(MSW)同士のネットワークを緊密にとるよう心がけている。退院後は昨年の実績で約8割弱が自宅退院であり、他は老人保健施設(以下、老健)への退院が多いほか、若年の高次脳機能障害患者などではセンター内の更生施設へ入所する場合もある。現状では、地域とは体系的な連携システムがないために、患者ごとに当方MSWが当該地域のケアマネジャーや老健と連絡調整している。地域の施設からは、逆に空き状況を定期的に当センターへ連絡してもらえる場合もある。

2. 地域連携バスの導入に関する考え方

導入してもよいと考える。ただし、当方の患者はバリエーションが多くなることが予想される。

3. 連携相手に望むこと

患者の紹介に際しては、当センターの書式(ホームページからのダウンロード)による情報提供書に漏れなく記載していただきたい。特に当方は総合病院ではないので、合併症のコントロール状態は正確な記載が欲しい。退院後の連携で特に老健に望むことは、入所者の条件、可能な医療ケア(胃瘻など)、訓練量、費用、待機期間などの情報を提示していただけるとありがたい。

4. 問題点と課題

地域における体系的な連携システム、特に当方にとっては患者の受け入れよりも退院後の連携システムの構築が必要と考えている。当センターは都道府県地域リハ支援センターであり、県内ネットワークを構築する責任を負っているものの、現状では全県レベルのシステム構築はこれからという状況である。また当方のホームページに県内のリハ施設関連情報を載せているが、各施設の正確な情報収集が必ずしも容易ではなく、効率的な情報収集の方法を検討している。

(吉永勝訓, 菅原栄子)

重要な情報リテラシー

当院は回復期リハビリテーション(以下、リハ)病棟を有する419床の総合病院である。回復期リハ対象患者は急性期病棟から回復期リハ病棟に移る(すべての患者ではない)。さらに、近隣の病院からの回復期リハ患者も受け入れている。院内での急性期(他科医)と回復期リハの連携、他病院から回復期リハへの連携、回復期リハから病院・診療所・介護事業所などへの連携を心がけている。

1. 診療連携の現状と工夫

- (1) 院内での急性期と回復期リハの連携：転棟に関しては主治医、リハ科医の連絡で遂行される。主治医がリハカンファレンスに同席できることは少ないため、コメントを聞いてリハ科医がカンファレンスに臨む。回復期リハ病棟でのリハ関連書類(介護保険主治医意見書、身体障害者診断書、転院・退院に際してのリハ的な診療情報提供書など)はリハ医が作成する。これらの作成が遅延すると装具作製や在宅準備、転院準備などが円滑に進まないためである。
- (2) 他病院から回復期リハへの入院に関する連携：回復期リハ専従医の負担軽減と質を保つことを配慮している。FAXで主治医の診療情報提供書とADL表を受け、回復期リハ対象か否かの判断を行い、対象患者であればリハ科医と家人面談の日時を調整する。ここまでを地域連携室が行う。入院可否は会議などを経ず面談時に即時、決定する。
- (3) 回復期リハから他病院・介護施設・在宅に関する連携：医療ソーシャルワーカー(MSW)が中心となる。特に在宅の場合は関連職種との拡大カンファレンス開催の連絡・調整も行ってもらう。紹介元病院へもリハ経過を知らせる。

2. 診療連携パスの導入に対する考え方

現段階でパスは導入していないが、地域の病院や診療所、介護事業所との連携を円滑にするうえで、情報交換ツールとしての連携パスは必要である。診療科にとらわれず、病院、診療所、介護事業所に効率的な「共通パス」を導入すべきである。

共通パスは理想的には一種類がよいが、それは不可能である。医療機関ごと、事業所ごとでは記入の負担が大きくなるので「連携先の数だけパスがある」ような事態は避けるべきである。急性期から維持期まで貫いた疾患別共通パスがあり、急性期を引き継ぎ「回復期リハのかかわった時期だけ」について記入すれば完成するものが望ましい。これは、患者自身が持つリハ履歴書としての意味合いも持つ。

3. 連携相手に望むこと

連携において専門用語が多くなることは不可避である。情報の共有化のためには、関連職種間で相互の専門性や専門用語などについて知識を持つことが重要であり、研修会などに積極的に参加して謙虚に学ぶ姿勢を望む。

4. 問題点と課題

リハの場合、患者にかかわる職種の多さも問題となる。職種ごとの教育内容の多様性をふまえたうえでの共通パスの問題と課題は、疾患別にどこまで細分化するか、専門用語の理解をどう進めるか、リハ情報の蓄積化(リハ履歴書)をどうするかであろう。

(高橋守正)

当院における脳卒中診療連携の取り組み

1. 診療連携の現状と工夫

当院がある東京都武蔵野市は東京都のほぼ中心に位置し、北多摩南部二次保健医療圏に属する。一般病棟は53床で内科、泌尿器科、整形外科、外科の混合病棟となっている。回復期病棟は50床で約8割が脳卒中患者であり、その約5割が同じ医療圏に属する武蔵野赤十字病院と杏林大学病院からの紹介で、その他武蔵野市を中心に隣接する地域からの患者で占めている。特に武蔵野赤十字病院との診療連携は長く、同病院のリハビリテーション(以下、リハ)科部長と脳外科部長が定期的に当院に訪問し、転院した患者のフォローアップの診察を行い、研修目的で回復期病棟に看護師1名の派遣を受け入れている。顔の見える形での診療連携を心がけ、同病院と当院の医師、看護師、リハスタッフ、管理栄養士および医療ソーシャルワーカー(MSW)合同での定期的な会合を数ヶ月に1回開催している。

また、独自の脳卒中リハ診療連携パスを作成し、2006年10月より試用している。診療連携パス作成に先立ち、脳卒中患者においてよく用いる内服薬と嚥下食の統一化を試みた。今後、杏林大学病院との間でも運用する予定である。

2006年10月の当院回復期病棟の実績として、発症から転院まで平均24日、入院相談から入院まで平均6.5日とスムーズな患者の受け入れが可能となっている。

2. 診療連携パスの導入に関する考え方

現在いろいろなクリニカルパスがすでに医療の現場に導入されているが、脳卒中のリハにおいては病態のバリエーションが多すぎて通常の治療過程を管理するクリニカルパスの作成は困難と考えられる。そこで、急性期病院から回復期病棟へ転院した際に治療がスムーズに継続できるための「接着パス」がまずは不可欠と判断し、作成した。急性期病院からの情報として医師、看護師、リハスタッフおよびMSWの情報がA4用紙2枚にまとめられている。

今後は回復期病棟から維持期としてかかりつけ医、療養型病院、介護老人保健施設などへつなげる診療連携パスの作成に取り組みたい。

3. 連携相手に望むこと

リハ診療連携パスということなので、看護師のレベルで日常生活動作(ADL)の評価法としてFIMを勉強し、共通言語として導入していただきたい。

急性期病院からの医師の情報として機能予後に関する患者および家族への説明内容と脳卒中の今後の医学的管理に関する治療方針を明記してほしい。リハの適応を判断するうえで発症前の歩行能力などADLの大まかな情報が必要である。眼科や皮膚科など併存疾患に関する情報、特に点眼薬や軟膏などの内容を明記してほしい。

4. 問題点と課題

ADLの評価法としてFIMが急性期病院や維持期の施設ではいまだ共通言語になっていない。今後、診療連携パスが診療報酬に反映された際にはFIMの導入やその研修を義務づけるなどの措置が必要と思われる。また、麻痺など機能レベルの評価法としてBrunnstrom stage、Stroke Impairment Assessment Set(SIAS)など評価法の統一化が今後の課題と思われる。

(都丸哲也)

3. 維持期の立場から

無床診療所でも連携機能を充実させる努力

1. 診療連携の現状と工夫

当院のある東京都大田区の市街地は、地域的に急性期医療機関は多いものの急性期リハビリテーション(以下、リハ)が充実した医療機関は限られており、回復期リハ病床数も人口の割に少ないという特徴を持っている。さらに、最近ではリハ日数制限などの影響もあって脳卒中維持期のリハに対応できる医療機関も多くはない。そのようななかで、当院ではリハ科専門医2名が常勤して外来診療と訪問診療を行うリハ専門クリニックとして外来リハ(理学療法)、訪問看護ステーションからの訪問看護・リハ、通所リハ、短時間滞在型の機能訓練に特化した通所介護施設、介護予防通所介護施設でのリハサービスなどを提供しており、幅広く回復期から維持期リハを担っている。

当院は無床診療所ではあるが、独自に“地域医療福祉連携室”を立ち上げて脳卒中患者などの受け入れ窓口としている。また、当院にケアマネジャーなどを招いて“地域ケアカンファレンス”を毎週行っており、利用者に最適なリハサービスが受けられるように工夫している。

最近では特に短時間滞在型の機能訓練に特化した通所介護施設および訪問リハの利用申し込みが多いが、リスク管理と適切なリハプログラム作成のために必ずリハ科専門医の診察を行っており、他にかかりつけ医のいる患者に対しても専門的な立場からの積極的な関与を心がけている。訪問リハのニーズは高いが、スタッフ数の不足から十分に答えられていないのが現状である。

2. 診療連携バスの導入に関する考え方

リハ医療資源が不足している地域の特性に応じたバスの導入が必要であろう。

3. 連携相手に望むこと

地域で円滑に連携するためには、担当者が行き来してお互いに顔の見える関係になることが望ましい。入院医療機関に対しては、できるだけ早く要介護認定を申請し、退院のめどが立ち次第関係者間で情報交換し、退院前カンファレンスをケアマネジャー主導で行なえるようにしてほしい。これにより切れ目なく最適な維持期リハに移行することが可能となる。

在宅維持期の患者の状態悪化の場合などは急性期病院の連携室を介して比較的円滑に入院できる場合が多いが、リハ機能が不十分な医療機関が少なくないため入院中の機能低下がどうしても生じやすい。今後は急性期病院でも積極的なリハ体制の充実を期待したい。開放病床の制度を利用して当院のリハ専門医やスタッフがかわっていく方法も検討してみたいと考えている。

4. 問題点と課題

連携バス以前にリハ資源が各施設に不足している。リハ専門職の採用を増やすとともに介護系職員などを教育して日常生活の場や通所介護施設などで運動の機会を増やして機能維持を行えるようにしていくことが重要であろう。この際、維持期リハの現場でもリハ専門医の果たす役割は大きいと考えている。

(森 英二)

早期に在宅へ、いつでも後方支援機能を

脳卒中後の患者をできるだけ早期に病人から生活者に戻すことがリハビリテーション(以下、リハ)効果を上げるためには大切である。そのためには、シームレスなリハ体制と生活の現場でのリハが重要である。

1. 診療連携の現状と工夫

病院から当診療所に紹介依頼があると、介護保険被保険者であればまず居宅介護支援専門員が病院を訪問して在宅で必要となる社会資源の判断をする。要介護度が高いあるいは特別な医学的管理を要するケースの際には、病院内で開催のカンファレンスにそれぞれの介護保険事業責任者だけでなく患者と親交の厚い地域住民などにもチームの一員として加ってもらい、病院スタッフから必要な情報提供を受ける(チームスタッフはケースごとに異なる)。在宅での緊急時にはいつでも応じてもらうことを病院にお願いしている。そうして初めて筆者やサービス提供者だけでなく家族・本人も安心して在宅生活を継続できる。特に整形外科出身の筆者は内科的全身管理ができないので、ターミナル時期を担う内科医が登場するまでは、中継ぎ役に徹して生活再建を行っている。

2. 診療連携バスの導入に関する考え方

リハをプロ野球にたとえると、「春のキャンプはリハ室での訓練」、「オープン戦は開幕後の試合を想定しての試合であるので病棟リハ」に相当する。リハ室と病棟でのリハは実際の生活の場と離れた仮の場での訓練であるので向上心や意欲に限度がある。開幕後の試合では実績を残すことが選手の評価に結びつくので意欲レベルが高い。患者にとって「開幕後の試合に相当するのは自宅での生活機能」である。病棟で自立できても自宅で自立できなければ患者は満足しない。自宅でのリハは生活自立・社会参加を求めて否が応でも本人の意欲をかき立てる。患者をいつまでも病人にするのではなく、できるだけ早期に自宅に戻して生活者にするような地域連携バスが求められる。そのためには、患者の生活目標に耳を傾け、相互に理解が可能な共通言語や客観的尺度を使用している連携が必要となる。脳卒中は多くの合併症を持つだけでなくリハの間に隙間があると廃用症候群を起しやすいため、急性期から維持期にかけてシームレスなシステムが求められるだけでなく、ケースに応じたチームアプローチを行って初めて最高のアウトカムが得られる。

以上の点を踏まえた地域連携バスを進めることは、患者のADLやQOLを向上させるだけでなく、限られた財源を有効に利用して医療制度を持続可能にすることにもなる。

おわりに

在宅での受け皿作りのために新設された在宅療養支援診療所をさらにグレードアップして医療の提供体制を保障する必要がある。努力して在宅支援を続けていても、在宅を希望する本人の自己決定とは無関係に家族の意向により施設などに長期入所となる者が多い。高齢者の尊厳を尊重した新たな居住系サービスと団塊世代の地域デビューを今後促していきたい。

(畑野榮治)

回復期病棟に対する福祉施設の立場からみた病診連携パス

1. 診療連携の現状と課題

リハビリテーション(以下、リハ)診療連携における脳卒中維持期の現状については急性期から回復期に至る医療分野での連携について検討が進んでいる状況とは異なり、課題が多くあると思われる。特に回復期リハ病棟あるいは療養病床と福祉施設の連携についてはリハチーム、ならびにケアスタッフごとの課題がある。

介護老人福祉施設ならびに介護老人保健施設における医師の立場から見た課題としては急性期、回復期の医療における診断・治療・それらの経過の内容が十分に把握されにくいといった点が上げられる。特に継続したりハを考えた場合には障害改善の経過の要点が把握できることが望ましいが、現状は十分な情報提供が医療側からなされていない。

最近では介護老人保健施設や介護老人福祉施設所属のリハスタッフが増え、それぞれの施設でリハマネジメントプログラムが実施されるようになってきているが、いまだ十分とはいえない。また前述の継続したりハを考えた場合、回復期で行われたリハ方針、内容を把握することが必要不可欠であるが、現状では情報提供が不十分な場合が多く、また提供された情報を生かせずに継続したりハが行われにくい現状がある。

2. 維持期における病診連携パスの導入に対する

基本的な考え方

回復期リハ病棟の自宅復帰率が70%を超える現在、回復期リハ病棟を経由する介護老人福祉施設、介護老人保健施設の対象者は重度障害となり、また介護保険では介護度が高い場合が多い。今後ますますこの傾向は強くなっていくと考えられるが、そのような場合医師の役割がますます重要になってくる。具体的には基礎疾患に対する対応体制の構築と情報交換が必要になってくる。維持期における病診連携パスの導入については基礎疾患管理の視点が必要不可欠になる。

また継続したりハの実施のためには、障害が重度であっても個々の具体的な生活目標を定めたりハ方針の情報について、連携パスを用いて伝えることが重要である。

3. 連携相手に望むこと(具体的情報内容について)

対象者の基礎疾患と継続すべき治療の方向性や服薬管理、リスク管理についての情報を明確にしていくことが第一であろう。さらに、前述した具体的な生活目標を定めたりハ基本方針とその経過についての情報はもちろん、施設内での生活パターン構築とその対応のために個々の離床可能時間、座位保持方法、使用補装具、移動手段、移動方法など基本的動作レベル、方法についての情報、またリハを進めていくうえで課題となったことなどの情報が必要になる。

4. まとめと今後の課題

回復期リハ病棟から介護老人福祉施設、ならびに介護老人保健施設への病診連携については基礎疾患を中心とする診療情報の的確な提供が重要であり、それに加えてリハ診療の経過、特に具体的な生活目標を定めたりハ基本方針とその経過、現状の基本生活動作レベル、重要視すべき課題についての情報提供が必要となる。また医療・介護保険制度下のリハの量と質の較差をいかに小さくするかが最大の課題と思われる。

(及川忠人)

地域リハビリテーションの連携を深めよう

1. 診療連携の現状と工夫

介護保険制度の発足により、世田谷区立総合福祉センターでは、地域リハビリテーション(以下、リハ)資源の少ない状況を考慮して、それまでの脳卒中などの後遺症高齢者に対する機能訓練事業を通所リハ、訪問リハに再編した。2006年からの医療制度改革に伴い、地域における維持期リハの期待はますます大きくなっているが、現実には需要に応える地域資源が不足している。

退院後1~3ヵ月以内の短期集中リハの実施、高次脳機能障害や難病患者訪問診療事業への協力、住宅改造・福祉用具相談の実施、回復期リハ病院や地域医師会との連携に力を注いでいる。

2. 診療連携パスに導入に対する考え方

当センターでの訪問リハ利用者の平均年齢は79.1歳、原因疾患は骨関節疾患、脳卒中、神経筋疾患、内部障害、廃用症候群、精神神経疾患、その他の順であり、脳卒中患者は約3割を占めている。回復期リハ病院からの退院時の受け皿づくりは、最も重要な課題である。

急性期、回復期から継続する一連のリハの仕上げの段階として、疾病の発生・増悪や廃用などによって低下した生活機能を改善し、維持できる地域リハ体制が必要である。そのためには医療機関と地域のリハ施設、ケアマネジャーが手を結ぶことがとても重要である。在宅生活を支援する視点に立って、理学療法士や作業療法士が家庭を訪問し適切な住宅改造や福祉用具の選定を行うことや、ケアプランのなかにリハをしっかりと位置づけることが必要である。

3. 連携相手に望むこと

在宅生活で生じる環境の変化による機能低下や意欲低下を想定し、さらには寝たきりや閉じこもりにならないための方策を講じることは、地域のリハ施設だけでなく、様々な地域資源を有効に活用できるよう、病院、地域の医師、地域リハ施設、ケアマネジャーが連携してあたらなければならない。

回復期リハ病院に対しては、退院時のリハ情報の提供と引き継ぎを、ケアマネジャーに対しては、リハの必要性を具体的にケアプランのなかに組み込むことを期待している。

4. 問題点と課題

圧倒的に少ないリハ資源を充実するための行政施策の展開とともに、生活機能の維持改善へ向けた連携体制の構築が急務である。そのためには適切なケアマネジメントによる訪問リハ、通所リハ、通所介護、訪問介護などの諸サービスの効果的な提供とともに、たとえば高次脳機能障害や失語症への対応など、事業所同士の顔の見える具体的な連携と協力関係づくりがとても重要である。

さらに、廃用症候群による寝たきりや閉じこもりなどといった地域のなかの潜在的リハ患者を掘り起こし、適切なリハに結びつけることが、本人や家族の自立化と介護負担軽減になることから、日常的に相談を受けているケアマネジャーが、リハを理解して地域リハ施設に結びつけられるよう、地域の潜在患者の発見システム構築に取り組んでいる。

(木谷哲三)

5. 施設アンケートの結果から

東京都を中心とする大都市圏の脳卒中診療連携の現状と問題点を明らかとするために急性期施設ならびに回復期施設の脳卒中診療に携わる医師を含むスタッフへのアンケートを行った。アンケートにより現状における医療資源、特にリハビリテーション資源の不足とお互いの情報の共有不足が明らかとなった。連携の確立にはリハビリテーション資源不足の解消、効率的なリハビリテーション資源の利用、情報の共有化が望まれる。

医療従事者が、施設の枠を超えて日常診療について意見を交わす機会は少ない。今回、筆者らは東京都を中心とした脳卒中診療連携の現状および問題点について、2006年11～12月の期間でインターネットを用いたアンケート調査を行い、その結果をまとめた。アンケートでは、特に急性期診療を行う施設(以下、急性期施設)と回復期・維持期診療を行う施設(以下、回復期施設)の間にある意見の相違、お互いへの希望、問題解決方法の提言などを取り上げられるよう配慮した。

アンケート結果

1 回答者に関する基本情報

アンケート回答者数は、急性期施設74名(12施設)、回復期施設189名(10施設)であり、診療施設所在地は東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県であった。回答者職種を表1に示した。

2 医療資源の現状について

病床数が十分足りている、もしくは足りていることが多いと回答したのは急性期施設で45名(60.8%)、回復期施設で168名(88.9%)であり、スタッフ数については十分である、またはやや足りないとしたのは急性期施設28名(37.8%)、回復期施設139名(73.5%)であった。このことから急性期病床の不足感が大きく、また人的資源の不足感のほうが大きいことが分かる。足りないと思う

表1 回答者職種

	急性期	回復期
医師	28名	17名
医療ソーシャルワーカー	4名	5名
看護師、保健師	4名	52名
理学療法士	22名	57名
作業療法士	9名	33名
言語聴覚士	6名	10名
その他(事務職)	1名	15名

職種の内容(複数回答可)を図1に示す。

3 診療連携について

脳卒中診療連携がスムーズである、または大体スムーズであると回答したのは、急性期施設で26名(35.1%、すべて“大体スムーズ”)、回復期施設では123名(65.1%)であった。

a. 転院に関する情報の入手・提供

急性期施設で転院先探しに利用する情報源は(複数回答可)、医療ソーシャルワーカーなどのスタッフからが86.5%、インターネットからが59.5%、診療施設の作成したパンフレットからが37.8%であった。回復期施設で積極的に情報を提供しているとした回答者は、分からないと回答したものを除くと26.7%であり、関連施設のみといった限られた範囲で情報提供しているとした34.4%よりも少なかった。

急性期施設で情報が足りないことが多い、全く足りないと回答したのは55.6%であり、転院先施設に関する情報が不足している状況が分かる。一方で、回復期施設が急性期施設から得る患者情報については、十分である、やや足りないとの回答が169人(89.4%)であった。

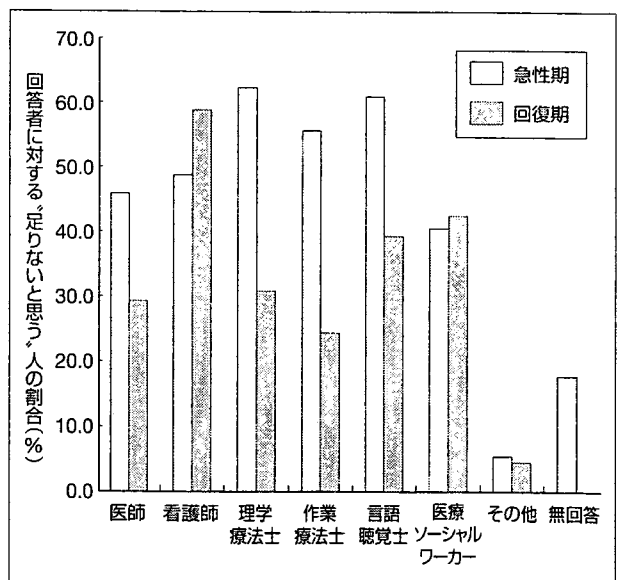


図1 足りないと思う職種

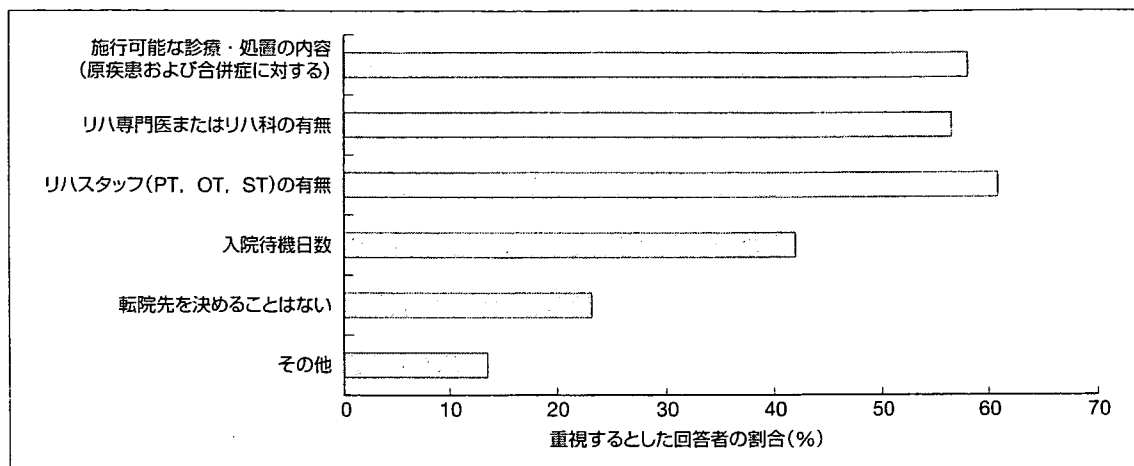


図2 転院時に重視する事柄(急性期)

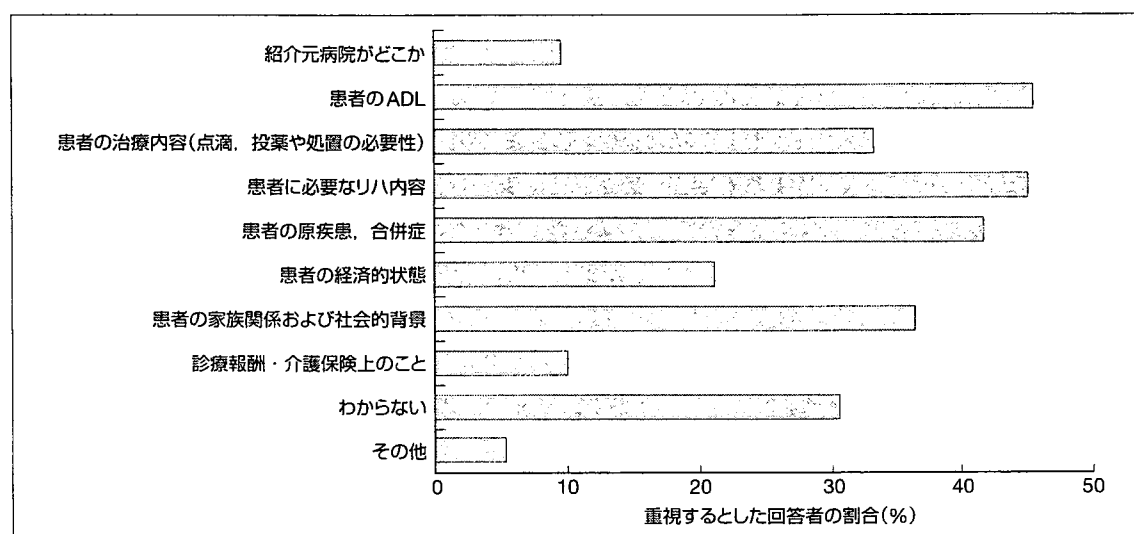


図3 患者受け入れ時に重視する事柄(回復期)

伝えられないことが多く、かつ得たい情報の内容として、全回答者の61.4%が患者への障害に対する説明内容、47.6%が患者の日常生活動作(ADL)、34.9%が患者の社会経済的状態をあげていた(複数回答可)。

b. 転院時に重視する事柄

急性期施設が転院先選定で重視する事柄を図2に、回復期施設が患者受け入れ時に重視する事柄を図3に示す。急性期施設において、転院先の選定に際してはリハビリテーション(以下、リハ)専門医の有無やリハスタッフなどを重視しており、受け入れる回復期施設に関しても、受け入れに際しては患者のADLや患者に必要なリハ内容を重視するなど、急性期、回復期ともにリハを中心に考えていることがわかる。

c. 転院に関する問題点

急性期施設の回答では、転院先決定から転院までの待

機期間は、約2週間～1ヵ月が56.8%、約1～2週間が36.5%であった。

転院に際して問題となることについて、急性期施設の回答を図4に、転院後問題となることが多い事項については、回復期施設の回答を図5に示した。急性期施設においては転院先施設数の不足が大きな問題であり、特に重症患者の転院先の獲得が困難である現状がわかる。一方、回復期施設からの回答より、急性期施設でのリハゴールの適切な設定や障害予後の説明が十分なされていない現状がわかる。これはいわゆる「急性期の治療は終わりましたので後はリハで」式の説明がまだまだ多いことを物語っており、障害の予後予測が可能なりハ医が急性期施設において不足している現状を反映しているものと思われる。

d. 転院先施設または紹介元施設への要望

急性期施設から回復期施設への要望、ならびに回復期

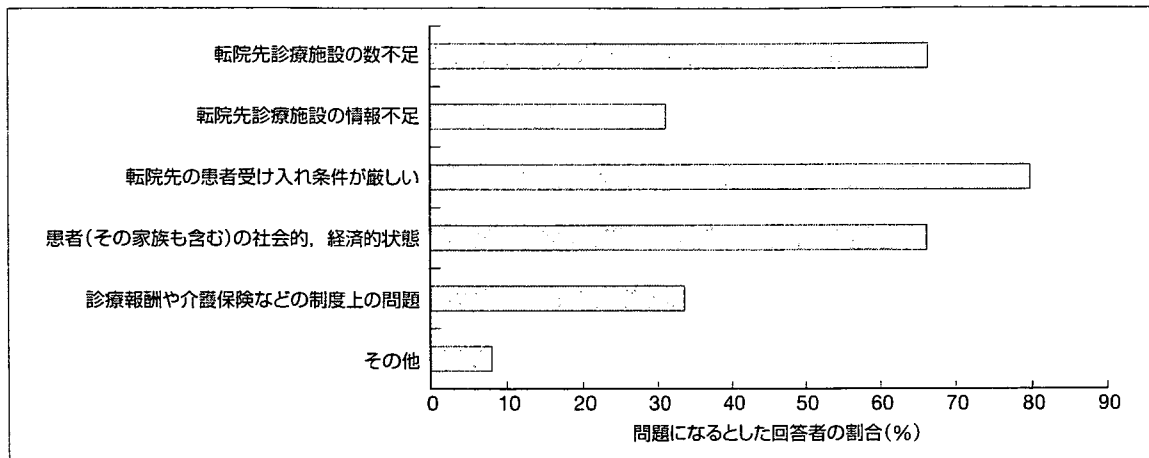


図4 転院時に問題となる事柄(急性期)

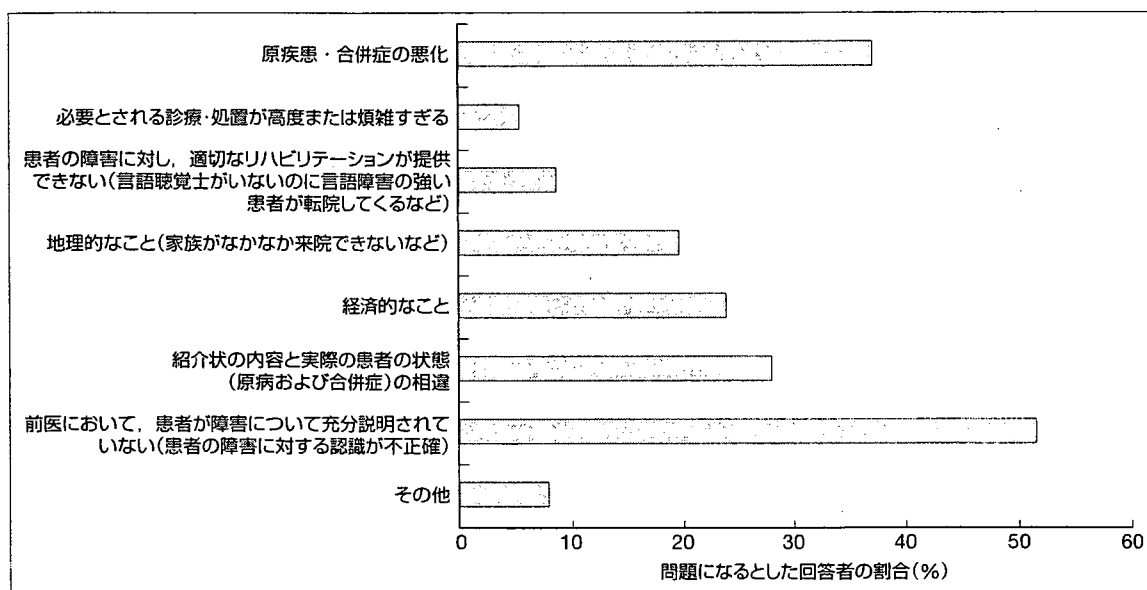


図5 転院後に問題となる事柄(回復期)

施設から急性期施設への要望を表2に示した(急性期側の回答は単項目選択、回復期側の回答は複数項目選択可であり、解釈に注意を要する)。急性期施設では回復期施設に対して、ある程度の病状の変化には対応してほしいとの要望があるのに対して、回復期側からは、急変時の受け入れを急性期施設へ要望する声が多く、さらには転院に際しても全身状態を考慮してほしいという要望が多かった。恐らくこの点が先に述べた重症患者の転院を妨げている一因であると思われる。重症患者の連携をスムーズとするにはこの点を解決する必要がある。

脳卒中診療連携への提言

脳卒中診療連携において、現状では医療資源の不足ならびにお互いの情報(患者情報ならびに各施設における

医療資源情報)の不足が指摘された。急性期施設も回復期施設も連携の中心にリハを置いていることは一致していた。

診療連携をスムーズにするためには、まずは急性期から回復期に至る患者情報の共有化が必要であると思われる。そのためには共通のデータベースの構築が望ましい。共通のデータベースを用いることにより、急性期から一貫した評価に基づく予後予測ならびにリハ介入が可能となれば、必要な人に必要なリハの提供がよりスムーズになるとと思われる。また、各施設の医療資源情報ならびに空床状況などもオンタイムで情報が共有できれば、転院先の選定に要する時間も短縮され、重症度にあわせて利用できる施設を効率よく探すことができるとと思われる。大都市圏における脳卒中診療連携の確立には情報の共有化が1つのポイントとなり、情報共有システムの確立が望まれる。

表2 急性期・回復期施設間での要望

急性期→回復期への要望		回復期→急性期への要望(複数回答可)	
1) 入院待機期間を短くしてほしい	19名	1) 転院後の情報紹介に迅速に応じてほしい	26名
2) 経済的条件を改善してほしい	8名	2) 全身状態を考慮したうえで患者紹介を行ってほしい	82名
3) ある程度の病状の変化には対応してほしい	28名	3) リハビリテーション内容を確認したうえで患者紹介を行ってほしい	31名
4) 転院後の状態を適切に伝えてほしい(外来経過観察のため戻ってくる時など)	16名	4) 急変時の受け入れを確実に行ってほしい	78名
5) その他	3名	5) 退院時のフォローアップを行ってほしい	27名
		6) 患者への病状説明を充分に行ってほしい	96名
		7) 適切な内容の紹介状を作成してほしい	50名
		8) その他	5名

おわりに

東京都を中心とする大都市圏の脳卒中診療連携の現状および問題点についてアンケート調査を行った。アンケートの結果では急性期、回復期施設におけるお互いの情報不足、医療資源の不足が問題点としてあげられた。大都市圏における診療連携の確立には医療資源不足の解

消、限られた医療資源の効率のよい活用、情報共有システムの確立が望まれる。

本調査は長寿科学総合研究事業「大都市圏脳卒中診療連携体制の構築」に関する研究により行われた。

(藤原俊之, 里宇明元, 朝倉敬子, 武林 亨)