

おわりに

— 脳卒中における連携パスのあり方と今後の課題

医療施設の機能分化に伴う問題を克服するためには、切れ目のない脳卒中診療体制を確立することが必須であり、そのためのツールが脳卒中連携パスである。脳卒中診療は「疾病」から「障害」、「障害」から「生活」へと、病期によってアプローチの仕方が変わっていくため、急性期のクリニカルパス、回復期のリハビリテーションプログラム、維持期のリハビリテーションマネジメントを円滑に結ぶアイデアが必要となる。脳卒中連携パスの本質は各施設の多職種スタッフすべてが相互理解を深め、共通のゴールに向かって役割分担を明確にし(=全体連携図の構築)、効率的かつ適切な患者情報の共有を行うこと(=患者情報のデータベース化)にあると考える。

本書は日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会のなかに設置された「リハビリテーション連携パス策定委員会」の活動の一環として企画された。「はじめに」で述べられているように、連携パスについての取り組みはまだようやく始まったばかりであり、本書は連携パスの決定版を提示することを意図したものではない。読者がそれぞれの地域で連携パスを作り、実践していくうえでの手引き書として活用いただくことで連携パスのあり方をじっくり考え、それぞれの地域の特性に合わせて連携パスを作り上げていくことの手助けになれば幸いである。

ここでは、わが国の脳卒中における連携パスをとりまく状況を振り返りながら、連携パスのあり方や今後の課題について私見を述べる。

■切れ目のない脳卒中診療体制と連携パスの必要性

わが国における脳卒中診療体制は大きな変革期を迎えている。脳卒中診療は急性期・回復期・維持期といった病期によって治療方法が異なるため、医療スタッフや医療機器など人的・物的資源の効率的な運用のためには医療施設の機能分化は不可避であり、医療制度上の後押しを受けて、欧米諸国と同様にわが国においてもこの傾向はさらに加速されるであろう。

しかし、医療を受ける患者やその家族にとっては施設の移動、すなわち転院は大きな負担である。せっかく確立された担当医・看護師などの医療スタッフとの信頼関係を再構築する必要があり、入院手続きなど事務処理を再度行わなければならない。また、転院先が希望と一致しない可能性もあり、精神的にも不安は大きい。また医療施設の側でも、たとえば回復期施設に転院する場合には、転院先をスムーズに確保できないと転院まで待機入院の期間が長くなってしまい、医学的にはその間にいわゆる廃用症候群に陥り、回復期リハビリテーション(以下、リハ)を行っても思うように機能回復が進まない可能性や、施設にとってもその間は新たな入院がとれない。また、転院先の回復期施設では、転院元の急性期施設と患者情報の共有がうまくできていないと大きなトラブルを生じる可能性もある。

このような機能分化に伴う問題点を克服するためには、各々の医療施設の連携を強化し、急性期から維持期まで切れ目のない脳卒中診療体制を確立することが必須であり、そのためのツールが脳卒中連携パスである。2006年6月に「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案(医療制度改革法案)」が成立し、そのなかで「医療機能の分化と連携」がこれから目指す医療の大きな柱の1つとして示されたこともあり、全国各地で急速に脳卒中の地域連携に関する取り組みが始まってきている。しかし、連携パスに関する議論は抽象的な概念論が多く、いまだにその実態がない状態である。どのような方向性をもって連携パスの構築を進めていけばよいのかわからず、関連学会などから大枠の指針が提言されるのを待ち望んでいる状況にある。

■脳卒中における連携バス作成が難しい理由

施設間の連携を強化し、急性期・回復期・維持期の切れ目のない脳卒中診療体制を確立するためには、各施設間での親密な協力関係を構築し、意識、情報、評価方法などの共有を行い、施設間を移動する患者・家族に対し、短期間で施設を移動していくことに関して合理的な説明が行われ、理解と同意のもとに治療・ケアが進むような体制づくりが必要となる²⁾。

その際に各病期の施設を切れ目なく繋ぐツールとして連携バスが注目されている。大腿骨頸部骨折の連携バスでは、受傷から入院し、手術が施行され、転院し、リハビリが施行されて自宅退院に至るまで、入院施設が変わっても同一の時系列で連携バスを適用することが可能である。一方、脳卒中に関してはまだ連携バスの概念が十分に確立されておらず、全国各地で地域の医療状況に応じて様々な形態で展開されており、統一された雛形を示すことがいまだできていない。

脳卒中の連携バスの作成が難しい理由として、脳卒中では各病期においてアプローチの仕方が異なっていることがあげられる。急性期であれば原病である脳卒中の治療に主眼が置かれ、患者の全身状態の把握や点滴管理など急性期治療の流れが示された疾患ごとのクリニカルパスにより「疾病」中心に治療が進む。一方、回復期では、患者の運動麻痺や失語症などの機能障害、歩行能力や日常生活動作(activities of daily living; ADL)などの能力低下に対する治療および自宅復帰や職場復帰などの社会的不利に対する対応が主体となり、それらの評価をもとに作成されたリハビリプログラムをもとに「障害」を中心にリハビリ治療が行われる³⁾。さらに、維持期では「生活」をキーワードとして、福祉サービスを活用しつつ、かかりつけ医を中心に原病の再発予防や併存疾患の管理、歩行能力やADLの低下防止を目的にリハマネジメントが行われる⁴⁾。

すなわち脳卒中治療は、「疾病」から「障害」、「障害」から「生活」へと、病期によってアプローチの仕方が変わっていくため(「1-3. 連携の考え方」図3を参照のこと⇒10頁)、そのまま単一のバスとして時系列に沿った形で連結することは不可能であり、大腿骨頸部骨折の連携バスとは違ったバスの形が求められている。

■脳卒中における連携バスのあり方

脳卒中における連携バス作成の困難さを克服すべく、全国のいくつかの地域で連携バス作成が試みられてきた。それらの取り組みを通じて浮き彫りにされてきた脳卒中における連携バスに必要な条件は、①急性期・回復期・維持期の施設の多職種スタッフすべてが相互に理解を深め、共通のゴールに向かって、役割分担を明確にし[=全体連携図(オーバービューパス)の構築]、②効率のかつ適切な患者情報の共有を行う(=共通の評価項目に基づいた患者情報のデータベース化)ことであると考えられる。

1. 全体連携図(オーバービューパス)の構築

全体連携図(オーバービューパス)を構築して最終的なゴールや急性期・回復期・維持期の治療の流れを示し、各病期の多職種スタッフの役割分担を明確にすることは連携バスに欠かせない。そのなかでも、回復期施設は急性期と維持期の橋渡し役として中心的存在となるべきである。急性期治療を終えた脳卒中患者の回復期施設や維持期施設への転院の基準および回復期施設の退院の基準を明確にすることは、脳卒中患者のトリアージを円滑に行い、切れ目のない脳卒中診療体制づくりをするうえで重要である。

一方、維持期における連携バスの取り組みはわが国ではいまだ本格的に行われていないが、かかりつけ医を中心にマネジメントされることが望まれる。

a. 急性期から回復期へ

脳卒中患者が回復期施設に入院する目的は、急性期施設での治療を終え状態の安定した患者が後遺症として片麻痺、高次脳機能障害、嚥下障害などの機能障害を生じ、ADLや歩行能力

の低下といった能力低下をきたし、社会生活を送るうえでハンディキャップを有している場合に、集中的な入院リハを行うことにより機能の回復を図ることである。

回復期施設での入院治療は医療の一環であることから、転院するにあたっては医学的な必要条件を満たしていることが前提である。回復期リハ病棟の施設数は全国的に大きなばらつきがあり、各地域の医療事情(需要と供給のバランス)により一律に基準を決めることはできないが、医学的な観点から以下のような基準が例として考えられる。

急性期治療終了後、回復期リハ施設への転院基準の1例

- (1) 脳卒中中の急性期治療が終了し、全身状態が安定していること
- (2) 意識レベルがクリア(Japan Coma Scale; JCS 1桁)であること
- (3) ADL もしくは歩行能力になんらかの介助を要すること
- (4) 脳卒中発症から原則2ヵ月以内であること
- (5) リハの継続によりADL向上が見込めること

条件(3)のADLに関しては、客観的な指標として、mRS(modified Rankin Scale)、バーテルインデックス(Barthel Index)、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure; FIM)などのADL評価尺度による点数で判別することが推奨される⁴⁾。

一方、急性期施設入院中にADLや歩行が自立し、自宅での生活に支障をきたさない場合には、回復期施設を経ずに自宅退院が考慮されるが、ADLや歩行能力が自立していても上肢の運動麻痺、高次脳機能障害、嚥下障害などの機能障害を有し、引き続きリハが必要な場合には、状況に応じて短期間の回復期施設の入院や外来でのリハを継続することが望まれる。

また、意識障害が重度で回復期施設での入院リハの効果を認めない場合には維持期の施設(長期療養型病床、特別養護老人ホームなど)へ転院・入所となるが、例として以下のような基準が考えられる。

急性期治療終了後、維持期の施設への転院基準の1例

- (1) 脳卒中中の急性期治療が終了し、全身状態が安定していること
- (2) 意識障害が遷延していること(JCS 2桁もしくは3桁)
- (3) リハの継続によりADL向上が見込めないこと

ただし、意識障害がJCS10程度で改善の見込みがある場合には回復期リハの受け入れも考慮すべきであり、急性期施設から維持期施設への転院は慎重に行う必要がある。

b. 回復期から維持期へ

回復期施設での集中的な入院リハを行うにあたっては、入院時に障害の機能評価を行い、各患者が有する問題点を障害のレベル別(機能障害・能力低下・社会的不利)に整理し、機能予後の予測(ゴール設定)を行い、治療の方針(リハビリプログラムの作成)と内容(治療、訓練処方)および期間を決定する必要がある^{3,4)}。回復期リハの主な目標はADLの向上であるため、標準化されたADL尺度をゴール設定やリハ効果の評価のためのベースとなる評価尺度として用いることが望まれる。FIMは脳卒中患者の機能評価尺度として信頼性・妥当性に優れ、世界的に使用されており、リハの効果を評価する尺度としての有用性も確立していることから、その使用が推奨される。

回復期から自宅退院もしくは施設への転院・入所にあたっては、医学的な退院基準(FIM利得による評価)と合わせて、社会的な条件がクリアされる必要がある。入院期間は必ずしもゴールとはならない。一般に入院時ADLと入院期間は相関関係にあり、ADLが低ければ入院期間は必然的に長くなるからである。単位日数あたりのFIM利得(=FIM効率)は極端にFIM点数が低い場合を除いて、入院時のADLによらずに概ね同等である(図1)。回復期にお

いては、急性期のクリニカルパスのように、入院時に入院期間が確定された時系列ごとの単一のパスにあてはめて画一的に運用することが難しいので、毎月(可能ならば毎週)FIM を評価し、FIM 利得が得られれば入院リハを継続する必要がある。逆に改善がみられなければ、入院を継続してもそれ以上の改善は難しいので退院を考慮すべきである。

以上、まとめると、回復期の退院の条件の例として以下の基準が考えられる。

回復期施設の退院基準の1例

- (1) ADL・歩行能力がゴールに到達もしくは1ヵ月間のFIM 利得がほぼプラトー(3点未満)
- (2) 自宅復帰や入所の準備が整っていること

c. 維持期の役割

自宅退院後にはかかりつけ医が中心となってマネジメントされるべきである。介護保険サービスの導入が必要と推測される場合には、自宅生活が円滑に行えるように、回復期施設入院中に要介護認定の申請を行い、病院スタッフとケアマネジャーが協力してケアプランを構築し、環境調整の整った段階で退院となる。かかりつけ医は、連携バスの全体連携図(オーバービューパス)に基づいて作成された患者データベースを活用し、回復期施設からの情報提供を受け、原病および併存疾患の管理とともに入院中に構築されたケアプランが順調に施行され、患者の機能が維持できているかどうかを経時的に評価する。そして、必要に応じて介護保険サービス(訪問看護・介護・リハなどの訪問によるサービス、通所リハ・介護などの通所サービス、短期入所など)の追加や変更を、ケアマネジャーや介護保険スタッフとが情報を共有し連携をとりながら行う。

維持期のADLや歩行能力などの機能維持のためには、問題が生じたときにそれを早期に発見する仕組みをつくり、医療での入院もしくは外来リハや介護保険サービスの追加などのケアプランの修正を行うなどして早期の介入を行うようにすることが非常に重要である。したがっ

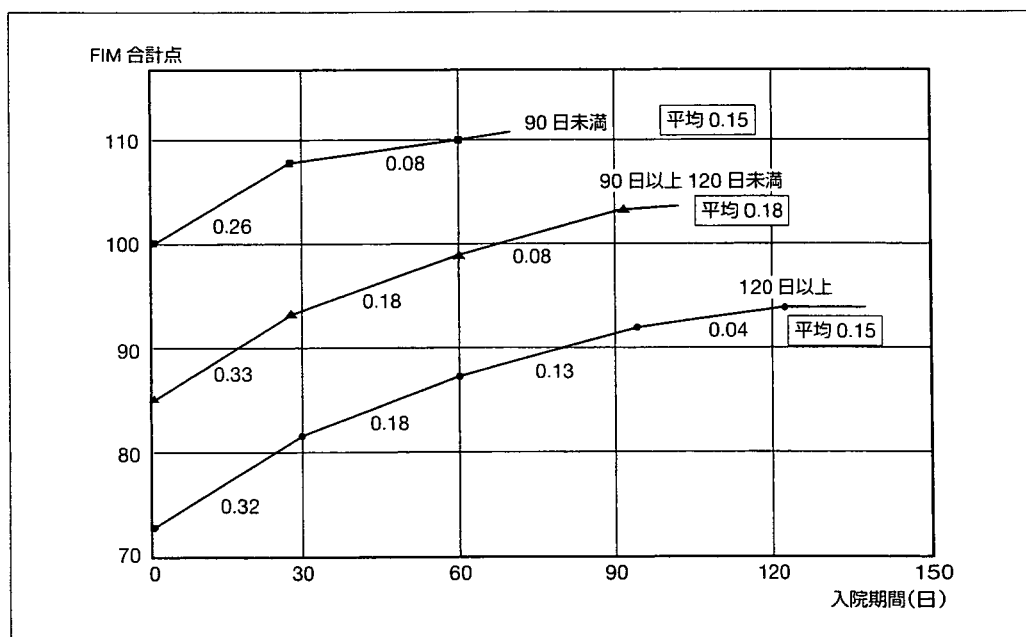


図1 脳卒中片麻痺患者164名の回復期における入院時FIM合計点別のFIM効率(単位日数あたりのFIM改善度)の経時変化

1996~1997年の2年間に埼玉県総合リハセンターに入院して回復期リハを受けた脳卒中患者全例の未発表データ。

入院時FIM運動項目の点数が低いほど入院期間は長い。FIM効率(1日あたりのFIM利得)に大きな差はないことが示されている。

て、機能が低下しやすい退院後3ヵ月間は毎月評価を行い、その後も必要に応じて3~6ヵ月に1回評価を行うことにより、機能低下の早期発見が可能となる⁵⁾。

また、退院後3ヵ月以降の自宅生活中にADLや歩行能力が低下する要因としては、原病の再発・症候性てんかん、併存疾患の急性増悪(心不全、不整脈、糖尿病、肺炎、変形性膝関節症、骨粗鬆症、変形性腰椎症)、転倒による慢性硬膜下出血、上腕骨・大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折など、全身状態の悪化や骨関節の障害が契機となる場合も多いので、施設間情報の共有を含めた急性期施設との連携体制の構築を図ることも非常に重要である。

2. 共通の評価項目に基づいた患者情報のデータベース化

効率的かつ適切な患者情報の共有を行うためには、情報交換の手段や方法を開発する必要がある。IT技術の進歩した現在においては、ネットワーク技術を駆使して各施設をオンライン化し、共通のシステムで患者情報のデータベースを構築するのがベストであろう。情報の漏洩を防ぐためのセキュリティー技術を含む高度なIT技術が必要なため専門の業者の介入が必須となる。もちろん、患者のスムーズな転院や退院のためにはface-to-faceのコミュニケーション(打ち合わせ会、電話、電子メールなど)を必要に応じて行うことも欠かせない。

評価項目としては、個人情報、病院情報、社会的背景、治療経過、現在の医学的管理状況、リハの内容、ADLなどが含まれ、医師に限定せず多職種で分担して評価可能であるものがよい(表1)。また、評価項目の選定にあたっては以下の基準を満たすものであることが望まれる。

- (1) 評価者の業務量を著しく増やすものでないこと
- (2) 医師に限定せず多職種で分担して評価可能であること
- (3) 評価項目は信頼性、妥当性が検証され、広く使用されているものであること

表1 急性期・回復期・維持期の評価項目の例

多職種スタッフで役割分担をして入力し、得られたデータは各施設で共有されデータベース上で一元管理されることが望まれる。リハ/ADLの項目は経時的に評価を行う。

- 患者個人情報(医療ソーシャルワーカー：MSW記載)
患者名、ID、生年月日、年齢、性別、住所
- 病院情報(MSW記載)
病院名、病院住所、入院日、退院日
- 社会的背景(MSW記載)
キーパーソン、家族構成、職業、住居、退院・転院先、身体障害者手帳の取得の有無、障害者年金取得の有無、介護保険の取得の有無
- 治療経過(担当医記載)
主診断名、既往歴、発症日(推定発症時間)、意識レベル(JCS・GCS)、NIHSS
治療経過、手術名、手術日、処方内容、治療中の合併症・併存疾患、検査データ、画像データ
リハを行ううえで配慮が必要な事項、入院中の問題点と今後の注意点
キーパーソン・本人への病状説明内容
- 現在の医学的管理状況(担当医・看護師記載)
身長、体重、BMI、気管切開、経管栄養、点滴、経口摂取、義歯、膀胱カテーテル、排泄、睡眠、監視・抑制、問題行動、抑うつ、関節拘縮、疼痛、褥瘡
- リハ/ADL(担当看護師・MSW・リハスタッフ記載)
 - 1) 発症前の状況：認知症の有無、移動手段、ADLの状況
 - 2) 脳卒中機能評価：SIAS、FM
 - 3) 機能障害：運動麻痺(Brunnstrom Stage)、失調症、失語症、半側空間無視(BIT)、構音障害、知的機能低下(MMSE)、認知症、疼痛、筋緊張、肩関節拘縮(ROM)、足関節拘縮(ROM)、握力、非麻痺側膝伸展筋力低下(MMT)
 - 4) 能力低下：ADL評価(mRS、Barthel Index、FIM)、主な移動手段、基本動作、上肢実用度
 - 5) リハの問題点と今後の注意点

JCS：Japan Coma Scale、GCS：Glasgow Coma Scale、NIHSS：National Institutes of Health Stroke Scale、SIAS：Stroke Impairment Assessment Set(脳卒中機能評価法)、FM：Fugl-Meyer Assessment Set、BIT：Behavioural Inattention Test、MMSE：Mini-Mental State Examination、ROM：Range of Motion(関節可動域)、MMT：Manual Muscle Testing(徒手筋力測定法)、mRS：Modified Rankin Scale、FIM：Functional Independence Measure(機能的自立度評価法)

- (4) 必須項目は急性期・回復期・維持期で共通して評価可能なものであること
- (5) 患者の原病(脳卒中)および合併症・併存疾患の診断・治療の過程, 国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; ICDH)における機能障害(例: 片麻痺, 失語症), 能力低下(例: ADL, 歩行), 社会的不利(例: 家庭復帰)もしくは国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)が, 偏りなく網羅されていること
- (6) 急性期, 回復期, 維持期の段階の患者の状態や治療の流れが連携バスの各項目をみることによって理解可能となること
- (7) 患者の情報は一元管理され, データベース化することによって, 患者自身の今後のマネジメントや脳卒中医療の質を向上させるための臨床研究に役立つものであること

■まとめ

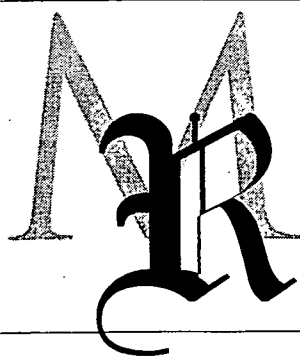
わが国における脳卒中の連携バスを取り巻く状況と連携のあり方について, リハの観点から私見も含めて述べた。脳卒中治療は, 「疾病」から「障害」, 「障害」から「生活」へと, 病期によってアプローチの仕方が変わっていくため, 大腿骨頸部骨折のように, 同一の時系列に沿った連携バスはうまくいかず, 急性期のクリニカルバス, 回復期のリハプログラム, 維持期のリハマネジメントを円滑に結ぶアイデアが必要となる。また, 大都市圏や僻地医療のような地域性の違いもあり, 全国共通の雛形を作ることは難しい。しかし, 本項で述べてきたように, その本質は急性期・回復期・維持期施設の多職種スタッフすべてが相互に理解を深め, 共通のゴールに向かって役割分担を明確にし, 効率的かつ適切な患者情報の共有を行うことにありと思われる。

最後に, 脳卒中の連携体制というと, 一般的に救急搬送や急性期治療のトリアージをまず考えがちであるが, 脳卒中診療の中心は多職種チームによるリハ治療であること, 急性期・回復期・維持期の共通言語は ADL であることを強調したい。また, 急性期と維持期の橋渡しをする回復期施設の重要性が今後さらに増すことから, 回復期リハ施設が各地域の駆動力となって, 連携バスへの取り組みを進めていくことが望まれる。今後, 今まで以上に全国的に多くの連携バスが試みられることは間違いなく, 本書がそのお役に立てれば本望である。

辻 哲也

■文献

- 1) 辻 哲也: 脳卒中患者のリハビリテーション—機能評価とリハビリテーションの進め方。インターベンション時代の脳卒中学, 上巻, 改訂第2版。日本臨牀増刊号 No.901: 753-763, 2006
- 2) 渡辺 進, 橋本洋一郎: 脳卒中ネットワーク。日本リハビリテーション病院・施設協会急性期・回復期リハビリテーション検討委員会(編): 脳卒中急性期のリハビリテーション—rt-PA 時代のブレインアタック戦略, pp278-282, 南江堂, 2006
- 3) 辻 哲也, 里宇明元: プログラムの立て方とその評価の基本。治療 85: 1625-1633, 2003
- 4) 辻 哲也: 脳卒中評価法の進歩。里宇明元, 才藤栄一, 出江紳一(編集主幹): リハビリテーション医学の新しい流れ, 先端医療シリーズ 36, pp154-161, 先端医療技術研究所, 2005
- 5) 山田 深, 里宇明元: 仮の要介護状態とその対策。リハ医学 42: 690-696, 2005



特集/リハビリテーションと介護保険

予防給付事業のノウハウ

速水 聡^{*1} 森 英二^{*2} 里宇明元^{*3}

Abstract 平成18年4月の介護保険制度改定では予防重視型システム導入のなかで「新予防給付」が創設された。要介護度の重度化を防ぐサービスとして、特に通所系サービスが期待されている。そして医療保険によるリハビリテーションとの連携も考慮すると、短時間滞在型の通所系サービスが今後増えていくと予想される。当クリニックが平成15年に開設した機能訓練対応型通所介護施設にて要介護度の軽度化や維持に努めてきた結果、週2回の通所頻度の必要性や理学療法士等介入の有効性が考えられた。また、要支援者専用通所系サービスの確立の必要性も示唆され、平成18年12月に介護予防専用通所介護施設を開設した。これまでの経緯やアウトカム、新規施設の実際を踏まえて、新予防給付事業のノウハウについて提言する。

Key words : 介護予防 (care prevention), 新予防給付 (preventive benefits), 通所系サービス (services of Day service-type), 要介護度 (level of the certified care), アウトカム (outcome), リハビリテーション (rehabilitation)

はじめに

平成12年4月に介護保険制度(以下、制度)が開始されてから要介護認定を受ける人が急速に増加している。特に従来の要支援・要介護1の方の増加が著しく、認定者の約半数を占めている。平成18年4月の制度改定により要介護状態区分が軽度の方は、適切な介護サービスの利用により「身体機能の改善・維持」が期待されている。そのような軽度の方の状態像を踏まえ、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは重度化しないように、予防重視型システムへの転換が行われた(図1)¹⁾。また、認知症や独居の高齢者の方も増加すると見込まれており、介護が必要になっても住み慣

れた地域で可能な限り暮らし続けられるように、高齢者の多様なニーズや相談に総合的に対応する地域の拠点としての「地域包括支援センター」等も創設された。

今回は、要支援1・2(以下、要支援者)を対象とした新予防給付事業、そのなかでも特に廃用症候群予防・改善の観点から重視されている通所系サービスについて述べる。新予防給付対象の要支援者は従来の要支援者に加えて半数以上の要介護度1の認定者で構成されている(図2)。厚生労働省(以下、厚労省)は新予防給付・介護給付を介護予防における予防段階のなかで三次予防に位置付けている(図3)²⁾が、今回の新予防給付創設により、従来の軽度要介護者と中重度要介護者に対するアプローチを明確に分けることとなった。また、初めての診療報酬と介護報酬の同時改定によって、医療保険および介護保険におけるリハビリテーション(以下、リハ)の見直しおよび連携の強化について、厚労省より平成18年12月に通達が出された。したがって、新予防給付事業を展望す

^{*1} Satoshi HAYAMIZU, 〒143-0023 東京都大田区山王3-28-12 涓泉会(けんせんかい) 山王リハビリ・クリニック

^{*2} Eiji MORI, 同, 院長

^{*3} Meigen LIU, 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室, 教授

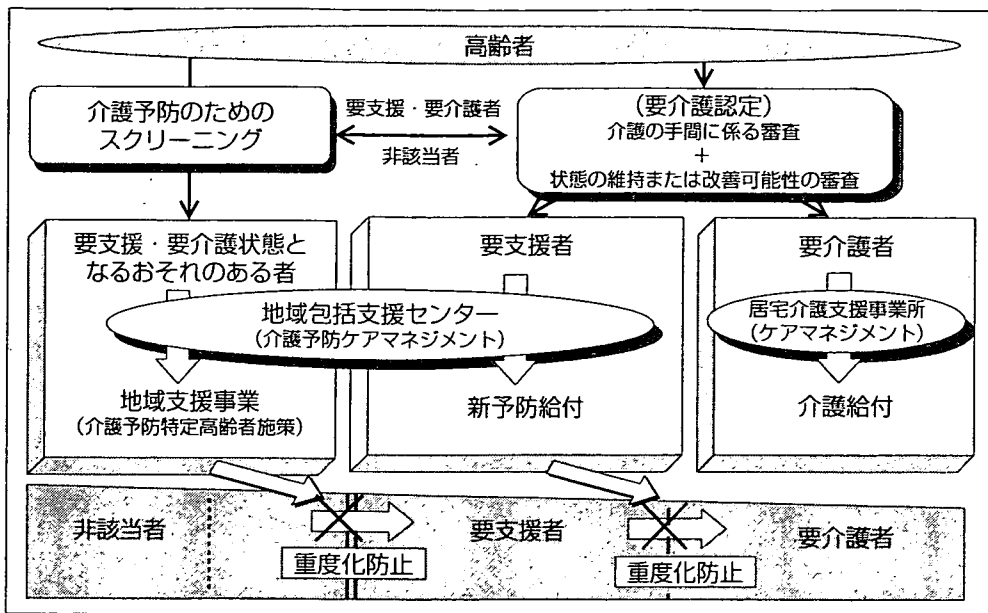


図 1. 予防重視型システムへの転換 (全体概要)

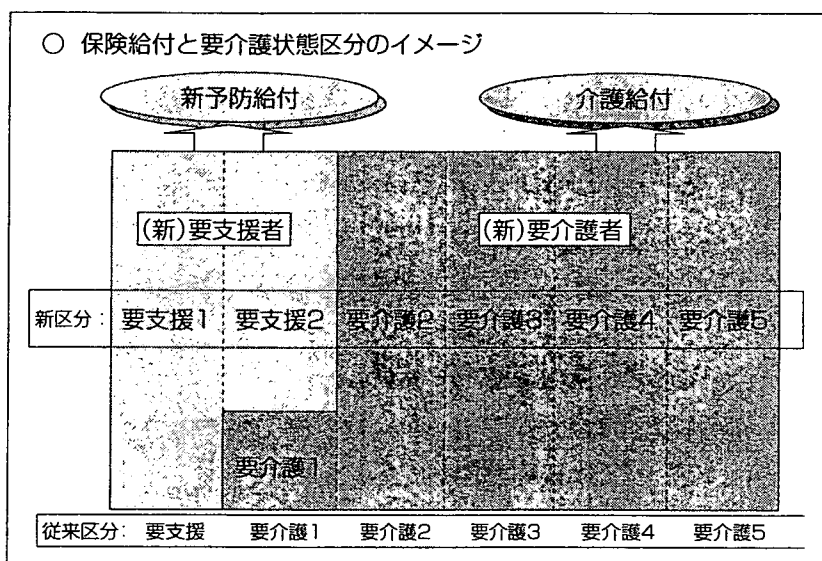


図 2. 新しい要介護状態区分のイメージ図 (厚労省ホームページより一部改変)

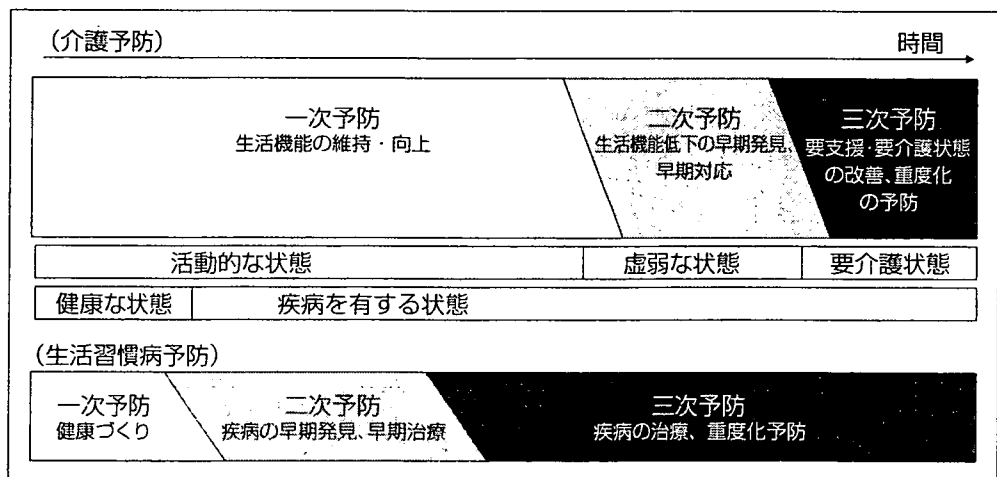


図 3. 予防の段階 (文献3より引用)

るとともに、本事業の診療報酬改定との関連や従来の軽度要介護者に対するリハのアウトカムについても示したい。

新予防給付創設と診療報酬改定

平成 18 年 4 月の診療報酬改定により、リハ医療の日数制限が制定された。また、厚労省により維

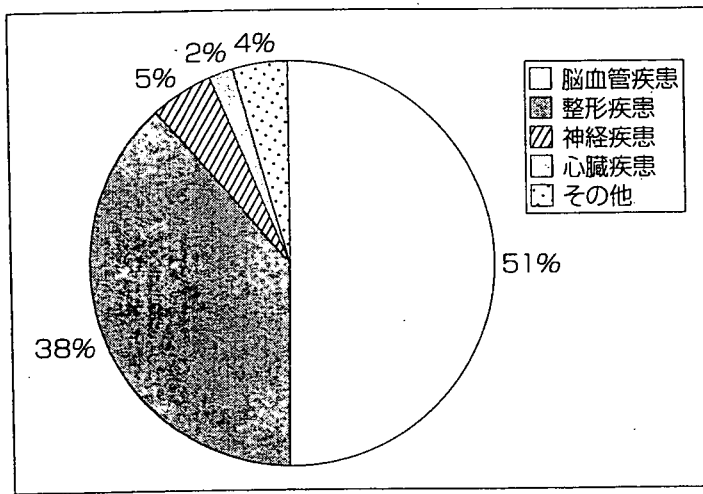


図 4. 疾患別分類

時期リハは事実上、介護保険での対応が求められるようになった。当クリニックでは平成 14 年の診療報酬改定後、介護保険で対応するリハ施設として短時間滞在型(3 時間以上 4 時間未満)の機能訓練対応デイサービス「山王リハビリステーション」を平成 15 年 2 月に開設した。外来リハに通院している患者は通常、理学療法士(以下、PT)と一対一で行うリハ(個別療法)が一般的であるが、個別療法でなくとも身体機能維持が可能である患者も存在する。すなわち、平成 18 年 4 月の診療報酬改定にて廃止された集団療法による外来リハも存在していた。その集団療法の対象者は介護保険の通所系サービスにて身体機能維持が可能である、という考えに基づき施設を開設した。

ただ、各患者にとって個別療法と集団療法どちらが適切であるかを判別することが大変重要であり、個々の患者における機能障害、能力低下、社会的不利を評価できる能力が要求されるため、当クリニックではリハ専門医がその役割を担っている。特に、脳血管障害による多種多様な障害が併存する場合には専門医の判断が必須である。すなわち医療保険で行うリハと介護保険で行うリハの質の違いを医師が理解したうえで患者を振り分ける必要があるといえる。

運動療法を中心に行う通所介護施設としては、外来リハに通院していた患者を考慮すると、現状のサービス区分のなかでは 3 時間以上 4 時間未満の滞在時間が最適であると考えられた。雑誌「厚生」の指標³⁾と 3 時間以上 4 時間未満の通所

介護施設の構成割合は全体の 1~2%と非常に少ないが、今回の診療報酬改定を受けて今後、短時間滞在型の通所系サービスは脚光を浴びると思われる。その短時間滞在型の通所介護施設におけるリハのアウトカムについては後述する。

今回、新しく創設された新予防給付では通所系サービスの滞在時間の縛りはなく、包括的な報酬設定となっている。当クリニックが昨年 12 月に開設した介護予防専用通所介護施設の利用者滞在時間は 2~3 時間である。運動指導や体操を中心としたプログラムを提供しており、その詳細についても後述する。

短時間滞在型の通所介護施設における リハのアウトカム

1. 方法

平成 15 年 4 月~平成 18 年 3 月の 3 年間に当クリニック通所介護施設を利用し、利用中に要介護認定を 2 回以上更新した利用者のリハ効果を検証した。対象は平成 15 年 4 月~平成 18 年 3 月の間に在籍していた当施設の利用者のうち、利用開始後に要介護認定が 2 回以上更新された利用者 139 名(男性 67 名、平均年齢 75.5 歳、女性 72 名、平均年齢 79.9 歳)である。

調査方法は施設利用開始後、2~13 か月経過した間に要介護認定の更新を受けた利用者を更新 1 回目と定義した。これは利用開始後 1 か月ではリハ効果によるものと認めるには不相当と判断したためである。更新 2 回目とは 14~25 か月経過した間に受けた要介護認定の更新を指す。

2. 結果

疾患別分類では脳血管障害等が 51%で約半数を占めた(図 4)。なお、パーキンソン症候群は脳血管障害等に含まれている。また複数の疾患が併存する場合は主たる障害の原因疾患で分類した。次に整形外科疾患が 38%と約 4 割を占め、神経難病を含む神経疾患は 5%であった。

要介護度の内訳(図 5)は、要介護度 1・2 で 6 割強を占めており、特に女性の要介護度 1 は女性全

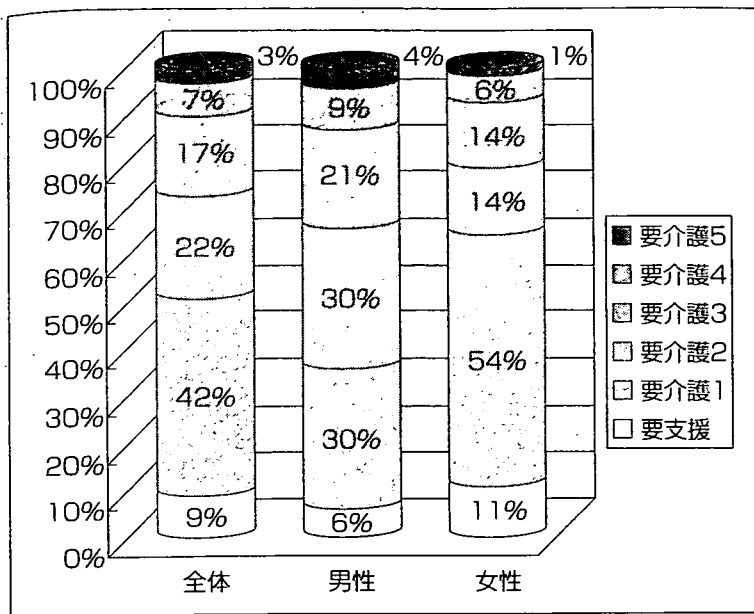


図 5. 要介護度の内訳(利用開始時)

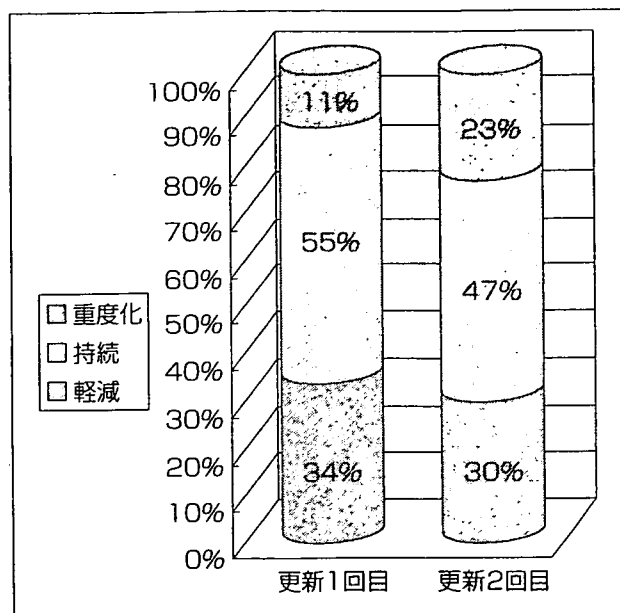


図 6. 要介護度の変化(利用開始時との比較)

表 1. 要介護度認定の更新1回目

		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	総計
利用開始時の要介護度	要支援	10	2					12
	要介護度1	7	48	3	1			59
	要介護度2		14	11	5			30
	要介護度3		9	8	3	4		24
	要介護度4		1	3	3	2	1	10
	要介護度5				1	1	2	4
	総計	17	74	25	13	7	3	139

表 2. 要介護度認定の更新2回目

		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	総計
利用開始時の要介護度	要支援	8	4					12
	要介護度1	6	37	9	6		1	59
	要介護度2		12	11	5	2		30
	要介護度3		13	3	3	4	1	24
	要介護度4		1	1	3	5	0	10
	要介護度5				2	0	2	4
	総計	14	67	24	19	11	4	139

体の約半数という特徴が認められた。要介護度の変化(図6)は、利用開始時の要介護度の変化である。更新1回目に認められた要介護度の軽減が、更新2回目の時もほぼ維持されていた。逆に更新1回目に重度化した利用者が更新2回目では倍増していた。

次に具体的な要介護度の変化について述べる。利用開始時と更新1回目の要介護度の変化(表

1)、利用開始時と更新2回目の要介護度の変化(表2)を示す。まず、表1の重要なポイントは、要介護度2・3で要介護度が軽減した利用者の数である。要介護度2では、更新1回目に30名中14名が要介護度1に軽減している。また、要介護度3では、24名中9名が要介護度1に、8名が要介護度2に軽減していた。

表2のポイントは、要介護度1の重度化した利

用者数と要介護度3の軽減した利用者数である。要介護度1では、要介護度2に重度化した利用者が、更新1回目の3名から9名に、要介護度3に重度化した利用者が、更新1回目の1名から6名に増えていた。また、要介護度3では、要介護度1に軽減した利用者が、更新1回目の9名から、さらに増えて13名になっていた。

要介護度が軽減している利用者群における平均利用日数は週2.0日であったのに対して、要介護度を維持している利用者群は週1.7日で、更新1回目・2回目ともに統計上、両群に有意差を認められた。

3. 考察

要介護度2・3の利用者における軽減率が高かった理由としては、PTによる初期評価の時に適切な個別メニューが作成されたことにより、各利用者にとって適切な運動療法が提供され、運動の継続性、施設利用の継続性につながったことが考えられる。また個別メニューのみならず、集団体操による利用者同士の刺激が、運動療法に相乗効果をもたらした可能性もある。さらに、更新2回目においても要介護度の一層の軽減が認められた利用者も多く、運動療法を継続することによって緩やかに能力低下が改善された結果と考えられる。

疾患分類別に重度化した利用者进行分析すると、神経系疾患(脳血管障害等、神経難病)の割合が高く(72%)、deconditioningや疾患の進行によるものが考えられ、医療保険でのリハや、他の介護保険サービスとの併用(訪問リハ等)が重要であると考えられた。

更新2回目に重度化した要介護度1の利用者を詳細に分析すると、重度化した利用者16名中6名は更新2回目に、要介護度1から要介護度3に、1名は要介護度5になっていた。これらは、突然の事故による骨折や体調不良で入院した結果の者も含まれている。また要支援者や要介護度1の利用者が重度化している背景には、彼らに適切な運動プログラムが提供されていなかった可能性も考えられる。特に集団で行う運動プログラムは、より

要介護度が重い利用者のレベルに合わせざるを得ず、軽度者にとっての運動効果としては薄いことが考えられる。藤原⁹⁾もデイサービスで画一的に提供されているプログラム内容に対して警鐘を鳴らしている。また森本も通所サービスとして共通して言えることは50%を占める軽度障害者への対策、つまり新予防給付実施への対策が重要であると指摘している⁹⁾。

通所系サービスにおける利用頻度は厚労省の調べによると、平成15年、16年の通所介護施設における利用者1人当たり月平均利用回数は、それぞれ6.4回、6.6回⁹⁾であり、週に換算するとそれぞれ1.6回、1.65回である。

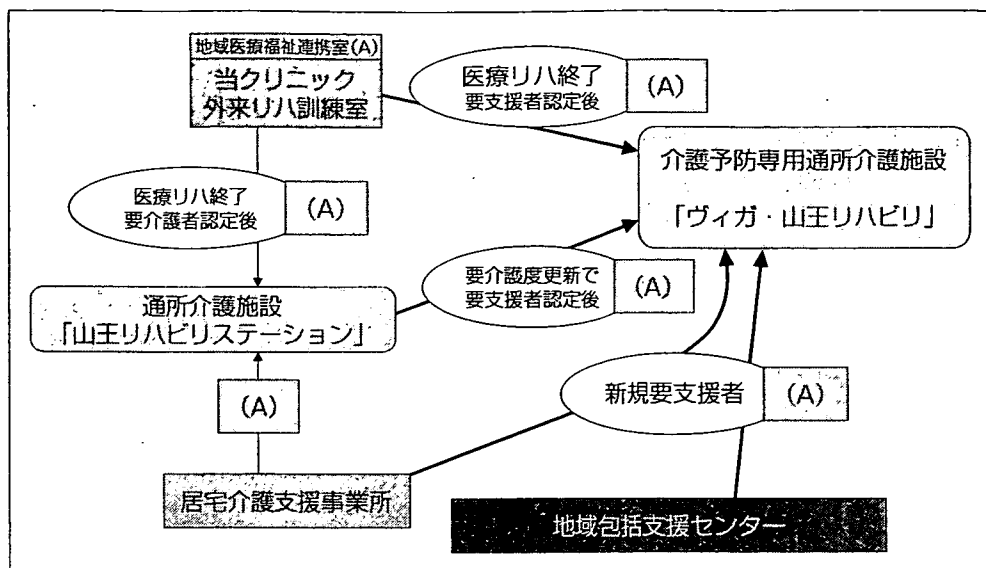
武原⁷⁾は週2回程度のトレーニングを行えば、80歳前後の要支援・要介護高齢者であっても生活機能は維持でき、なかには改善できる者もいるという。当施設のデータでも要介護度が軽減している利用者は平均週2回利用しており、通所系サービスの頻度としては週2回が適切と考えられ、今後の通所系サービスの利用頻度における1つの指標になることが考えられる。

平成18年4月の制度改定後の要介護度認定の基準では、従来の要介護度1で認知症など一部を除いた者は要支援2に、要支援は要支援1に認定している。新予防給付による要支援者の重度化予防プログラムを要支援者専用の施設で実践する必要性が今回のデータ分析で明らかとなり、当クリニックでは昨年2月よりプロジェクトチームを立ち上げ、同年12月に介護予防専用通所介護施設を開設するに至った。

介護予防専用通所介護施設の開設

今回の制度改定では、介護予防サービスの報酬単価は多少引き下げられ、介護予防通所介護等は月当たりの定額制が導入されている。また従来の通所系サービスには滞在時間の違いにより介護報酬が規定されていたが、新予防給付における通所系サービスにその規定はない。さらに診療報酬の同時改定により、維持期リハを必要とするいわゆる

図 7.
介護予防専用通所介護施設における利用者の流れと当クリニックの医療・介護連携
(A)：クリニック内の地域医療福祉連携室



る“医療リハ難民”は介護保険での対応が求められるようになった。

これら諸問題を同時に解決したのが、「短時間滞在型の介護予防専用通所介護施設」であった。ここで短時間滞在型のメリットとデメリットについて整理する。

まずメリットとしては、①運動療法を行うデイサービスへの通所を希望する利用者が集まる。すなわち入浴や食事サービスを強く希望する利用者は集まりにくく、リハを行う意欲が高い利用者同士の相乗効果が期待できる。②通所施設では運動や体操に短時間で集中して行うことが可能であり、自宅で自分の自由になる時間を半日以上確保できる。③午前・午後の2部制であり経営的な安定が見込める、などが挙げられる。

逆にデメリットとして1番大きな問題は、送迎である。1日2部制にすると通常の2倍以上、送迎の手間がかかるうえに利用者のリスク管理の問題が考えられる。送迎車からの昇降時に利用者が転落もしくは転倒するハプニングは時折、現場で起こる。最悪の場合、大腿骨頸部骨折を受傷され入院というケースもある。雑誌「厚生」の指標にある「通所介護・通所リハビリテーション所要時間別利用回数の構成割合」にて「6時間以上8時間未満」が約7割前後と高い数値を示しているのも1日2部制の困難さを反映していると考えられる。ただこの問題はサービス提供側の意識の変革次第で大きく改善できるものであり、当クリニックでは送

迎関係者の深い理解が得られている。

次に要支援者の専用通所施設とした理由であるが、前述したように新予防給付による要支援者の重度化予防プログラムを実践する必要性が明らかになったことほかに、介護給付者との混合型通所施設であると、滞在時間の問題が浮上してくる。要するに、新予防給付者の通所系サービスでは滞在時間の規定をさほど気にせずサービス提供が可能な一方で、介護給付者に対しては申請した滞在時間を満たす必要性があり、サービス提供者、利用者ともに一定の時間制限を受ける。

当クリニックのある大田区では要支援者と要介護者の混合型通所施設はあるものの、介護予防専用通所介護施設は当クリニック以外にまだ存在しない。しかし介護予防専門のデイサービスセンターの開設を検討している他区の施設などは介護保険関連誌等で紹介され始めている。その開設の根拠は単純で、軽度者を受け入れない通所介護事業所が増える傾向にあり、新規に要支援と認定された高齢者にとって利用できる通所介護事業所が少なくなっているためと考えられる。

最後に診療報酬改定との関連では、厚労省より「医師により維持期のリハビリテーションに移行することが適当と判断された場合には、医療機関と居宅介護支援事業所との連携を強化することにより、維持期のリハビリテーションに計画的かつ速やかに移行できるよう配慮すること」とあるように、医療リハ終了後の受け皿としての機能が介



図 8. 施設写真

護保険に求められている。要支援者では通所系サービスの利用が中心となるため、その実現にはやはり短時間滞在型で対応するのが適切と考えられる。

当クリニック外来にて外来リハ終了後の維持期リハの受け皿として、介護予防専用通所介護施設は実際に機能し始めている。現在の利用者の流れについては図7を参照していただきたい。当クリニックでは制度改定直後より「地域医療福祉連携室」を立ち上げ、地域との連携強化を図っている。居宅支援事業所のケアマネージャーや病院連携室との連携が主な業務である。介護予防専用通所介護施設開設後は地域包括支援センターとの関わりも出始めている。21世紀の地域医療は診療所からの積極的なケアマネージャーや病院連携室へのアプローチが求められており、介護予防の成功にはその連携が鍵を握っているのはいうまでもないだろう。

介護予防専用通所介護施設の実際

平成18年12月1日に「ヴィガ・山王リハビリ」(以下、新施設)は介護予防専用通所介護施設としてオープンした(図8)。「ヴィガ」は英語の「vigor」を日本語表記として手を加えたものである。

平成15年2月に開設した当クリニック通所介護施設にて平成18年4月から毎月約10人ペースで要支援1・2の利用者が増えていき、新施設の平成18年12月1日現在の登録者は同通所介護施設

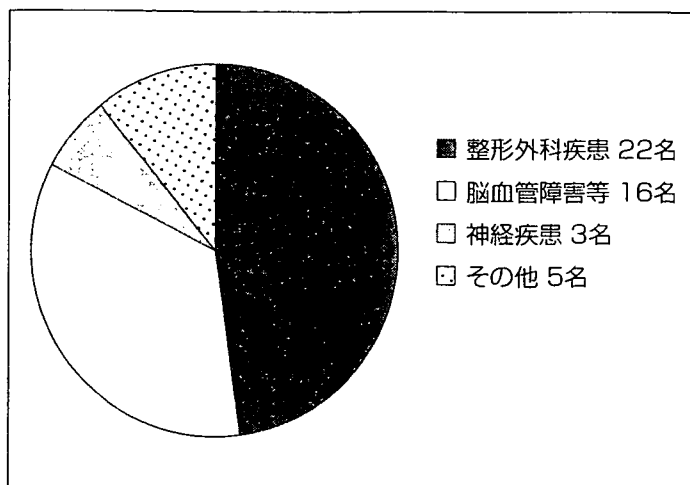


図 9. ヴィガ・山王リハビリ利用者の疾患別分類 (平成18年12月現在)

からの移行者を含めた46人でのスタートとなった。疾患別に見ると、整形外科疾患が約5割、脳血管障害等が約3割を占めている(図9)。

平成19年2月1日現在、登録者は66人で要支援1と要支援2の利用者比は約1:1である。新施設における提供プログラムの3本柱は、①バランス能力の向上プログラム、②持久力の向上プログラム、③自立支援につながるPT等の専門的アドバイスである。これらは安村ら⁹⁾が作成したエビデンスに基づく介護予防事業についての勧告文(表3)と共通する部分もある。

当クリニック通所介護施設において、週2回の頻度で一定の効果が認められたのは前述したとおりである。しかし要支援1に対しては週1回の施設利用を厚労省が指標として公表しているのは解釈が難しいが、新施設ではPT等による“重箱の隅をつつく”アドバイスや指導で対応するよう心がけている。すなわちPT等による個別指導であり、新施設利用開始時の初期評価をPT等が行う意義の1つがここにある。これは当クリニック通所介護施設から踏襲しているサービス体系である。自宅で運動を継続的に行え、かつ効果が見込まれる個別指導である。理想的には、在宅に持ち込んだリハがしっかりと実現できるか否かに責任を持つべき⁹⁾であり、当クリニックでも通所系サービスと訪問リハの併用を1つの形として提案しているが、利用者やケアマネージャーの理解が得られにくいのが現状である。

表 3. エビデンスに基づく介護予防事業についての勧告

<p>閉じこもり対策について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅からの外出が週1回程度以下の「閉じこもり」高齢者には1年後に死亡する者から回復する者まで幅広く含まれているので、対象者の閉じこもりのレベルや原因を評価し、それに適した介入を実施する。心理的側面では life review などを利用した介入を、身体的側面では筋力やバランスの向上を目的とする施設での運動指導を実施する (B) ・閉じこもりの発生予防のために、歩行障害などの身体的障害を残す疾病を予防し、認知機能を保存し、自己効力感を高め、抑うつ傾向を予防し、交友関係を維持し、散歩・体操の習慣を保持するための対策を実施する (C1) <p>在宅ケアについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年齢が70歳程度で障害が重度でない高齢者が身体的機能を維持したまま在宅生活を継続するために、地域の施設でのリハビリテーションや在宅を基盤にしたリハビリテーションを含む包括的ケアを提供する (A) ・自宅で生活する一般的な65歳以上の高齢者の死亡と入所・入院のリスクを減らすために、疾病、身体的・認知機能的・社会心理的障害などを評価し、それらを解決するうえでの目標を本人や家族とともに設定し、その目標を達成するための対策を本人の希望や利用できる様々なサービスを組み合わせて提供するとともに、本人が自ら健康課題と積極的に取り組む態度を醸成する在宅ケアを提供する (A) <p>運動指導について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅で暮らす高齢者の身体機能を改善するためには、筋力、持久力、バランス保持力の強化、柔軟性の改善を行うための運動を、個人々に合わせた強度と頻度で始め、最終的には中等度の強度で週3回以上施設で実施する (A) ・これらの運動を自宅で行う場合には、個人で実施可能になるまで専門家が管理し、その後も定期的に接触し、運動継続意欲を維持する (B) <p>介護家族の支援について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅で高齢者の介護をする者の負担感を減らし、うつ状態を回避するためには、介護者間の相互支援関係を醸成する指導、カウンセリング、ストレス対処法などの教育的支援、介護の一時休業のために被介護者を施設へショートステイさせるなどの対策を実施し (A)、介護者からの電話相談に即応する体制を整備する (B)

表中の A, B, C1 は、下記の勧告のグレードと内容を示す。

勧告のグレード	内容
A	行うよう強く勧められる(少なくとも1つの Level I のエビデンスがある)
B	行うよう勧められる(少なくとも1つの Level II のエビデンスがある)
C1	行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない
C2	科学的根拠がないので、勧められない
D	行わないよう勧められる

ただ、平成16年における社団法人日本理学療法士協会の調査では、通所介護施設の常勤PT数は14,200施設中15名(0.1%)と極端に低く、老人保健施設の3,065施設中1,971名(64%)とは比較にならない。新施設は当クリニックによるデイサービス経営ではあるが、常勤PTの配置は大変困難な状況であり、単独型デイサービスでのPTもしくはOTの配置は実際に困難な現実が浮き彫りとなっている。経営的な基盤に関しては、今後の行政の動きに注目したい。

最後に新予防給付事業(通所系サービス)のノウハウとしては、当クリニックの経験も踏まえて考えると以下の3点に集約される。

(1) 短時間滞在型の要支援者専用とした通所系サービスの確立と運営を図る。

(2) PT等による通所系サービスへの積極的な

関わりを持った体制を作る。

(3) 介護予防施設の医療機関との連携強化体制を確立する。

文 献

- 1) 三浦公嗣：介護保険制度見直しと介護保険の位置づけ。理学療法学, 32:478-480, 2005.
 〈Summary〉 介護予防の新たなサービスにおいては「機能向上」自体を目標にするのではなく、日常生活における「自己実現の達成」を真の目標とし、それを支援するための手段として捉えることが求められる。
- 2) 三浦公嗣：介護保険10ヵ年戦略の目指すもの。理学療法, 22:603-610, 2005.
 〈Summary〉 平成17年度(2005年度)の重点改革である健康フロンティア戦略の一環として、高齢者層を対象とする「介護予防10ヵ年戦略」が10年

間の事業期間で実施される。

- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課：平成16年度介護給付費実態調査結果の概況。厚生生の指標，52：41-45，2005。
- 4) 藤原 茂：通所サービスでのリハビリテーションの工夫—現状の課題と今後の課題—。GPnet，51(8)：58-63，2005。
- 5) 森本 榮：通所サービスでのリハビリテーションの工夫—現状の課題と今後の課題—。GPnet，51(12)：56-61，2004。
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課：平成16年介護サービス施設・事業所調査結果の概況。厚生生の指標，53：38-48，2006。
- 7) 武原光志：パワーリハビリテーション実施者100例の1年後の要介護度の変化。総合ケア，15：62-67，2005。
〈Summary〉週2回程度のトレーニングを行えば，80歳前後の要支援・要介護高齢者であっても生活機能は維持できる。
- 8) 安村誠司：介護予防事業の基本的な考え方とその評価。総合リハ，34：1021-1026，2006。
〈Summary〉介護予防事業を効果的に展開していく場合にも，事業の評価を行い，有効性・効率性の認められた事業を推進・展開していくことが重要である。

◆コラム◆

集団療法の廃止問題

速水 聡（清泉会 山王リハビリ・クリニック）

平成18年4月の診療報酬改定にて従来の維持期におけるリハビリテーション(以下、リハ)は厚生労働省(以下、厚労省)の方針として介護保険で行うこととされた。そして従来の集団療法が維持期リハの対象者にて大部分が行われていたと仮定すれば、医療保険における集団療法の廃止は、一見筋が通っている。また医療保険で行うリハ(以下、医療リハ)は理学療法士等による一対一の個別対応が基本であるとの考えから集団療法を廃止する方向性に、急性期や回復期を担う病院では大きな異論は唱えないと推測される。しかし、ここに大きな落とし穴が2つある。1つ目は維持期リハを支える介護保険のサービス環境が完全に整備されていないことである。すなわち維持期リハをしつかりと行える介護保険サービス提供機関がまだまだ現状では不足していることに他ならない。従来の集団療法と同等の訓練内容を介護保険サービスで確保するのは大変困難であると予測される。2つ目に介護保険サービスを利用できない患者が出てくることである。医療リハは一部の者を除いて日数制限にて個別訓練が受けられなくなる。そして、介護保険で行う維持期リハも受けられない患者が存在する。具体的には40歳未満や40歳以上65歳未満の特定疾患非該当患者である。これに対して厚労省は本年4月1日に異例の診療報酬再改定を行い「リハビリテーション医学管理料」を新設し、諸問題の解消を試みている。その効果についてはまだ明らかにはなっていないが、平成18年4月の診療報酬改定が社会問題にまで発展した最大の理由である介護保険サービス提供機関の不足に対しては何の解決策にもなっていないのは言うまでもないだろう。今後の診療報酬改定、介護報酬改定から目が離せない日々は更に続きそうである。

脳血管疾患に対するリハビリテーション

里宇明元*

キーワード ガイドライン 機能障害 診療連携パス 神経可塑性

はじめに

脳卒中は、死因の第3位(13万人)、総患者数の第4位(137.4万人)、国民医療費の第4位(1.7兆円)、高齢者医療費の第1位(1.38兆円)を占め¹⁾、要介護原因の第1位であり²⁾、国民の健康・福祉、医療経済に与える影響はきわめて大きい。リハビリテーション(以下、リハ)を含む適切な治療が行われれば、約70%が歩行可能となり、日常生活動作(ADL)の自立が期待できる。一方、適切なリハが行われないと、精神・身体機能が低下し、介護度が上昇する。

Stroke care unit(SCU)、血栓溶解療法、血管内カテーテル治療などの急性期治療の進歩、在院日数短縮の加速など、脳卒中医療が大きく変貌するなかで、限られた社会資源を効率的に活用しつつ、患者の生活機能とQOLを高め、社会の介護負担を軽減するためには、急性期から維持期に至る切れ目のないリハ体制の整備が不可欠である。諸外国ではすでに常識である急性期からの高密度・高強度リハの重要性が、『脳卒中治療ガイドライン2004』³⁾の刊行を機にわが国でもようやく浸透しつつある。さらに、成熟した脳においても可塑的变化が起こりうるという神経科学の知見を踏まえ、可塑性に働きかける新たな治療法が開発されつつある^{4,5)}。

表1 脳卒中の評価尺度

運動麻痺	Brunstrom Stage, Motricity Index
痙縮	(modified) Ashworth Scale
総合評価	Stroke Impairment Assessment Set (SIAS), Fugl-Meyer Assessment, NIH Stroke Scale, Canadian Neurological Scale
半側空間無視	Behavioural Inattention Test (BIT)
失語症	標準失語症検査 (SLTA)
知的機能	長谷川式簡易痴呆診査スケール, Mini-Mental State Examination (MMSE)
ADL	Barthel Index, Functional Independence Measure (FIM)

本稿では、これらの動向を踏まえ、脳卒中リハについて解説する。

I. 主な機能障害

脳卒中ではその病巣部位により、運動障害(片麻痺、失調症など)、感覚障害、高次脳機能障害(失語症、失認症、失行症、遂行機能障害、認知症)、構音障害、嚥下障害、脳神経障害、神経因性膀胱などの障害がみられる。さらに不動に伴う拘縮、筋力低下、褥瘡、起立性低血圧、体力低下などの廃用症候群も起こりやすく、その障害像は多彩である。これらの障害を可能な限り標準化された尺度を用いて評価することが重要である(表1)。

*りう・めいげん：慶應義塾大学医学部教授(リハビリテーション医学)。昭和54年慶應義塾大学医学部卒業。主研究領域/障害者の運動生理学、中枢神経可塑性に関する研究。

表2 脳卒中後の機能予後

運動麻痺	麻痺残存：50%
歩行	初発患者の60～70%が歩行可能 (うち装具歩行が1/3) ・歩行可能：18万人(65%) (うち装具歩行：6万人) ・歩行境界：3万人(10%) ・歩行不能：7万人(25%)
上肢機能	実用手は20%にとどまる
ADL	初発患者の60%が自立
嚥下機能	(経口摂取可能) 球麻痺：66% 仮性球麻痺：痴呆なし97% 痴呆あり44%
排尿機能	2か月以降：排尿自立80% 非自立の多くは脳梗塞、両側性病変

II. 予後予測

歩けるようになるか、ADLがどの程度自立するかは、本人・家族にとって大きな関心事である。主な障害の機能予後を表2に示す^{6,7)}。予後予測は、年齢、麻痺の程度、初期のADL状況などの情報を基に行われる。的確な予測とゴール設定の下にリハビリプログラムを組むことが大切である。

III. リハの流れ

リハの流れは、急性期、回復期、維持期に分けられる³⁾。急性期リハは、発症直後から十分なリスク管理の下にベッドサイドで開始され、廃用症候群の予防、早期座位・立位、摂食・嚥下と排尿の確立、セルフケアの早期自立を目標とする。回復期リハは、的確な予後予測・ゴール設定の下に、移動、セルフケア、嚥下、コミュニケーション、認知等の障害に対し、チームにより包括的にアプローチし、最大限の機能回復、ADLの向上、早期社会復帰を目指す。維持期リハは、獲得した機能を可及的長期に維持・向上するために実施され、生活のなかでのリハが中

心になる。発症直後から一貫した流れでリハを行うことが重要である。以下、各時期におけるリハのポイントを解説する⁸⁾。

IV. 急性期リハ

急性期には救命救急処置、脳障害の進展防止、全身管理が優先され、その一貫として安静が指示されるが、過度の安静は心身に悪影響を及ぼし、本来の障害に加え、廃用症候群を生じる。廃用症候群は一度起こるとその治療に多くの時間と労力を要し、その後のリハの妨げとなるので、発症直後から急性期治療と並行して、ベッド上体位保持、定期的な体位変換、他動的関節可動域訓練を行い、拘縮や褥瘡の予防に努めることが不可欠である。

座位訓練、寝返り、起き上がり、移乗動作、車椅子操作、立位などの基本的リハは、生命の危険を脱して意識がほぼ回復し、最低限の意思疎通が可能となった時点で開始する(通常発症後1週間以内)。少ない負荷から始め、自覚症状、意識状態、血圧、脈拍、呼吸などを観察しながら段階的に進める。

経口摂取は、生命徴候が安定し、意識清明になったら開始する。ヨーグルトなどの半固形物より始め、嚥下の状態をみながら、粥、米飯へと進めていく。嚥下障害が疑われる例ではビデオ嚥下造影などによる評価を基に、安全に摂取可能な体位や食物性状を工夫する。

留置カテーテルは可及的早期に抜去し、間欠導尿、収尿器、おむつを使い分け、定期的に排尿を誘導することにより、排尿パターンの確立を図る。座位耐久性が増したらポータブルトイレ、病棟トイレを用いる。神経因性膀胱が問題となる場合は、尿水力学の評価に基づき、病態に応じた薬物療法、ブロックなどを検討する。

V. 回復期リハ

回復期リハは、通常回復期リハ病棟において、多職種協働のチームにより行われる。その効果について、本邦の多施設共同研究(2,723例)⁹⁾によれば、Barthel Indexは入院時平均42.2から退院時74.3に改善し、歩行可能の割合も21.4%から70.7%に増加したことが報告されている。転帰先は、自宅72%、リハ目的転院11%、合併症治療目的転院2%、福祉目的転院9%、施設入所5%、死亡1%で、低ADL群ほど自宅復帰率が低く、入院期間が長かった。

以下、主な障害への対応のポイントを述べる。

1. 運動麻痺

まず麻痺の程度、分布や回復過程を評価する。評価法には、筋力テストを基礎とするもの(Motricity Index)、共同運動-分離運動を評価するもの(Brunnstrom Stage)、両者の利点を取り入れたもの(Stroke Impairment Assessment Set; SIAS)などがある。運動麻痺の予後は、片麻痺などが1か月以上続くものが50%、運動障害がないかまたは回復するものが30%、死亡が20%とされる。70%は歩行可能となるが、上肢が実用手まで回復する者は20%前後である。以上を踏まえ、麻痺の回復のみにこだわらず、早期に現実的な能力を獲得できるように援助する。

アプローチには、①麻痺そのものの回復を促すもの(筋再教育、ファシリテーション、電気刺激、バイオフィードバックなど)、②筋力低下・拘縮などを予防・軽減するもの(筋力増強、関節可動域訓練、体力向上訓練)、③健側機能を向上させ、補装具・自助具などを用いて、歩行やADLの実用性を獲得するものがある。1つのアプローチに固執せず、現実的な判断に基づき、時機を失せずに対応することが大切である。

2. 歩行障害

詳細な歩行分析に基づいた訓練および装具・杖の処方、安全な歩行の確立、全身持久力の向

上、実用性の向上などが重要である。訓練のポイントは、望ましい反応がみられたらタイムリーにフィードバックすること、いたずらに細かい歩容の改善にこだわらず、装具を積極的に活用して、早期に実用歩行の獲得を促すことにある。

3. 失語症

失語症は言語中枢の障害によって起こる言葉の選択、理解、統語の障害で、主に表出が障害される型(運動失語)、理解が障害される型(感覚失語)、喚語困難を主とする型(失名詞失語)、復唱障害が中心となる型(伝導失語)、言語機能全般が障害される型(全失語)に分けられる。標準失語症検査(SLTA)などにより評価し、障害状況に応じ、発語訓練、聴覚的言語把持力強化訓練、呼称訓練、文字と絵の対応訓練、復唱訓練およびジェスチャー、サインなどの代償的コミュニケーション訓練が行われる。家族に障害状況をよく理解してもらい、言葉にこだわらない広義のコミュニケーション環境を豊かにするように工夫し、心理的落ち込みを予防する。

4. 嚥下障害

嚥下障害は、誤嚥性肺炎・窒息の危険、低栄養・脱水、夜間咳嗽発作による睡眠障害、食事の楽しみの喪失、介護負担の増大などをもたらす。「むせ」は嚥下障害を示唆するが、むせのない誤嚥(silent aspiration)も忘れてはならない。まず、体重、栄養状態、貧血、脱水、胸部所見など、全身状態をチェックする。次に咽頭反射、軟口蓋反射、口腔・舌の知覚、咀嚼筋、顔面筋、口腔内諸筋、舌の麻痺および可動性を調べる。スクリーニングには水飲みテストや唾液嚥下テストが用いられる。頸部・体幹の可動性、義歯の適合や口腔衛生の評価も重要である。さらに実際の食事場面で、食事に対する態度、所要時間、むせ・誤嚥の有無、食物性状による変化、姿勢、頸部・体幹の動きを観察する。詳細な評価は、透視下で造影剤入りの食物を嚥下させ、体位、食物性状、量を変えながら、嚥下の様子

をビデオに記録するビデオ嚥下造影などにより行う。

訓練は、①病態の説明、②義歯の調整と口腔ケア、③間接的訓練(嚥下関連筋の可動域訓練、筋力増強、神経筋再教育、言語訓練、頸部屈曲保持訓練、アイスマッサージによる嚥下反射の惹起、空気や唾液の嚥下による嚥下パターン訓練)、④直接的訓練(摂食態度・行動の改善、体位・食物形態の工夫、食事介助指導)の順に進める。経口摂取不能例では、間欠的経管栄養法や胃瘻造設を検討する。

5. 高次脳機能障害

臨床的には左片麻痺患者に多い左半側空間失認が重要である。これは左半分を無視する障害であり、生活場面では食事中に左側にあるものを食べない、車椅子走行中に左側の物にぶつかるなどが観察される。机上訓練だけでなく日常生活のなかで無視側への注意を向けるように促す。このほか、簡単な動作が検査場面では障害されるが、日常生活では障害が目立たない観念運動失行、個々の動作は可能だが、いくつかの動作を含み、複数の物品を用いる系列行為が障害され、日常生活でも障害がみられる観念失行、服がうまく着られない着衣失行、記憶障害、前頭葉病変に伴う自発性低下や遂行機能障害などがリハを進めるうえで問題となる。

6. ADL

ADLとは、食事、整容、更衣、排泄、入浴、歩行など普段の生活で行っている行為を指す。広く用いられているADL尺度にはBarthel indexや機能的自立度評価法(Functional Independence Measure; FIM)がある。一般に麻痺などの機能障害が重いほどADLの障害も重い。たとえば麻痺が回復しなくても、代償機能の活用により、日常生活上の障害を軽減しうる(非利手を用いての書字や箸の訓練、自助具の工夫、装具、杖による移動能力の向上など)。さまざまな工夫の余地があることが、ADL障害への対応のポイントである。要介護例では、介護者が負

担なく長続きできる介護方法の指導や環境調整が重要となる。

7. 社会的不利

家屋構造、家族状況、経済状況、職業、制度の利用などが問題となり、家屋改造指導、制度活用の助言、地域スタッフとの連携などを行う。

VI. 維持期リハ

維持期には、機能維持、体力増進、社会参加の促進、介護家族の支援が課題となる。活動量の減少、環境や介護状況の変化等により、一度獲得した機能が低下することは少なくない。そのため、日常生活で簡単に実行可能な運動(立ち上がり、歩行など)の指導、体重増加の予防、通所リハ、訪問リハ、ショートステイなどの活用を行う。リハの専門家が定期的に患者の機能をチェックし、的確な予測に基づき、将来起こりうる問題の予防を重視した対応を行うことも大切である。さらに介護家族の支援も忘れてはならない。

VII. 今後の課題

1. 連携パス

急性期から維持期までの一貫したリハ医療を効率的・効果的に提供するためのツールとして、連携パスが注目されている¹⁰⁾。連携パスとは、「急性期から回復期を経て早期に自宅復帰できるような診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるもの」であり、「複数の医療機関が、役割分担を含め、診療内容を患者に提示・説明することにより、安心して医療を受けることができるようにするもの」とされている¹¹⁾。連携とは、「共通の目標に向かって、情報を共有し合い、協働すること」であるが、今後、「お互いの顔が見え、実効性があり、診療の質の向上と利用者のQOL向上に役立つ」連携体制をそれぞれの地域に根ざした形で

作り上げていく必要がある。

2. 可塑性への挑戦

従来、成人の脳においては、可塑的変化の可能性はきわめて限られていると考えられ、リハの重点は機能障害そのものの回復よりも、代償的アプローチによりいかに失われた機能を補い、日常生活の制約を軽減するかに置かれてきた。しかしながら、近年、神経科学の分野から成熟した脳においてもかなり可塑性があることが報告され、抑制療法 (constraint-induced movement therapy)、(部分免荷)トレッドミル歩行、経頭蓋磁気刺激、ロボット療法、半側空間無視に対するプリズム適応療法、神経薬理的アプローチなど、脳の可塑的変化を促すような新たな治療戦略が試みられている^{4,5)}。これらの最先端の治療を正しく理解し、その適応と限界を整理しながら、脳卒中リハ治療全体のなかに位置付けていくことが必要とされる。

..... 文 献

- 1) 厚生労働省健康局生活習慣病対策室：全国健康関係主管課長会議資料。平成17年2月4日。
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計

課：平成14年患者調査の概況。(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/02/index.html)

- 3) 脳卒中合同ガイドライン委員会編：脳卒中治療ガイドライン2004。協和企画，東京，2004；1-234。
- 4) 里宇明元：脳卒中リハビリテーションの新たな展開。日本臨牀（増刊号）インターベンション時代の脳卒中（改訂第2版），上巻，2006；901：744-748。
- 5) 里宇明元：脳卒中急性期のリハビリテーション。柳澤信夫他編，Annual Review 神経。中外医学社，東京，2006；90-98。
- 6) 道免和久：脳卒中の回復期および維持期のリハビリテーション—機能予後予測。千野直一，安藤徳彦，大橋正洋他編，リハビリテーションMOOK 2。脳卒中のリハビリテーション。金原出版，東京，2001；102-109。
- 7) 宮越浩一，道免和久：脳卒中リハビリテーション医療—予後予測の方法。Mod Physician 2004；24(9)：1439-1443。
- 8) 里宇明元：脳卒中のリハビリテーションとは。からだの科学 2000；216：77-82。
- 9) 千野直一，石神重信：脳卒中回復期の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。長寿科学総合研究事業 平成14年度報告書，2002。
- 10) 日本リハビリテーション医学会監修，日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会リハビリテーション連携パス策定委員会編：脳卒中リハビリテーション連携パス—基本と実践のポイント。医学書院，東京，2007。
- 11) 厚生労働省：「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書。2004。(http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0924-8.html)