

Ⅱ. 分担研究報告書

2. 脳卒中診療連携に関する実態調査

b) 回復期における脳卒中診療連携の動向

4) 当院回復期リハビリテーション病棟開設後 1 年間の 脳血管疾患連携について

JR 東京総合病院 リハビリテーション科
河野 勉, 寺村誠治, 田中清和

【研究要旨】

当院は、区西南部二次医療圏(渋谷区・世田谷区・目黒区)において、平成 17 年に東京都より区西南部地域リハビリテーション支援センターに指定された。その後、平成 19 年 12 月に回復期リハビリテーション病棟を開設し、1 年以上が経過した。今回 1 年間の総括として、当院回復期リハビリテーション病棟における脳血管疾患等の入院患者に関する現状について調査した。結果、当院回復期リハビリテーション病棟への脳血管疾患等の入院患者紹介元の割合が、入院患者数 91 人のうち、院内転科は 17 人(18.7%)、他院からの紹介は 74 人(81.3%)と全体の 8 割余りの患者が他院からの入院であった。また、区西南部二次医療圏に居住している患者が 21 人(全体の 23.1%)であったのに対し、新宿区に居住している患者の方が 25 人(全体の 27.5%)とより多かったことが確認された。今後もさらに情報を集積していき、更なる患者サービスの向上、医療連携の強化を図っていきたいと考える。

【はじめに】

当院は、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年に東京都より区西南部地域リハビリテーション支援センターに指定された。

その後、平成19年12月に回復期リハビリテーション病棟を開設し、1年以上が経過した。今回1年間の総括として、当院回復期リハビリテーション病棟における脳血管疾患等の入院患者に関する現状について調査したので報告する。

【当院の概要】

当院は渋谷区代々木に位置し、総病床数462床、診療科21科を有する東日本旅客鉄道株式会社直営による企業立総合病院である。そのうち回復期リハビリテーション病棟の病床数は42床、施設基準は回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅱである。リハビリテーション科スタッフは、医師3人、理学療法士18人、作業療法士7人、言語聴覚士3人で、回復期リハビリテーション病棟入院患者、また他科入院患者ならびに外来通院患者のリハビリテーションを行っている。回復期リハビリテーション病棟の看護体制としては7対1、看護助手8人、昼夜勤2交代制にて対応している。

【対象および調査項目】

対象は平成20年1月1日から12月31日までの1年間に当院回復期リハビリテーション病棟に脳血管疾患等で入院した患者

について以下の情報を調査した。

- ①入院患者数と平均年齢
- ②原因疾患
- ③入院前の紹介元
- ④紹介元(他院)の数
- ⑤平均入院待機日数
- ⑥入院時・退院時の平均FIM
- ⑦平均在院日数
- ⑧退院先・在宅復帰率
- ⑨入院患者の居住地

これらの調査結果から当院における特徴を後に考察したい。

【調査結果】

①入院患者数と平均年齢

平成20年1月1日から12月31日までの1年間に当院回復期リハビリテーション病棟に入院した総患者数は139人であった。そのうち、脳血管疾患等は91人(65.5%)であった。患者全体の平均年齢は71.2±14.5(平均値±標準偏差:以下同じ)歳、脳血管疾患等のみの平均年齢は68.0±14.7歳であった。

②原因疾患(図1)

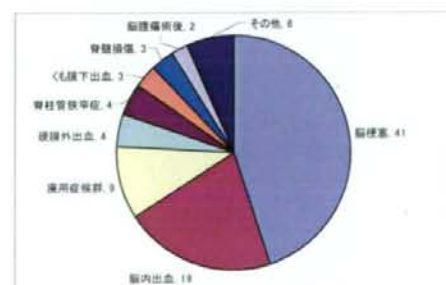


図1. 脳血管疾患の内訳(単位:人)

内訳は、脳梗塞 41 人、脳内出血 19 人、
 廃用症候群 9 人、硬膜外出血 4 人、脊柱管
 狭窄症 4 人、くも膜下出血 3 人、脊髄損傷 3
 人、脳腫瘍術後 2 人、その他 6 人であった。

③入院前の紹介元(図 2)

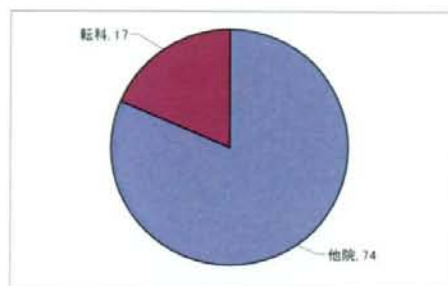


図 2. 入院前の紹介元(単位:人)

脳血管疾患等の総数 91 人のうち、院内
 転科は 17 人(18.7%)、他院からの紹介は
 74 人(81.3%)であった。

④紹介元(他院)の数(図 3)

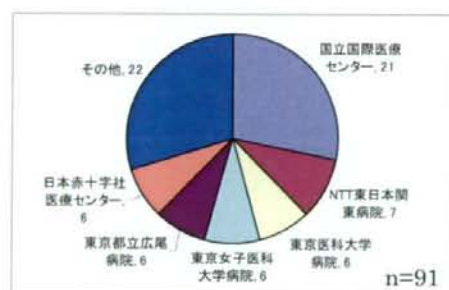


図 3. 患者紹介元(他院)(単位:人)

他院からの紹介 74 人のうち、紹介数の多
 かった順に 6 番目までの病院を以下に示
 す。

国立国際医療センター 21 人
 (東京都新宿区)

NTT 東日本関東病院 7 人
 (東京都品川区)

東京医科大学病院 6 人
 (東京都新宿区)

東京女子医科大学病院 6 人
 (東京都新宿区)

東京都立広尾病院 6 人
 (東京都渋谷区)

日本赤十字社医療センター 6 人
 (東京都渋谷区)

その他 22 人

⑤平均入院待機日数

脳血管疾患等の患者総数 91 人中 84 人
 (転院後の再入院など入院審査の無かった
 7 人を除く)に対し調査を行った。当院は院
 内転科もしくは他院からの紹介に対し回復
 期リハビリテーション病棟への入院審査を行
 っている。入院審査から入院までの平均は
 9.1 ± 10.1 日であり、最短は当日、最長は 81
 日であった。入院審査から入院までの日数
 が長い原因の多くは、身体状態が落ち着く
 まで入院を待機する事であった。

⑥入院時・退院時平均 FIM

患者全体での入院時 FIM の平均値は
 91.5 ± 22.2 、退院時 FIM の平均値は
 110.3 ± 19.3 であった。FIM 利得は 18.8 であ
 った。脳血管疾患等では入院時 FIM の平均値は
 86.6 ± 22.3 、退院時 FIM の平均値は
 107.1 ± 19.4 であった。FIM 利得は 20.5 であ
 った(図 4)。

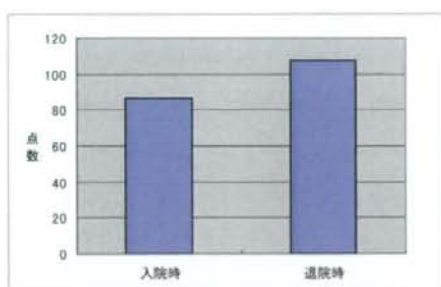


図 4. 入院時・退院時平均 FIM(単位:点)

⑦ 平均在院日数

患者全体での平均在院日数は 71.5 ± 40.7 日であった。脳血管疾患等は 78.6 ± 40.9 日であった。

⑧ 退院先・在宅復帰率

脳血管疾患等の退院患者は 84 人であった。退院先は、自宅 68 人、転所 6 人、転院 4 人、院内転科 6 人であった。在宅復帰率は 80.9%であった(図 5)。

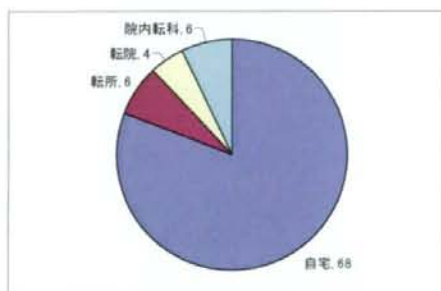


図 5. 退院先(単位:人)

⑨ 入院患者の居住地(図 6)

脳血管疾患等の入院患者 91 人において、区西南部二次医療圏である渋谷区は 12 人、世田谷区は 6 人、目黒区は 3 人であった。

以下、新宿区 25 人、港区 7 人、練馬区 5 人、杉並区 4 人、大田区 4 人、中野区 4 人、品川区 4 人、その他(23 区外、他県)17 人であった。



図 6. 患者の居住地(単位:人)

※印は区西南部二次医療圏

【考察】

当院回復期リハビリテーション病棟への脳血管疾患等の入院患者紹介元の割合が、入院患者数 91 人のうち、院内転科は 17 人(18.7%)、他院からの紹介は 74 人(81.3%)と全体の 8 割余りの患者が他院からの入院であった。その要因として、当院は救急指定病院であるが、2 次・3 次救急指定を受けておらず、脳外科、神経内科の脳血管疾患入院患者が少ない事が挙げられる。また、当院の周辺地域には大学病院等の急性期病院が多いにもかかわらず、回復期リハビリテーション病棟・病床数が少ない為、他院からの紹介率が多かったものと考えられる。次に脳血管疾患等の入院患者 91 人において、区西南部二次医療圏に居住している患者が 21 人(全体の 23.1%)であったのに対し、新宿区に居住している患者の方

が 25 人(全体の 27.5%)とより多かった。また、他院からの紹介元の約半数が新宿区内の病院であった。その理由として、前述したが、新宿区には急性期病院は多数存在するが、回復期リハビリテーション病棟数・病床数が少ない事が挙げられる。また当院は新宿駅から徒歩 5 分であり、渋谷区に位置するが新宿区に非常に近いという立地条件も影響していると考えられる。

【まとめ】

当院回復期リハビリテーション病棟開設後 1 年間における脳血管疾患等の入院患者に関する現状について調査した。調査結果より、院内転科よりも他院からの転院率が多く、新宿区居住者や新宿区内の急性期病院からの紹介者が多かった。今後もさらに情報を集積していき、更なる患者サービスの向上、医療連携の強化を図っていきたいと考える。

II. 分担研究報告書

2. 脳卒中診療連携に関する実態調査

b) 回復期における脳卒中診療連携の動向

5) 一般病床としてリハビリ専門病棟を有する当院の 脳卒中リハビリテーションの現状と地域連携

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】

一般病床として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の現状について報告する。平成20年4月から12月までの間、当院入院リハを行った脳血管障害患者74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(16名)と直接入院群(23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。急性期リハの転帰としては、直接自宅退院38%、リハ科転科22%、リハ目的転院28%、療養目的転院11%。リハ科入院患者の患者居住地は区西北部2次医療圏が多く、転科群75%、直接入院群78%であった。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30.4日。直接入院群では、発症から当院紹介までの期間は平均29.8日。入院までの待機期間は平均7.2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)が多かった。下肢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40.6日、直接入院群では平均59.0日。ADLでは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87.5%、直接入院群69.6%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。回復期初期の対応として、当院は「回復期リハ病棟」ではなく、「一般病床」で運用しているため、ある程度の入院期間の制限はあるが、リハに平行して治療が必要な併存疾患にも対応でき、また急性期治療継続のため発症2ヶ月以内に転院できない例にも対応できるメリットがある。当院のように一般病床としてリハ病棟を有する病院も必要ではないかと思われる。

【はじめに】

当院は病床数 370 床、平均在院日数 17.2 日(H19 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のリハと回復期初期のリハに対応している。

今回、一般病床としてリハビリ専門病棟を有する当院の脳卒中リハビリテーションの現状と地域連携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3)、OT 6名(常勤4,非常勤2)、ST 3名(常勤1,非常勤2)である。(H20.12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回の脳神経外科、神経内科とリハ科の合同カンファレンスにより、今後の方向性の検討(直接自宅退院、リハ目的転院、療養目的転院など)を行う。1~2ヶ月程度で在宅復帰が可能と思われる患者についてはリハ科転科も検討する。

(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 20 年 4 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 74 名。平均年齢 65.4 ± 10.9 才。疾患内訳は脳梗塞 40 名、脳出血 21 名、くも膜下出血 4 名、脳外傷 7 名、その他 2 名。転帰としては、直接自宅退院 28 名(38%)、リハ科転科 16 名(22%)、リハ目的の転院 21 名(28%)、療養目的の転院・施設入所 8 名(11%)、死亡 1 名であった。リハ開始から退院(転科)までの日数は直接自宅退院 28.6 ± 27.7 日、リハ科転科 30.4 ± 19.9 日、リハ目的の転院 42.1 ± 15.2 日、療養目的の転院 72.1 ± 38.7 日。

(2) リハ科入院患者の検討

対象期間中、当科への入院は65名(転科19、直接入院46)。そのうち脳血管障害患者は39名で全体の60%であった。

(a) 転科群

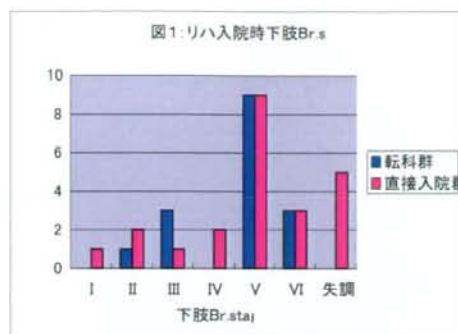
転科群は16名。平均年齢66.8±6.5才、リハ開始から転科までの日数は30.4±19.9日。疾患内訳は脳梗塞11名、脳出血4名、脳外傷1名。このうち再発患者は3名(19%)。特別な処置を有する患者としてワーファリン治療患者が2名、糖尿病のインスリン治療者が2名いた。運動障害内訳は左片麻痺9名、右片麻痺5名、麻痺なし4名。他の併存障害としては半側空間無視4名、失語症3名。高次脳機能障害3名(重複あり)。生活面の問題としては独居生活者5名(31%)、生活保護3名(19%)。

患者の居住地を表1に示す。

表1 患者居住地内訳

		転科群 (16)	直接入院 群(23)
区西北部 2次医療 圏	板橋区	6	11
	練馬区	1	4
	豊島区	2	2
	北区	3	1
他の23区		0	2
都23区以外		0	1
東京都以外		4	2

板橋区6名(38%)と一番多く、他は北区3名(19%)、豊島区2名(13%)、練馬区1名(6%)であった。区西北部2次医療圏内の患者は全体の75%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。



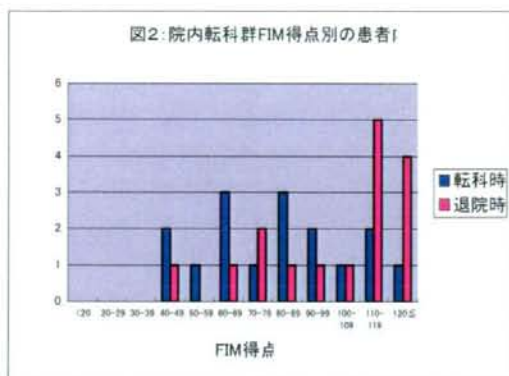
Br-stage V, VIが全体の75%と多いが、半側空間無視、失語症、高次脳機能障害の合併や独居の患者が多かった。Br-stage III以下は25%で、下肢装具を積極的に用いて歩行自立を目標にリハを実施した。

リハ入院期間は40.6±15.0日であった。リハ転科時および退院時のFIMを表2に示す。

表2 リハ入院期間と入院時、退院時 FIM

		転科群 (16)	直接入院 群(23)
リハ入院期間		40.6±15.0	59.0±23.0
入院時	FIM 運動項目	53.0±18.9	43.3±20.7
	FIM 認知項目	26.3±8.5	21.2±9.7
	FIM 総得点	79.3±27.3	64.6±28.9
退院時	FIM 運動項目	71.0±15.9	60.2±20.6
	FIM 認知項目	30.5±7.7	27.9±7.9
	FIM 総得点	101.5±20.0	87.3±27.4

転科時のFIM運動項目は53.0±18.9点、FIM総得点は79.3±27.3点、退院時のFIM運動項目は71.0±15.9点、FIM総得点は101.5±20.0点であった。FIM総得点別の患者内訳を図2に示す。



転帰は自宅復帰が14名、転院が2名で自宅復帰率は87.5%であった(表3)。

表3 転帰

	転科群(16)	直接入院群(23)
自宅	14	16
転院等	2	7
転院先	病院(リハ目的) 0 病院(療養目的) 2 老健施設等 0	病院(リハ目的) 2 病院(療養目的) 2 老健施設等 3
自宅復帰率	87.5%	69.6%

(b) 直接入院群

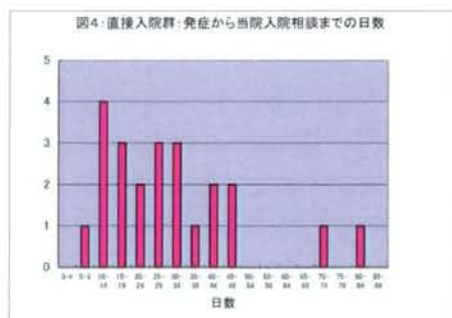
直接入院群は23名。平均年齢67.4±15.4才、疾患内訳は脳梗塞14名、脳出血5名、脳外傷4名。このうち再発患者は8名(35%)。特別な処置を要する患者として、ワーファリン治療患者が3名、糖尿病のインスリン治療患者が2名いた。運動障害内訳は左片麻痺8名、右片麻痺10名、失調症4名、麻痺なし1名。他の併存障害としては半側空間無視2名、失語症4名、高次脳機能障害4名、嚥下障害2名(重複あり)。生活面の問題としては独居生活者6名(27%)、独居ではないが日中介護者不在4名(17%)、生活保護3名(13%)(重複あり)。患者の居住地を表1に示す。区西北部2次医

療圏内の患者が18名(78%)と多く、中でも板橋区が11名(48%)、練馬区が4名(17%)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12名(52%)と一番多いが、隣の区西部2次医療圏からの紹介も9名(39%)いた。

表4 直接入院群:紹介元医療機関所在地

		直接入院群(23)	
区西北部 2次医療 圏	板橋区	9	12
	練馬区	1	
	豊島区	2	
区西部 2次医療 圏	北区	0	9
	新宿区	9	
	中野区	0	
	杉並区	0	
他の23区		2	
都23区以外		0	
東京都以外		0	

発症から当院入院相談までの日数は29.8±19.5日、入院相談を受けてから入院までの期間は7.2±2.5日であった。入院相談までの日数の詳細を図4に示す。

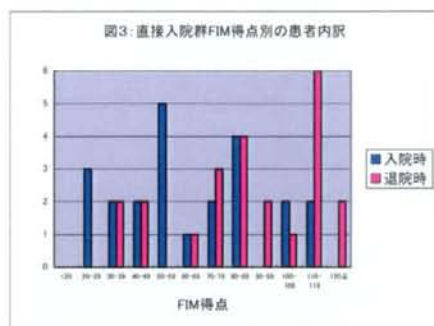


入院時の下肢Br-stageを図1に示す。

Br-stage V, VIが全体の52%であるが、半側空間無視、失語症、高次脳機能障害の患者、また独居生活者、生活保護が多かった。Br-stage III以下は17%と少なめであるが、下肢装具を積極的に用いて歩行自立を目標にリハを実施した。また運動失調患者も22%と比

較的多かった。

リハ入院期間は 59.0 ± 23.0 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 43.3 ± 20.7 点、FIM総得点は 64.6 ± 28.9 点、退院時のFIM運動項目は 60.2 ± 20.6 点、FIM総得点は 87.3 ± 27.4 点であった。FIM総得点別の患者内訳を図3に示す。



転帰は自宅復帰が16名、転院が7名で自宅復帰率は69.6%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、現状から在宅復帰までの期間を予測し、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38%、リハ科転科は22%、リハ目的の転院が28%、療養目的の転

院、施設入所が11%であった。今年度はリハ継続が必要な例の中で、リハ目的の転院例が多かった。当院はDPC適用病院でもあり、今後もこの傾向は続くであろう。リハ開始から退院(転科)までの日数は、リハ目的転院、療養目的の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、またMSWとも、より連携を深めることで、この状況を改善させる必要がある。

(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19%であった。患者居住地を見ると75%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が75%と多いが、失語症や半側空間無視の合併例や、独居など生活面での問題を有する例が多く、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40.6日、ADLの向上は見られ、自宅退院率も87.5%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78%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29.8日で、10～35日の範囲で多かったが、35日を越えての依頼も7例(30%)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7.2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52%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。今年度は下肢Br.stage III以下の患者は17%と少なめであるが、下肢装具を積極的に用いてADL向上に努めた。また運動失調症の患者が22%と比較的多かった。リハ科入院期間は平均59.0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 110点以上の患者は35%いるが、50点未満に留まっている患者も17%いた。結果的に自宅退院率も低く69.6%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。

急性期のリハとしては、適切な評価、訓練により早い段階から今後の機能的予後の予測を行い、積極的なリハ適応がある例はどこでリハを継続するか検討する。当院でのリハ継続適応例であれば、できるだけ早い時期にリハ転科とする。

また回復期初期の対応としては、他院から紹

介された積極的リハ適応患者は短い待機期間で入院させるよう努力している。

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。

併存疾患の治療をしながらリハを行う必要のある例や、急性期治療の継続により発症2ヶ月以内にリハ病院に転院できない例も少なくないであろう。その意味で、当院のような一般病床としてリハ病棟を有する病院も必要ではないかと思われる。

当院の他院からの紹介患者は、多彩な障害をもつ患者が多く、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。

II. 分担研究報告書

2. 脳卒中診療連携に関する実態調査

b) 回復期における脳卒中診療連携の動向

6) 当院の回復期リハビリテーション病棟入院患者の動向

国立病院機構村山医療センター

水野勝広

【研究要旨】

目的: 当院における回復期リハビリテーション病棟入院患者の動向から、診療連携の現状と問題点を把握する。

方法: 平成20年10月1日から平成21年1月31日までに当院回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の紹介元、原疾患を集計した。

結果: 入院患者の総数は54名、紹介元は医療機関からの転院50名、自宅などからの直接入院4名であった。紹介医療機関の種類別の患者数は、国立病院機構38名(70.3%)と3分の2以上を占めた。医療機関の所在地別では、多摩地域47名(内、北多摩西部2次医療圏39名)と近隣地域からの紹介が多かった。疾患別にみると脳血管障害31名と最も多かった。脳卒中患者のうち地域連携バスによる紹介患者は4名であった。

考察: 当院では今年度10月よりリハビリテーション科病棟を回復期リハビリテーション病棟として登録したが、以前より脳血管障害を中心とした回復期のリハビリテーション患者を多く受け入れている実績があり、病棟の区分は変わっても、大きな影響がなかったと考えられる。当院の周辺地域では人口に対する回復期病床の比率が比較的多く、地域完結型に近い形で急性期から回復期への連携が可能であると考えられ、今年度4月からは脳卒中診療連携バスも導入されている。まだ、バスを利用した紹介の比率は多くはないが、地域の病院同士の連携がより一層深まることが期待される。

【はじめに】

当院は旧国立療養所を元にし、運動器疾患の準ナショナルセンターとして整形外科を中心として運動器疾患、脊髄損傷などの患者を多く受け入れているが、リハビリテーション専門病棟を1病棟有し、脳卒中の回復期を中心とした専門的リハビリテーションを必要とする患者のリハビリテーション治療も行っている。2006年度からは北多摩西部2次医療圏の地域リハビリテーション支援センターに指定され、地域リハビリテーション事業を企画している。

当院のリハビリテーション科は現在リハビリテーション科医4名(内、リハビリテーション科専門医2名)、理学療法士11名、作業療法士9名、言語聴覚士4名で構成されている。本年度10月より、リハビリテーション専門病棟の医療区分が障害者病棟から回復期リハビリテーション病棟に変更され、脳血管疾患を中心に回復期リハビリテーションの充実をはかっていく方針である。病院内外のリハビリテーションに対する需要にこたえるため、2009年度からは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の増員も予定されている。

当院の属する2次医療圏である北多摩西部地域では、他の地域に先行して脳卒中の診療連携パスを推進しており、昨年度より準備を進め、今年度4月より実際の運用を開始している。今回、我々は回復期リハビリテーション病棟開始後の入院患者の紹介元、疾患などを集計し、地域の特徴、回復期への変更の影響などを検討

した。

【方法】

平成20年10月1日から平成21年1月31日までに当院の回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の紹介元、原疾患を集計した。

【結果】

入院患者の総数は54名、紹介元は医療機関からの転院患者50名(92.5%)、自宅などから直接入院した患者4名(7.5%)であった。紹介医療機関の種類別の患者数は、国立病院機構38名(70.3%)、公立病院8名(14.8%)、大学病院1名(1.8%)、民間病院3名(5.5%)、当院外来から4名(7.4%)であった(図1)。

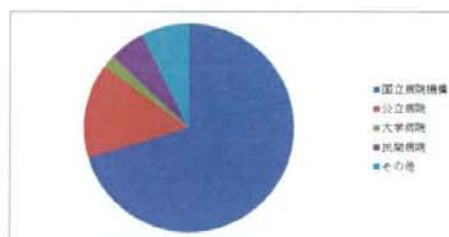


図1. 回復期リハビリテーション病棟入院患者の患者の紹介元内訳(n=54)

医療機関の所在地別では、多摩地域47名(94%) (内、北多摩西部2次医療圏39名(78%)、東京23区内2名(4%)、他県1名(2%)であった(図2)。診療連携パスを利用した患者は4名で全患者の7.4%であった。

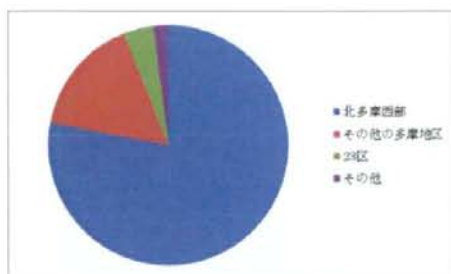


図2. 入院患者の紹介元医療機関の所在地 (n=50)

疾患別にみると脳血管障害 31 名 (57.4%)、その他の脳疾患 6 名 (11.1%)、骨関節疾患 7 名 (12.9%)、その他 10 名 (18.5%) であった (図 3)。

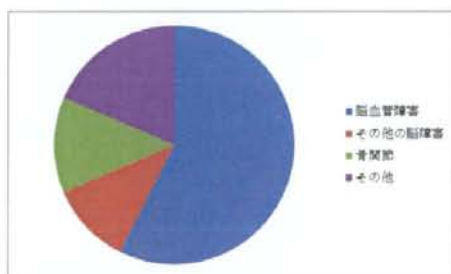


図 3. 入院患者の原因疾患内訳 (n=54)

【考察】

当院の回復期リハビリテーション病棟入院患者は、そのほとんどが近隣の急性期病院からの転院患者であった。この傾向は昨年度のリハビリテーション科受診患者の集計結果からも、推測されていたが、その傾向はさらに強まっているといえる。当院は、回復期リハビリテーション病棟となる前から、脳卒中などの回復期患者のリハビリテーションを行っている実績があり、周

辺地域の病院からの認識は大きくは変わっていないと考えられる。以前は、障害者病棟であったため、発症から2か月を超えて、回復期リハビリテーション病棟への入院が困難となった患者が東京 23 区内や多摩地域の大学病院などから紹介されるケースがあったが、回復期リハビリテーション病棟となったことで、そのような患者の紹介が減少し、近隣地域からも発症後早期に紹介が増加している。このような背景が、地域性が高まっていることに影響しているのかもしれない。

現在、北多摩西部 2 次医療圏を中心とした、脳卒中診療連携バスが運営されており、急性期、回復期、維持期にわたる多数の病院が参加して協議している。北多摩西部地域だけでなく、北多摩全体からさまざまな病院が参加している。まだ連携バスの割合は小さいが、このような交流を通して、特定の病院同士だけでなく、地域ぐるみでの連携がさらに進むことが期待される。

II.分担研究報告書

2.脳卒中診療連携に関する実態調査

b)回復期における脳卒中診療連携の動向

7) 南多摩圏域脳血管疾患医療連携の取り組みについて

-第2報-

永生病院リハビリテーション科
今村安秀、千野直一、安藤高朗、飯田達能
新天本病院リハビリテーション科
高田耕太郎
多摩丘陵病院リハビリテーション科
村上恵一

第44回本学会で東京都における南多摩圏域のリハビリテーションを含む脳血管疾患医療連携の取り組みについて報告した。そのなかで南多摩圏域脳血管疾患医療連携検討会が主導して各病院、診療所、歯科診療所、介護保険事業所、行政機関合計1623施設に脳血管疾患症例の受け入れ状況、リハ資源、歯科診療所では口腔ケアや摂食嚥下障害の取り組みについて調査した。その結果、南多摩圏域脳血管疾患医療連携施設名簿および、その運用の手引きを完成させた。今回われわれは、この医療連携施設名簿の活用状況を検証し、さらに本圏域脳血管疾患症例の動向を調査してそのフローチャートを作成した。調査方法は調査対象施設を本検討会の委員の在籍する急性期病床群、回復期病床群、維持期慢性期療養型病床群、診療所、歯科診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーションとした。調査期間は平成19年9月の1ヶ月間で前方視的調査をこれら医療機関および施設で施行、後方視的調査を平成18年12月の1ヶ月間で急性期病床群のみ調査した。

【結果】

急性期病床群からの動向は平均入院期間が26.4日でそのうち67.4%は自宅退院となり、19.9%が回復期病床へ移行、12.7%が慢性期病床、施設へと移行した。回復期病床群での動向は平均入院期間が119.8日で58.0%が自宅退院となり、42.0%が慢性期病床、施設へと移行した。南多摩医療圏域の脳血管疾患症例の動向は約80%が圏域内で循環完結していた。医療連携施設名簿の活用状況は本検討会の委員の在籍施設を対象とした調査のためか活用度は低かった。

II. 分担研究報告書

2. 脳卒中診療連携に関する実態調査

b) 回復期における脳卒中診療連携の動向

8) 河北リハビリテーション病院の地域連携と新入院患者の地域性的変化について

医療法人財団河北総合病院河北リハビリテーション病院
河面吉彦

【研究要旨】

2000年の医療保険の診療報酬改定で回復期リハビリテーション（以下リハビリ）病棟が新設されたが、全国平均、東京都ともに人口10万人に対して50床必要と言われている回復期リハビリ病床数を達成できていない。

当院のある杉並区の回復期リハビリ病床数は少なくとも280床あると思われ、人口10万に対しての必要数50床を超えてはいるが、杉並・中野・新宿区の2次医療圏ではまだ必要数に達していないと思われる。

また、東京23区内では回復期リハビリ病床数の偏在は顕著で、今後の回復期リハビリ病床の増加の動向が一病院にどのように影響するかは予測困難な面が多い。回復期リハビリ病床数の増加に伴う当院での2005年度から2007年度の新入院患者の地域性的変化と大都市圏で行われている脳卒中連携パスおよび地域完結型のリハビリ医療の問題点を考察する。

はじめに

急性期脳卒中患者の日常生活動作（ADL）、QOLの向上には早期から高密度・高濃度リハビリが必要であることはわが国でも定着しつつある。

急性期から行える病院完結型のリハビリが理想であるが、東京などの大都市圏ではどうしても地域完結型のリハビリにならざるを得ず、病診連携—転院の効率を上げるためいくつかの脳卒中連携パスが運用され始めている。しかしながら連携パスの対象が広域なため、回復期リハビリ病院が今まで関係を築いてきた急性期病院以外に新たに連携が広がるかは疑問である。

地域完結型の急性期病院はできるだけ早期に回復期への転院を考える必要があり、限られた回復期リハビリ病床への転院を効率よく行わなければならない、それと同時に十分な患者情報の交換を行う必要がある。そのためには連携する地域をもう少しコンパクトにすることが重要と思われる。

当院は河北総合病院と同じ財団であり、地理的には離れているが、病院完結型に準じた機能も併せ持っている。病院完結型、地域完結型の両機能を併せ持つ当院の入院対応と当院への紹介患者の地域性の動向について報告する。

当院での入院対応について

当院は2001年に開院した135床全床回復期リハビリ病床で、急性期病院

である河北総合病院とは同じ財団であるが、物理的には距離を置いた位置にある。入院患者の内訳は2005年度以降、脳疾患約60%、整形疾患約30%、廃用症候群・その他約10%で推移している。

年間新入院患者数670～680件の内訳も2005年度以降は河北総合病院から約50%、他病院から約50%となっている。

紹介元からの診療情報提供書をもとに週4回の入院判定会議で入院を決定している。外来受診は必要時行っているが、原則行っていない。

急性期病院である河北総合病院に対してはセミ・スタンドアロンの立場であるが、入院判定の際、当院の必要な患者情報・家族背景等の情報を迅速かつ正確に入手することができる。場合によっては河北総合病院に出向いて患者を診察することもでき、病院完結型に準じた対応ができています。

一方他の急性期病院の紹介に対しては入院対応を早くするため診療情報提供書や電話での問い合わせ等による情報をもとに入院判定を行っている。十分な情報交換を行っているが、情報漏れ、誤解等で当院入院後にトラブルが起こることもある。

脳卒中連携パスや新たに関係を構築する地域完結型病院との連携では、患者情報が画一化する危険があり、画一化した情報では対応できない患者には注意が必要である。

当院の紹介患者の地域性の推移

東京23区内では回復期リハビリ病床は偏在しており、リハビリ病床数の増加が個々の病院にどれほどの影響を及ぼしているか、あるいは今後およぼすかを正確に評価することは困難であるが、2005年度から2007年度までの当院の新入院患者数を河北総合病院から他医療機関からとに分けてそれぞれの地域

性の変化を杉並区、中野・新宿区の2次医療圏、その他の地域で比較、検討した。

図1、2に示す様に、河北総合病院からの新入院患者の地域性にはほとんど変化はないが、他医療機関からの新入院患者の地域性は杉並区からはほとんど変化はないものの、中野・新宿区からが増加傾向にあり、その他の地域からは減少傾向にある。

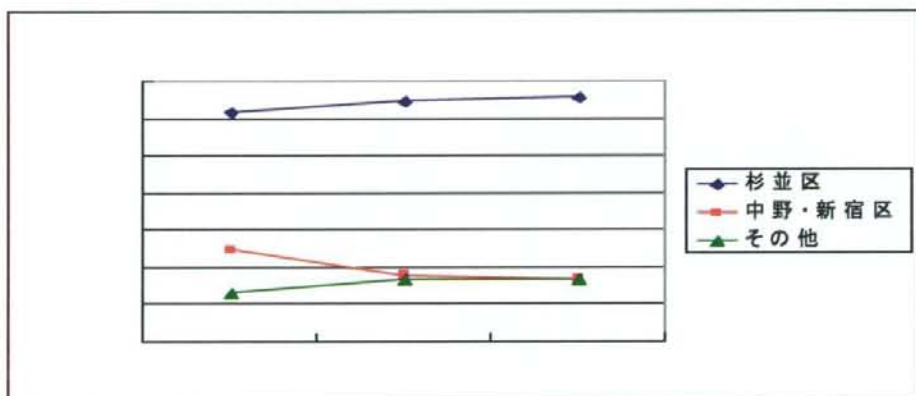


図1

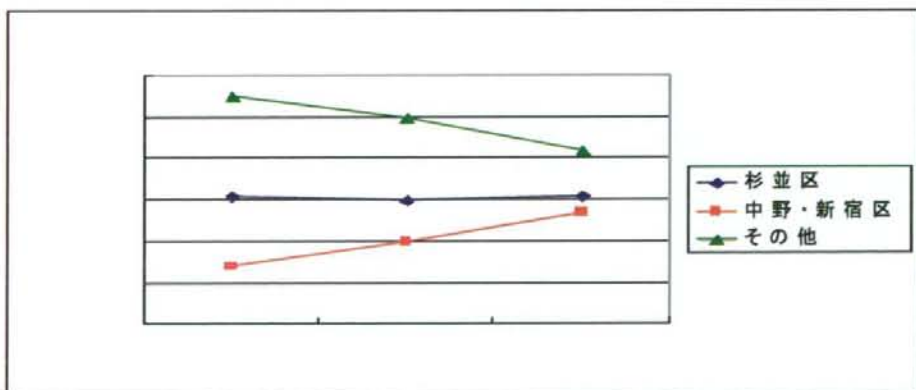


図2

他医療機関からの新入院患者で、その他の地域から新入院患者数の減少はその地域の回復期リハビリ病床数の増加が影響していると思われる。杉並区の回復期リハビリ病床数が増加しているにもかかわらず、中野・新宿区からの新入院患者数が増加している理由は、当院と杉並区および周辺の急性期病院との連携の構築によるものと思われる。

おわりに

リハビリ治療の転帰は地域完結型病院での治療より急性期から高密度・高濃度のリハビリが導入できる病院完結型病院での治療のほうが好成績であるという報告が多い。

しかしながら、大都市圏では脳卒中患者を急性期治療から回復期リハビリまで一つの病院でおこなうことは困難であり、大多数の病院では地域連携型の形をとっており、今後もこの形の連携は続くと思われる。

今後、急性期病院での在院日数は短縮され、回復期リハビリ病院への転院はさらに早くなることが予想され、回復期リハビリ病院は亜急性期の患者、医療依存度の高い患者を受け入れる方向に進むと思われる。そのためには病院の受け入れ態勢をさらに整えていく必要がある。

東京都の回復期リハビリ病床数の変化が実際にそれぞれの地域や一病院にどのような影響を及ぼすかは予測困難である

が、今回の我々の報告から東京23区内全体で考えると、急性期病院—回復期リハビリ病院との連携が徐々に変化している可能性がある。その変化の中で、回復期リハビリ病院は新しく、急性期病院と地域完結型の連携を構築していくことも必要となるが、個々の患者には病院完結型と同じレベルの情報交換が必要である。

脳卒中連携パスが運用され、回復期リハビリ病床が増加する中で、当院の新入院患者の地域性的変化や東京都全体の患者の流れを今後も追跡していきたい。

II. 分担研究報告書

2) 脳卒中診療連携に関する実態調査

c) 維持期における脳卒中診療連携の動向

1) 涓泉会における維持期脳卒中患者の動向

涓泉会 山王リハビリ・クリニック

速水 聡

森 英二

【研究要旨】

平成 18 年度の研究報告では短時間滞在型の機能訓練対応通所介護施設におけるリハビリテーション(以下、リハ)効果について述べ、昨年度は新設した介護予防を重視した短時間滞在型の機能訓練対応介護予防通所介護施設の動向について報告した。医療保険によるリハ(以下、医療リハ)から介護保険によるリハに、スムーズに移行することは脳卒中患者の地域生活を支える際に重要な課題といわれている。涓泉会では多様な障害や生活レベルを呈する維持期脳卒中患者に対して、きめ細かな対応ができるようなリハサービスを整備している。地域における医療リハを充実するために、平成 19 年 11 月に診療所の移転を果たし、平成 20 年 5 月より脳血管疾患等リハ(Ⅰ)を提供している。そして、診療所に配置された地域医療福祉連携室が調整役となり、回復期リハから維持期リハへの移行、医療リハから介護保険によるリハへと、より安定した地域生活を維持できるように努めている。本報告では、涓泉会で提供しているリハサービスについて、維持期脳卒中患者の症例を通して考察した結果、大都市圏においては、小規模・多機能・高機動性のリハ専門の診療所が、地域リハに大きく貢献できる可能性が考えられた。