

## 訪問看護ステーションにおける褥瘡患者の実態

## -在宅医療委員会実態調査報告1-

日本褥瘡学会 在宅医療委員会

委員長 阿曾 洋子 (執筆者)

副委員長 井上多鶴子・塚田 邦夫・矢口美恵子

委員 伊藤美智子・岡本 泰岳・真田 弘美

竹田 和博・沼田 美幸

顧問 大浦 武彦

## はじめに

日本褥瘡学会の平成18年度理事会において、以前から問題となっていた在宅における褥瘡発生とその早期発見についてなんらかの対策が必要であるとの考えから在宅医療委員会が設立された。

在宅の褥瘡有病率に関する報告では、1983~1994年の10年間に寝たきり高齢者を追跡したI市の18.3%<sup>1)</sup>、1997年に群馬県訪問看護ステーションを対象に行った調査の7.0%<sup>2)</sup>、1998年の全国訪問看護ステーションを対象に行った調査の14.6%<sup>3)</sup>、1999年に全国訪問看護ステーションを対象に行った調査の11.3%<sup>4)</sup>がある。それらからみると調査対象地区の地域性も関係があると考えられるが、全国調査では11%から14%であった。

昨今、医療機関における褥瘡発症率は、褥瘡対策未実施減算の影響もあって大きく低下した。直近の全国訪問看護ステーションに対して行った調査からすでに7年経過していることから、在宅医療委員会では再度褥瘡治療・ケアの実態や褥瘡有病率を調査し、今後の活動への方向性を見いだすことになった。

なお本報は、実態調査の単純集計結果を報告したものである。これに引き続き、今回は詳細な分析結果を報告する予定にしている。

## 調査方法

1) 対象: WAMNETに登録している全国の訪問看護ステーション (以下、STと略記する。) の5,543件を対象とした。

2) 方法: 上記STに調査票をFAXし、FAXにより回答を求めた。

3) 内容: STの概要 (事業形態、職員、ケアマネジャーの有無)、2006年7月中のSTの訪問状況、褥瘡患者の状況、褥瘡患者に対して困っていること、褥瘡関連学会などへの参加、についてである。

4) 期間: 2006年8月~9月

## 調査結果

回答は1,478件 (26.7%) から得た。これらの回答のうち、有効回答は1,416件 (95.8%) であった。以下に、無記入を除き記載のあった有効回答について結果を述べる。

## 1. STの概要

1) 事業形態について (表1)

訪問看護のみ行っているSTは647件 (47.2%) であり、居宅介護支援を併設しているSTは725件 (52.8%) であった。

2) 訪問看護に従事している職員について (表2)

1 STあたりの平均看護職者数は $5.5 \pm 3.0$ 人 ( $n=1,407$ ) であり、常勤換算では $4.5 \pm 9.0$ 人 ( $n=1,275$ ) であった。また、理学療法士・作業療法士・言語療法士についても1 STあたり $1.5 \pm 9.0$ 人 ( $n=980$ ) であった。

表1 事業形態

種別	件数	%
訪問看護のみ	647	47.2
居宅介護支援を併設	725	52.8
合計	1,372	100.0

注) 無記入は44件

表2 1訪問看護ステーションあたりの職員

職種	職員数
看護職者 ( $n=1,407$ )	$5.5 \pm 3.0$ 人
看護職者常勤換算 ( $n=1,275$ )	$4.5 \pm 9.0$ 人
理学療法士・作業療法士・言語療法士 ( $n=980$ )	$1.5 \pm 9.0$ 人

注) ( ) 内は回答数

表3 2006年7月1ヵ月間の訪問状況

a) 利用者数	53.6 ± 44.9人 (利用者総数	73,510人)
b) 総訪問回数	287.8 ± 213.0回	
c) 褥瘡患者数	3.0 ± 2.8人 (褥瘡患者総数	4,204人)
d) 褥瘡患者の訪問回数	25.8 ± 26.0回	
e) 褥瘡有病率: 5.72%		

## 3) ケアマネージャーの有無について

ケアマネージャーがいるSTは1,377件中963件(69.9%)であった。1STあたりのケアマネージャー数は、 $3.2 \pm 2.3$ 人であった。

## 2. 2006年7月(1ヵ月間)のSTの訪問状況(表3)

利用者数の平均は $53.6 \pm 44.9$ 人であり、総訪問回数の平均は $287.8 \pm 213.0$ 回であった。また、訪問患者のなかで褥瘡を発症している患者数の平均は $3.0 \pm 2.8$ 人であり、褥瘡患者への平均訪問回数は $25.8 \pm 26.0$ 回であった。さらに、利用者総数73,510人中の褥瘡患者数は4,204人であり、褥瘡有病率は5.72%であった。

## 3. 褥瘡患者の状況(表4)

1) 性別: 男性は1,833人(44.2%)であり、女性は2,311人(55.8%)であった。

2) 平均年齢:  $79.3 \pm 13.5$ 歳であった。

3) 要介護度: 介護度5が最も多く2,192人(59.2%)であり、ついで介護度4の823人(22.2%)、介護度3の371人(10.0%)の順であった。

4) 褥瘡の部位(多発褥瘡の場合は最も重症の部位): 仙骨・尾骨が最も多く2,524人(61.5%)であり、ついで大転子・腸骨部の471人(11.5%)、膝・下腿・足関節部の287人(7.0%)などであった。

5) 褥瘡の深達度: NPUAPの分類では、Stage IIが最も多く1,525人(37.0%)であり、ついでStage IIIの1,360人(33.0%)、Stage Iの847人(20.5%)の順であった。

6) 褥瘡患者への1日の平均ケア時間: 「30分未満」が最も多く2,022人(49.3%)であり、ついで「30～60分未満」が1,620人(39.5%)であった。

7) 入院が必要な時の入院病院の有無: 入院できる病院がある人は3,348人(84.2%)であった。

8) おもな介護者: 配偶者・家族が最も多く3,555人(86.9%)であった。

9) 介護者による体位変換: 「1日数回程度行っている」が最も多く1,909人(47.1%)であり、「まったくしていない」は808人(19.9%)であった。

10) 介護保険改正による「床ずれ防止用具」の使用不可に対する困難状況: 「使えなくて困る」が最も多く1,403人(58.5%)であった。

11) 上記で最も困る用具: 特殊寝台(付属品含む)

が最も多く811人(50.5%)であり、ついで「床ずれ防止用具および体位変換器」の670人(41.7%)などであった。

## 4. 褥瘡患者に対して困っていること(表5, 表6)

1) 治療面: 「使いたい薬剤や処置材が使えない」が最も多く589件(41.6%)であり、ついで「かかりつけ医が頼りない」の479件(33.8%)、「相談できる専門の医師がいない」の439件(31.0%)、「相談できる専門看護師(WOC看護師など)がいない」の430件(30.4%)、「ドレッシング材の調達方法に困っている」の414件(29.2%)などであった。

2) 看護・介護面: 「経済的理由で訪問できない」が最も多く579件(40.9%)であり、ついで「体位変換を計画通りに行えない」の567件(40.0%)、「制度上、回数制限があって訪問できない」の353件(24.9%)などであった。

## 5. 過去1年間の褥瘡関連学会等への参加(表7, 表8)

「出席したことがある」は807件(59.2%)であり、延べ出席人数は「1人」が238件(29.5%)、「2人」は247件(30.6%)、3人以上は528(65.4%)であった。「出席したことがない」は556件(40.8%)であり、その理由(複数回答)は、「セミナーの曜日が合わない」の225件(40.5%)、「会場が遠い」の296件(36.7%)などであった。

参加しやすい曜日は、土曜日が最も多く953件(69.9%)であり、ついで日曜日の198件(14.5%)、平日の187件(13.7%)などであった。

## 考 察

STは、居宅介護支援を併設しているところが半数あり、看護職者は1STあたり5人から6人が勤務しており、そのほとんどが常勤であった。そして、2006年7月の1ヵ月間の利用者数と看護職者数をみると、看護職者1人あたり10人程度の利用者を受けもっていることが明らかになった。また、褥瘡患者数が1STあたり3人程度であることから、褥瘡患者の受持がまったくない看護職者もいた。さらに、褥瘡関連学会などへの参加状況で「出席したことがない」STが約4割あることから、訪問看護師に対し褥瘡への関心を高める方策を考える必要がある。

表4 褥瘡患者の状態

種 別		人数	%
性別 (n=4,144)	男	1,833	44.2
	女	2,311	55.8
平均年齢	79.3 ± 13.5歳		
要介護度 (n=3,700)	要支援 1	3	0.1
	要支援 2	4	0.1
	介護度 1	88	2.4
	介護度 2	219	5.9
	介護度 3	371	10.0
	介護度 4	823	22.2
	介護度 5	2,192	59.3
褥瘡の部位 (多発褥瘡の場合最も重症な部位を選択) (n=4,106)			
	①頭部	20	0.5
	②肩甲・脊椎部	194	4.7
	③肘関節部	30	0.7
	④仙骨・尾骨部	2,524	61.5
	⑤大転子・腸骨部	471	11.5
	⑥坐骨部	197	4.8
	⑦膝・下腿・足脛部	287	7.0
	⑧踵部	218	5.3
	⑨その他	165	4.0
褥瘡深達度 (多発褥瘡の場合最も重症な部位) NPUAPの分類 (n=4,123)			
	①Stage I	847	20.5
	②Stage II	1,525	37.0
	③Stage III	1,360	33.0
	④Stage IV	391	9.5
褥瘡患者への1日の平均ケア時間 (n=4,101)			
	①30分未満	2,022	49.3
	②30～60分未満	1,620	39.5
	③60～90分未満	376	9.2
	④90～120分未満	61	1.5
	⑤120分以上	22	0.5
入院による褥瘡治療が必要な時の入院病院の有無 (n=3,977)			
	①ある	3,348	84.2
	②ない	629	15.8
おもな介護者 (n=4,092)			
	①配偶者・家族	3,555	86.9
	②ヘルパー	392	9.6
	③その他	145	3.5
介護者による体位変換 (n=4,054)			
	①まったくしていない	808	19.9
	②1日数回程度行っている	1,909	47.1
	③2～3時間ごとに行っている	725	17.9
	④その他	612	15.1
介護保険改正による床ずれ防止用具の使用不可に対する困難状況 (n=2,399)			
	①使えなくて困る	1,403	58.5
	②仕方がない	254	10.6
	③使えなくても困らない	742	30.9
最も困る用具 (n=1,605)			
	a. 特殊寝台 (付属品含む)	811	50.5
	b. 車椅子 (付属品含む)	119	7.4
	c. 床ずれ防止用具および体位変換器具	670	41.8
	d. 移動用リフト	5	0.3

表5 治療面について困っていること (n = 1416 複数回答)

種別	件数	%
①相談できる専門の医師がいない	439	31.0
②相談できる専門看護師 (WOC看護師など) がいない	430	30.4
③かかりつけ医が頼りない	479	33.8
④アプリードメントをしてくれる医師がいない	316	22.3
⑤セミナーや教科書と異なった処方や処置がされる	326	23.0
⑥使いたい薬剤や処置材が使えない	589	41.6
⑦主治医と連絡がとれにくい	202	14.3
⑧ドレッシングについてかかりつけ医 (処方できる医師) と意見が合わない	345	22.4
⑨ドレッシング材の調達方法に困っている	414	29.2
⑩その他	169	11.9

表6 看護・介護面について困っていること (n = 1416 複数回答)

種別	件数	%
①体位変換を計画通りに行えない	567	40.0
②本人・家族の介護への抵抗や理解力に問題がある	746	52.7
③経済的理由で訪問できない	579	40.9
④ケアマネジャーの褥瘡に対する認識がない	263	18.6
⑤訪問看護師が少ない	190	13.4
⑥制度上、回数制限があって訪問できない	353	24.9
⑦褥瘡ケアをすると時間ばかりがかかって効率が悪い	62	4.4
⑧適切な床ずれ防止用具 (全身用除圧マットレス等) が使えない	297	21.0
⑨今回の介護保険改正で適切なマットレスが使えなくなった	122	8.6
⑩その他	117	8.3

表7 訪問看護ステーションにおける過去1年間の看護師の褥瘡関連学会等 (セミナー含む) への出席

種別	件数	%	
①出席したことがある	807	59.2	⇒延べ出席人数 . . . ①1人: 238件 ②2人: 247件 ③3人以上: 528件
②出席したことがない	556	40.8	⇒出席できない理由 (複数可) . . . ①セミナー時期が合わない: 131件 ②セミナーの会場が遠い: 296件 ③セミナーの曜日が合わない: 225件 ④その他: 149件
計	1,363	100.0	

表8 参加しやすいセミナーの曜日

種別	件数	%
①平日	187	13.7
②土曜日	953	69.9
③日曜日	198	14.5
④その他	35	2.6
計	1,373	100.0

在宅における褥瘡有病率が5.72%であったことは、「はじめに」で述べた先行研究より低く、さらに病院での有病率の3.64%、療養型病床群の6.40%<sup>3)</sup>に比較して、その中間の値をとっている。このことは、介護認定調査の基本調査項目に褥瘡の有無が含まれていることで褥瘡についての情報が把握でき、把握時点で加療していることが反映しているのではないかと考えられる。しかし、褥瘡患者の実態では、褥瘡の深達度はStage IIIとIVを合わせると42.5%あり、褥瘡有病率は低くても重症者が約半数を占めていた。これは、在宅での発症後つぎの介護申請までに半年の期間があるために早期発見ができないことや、在院日数の短縮やDPCの導入の影響により医療機関や福祉施設などから在宅へ移行する時点ですでに褥瘡を発症して、それが悪化したことなどが推測される。以上から、保健医療福祉連携のなかで褥瘡患者の早期発見対策を講じることが緊急の課題であることが示唆された。褥瘡は、在宅において、介護者の約87%が配偶者・家族であるという実態を考え合わせると、介護者に対する褥瘡予防対策の啓発と普及が必要であり、このことが介護負担を軽減し、褥瘡患者や介護者のQOLの低下を防止できると考えられ、社会的にも重要な課題であろう。

褥瘡患者に対して困っている点について、医療面では「使いたい薬剤や処置材が使えない」や、「かかりつけ医が頼りない」、「相談できる専門の医師がいない」、「相談できる専門看護師(WOC看護師など)がいない」、「ドレッシング材の調達方法に困っている」などの回答が多かったことから、専門知識をもった医療職者の養成が求められる。また、使用薬剤やドレッシング材の調達について、保険で請求できるような体制が必要である。看護・介護面においても「経済的理由で訪問できない」とか、「体位変換を計画通りに行えない」、「制度上、回数制限があって訪問できない」ということが問題とされ、加えて今回の介護保険の改定により「床ずれ防止用具が使えなくて困る」という実態から、介護保険や医療保険制度の改善が求められる。

以上の実態から、日本褥瘡学会における在宅医療への活動として、①医療職者や介護者に対する専門の知識の普及、②専門的知識をもった医療職者の育成、③介護保険制度の改善への働きかけが必要であることが示唆された。

#### まとめ

1) 訪問看護ステーションの事業形態：訪問看護のみと、居宅介護支援を併設しているところとの割合はほぼ半数ずつであった。

2) 1訪問看護ステーションあたりの職員：看護職者は5.5±3.0人(常勤換算は4.5±9.0人)、理学療法士・作業療法士・言語療法士は1.5±9.0人であった。また、ケアマネージャーがいる訪問看護ステーションは69.9%であった。

3) 1訪問看護ステーションあたりの2006年7月の1ヵ月間の訪問状況：利用者数は53.6±44.9人であり、総訪問回数は287.8±213.0回であった。また、褥瘡患者数は3.0±2.8人、褥瘡患者の訪問回数は25.8±26.0回であり、褥瘡有病率は5.72%であった。

4) 訪問をしている褥瘡患者の状況(n=4,204人)：①男女はほぼ半数ずつであり、②平均年齢は79.3±13.5歳であった。③要介護度は介護度5が59.2%を占めており、④褥瘡部位は「仙骨・尾骨」が61.5%、「大転子部・腸骨部」の11.5%などであった。⑤褥瘡の深達度は、Stage IIが37.0%と最も多く、ついでStage IIIが33.0%であった。Stage IIIとStage IVを合わせると42.5%を占めていた。⑥褥瘡患者への1日の平均ケア時間は「30分未満」が約半数を占めていた。⑦入院が必要な時に入院できる病院がある人は84.2%であり、⑧介護者は「配偶者・家族」が86.9%、⑨介護者による体位変換は「1日数回程度行っている」が47.1%で最も多かった。⑩介護保険の改定で「床ずれ防止用具」が使えなくて困ると回答したのは58.5%であり、⑪使えなくて最も困る用具は、「特殊寝台」、「床ずれ防止用具および体位変換器具」であった。

5) 褥瘡患者に対して困っていること：①治療面では、「使いたい薬剤や処置材が使えない」、「かかりつけ医が頼りない」、「相談できる専門医がいない」、「相談できる専門看護師(WOC看護師など)がいない」、「ドレッシング材の調達に困っている」などがであった。②看護・介護面では、「経済的理由で訪問できない」、「体位変換を計画通り行えない」、「制度上、回数制限があって訪問できない」などであった。

6) 過去1年間の褥瘡関連学会等への参加状況：出席したことがあるのは約6割であった。

7) 日本褥瘡学会における在宅医療への活動として、①医療職者や介護者に対する専門の知識の普及、②専門的知識をもった医療職者の育成、③介護保険制度の改善への働きかけが必要であることが示唆された。

#### 文 献

- 1) 阿曾洋子, 高島毛敏雄, 財津裕典, ほか: 池田市訪問看護活動の分析. 大阪大学医学部公衆衛生学講座・池田市役所報告書, 9, 1994.
- 2) 石川 治, 岡田克之, 宮地良樹, ほか: 群馬県下の病院, 老人保健施設, 訪問看護ステーションの褥瘡疫学調査.

- 医事新報, 3864 : 25-30, 1998.
- 3) 金川克子, 斉藤恵美子, 白戸 舞, ほか : 在宅療養者の褥瘡発症と看護ケアとの関連—全国の訪問看護ステーションの調査から—, 日公衛誌, 46(12), 1084-1093, 1999.
  - 4) 阿曾洋子, 上原ます子, 杉本信子, ほか : 要介護高齢者の入院・入所・在宅療養における褥瘡の実態と予防・治療・看護・介護に関する調査, 27-39, 関西褥瘡ケア研究会, 1999.
  - 5) 前日本褥瘡学会調査委員会 : 褥瘡対策未実地減算導入前後の褥瘡有病率とその実態についてのアンケート調査報告, 褥瘡会誌, 8(1), 92-99, 2006.
-

## 脳卒中急性期リハビリテーションの意義と実際

補永 薫・里宇明元

慶徳義塾大学病院リハビリテーション科/ほなが・かおる りう・めいげん

## はじめに●

数十年前までは脳卒中などの中枢神経疾患の急性期では絶対安静が基本とされていた。これは体動による循環動態の変化により、病巣の進展・悪化をもたらすという認識によるものであった。しかし、近年では安静はむしろ害であり、不用意な安静は筋骨格系の萎縮、心循環系の機能低下、肺炎などの感染性疾患などさまざまな続発症をもたらすという認識が広まってきている。また、evidenced based medicineの発展に伴い、急性期リハビリテーション(以下リハ)の有効性に関する報告も多く出されてきた。

2005年には米国心臓協会(AHA)により脳卒中リハビリテーションガイドラインが発表されているが、その中では「発症から遅くとも1週間以内に開始される組織された多職種によるリハビリテーションの開始が、機能予後を左右する」と述べられている<sup>1)</sup>。また、わが国でも2004年に脳卒中関連5学会による脳卒中治療ガイドラインが発表されており、その中でも「廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作(ADL)向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとに急性期からの積極的なリハを行うことが強く勧められる」と早期リハの重要性が謳われている<sup>2)</sup>。それに付随して、一部の病院ではstroke unitにおける、リハを含めた脳卒中の急性期集中治療に取り組まれ始めている。脳卒中急性期においては患者の全身状態を把握したうえで、可能な限りの身体機能の拡大を図るリハの戦略を立てていく必要がある。

## 脳卒中急性期の状態●

脳卒中を発症した患者は、抗凝固療法や抗血小板療法などの内科的加療を受けながらベッド上安静の状態となるのが一般的である。この安静臥床

表1 長期臥床によって進行する廃用症候群

1. 中枢神経系	異常知覚と疼痛の閾値の低下、活動性の低下、自律神経失調、情緒障害(不安うつ症候群)、知的能力低下、心理的荒廃
2. 筋骨格系	筋力低下、筋萎縮、持久力低下、関節拘縮、骨粗鬆症
3. 心循環系	心予備力低下、心拍数増加、起立性低血圧、静脈血栓症、最大酸素摂取量低下
4. 呼吸器系	肺活量低下、最大換気量低下、換気血流比低下、肺炎、咳嗽メカニズム障害
5. 消化器系	胃腸管活動の低下(便秘)、消化腺(唾液腺、膵液)の活動低下、食欲低下
6. 内分泌・泌尿器系	尿路結石(高カルシウム尿症)、電解質(Na, Ca, P, S, K, Ma)の損失、利尿(ナトリウム利尿)、耐糖能低下、尿失禁(中枢の影響もあり)
7. 皮膚	turgorの低下、皮下脂肪の減少、巻き爪、褥瘡

(文献4)より引用)

状態が不必要に長引くと多くの臓器や筋肉の廃用性変化が急速に進行する。健全な筋肉組織でも2~3週間の安静により20~25%の筋萎縮を生じるとされており、麻痺を伴う場合の萎縮のスピードはさらに速いことがわかっている。さらにこの廃用性の機能低下は筋肉だけでなく、中枢神経系・心循環系・呼吸器系・消化器系・内分泌系・泌尿器系・皮膚などあらゆる臓器に及ぶ(表1)。この低下した機能を回復させるには安静期間の数倍の治療期間を要するといわれている<sup>3,4)</sup>。そのため、急性期リハの第一の目的は安静により生じるこのような「廃用症候群」の予防にある。

また、脳卒中では麻痺を生じることが多いが、

- 麻痺側の不使用により皮質脊髄路の退縮が生じてくるといわれている。
- 脳卒中急性期においては、拘縮や褥瘡の予防も広い意味でのリハビリ治療といえる。
- 座位訓練の開始は、バイタルサインや神経症状の安定を総合的に判断して決める。

表2 座位耐性訓練の開始基準

<p><b>座位耐性訓練の開始基準</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 障害(意識障害, 運動障害, ADLの障害)の進行が止まっていること</li> <li>2. 意識レベルが1桁であること</li> <li>3. 全身状態が安定していること</li> </ol> <p><b>座位耐性訓練の施行規準</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 開始直後, 5分後, 15分後, 30分後に血圧と脈拍を測定する</li> <li>2. 30°, 45°, 60° 最高位(80°)の4段階とし, いずれも30分以上可能となったら次の段階に進む</li> <li>3. まず1日2回, 朝食・昼食時に施行し, 安定したら食事ごととする</li> <li>4. 最高位で30分以上可能となったら車椅子座位訓練を開始する</li> </ol> <p><b>座位耐性訓練の中止基準</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 血圧の低下が10 mmHg以上のときは5分後の回復や自覚症状で判断, 30 mmHg以上なら中止</li> <li>2. 脈拍の増加が開始前の30%以上, あるいは120/分以上</li> <li>3. 起立性低血圧症状(気分不快など)がみられた場合</li> </ol>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(文献6)より引用)

麻痺側上下肢を効果的に刺激・使用しないことにより, 麻痺側の不使用(学習された不使用 learned non use)が生じ, その結果, 皮質脊髄路の退縮が生じてくるといわれている。近年, 早期から麻痺の状態に合わせて難易度を設定したりハ介入をすることにより, 損傷された神経組織の機能的な再組織化を行うことが可能であることがわかっている<sup>5)</sup>。急性期リハは, 廃用の予防といった負の側面の予防と・効果的な神経回復の促進という二つの側面を持って行われる。

#### 急性期リハビリテーションの実際●

脳卒中急性期においては, 拘縮予防のための他動的な関節運動や良肢位保持, および褥瘡防止のための体位変換も広い意味でのリハビリ治療といえる。また, 重度の麻痺患者では深部静脈血栓症や

表3 早期離床のタイミングに関して注意しなければならない病態

<p><b>脳梗塞</b></p> <p>内頸動脈・主幹動脈閉塞例, 脳底動脈血栓症例, 解離性脳動脈瘤の存在, 出血性梗塞例, mass effectを伴った脳浮腫の存在</p> <p><b>脳出血</b></p> <p>血腫の増大例, 水頭症の出現例, 血圧コントロールの不良例, けいれん発作, 重度の脳浮腫例</p> <p><b>くも膜下出血</b></p> <p>再出血例, 脳血管攣縮・心電図異常・けいれん発作・水頭症を認める例</p> <p>(くも膜下出血では発症後2~3週間は脳血管攣縮の危険が高く, 座位での血圧低下が脳血流に影響するため, 十分に注意する)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

肺塞栓症の予防のために弾性ストッキングや間欠的エアコンプレッサーを使用する。これらは急性に意識障害や全身状態の悪化が進行している時期を除いて病状が不安定な際にも注意して行うことが可能である。そのため, 一般的に急性期リハの開始は, 座位の開始を持って定義することが多い。脳卒中急性期においては脳血流の自動調節能が破綻しているため, 脳循環動態の変化を起こしやすい状態にある。そのため, 体動の変化などにより起立性低血圧などのリスクが大きい。一般的に脳卒中後の座位訓練の開始基準としては, ①バイタルサインの安定, ②意識レベルがJapan coma scaleで1桁, ③運動麻痺の進行の停止が24時間以上認められている, もしくは回復過程にあるなどが用いられることが多い<sup>6)</sup>(表2)。



- 脳卒中のいくつかの病型では、段階的に症状が進行することもあり注意を要する。
- 急性期リハでは、神経学的合併症と一般内科的合併症の知識をもつことが重要である。
- 嚥下能力は早期の経口摂取への移行のために必ずチェックしなければならない。

この状態では血圧測定や状態観察のもとに座位訓練を開始することが可能である。ただし、脳卒中のいくつかの病型においては、段階的に進行することや発症後数日での症状の増悪が認められることもある(表3)。このような病態では数日以上 の観察期間を経たうえで画像所見や治療経過などを総合的に判断したうえで座位訓練を開始する必要がある。

リハの進めかたは、表2に示すように血圧や全身状態を確認したうえで、活動範囲を段階的に拡大し、起立・移乗・車椅子乗車などを取り入れていく。また、上肢に関しては、拘縮の進行とともに疼痛の出現を非常にきたしやすいため、良肢位の保持や他動的な関節可動域訓練を行う。さらに、麻痺肢の残存機能に応じた機能的な訓練も開始する。

急性期においてはさまざまな合併症が起りやすいため、これらの訓練を行う際には特に全身状態への注意が必要である。合併症は大きく分けて神経学的合併症(出血性梗塞や再発、けいれん発作など)と一般内科的合併症(不整脈や心筋虚血・深部静脈血栓症・肺炎・尿路感染など)があり、これらの十分な知識を持ち、見逃さないようにすることが重要である。また、合併症の重症度や種類によって、リハを中止する必要があるのか部分的に継続するのかを的確に判断し、不必要な安静を強いたり、逆にリスクを増やさないようにしなければならない。

脳卒中後の後遺症は、上下肢の運動麻痺以外にも、摂食・嚥下障害や神経因性膀胱、失語症や視空間無視をはじめとする種々の高次脳機能障害など非常に多彩である。これらの障害は運動麻痺と異なり視覚的・定量的に把握することが困難であ

るが、介入が遅延すれば将来的な日常生活動作上の阻害因子となるため、運動麻痺と同様、早期に把握したうえで介入を行う。特に嚥下能力は早期の経口摂取への移行のために必ずチェックしなければならない。ベッドサイドでの飲水テスト・回復唾液嚥下テストにより嚥下障害が疑われる例では、嚥下造影検査などを行ったうえで、体位、食物形態に注意しながら段階的な摂食・嚥下訓練を行うことが望まれる。

#### おわりに●

脳卒中急性期において、適切なリハをいかに行うかは患者の将来的な生活様式や社会復帰の予後を決定する鍵となる。そのため、安静によるデメリット、活動性をあげた場合に起こりうる合併症などの正しい知識を持ったうえで、十分なリスク管理のもとに積極的に急性期リハに取り組む必要がある。

#### 文 献

- 1) Duncan, P.W., Zorowitz, R., Bates, B. et al.: Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guidance. Stroke 36: e100-e143, 2005
- 2) 日本脳卒中学会: 脳卒中治療ガイドライン 2004 <http://www.jsts.gr.jp/jss08.html>
- 3) 松本真以子, 里宇明元: Q & A 脳梗塞急性期におけるリハビリテーション. 今月の治療 12: 511-516, 2004
- 4) 石田 暉: Evidence 早期リハビリテーションの有効性. 総合臨床 12: 3134-3141, 2002
- 5) 原 寛美: 【脳卒中の急性期診療】脳卒中の急性期治療 内科的治療 急性期リハビリテーション. Progress in Medicine 27: 299-304, 2007
- 6) 正門由久, 千野直一: 脳卒中リハビリテーションの現状. 脳と循環 5: 317-322, 2000

特集

## ROUND TABLE DISCUSSION 座談会

# 脳卒中とリハビリテーション

### 出席者（発言順、敬称略）

#### ●司会

誠愛リハビリテーション病院 病院長  
九州大学大学院医学研究院 病態機能内科学 特任准教授

井林 雪郎

*Setsuro IWAYASHI*

#### ●出席者

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 教授

里宇 明元

*Meigen IRI*

聖マリアンナ医科大学神経内科 教授

長谷川泰弘

*Yasuhito HASEGAWA*

香川労災病院脳神経外科 部長

藤本俊一郎

*Shunichiro FUJIMOTO*



## 脳卒中リハビリテーションの歴史

井林（司会）——従来リハビリテーション（以下、リハ）は、主に整形外科の疾患や外傷、あるいはその手術後に行われてきましたが、最近では高齢者の増加に伴い脳卒中患者が増える中で、脳卒中領域においても、急性期～回復期～慢性期にかけて非常に重要な位置を占めるようになったと思います。

そこで、本日は「脳卒中とリハビリテーション」という座談会テーマで専門の先生方にお話を伺いたいと

思います。まず、脳卒中リハの歴史を里宇先生よりご解説いただきます。

里宇——私は現在まで約30年間リハ科医として脳卒中医療に携わってまいりましたが、リハの歴史には3つの大きなポイントがあると考えています。

1つ目は開始時期の変遷です。私が卒業してしばらくの間は、神経内科医が脳循環を非常に気にかけていた時代ですので、脳卒中患者は3週間から1ヶ月はあまり体を起こしてはいけないという考え方が一般的でした。したがって、1～2ヵ月間それほど体を動かさずに経過した患者さんがリハ病院に搬送されていたのです。したがって、1970年代、1980年代は脳卒中そ



Setsuro IBAYASHI

井林 雪郎先生

のものリハというよりは、廃用症候群に対してのリハがかなりのウェイトを占めていました。同時期の海外の諸文献では数日で体を起こすという記述があることから、国際的な動向と比較して日本での早期リハの浸透は遅れていたといえます。その後、日本でも早期から適切なリハを行うことの重要性が徐々に認識されるようになってきました。

1990年代になると、在院日数短縮の流れが加速し、急性期病院は早期に患者さんを退院させなければならなくなり、一方では効果と安全性の面から急性期リハのエビデンスが徐々に蓄積されつつありました。そのような流れの中で、2004年に『脳卒中治療ガイドライン』が出たことは1つの大きな転機になったと思います。つまり、早期から集中的にリハを行うことの重要性が広く認識されるようになったのです。ガイドラインの刊行を契機に、他科の先生方と共同で早期から積極的にリスク管理を行いながらリハのアプローチをするという流れができるようになり、ずいぶん雰囲気が変わったように思います。

2つ目は、特に2000年頃から始まったリハを含めた脳卒中医療に大きな影響を与えるさまざまな制度改革です。2000年は回復期リハ病棟が診療報酬体系で制度化され、同年に介護保険制度も始まりました。つまり、現在でいう急性期、回復期、維持期という流れを想定したような制度改革が行われたのです。また、

算定日数上限の問題などにも絡めて医療保険と介護保険のリハの役割分担がここ数年の大きなトピックスになっています。介護保険制度発足当初からリハに関連するサービスはありましたが、特に2006年の改定時には訪問リハ、通所リハ、リハビリテーションマネジメントなどが取り入れられるようになりました。ただ、実際は回復期以降の地域におけるリハには、人的資源の問題やマネジメントのノウハウをもつ専門家の不在などで、必ずしも医療から介護保険にスムーズに移行できていないのが現状です。

3つ目は中枢神経可塑性への期待です。我々がリハに取り組み始めた頃は、成人において一旦麻痺した手足が回復することは困難と考えられ、リハの重点は、残存機能を最大限に活かしてセルフケアの向上を図ることと生活環境を整えることにおかれていましたが、最近では神経科学の分野で成人の脳の可塑性に関する研究が進み、麻痺などの障害そのものに対するアプローチが試みられるようになってきています。

## 急性期リハビリテーションの効果

井林——里宇先生のおっしゃるように、諸外国と比較して日本における急性期リハの浸透は確かに遅れていました。そこで急性期リハの実態調査を目的とした班会議が立ち上げられ、長谷川先生が主任研究者として当初からその研究に携わっておられましたので、お話を伺いたいと思います。

長谷川——脳卒中急性期リハの適応、方法、急性期脳卒中病態の認識などに、どの程度のコンセンサスがあるのか、その実態を明らかにしたいと考えて、日本脳神経外科学会、日本内科学会、日本リハビリテーション医学会の各研修認定施設を中心に、全国752施設をリストアップして、以前アンケート調査を行ったことがあります。

その答えを専門とする科別にみるととても面白いことがわかりました。「急性期脳卒中患者では、早すぎる座位・立位、時に頭位挙上でも症候の増悪が起こることがあると思われるので、座位・立位を含む訓練の開始は慎重に行うべきとする慎重論をどう思うか？」との問いに対し、内科医は主幹動脈閉塞例のリハ開始

にとっても慎重でした(図1A)。「現に症候の進行・動揺がみられる場合でも、積極的な座位・立位訓練を開始するか?」との問いに対して、内科医は7割以上が慎重派で、次いで脳外科医、脳卒中患者の座位・立位を含むリハは直ちに開始するのがよいとする意見は、リハ科医に最も多くみられ(図1B)、専門診療科による対応の違いが明らかとなりました。

この結果から、リハの適応や方法を議論するとき、実は内科医、脳外科医、リハ科医がそれぞれの視点からリハの話をしているのだという印象を得ました。つまり、虚血性疾患でアテローム血栓症など、急性期に非常に変動しやすい疾患をみている内科医は比較的保守的となりますし、脳外科医は脳出血やくも膜下出血などの術後管理におけるリハについて考えているでしょう。一方リハ科医は急性期の進行動揺が治まった後に患者をみているので、どんどんやるべきという意見で、どれも正しい意見を述べているのだと理解しました。

また、国内10ヵ所の国公立病院でアテローム血栓性脳梗塞患者にいつ座位許可を与えたかというプロスペクティブな調査を行ったところ、早い施設は3日目に座らせているが、長いところでは平均13日目にやっと座位をとらせる施設もあって、非常に大きなばらつきがありました。そしてこれだけの差が出た一番



Meigen LIU

里宇 明元先生

の原因は、座位耐性負荷試験を行っているか否かの違いでした。

発症3日以内の連続1,134例の脳卒中患者を、前向きに追跡した共同研究では、リハ開始・継続を阻害した因子が354例に発生していました。その最大の原因は、症候の増悪・再発(162件)で、ついで発熱(103件)、心疾患(81件)、精神症状(71件)、抑制、鎮静を要したものの54件の順でした(図2)。すなわ

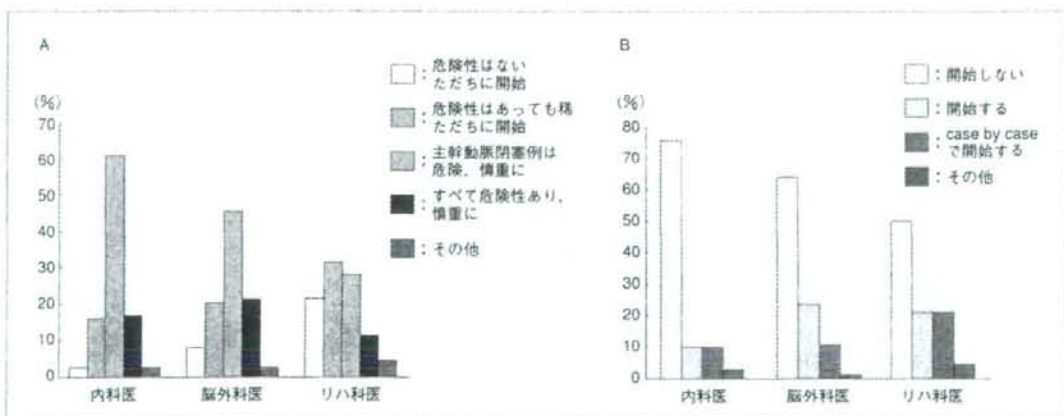


図1 脳卒中急性期リハビリテーションの適応(専門科別アンケート調査)

A: 「早すぎる訓練開始、時には頸位準上の許可だけでも症候の増悪が起ころう」と考えるか? (回答者の診療科別)

B: 症候に進行・動揺がみられる場合でも積極的な座位・立位訓練を開始するか(回答者の診療科別)



Yasuhiro HASEGAWA

長谷川泰弘先生

ち早期リハの実現のためには、増悪進行・再発をさせないリスク管理と発熱をいかに起こさせないかが重要なポイントであり、主幹動脈閉塞の有無を早期に診断することや不要なカテーテルを減らすことの重要性が示されました。現在では、脳卒中専門施設であれば土日をはさんだとしてもMRAや超音波によって入院後48時間以内には主幹動脈閉塞の有無を診断できる時代ですので、多くの患者で早期の座位・立位開始が可能となっていると思います。

もう1つ重要な点は、「脳卒中治療ガイドライン」にも述べられているように急性期リハはstroke unit (SU) など組織化された場所で行うことがよいとされていますが、これは残念ながら欧州のエビデンスであって、SUを作ることで脳卒中患者の転帰が本当によくなるというエビデンスは日本にはなかったのです。しかし我々の調査の結果、非常に重要なことが2つわかりました。

1つは、日曜・祝日に入院した患者さんは死の転帰をとりやすいという非常にショッキングなデータでした。2つ目は、入院3週間以内に日曜・祝日を多く含む3週間目を迎えた患者さんは座位・立位をとることのできる日数が長くかかり、自宅復帰率も低かったというこれもまたショッキングなデータでした(図3)。しかしこれらは、初診時から専門のスタッフが対応し、リハを含む治療を集中的に行えば、脳卒中患者の予後はよくなるということであって、医療体制の異なる日本でもSUは有効と考えるべき傍証と理解されました。

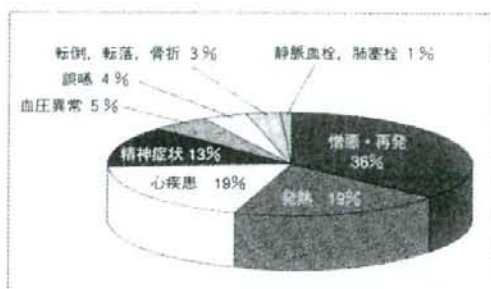


図2 脳卒中：急性期リハの開始、継続を阻害した因子(入院3週間以内)

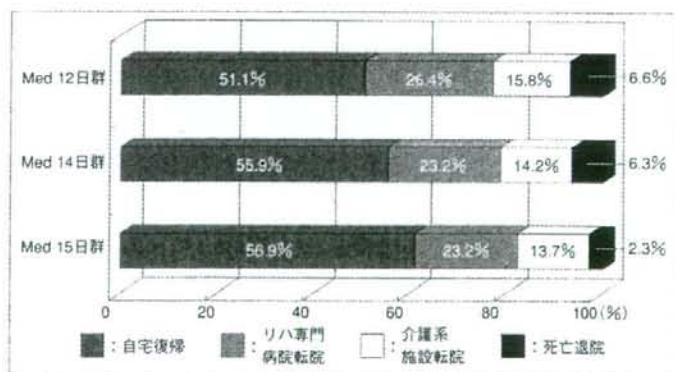


図3 入院後3週間までの土日祝祭日を除く日数と退院先

発症3日以内入院脳卒中1,134例のリハを含む実稼働日数の3分位別(実日数中央値12日、14日、15日)に転帰を検討した。

自宅復帰率:  $p = 0.027$ , 死亡率:  $p = 0.030$

(Hasegawa Y, et al.

Cerebrovasc Dis 20:325-331, 2005)

## 包括的リハビリテーションの重要性

井村——最近ではクリニカルパス（以下、パス）を含め包括的にリハを始めている施設が多いと思います。その重要性について藤本先生にお伺いします。

藤本——当院は急性期病院で、脳卒中入院患者の約35%が転院されます。ところが転院先との情報連携が不十分であるとの指摘があり、連携先の方々とはパスを作成するため「香川シームレスケア研究会」を設立して活動を始めました。どのようなパスが必要かということで話し合い、特にコメディカルが中心となって必要事項の抽出を行い、それをパスに間違いなく反映できるようにすること、リハのステップを5段階に分け、患者さんの到達度や介助度がわかるようにすること、各施設でばらばらであった評価法を統一すること、そして介護と医療では同じ言葉でも意味が異なりますので、共通言語での記載のためにブルダウんで入力できるようにしようということになりました。しかし、急性期病院、回復期病院、在宅ケアはそれぞれ主体とするものが異なっています。それをふまえてどのような情報を連携すべきかを議論した結果、日常生活動作、リハ状況、嚥下障害や栄養障害の有無は必須ということで、それらを反映したパスを作成しました。パスを作成したことで連携がスムーズになったうえ、最もよかったのは、パスを始めるまでは急性期はゴールのわからないままどこまで当院でやるべきか判断がつかなくなったのが、回復期リハに転院したらすぐリハを開始できる状況を作ることや転倒・転落事故を起こさないようにするなど、自分たちの役割が明確になり、スムーズに業務を遂行できるようになりました。

ところが、運用から間もなく我々が作成したのは自宅へ帰るまでのパスであったことが明らかになりました。実際帰られた患者さんには在宅後のパスが必要だということで香川県介護支援専門員協議会の大原昌樹会長に中心になっていただき、頻りに会合を開きました。しかし、毎月モニタリング用紙を作成しなければならないことに加えさらに連携パスに人力するというのでは、ケアマネジャーの仕事量が増えるため普及しません。そこで香川シームレスケア研究会の世話人に



Shunichiro FUJIMOTO

藤本俊一郎 先生

なっていたらいる県の健康福祉部の医師に相談し、在宅連携パスをモニタリング用紙として使用する承認を得て、2008年3月から在宅パスも運用が開始されました。また同時期より歯科医師も在宅パスを作成し、運用しています。2007年9月頃からは高松市東讃でも我々中讃・西讃と同様のパスを使用して連携するため活動を開始しました。

現在我々の研究会では脳卒中に加えて大腿骨近位部骨折・NST・在宅・歯科在宅の地域連携パスを作成し、運用しています。栄養・嚥下障害についてはNSTのワーキンググループが決定した事項を反映して連携先へ届けており、運用はうまくいっていますが、どれだけ在宅復帰率が向上したかなど患者満足度を調査するのは今後の課題です。

今回の診療報酬制度や医療法の改定は、このような連携を行うのに非常に追い風になりました。当初参加できなかった施設に新たに参加いただけたこと、行政に医療計画の周知や講演をしていただいた中で、我々のこれまでの活動の方向性が間違っていないということが確認できるという面でも非常によかったと思います。自身の専門外の方々との連携ができたり、医療連携体制協議会を作ること住民の方にも参加いただき、地域全体で活動できる状況まで漕ぎ着けることができました（図4）。

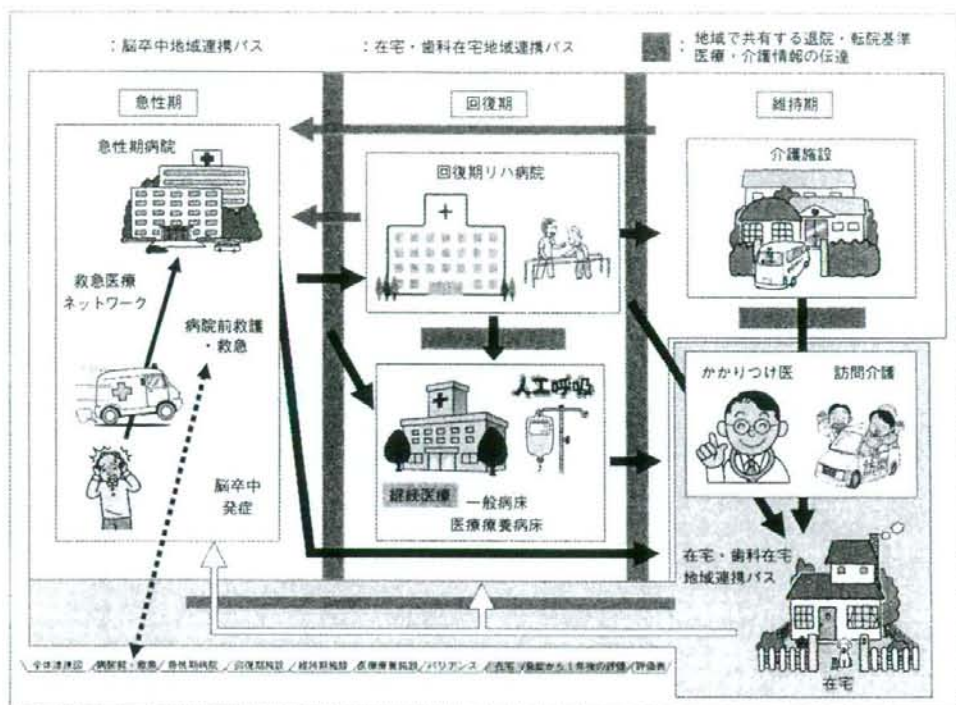


図4 脳卒中地域医療連携ネットワーク

## コメディカル・介護者の協力体制の確立 —現在の連携体制をふまえて

井林——福岡県下でも今後バスがうまく連携することでリハを効率よく発展させていきたいと願っておりますが、在宅に戻そうと思ってもどうしても戻れない患者さんもいらして、その辺りが非常に悩ましいところです。当院（210床；うち一般が54床、回復期が116床、療養型が40床）では若い多くのセラピスト（PT 65名、OT 63名、ST 27名）が時間をかけてチーム医療に取り組んでおりますが、先生方の施設ではいかがでしょうか。

里宇——まず大学病院全般にいえることだと思いますが、ベッド数に比べるとセラピストの数が非常に少ないと思います。当院は、1,000床に対し19名という状況ですので、かなりオーバーロードになっています。

また、当然急性期の患者さんが多いので、病棟サイドとの連携がかなり重要になってきます。そのためリハスタッフが看護師にさまざまなリハの手技をトレーニングするセッションを年に数回設けています。急性期のリハ的なアプローチはセラピストが行いますが、生活面は看護師が担う面が大きいので、両者の連携を強めようとしているのが現状です。

2週間前後で患者さんは次に移りますから、ある程度の地域連携はあると思います。ただ、大都市圏ですと、急性期資源が豊富な一方、回復期資源は大変少なく、非常にアンバランスな状況にあります。さらに、患者さんの診療圏も二次保健医療圏というよりは関東一門というかたちで広域的になっています。ですから、単純にある地域のみを想定した連携バスを作成することは難しいという問題がありますので、もう少し広域的に対応可能なシステムを考えていかなければ、たとえば急性期で一生懸命みたとしても、次にうまくつな

りません。

長谷川——関東圏の回復期リハ病床数は全国平均よりかなり少なく、他県に出られる方もいらっしゃいますので、里宇先生のおっしゃったようにとても二次保健医療圏の中で完結できない状況です。

現在連携の必要性が盛んに言われており、滞ることなくスムーズに急性期から回復期、介護、社会復帰へと移るための工夫や情報の伝達は重要です。その一方、急性期ではDPCによってコストや入院期間の整理が付き始めましたが、回復期ではcase mixの整理がまだついておらず、重症患者さんほど次にいけないという状況になっていますので、連携パスの中でできる限り透明性の高い形で整理されていく必要があるかと思われまます。最終的には保険点数の形に反映されることとなると思いますが、現在提唱されている地域連携のオーバービューパスなどの考えで、医療報酬が平等で透明性の高い流れをいかに構築できるかにかかっているように思われます。

里宇——回復期を経ずに急性期病院から直接地域に帰るという流れも最近は多くみられます。それが必ずしも軽症な方ばかりではなく、本来もう少しリハを行う必要がある方が、直接地域に帰られているというのが現状です。急性期の入院期間が短くなりましたので、回復期も1ヵ月以内に受け入れるところが増えてきていますが、そうすると全身状態が不安定な場合が少なくなく、それにどう対応するのか、また経営的にも回復期病棟の医療費が定額制の中でどうするのかという問題が出てきます。また、以前は回復期リハ病棟への転院までの期間が発症後3ヵ月以内であったのが、現在の制度では2ヵ月以内に転院しないと回復期に入れません。そうすると急性期にさまざまな合併症を併発したり意識障害があったりという患者さんが2~3ヵ月経ってやっと症状が落ち着いた時には行くところがないというジレンマもあります。ですから、急性期と回復期だけで通じるパスを作るのではなく、広いスペクトラムで患者さんをどこでどのようにケアするのかを考えなければなりません。2008年4月の診療報酬改定前までは障害者病棟が重症患者さんの受け皿の1つになっていたのですが、脳卒中と認知症が除外されましたので、重症者の行き場がなくなったということも問題になりつつあります。

藤本——リハを行うために転院される方以外に意識障害あるいは継続した医療が必要と判断された患者さんの場合、医療療養病床が減少傾向にある地域において、たとえば医療区分1の患者さんが実際転院されますと、診療報酬が低い受け入れ施設経営が難しくなります。一方、医療区分2、3の重症患者さんをお願いすると看護の必要度が高くなり、コメディカルの負担が増えます。このような事情に加えて医療が必要な方が転院できる病院が減ってきているため、転院しにくくなっている傾向を感じています。

井林——そうしますと、ご家族が分担して自宅介護をせざるを得ない患者さんも当然出てくると思います。そういったケースに対してはどのようにお考えですか。  
藤本——回復期リハ病床から在宅へ帰られるケースではご家族の受け入れの問題があります。また、軽症だから在宅介護を行うことをおすすめしても、患者さんが1人暮らしのケースもあり、社会的な要因が絡むことが非常に多いです。その反面、重症患者さんを在宅でみられるご家族もいらっしゃいますので、回復期リハ病床ではそのあたりの折衝など難しいところがあると思います。

井林——それについては今後、解決されていく日処はあるのでしょうか。

里宇——在宅はさまざまな要因があり難しいのですが、必ずしも介護度が高ければ大変というわけではありません。見守ったり少し手を貸さなければいけないという患者さんが一番大変で、社会的なサポートが必要です。また、都内ですと急性期から直接地域に移る患者さんが多いため、リハ主体のクリニックを活用することが1つの対応策になっています。そういったクリニックはセラピストの数も多く、地域のさまざまな資源を利用したりリハが可能で、大都市圏においてはクリニックや一部有床診療所が流れをスムーズにしている鍵ではないかと考えています。

## 回復期・維持期における リハビリテーションの可能性

井林——今後の脳卒中リハについて、先生方が注目あるいは期待されていることをお聞かせください。

長谷川——現在は診断治療に高価な機械や人員を集め



ている急性期病院の在院日数をどんどん短縮して、より効率的に運用しようという傾向にあります。そうしますと、今以上に回復期施設において病状の変化をきたす症例に遭遇する機会が増えるはずで、私はこの1月にドイツの急性期病院と回復期病院の連携を視察する機会を得ました。最近ドイツでもDRGが導入され、視察した急性期病院でも脳卒中患者の在院期間が7日程度に短縮したとのことでした。そこまで在院日数を短くして、次の回復期病院は本当に対応できているのかが、我々の最大の関心事でしたが、回復期のリハビリ施設では150床規模の施設に5人の神経内科専門医が常駐し、人工呼吸管理を含む急性期治療、亜急性期治療を行っておりました。急性期病院の在院日数を短縮するのであれば、回復期でも障害の治療のみならず、ある程度疾患の管理もできる体制を補完していかなければならないでしょう。

井林——次のステップもある程度充実しておくということですね。現在は高齢者が増え、心臓が悪かったり認知症がベースにあったりとかケアが難しい上に、それでも回復期・維持期のリハビリへと進めていかなければならないケースもありますので、今後の課題ですね。

最初に里宇先生が中枢神経可塑性のお話をされましたが、現在はどのような研究が行われていて、またリハビリによってどのようなことが改善するのでしょうか。里宇——たとえば上肢に対するアプローチについてですが、片麻痺の上肢が実用レベルまでに回復するのは20%くらいで、結構回復の予後は厳しいというのが一般的な見方です。しかしながら、初期からしっかりとリハビリを受けて拘縮がない状態で1、2年経過した患者さんの中で、手指の伸筋に多少の随意性がある方に対し、非麻痺側を抑制して麻痺側上肢の使用を促すという抑制療法を行うと、日常生活で使う頻度が増して動きが改善してくる場合があります。

さらに、日常生活の中で日中、起きている間中、患側手指の伸筋を促通するような電気刺激を手指を動かそうとするたびに補助するように加え続けることにより、動きが改善してくることもあります。そのようなアプローチの結果、神経イメージング上の可塑性変化や経頭蓋磁気刺激で評価した皮質内抑制の変化が起こっていることが報告されています。手指の伸筋群を刺激することで脊髄レベルでの相互抑制が変化し、さ

らに100msec程度の皮質レベルの抑制機構も改善がみられています。我々が常識としていた以上に麻痺肢に対してはアプローチの可能性があり得るというのが最近の考え方です。

また、歩行についてはロボティクスなども含めて早期から交互運動を促すようなマシンが取り入れられつつあります。

長谷川——ロボットリハビリは普及しつつあるのでしょうか。まだ全く立っていない脳卒中患者の upper body を固定して歩行訓練する単純な装置を海外でみせてもらい、頻繁に使っているように言っておられましたが。

里宇——産業医科大学などで比較的簡単な歩行器を作っておられますね。ハイテクで培った知見をローテクで実現できればコストが抑えられて、もう少し普及するのではないかと思います。

井林——藤本先生、それでは最後に今後考えておられる連携バスの工夫などについてお聞かせください。

藤本——在宅バスを導入するにあたって主眼を置くべきところは、在宅で悪くなっているところをできるだけ早くみつけれられるようにすることです。測定するたびにすべての日常生活動作を中心とした評価がPC画面に一括表示され、何が悪くなったということがわかるような設定を現在作っているところです。ただ、その有益性については今後検討していくのが課題です。やはり悪くなれば再度回復期リハビリへ戻り短期集中的にリハビリを行うなどの具体的な対策を講じるためにも、まずはみつけることが大事です。

もう一つは高次機能と認知症の連携です。おそらく地域には限られた施設や資源しかないと思いますが、皆が参加することでうまく資源を活用できる可能性を考えています。

井林——共通の指標を作り、評価のデータを全国的に出していくことが必要ですね。急性期はエビデンスを出しやすい部分がありますが、回復期や在宅に移って混乱した情報をまとめ客観的に示す方法はまだ確立されていないように思いますので、今後バスが全国規模で拡大して皆が同じ土俵に立って評価することで共通のものになっていかなければ、患者さんにも反映できないように感じております。

本日はありがとうございました。

(2008年5月21日44分)



## 大都市圏における活動①

### 地域連携を重視した大都市型のリハビリテーション専門クリニック

速水 聡<sup>1-3)</sup> 森 英二<sup>1)</sup> 里字明元<sup>3)</sup>

Key Words 医療保険 介護保険 訪問リハビリテーション 通所系サービス 早期退院支援

#### 内容のポイント Q&A

##### Q1 クリニック開設の経緯は？

平成7年に、入院リハ後、在宅で障害を抱えて暮らしている患者をはじめとして、広く地域を対象にリハを実践するために東京都大田区山王に開設されたリハ専門の無床診療所である。

##### Q2 クリニックのハード、ソフトは？

診療科目はリハ科、整形外科、内科である。外来診療と訪問診療を2名のリハ科専門医が行い、往診は24時間体制で適宜対応している。平成20年5月より脳血管疾患等リハビリテーション(I)・運動器疾患リハビリテーション(I)による医療サービスを外来で提供している。

##### Q3 診療圏の特徴は？

平成19年11月のクリニック移転後より脳血管疾患の紹介患者が増加傾向にあり、外来患者の約50%を占めている。リハ対象者の年齢構成の中心は60～80代であるが、小児(障害児を含む)から90代の高齢者まで幅広く分布している。

##### Q4 診療の概要と特に力を入れている活動は？

身体機能の改善がまだ見込めるか、あるいは長期的な身体機能の維持、ADLの維持・向上のレベルに達しているかの判断をリハ科専門医が総合的に評価している。その評価に基づき、外来もしくは訪問のリハ、あるいは介護保険による通所系サービスのいずれかを勧めており、医療・介護連携のスムーズな移行にチームで対応している。

##### Q5 現状の課題と将来への展望は？

大都市圏では、いわゆる地域完結型リハビリのシステムのみならず、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を秘めている。クリニックでは現在、健康増進、疾病予防の観点に基づく運動や栄養指導を中心とした予防的アプローチの将来性にも期待している。

\* Cooperation-oriented Community Based Rehabilitation Medicine Clinic in the Tokyo Metropolitan Area

<sup>1)</sup> Hayamizu Satoshi MD, Mori Eiji MD, PhD

医療法人社団 清泉会山王リハビリ・クリニック

<sup>2)</sup> Hayamizu Satoshi MD

慶應義塾大学大学院医学研究科 (リハビリテーション医学専攻)

<sup>3)</sup> Liu Meigen MD, PhD

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室



## リハビリテーション専門クリニック開設とその歴史(図1)

平成7年に現院長が、東京都大田区に広く地域リハビリテーション(以下リハ)を実践するための無床診療所を開設した。当時は全国的にもリハ科専門医(以下リハ医)が診療所を開業する例は、まだ稀だったようだが、地域におけるリハ医の存在意義は大きく、平成11年より通所リハ施設をクリニックに併設した。平成12年には訪問看護ステーションを開設し、訪問看護や訪問のリハを展開し、在宅医療や在宅リハの充実を図った。平成14年度に診療報酬制度上、医療保険のリハビリテーション(以下医療リハ)に対して逆風が吹き始めたのを契機に翌年、通所介護施設を開設した。機能訓練を中心とした食事・入浴サービスは行わない短時間滞在型の斬新な通所系サービスを展開し、利用者のADL維持・向上に貢献しているが、詳細は後述する。平成18年度には診療報酬制度と介護報酬制度の初の同時改定が行われ、同年に介護予防専門の通所介護施設を開設し、要支援者(要支援1・2)に特化した通所系サービスを開始した。また、同年4月より在宅療養支援診療所として登録しており、しばしば起こる疾患の再発や併存疾患の増悪等の緊急事態に対して、24時間体制でサポートしている。平成19年11月には外来訓練室の拡充を目的に、大田区山王から大田区東雪谷にクリニック移転を果たし、平成20年5

### ■ 図1 湧泉会の歴史とサービス紹介

- ☆山王リハビリ・クリニック (平成7年6月開業)
  - リハビリテーション科、整形外科、内科
  - 外来通院リハビリ(PT・OT・ST)
  - 訪問診療、往診
  - ☆デイケアルーム(通所リハビリ施設) (平成11年2月開設)
  - ☆ウェルネスジム山王(健康増進施設) (平成18年7月開設)
- ☆山王リハビリ訪問看護ステーション (平成12年12月開業)
  - 訪問看護、訪問のリハビリ(PT・OT・ST)
- ☆山王リハビリステーション(短時間滞在型通所介護施設) (平成15年2月開設)
- ☆ヴィガ・山王リハビリ(短時間滞在型介護予防通所介護施設) (平成18年12月開設)
- ★地域医療福祉連携室(病診連携、ケアマネジャーとの連携、患者様の相談窓口)

月より脳血管疾患等リハ(I)(以下脳血管リハ)、運動器疾患リハ(I)(以下運動器リハ)による医療サービスを外来で提供している。さらなる医療・介護連携の強化や地域基幹病院との後方連携の構築を目的に、平成18年4月に地域医療福祉連携室を立ち上げ、地域リハのネットワークづくりを目指している。



## クリニックのハード、ソフトは？

### (1) クリニックとその関連施設について(図2)

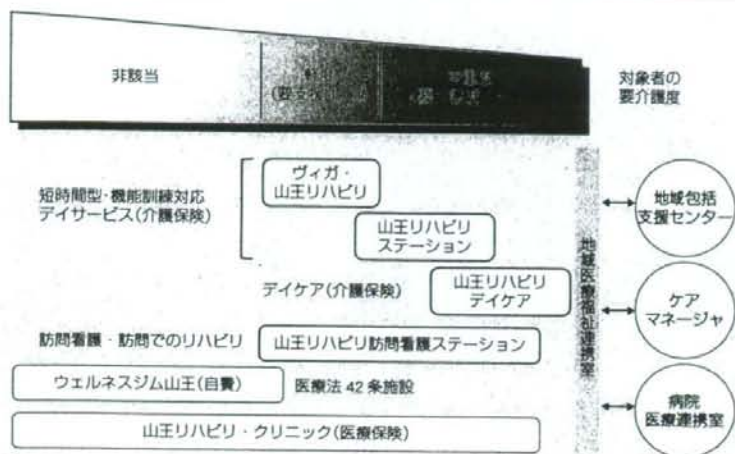
①山王リハビリ・クリニック(診療は医療保険対応、通所リハ施設は介護保険対応、健康増進施設は自費対応)(図3)

現在のクリニックは3階建てのビルで、1階に受付、診察室、処置室、レントゲン室、システム管理室があり、2階に言語療法室、介護保険による通所リハ施設、健康増進施設、3階に理学療法や作業療法を行う訓練室が設置されている。クリニック外来訓練室にはPT:10名、OT:3名、ST:1名、相談員1名の常勤スタッフが配置されている。週1回の器具外来では、補装具の処方・チェックを行い、外来定期カンファレンスでは、全外来リハ患者の経過確認や症例検討を行っている。通所リハ施設は一日滞在型で個別リハ体制を整備しているが入浴サービスは提供しておらず、要介護度3・4の利用者を中心に構成されている。健康増進施設(ウェルネスジム山王)は、医療法42条施設に認定されており、健康運動指導士(管理栄養士も兼務)1名が配置されている。

②山王リハビリ訪問看護ステーション(医療保険・介護保険対応)

同訪問看護ステーションにはPT:7名(うち2名は非常勤)、OT:3名(うち1名は非常勤)、ST:2名(うち1名は非常勤)、看護師4名、相談員1名が配置されている。療法士は大田区を中心に、品川区南部地域や世田谷区の一部の地域まで訪問している。各療法士は、下記③④もしくはクリニック併設の通所リハ施設における療法士業務を兼務している。具体的には、通所リハ施設では

■ 図2 湧泉会で行うリハビリテーションのイメージ図



■ 図3 山王リハビリ・クリニック



個別訓練を行い、他の施設では利用者のサービス利用開始時における初期評価や個別プログラムの作成とそのフォローアップを行う。訪問リハを受

けている利用者が同時に通所されている場合には、在宅環境もふまえたプログラムの作成・変更が可能である。

③山王リハビリステーション(介護保険対応)

短時間滞在型の機能訓練対応通所介護施設である。食事や入浴には対応しておらず、1日2単位制(午前・午後)で運営している。要介護度1・2の利用者を中心に構成されている。歩行はほぼ自立している利用者もいるが、監視～軽介助を要する方が多い。

④ヴィガ・山王リハビリ(介護保険対応)

短時間滞在型の機能訓練対応介護予防通所介護施設である。食事や入浴には対応しておらず、1日2単位制である。要支援1・2の利用者を中心に構成されており、歩行は自立レベルである。利用者のなかには、送迎車をあえて利用せずに通所される方もみられる。

(2) 地域医療福祉連携室の役割

適切なリハサービスの提供には、時間の無駄は許されない。しかし、サービスを受ける側に保険制度の理解やサービスの契約を短時間で求め過ぎるのは問題になりやすい。そこに相談員という職種が潤滑油の役割を果たすことは、リハ専門職には常識である。まさにマルチな「連携」を行う地