

脳卒中に関するリハビリテーションの実態調査 結果

(2006年2月 栃木県脳卒中対策協議会実施)

【目的】

医療機関での脳卒中の急性期及び回復期リハビリテーションの現状を把握し、脳卒中に関するリハビリテーション対策を検討する基礎資料を得る。

【対象と方法】

対象施設

- ・ 1次調査：脳卒中専門医療機関（19機関）
- ・ 2次調査：脳卒中専門医療機関から「脳卒中患者の主な紹介先」と回答された医療機関（17機関）

調査期間

- ・ 1次調査：2006年2月
- ・ 2次調査：2006年4月

方法：郵送による調査票調査

調査内容

- ・ 医療機関の診療体制
- ・ 脳卒中患者へのリハビリテーションの実施状況
- ・ 脳卒中患者の入院リハビリテーション終了に関する事項

回答者：脳卒中リハビリテーションに係わる医療スタッフに依頼

【主な結果】

- ・ 回答率：1次調査 95%(18/19)，2次調査 76%(13/17)

項目	専門医療機関	2次調査対象医療機関	該当図表
リハ科担当医師数1人未満（常勤換算）	61%	62%	図 3,6
リハ従事者数（最多の回答）			図 7
・ 理学療法士	3～5人 6人以上	6人以上	
・ 作業療法士	3～5人	6人以上	
・ 言語聴覚士	1～2人	1～2人	
脳卒中患者数（最多の回答）	月 10～30人	月 10人未満	図 8
脳卒中患者平均在院期間（最多の回答）	15～28日	29～90日	図 9
リハの開始時期の目安がある	39%	31%	図 10
リハの院内マニュアルやパスがある	22%	31%	図 12
リハの患者説明用資料がある	33%	31%	図 13
転院・退院の時期の目安がある	6%	15%	図 18
紹介の際に療法士間で情報提供している			図 20
・ 転院	100%		
・ 在宅療養	67%		

*リハ：リハビリテーション

【結果】

1. 医療機関の診療体制

表1 施設区分、病床規模別に見た標榜科

区分	病床規模	施設数	神経内科または神経科	脳神経外科	リハビリテーション科
専門医療機関	200未満	5	3 (60%)	4 (80%)	2 (40%)
	200以上500未満	6	5 (83%)	6 (100%)	4 (67%)
	500以上	7	7 (100%)	7 (100%)	6 (86%)
計		18	15 (83%)	17 (94%)	12 (67%)
専門医療機関以外	200未満	10	7 (70%)	2 (20%)	9 (90%)
	200以上500未満	3	1 (33%)	2 (67%)	2 (67%)
	計	13	8 (62%)	4 (31%)	11 (85%)

専門医療機関は、病床規模が大きいほどリハビリテーション科を標榜している割合が大きい

図1 神経内科医師数（専門医療機関、病床規模別、1日あたり換算）

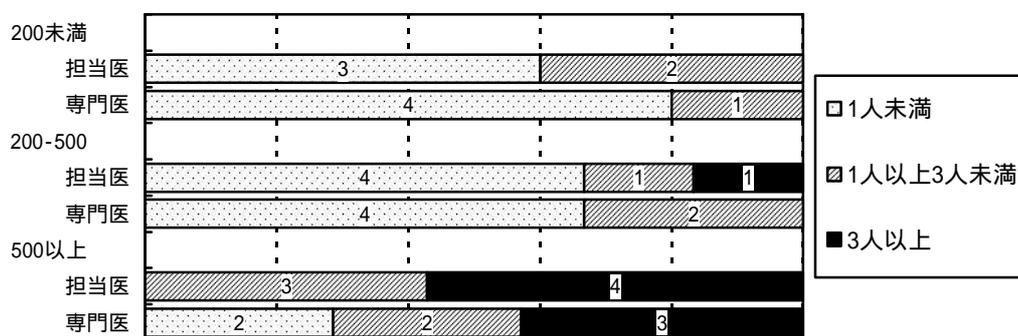


図2 脳神経外科医師数（専門医療機関、病床規模別、1日あたり換算）

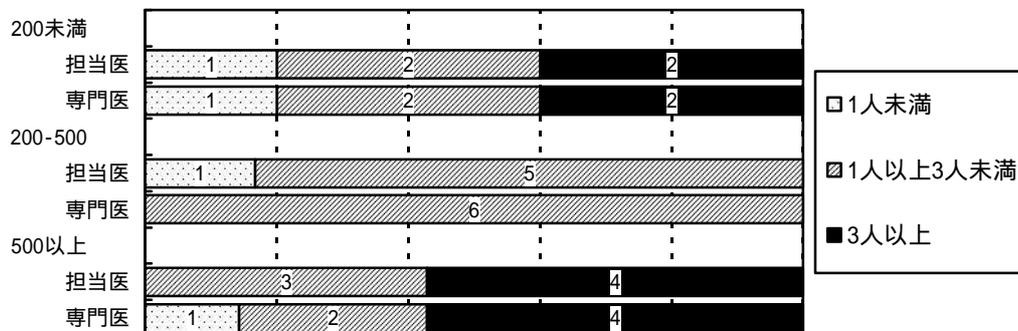
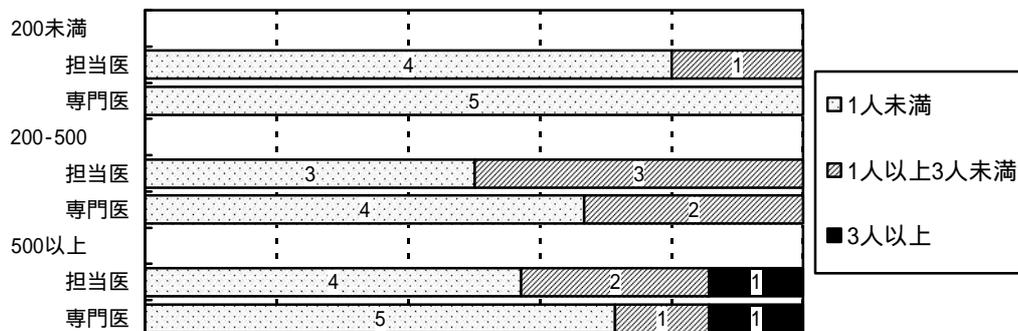


図3 リハビリテーション科医師数（専門医療機関、病床規模別、1日あたり換算）



専門医療機関は、脳神経外科 > 神経内科 > リハビリテーション科の順で医師が少ない。

図 4 神経内科医師数（2次調査対象医療機関、病床規模別、1日あたり換算）

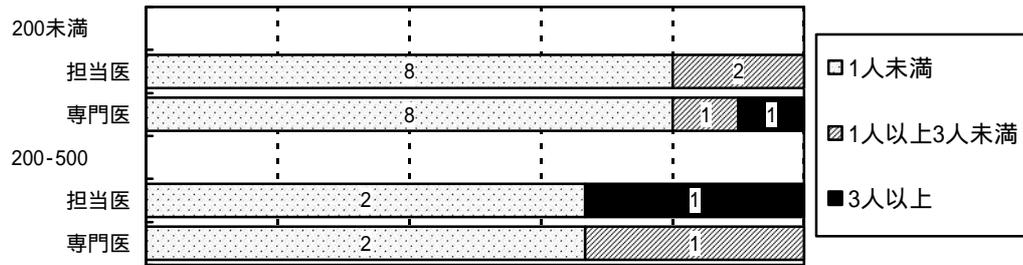


図 5 脳神経外科医師数（2次調査対象医療機関、病床規模別、1日あたり換算）

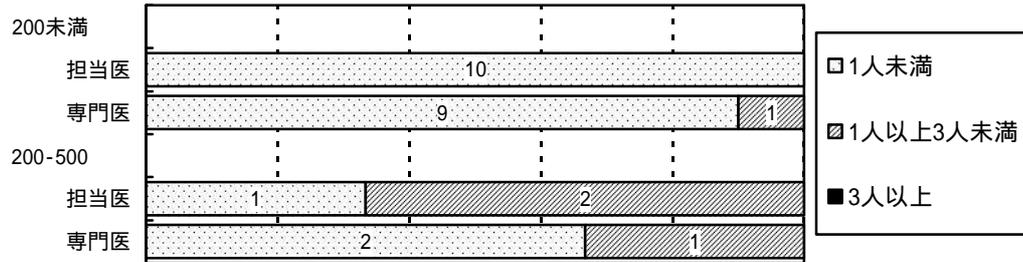
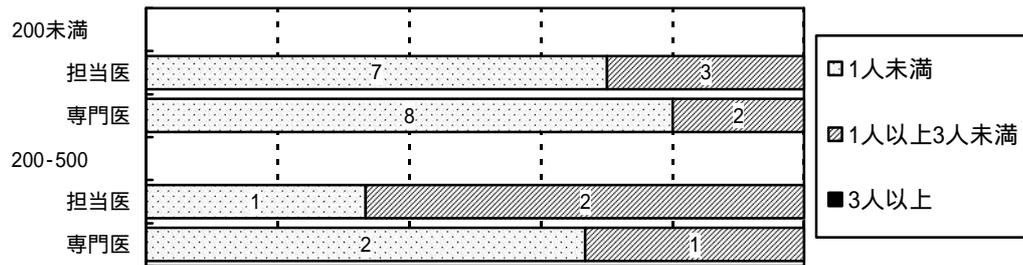
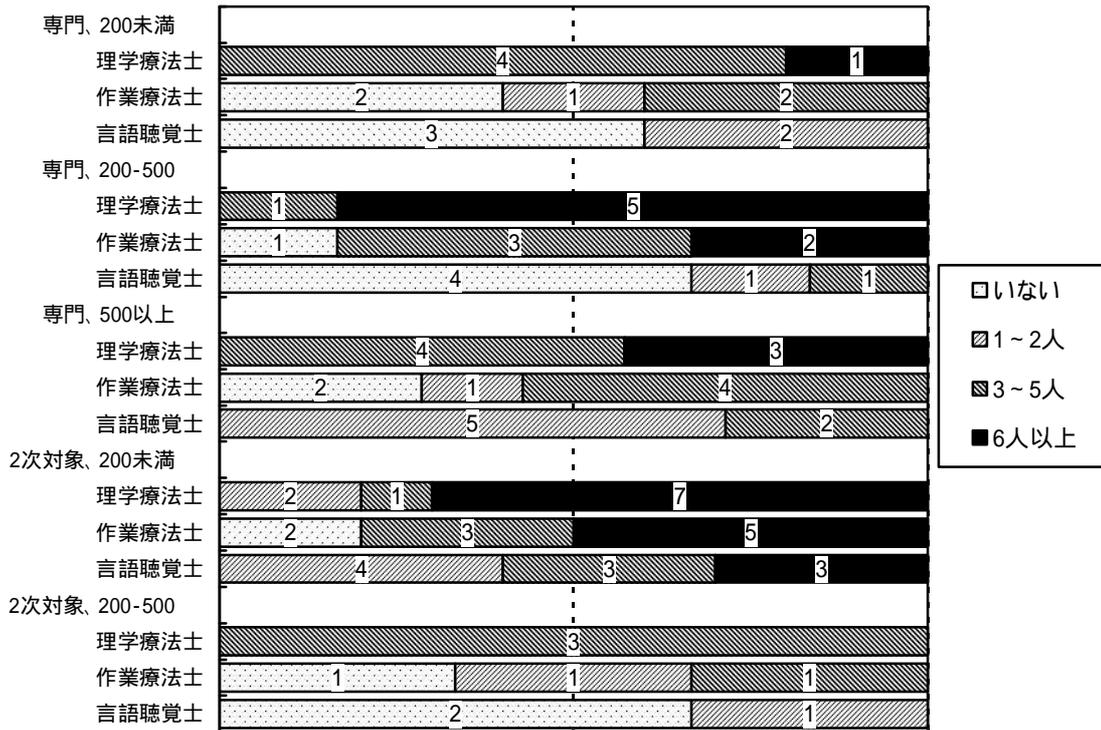


図 6 リハビリテーション科医師数
（2次調査対象医療機関、病床規模別、1日あたり換算）



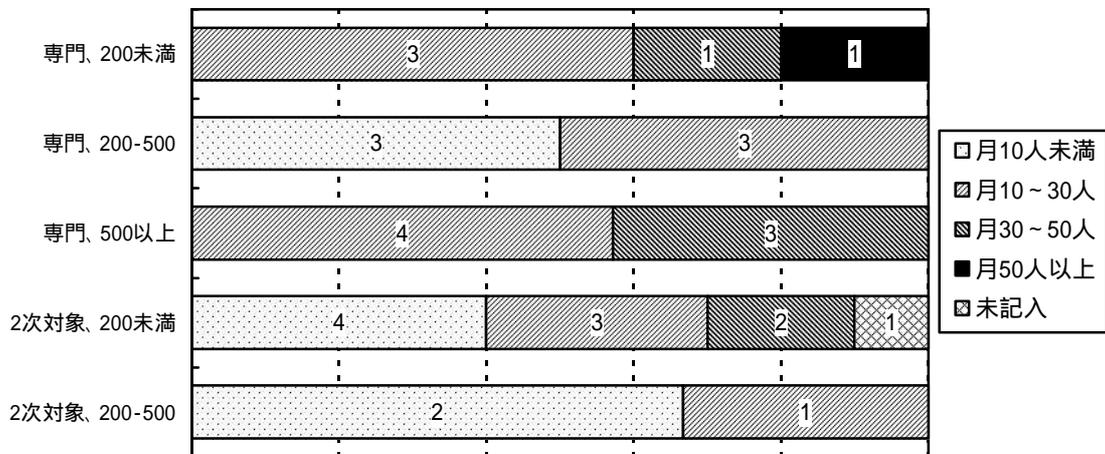
2次調査対象医療機関の多くは、リハビリテーション科医師が1人未満（常勤換算）である。

図7 リハビリテーション従事者数（病床規模別）



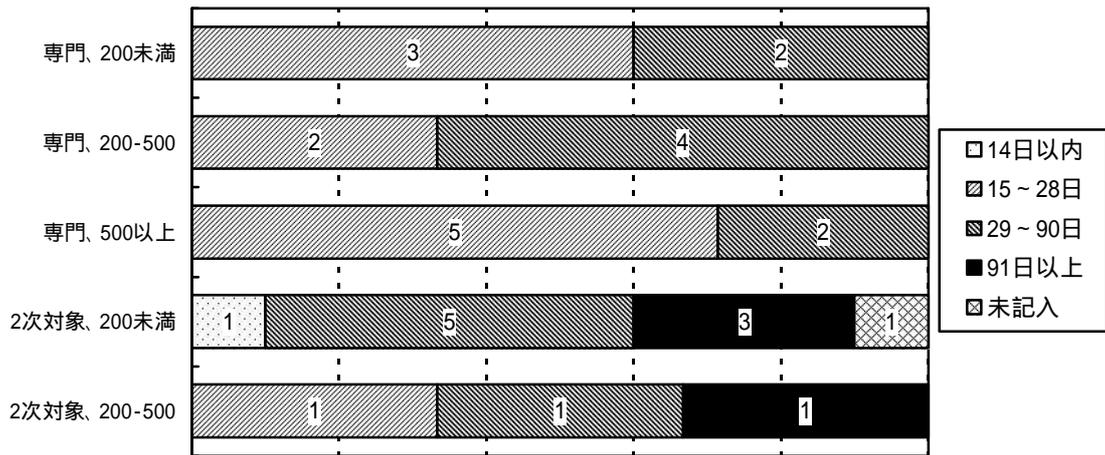
理学療法士は調査対象の全医療機関で配置。
配置人数は病床規模による傾向は見られなかった。

図8 脳卒中患者数（病床規模別）



脳卒中新規入院患者数を、月平均、概数で尋ねた。
最多の回答；専門医療機関「月10～30人」、2次調査対象機関「月10人未満」

図9 脳卒中患者の在院期間（病床規模別）



脳卒中患者の平均在院日数を概数で尋ねた。
 最多の回答；専門医療機関「15～28日」、2次調査対象機関「29～90日」

2. 脳卒中患者へのリハビリテーションの実施状況

図10 リハビリテーション開始時期の目安

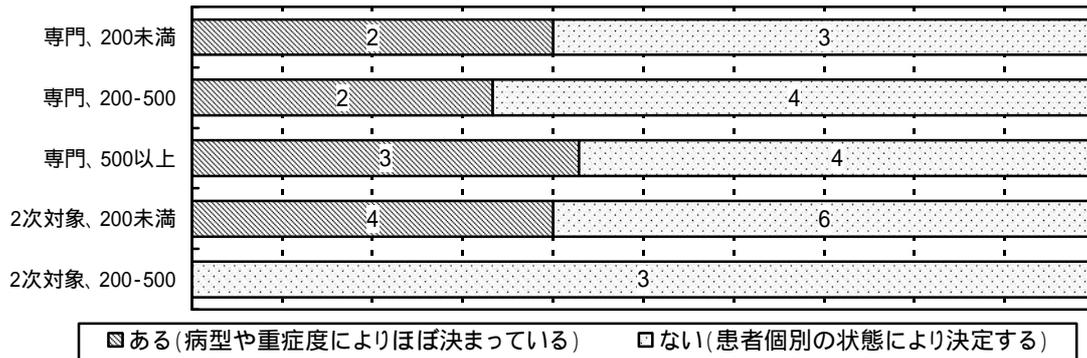
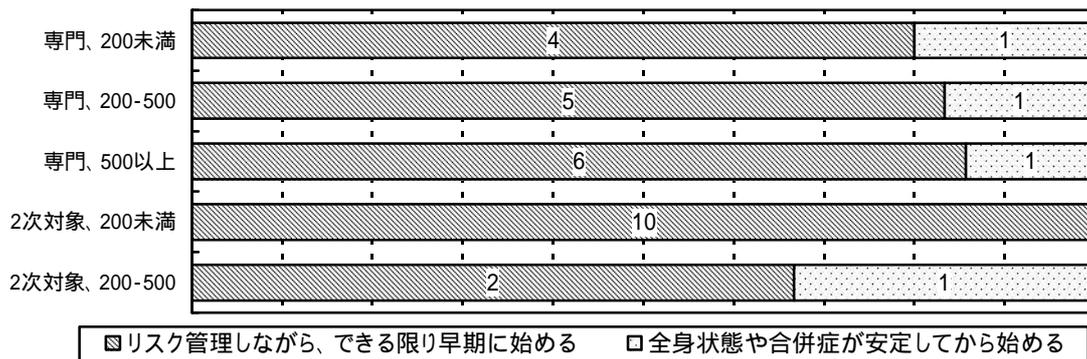


図11 リハビリテーション開始時期の決定方針



「リハビリテーション従事者が対応可能になってから始める」、「本人や家族の希望を考慮する」、「特にない」を選択した機関はなし。

図 12 リハビリテーションの院内マニュアルやパス

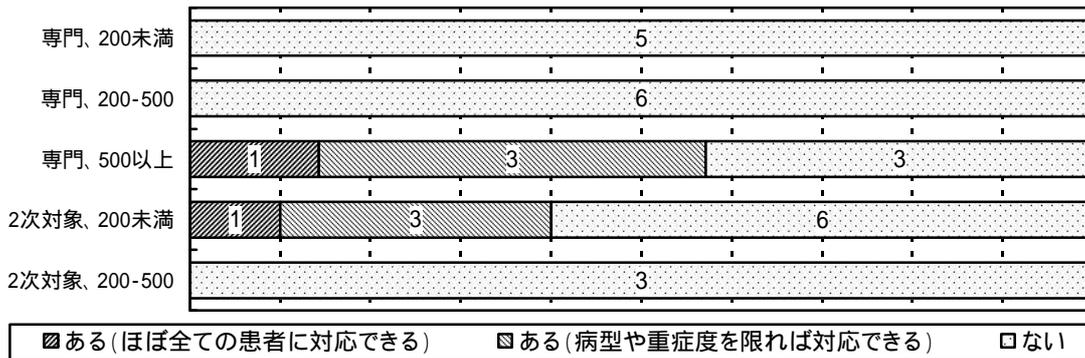
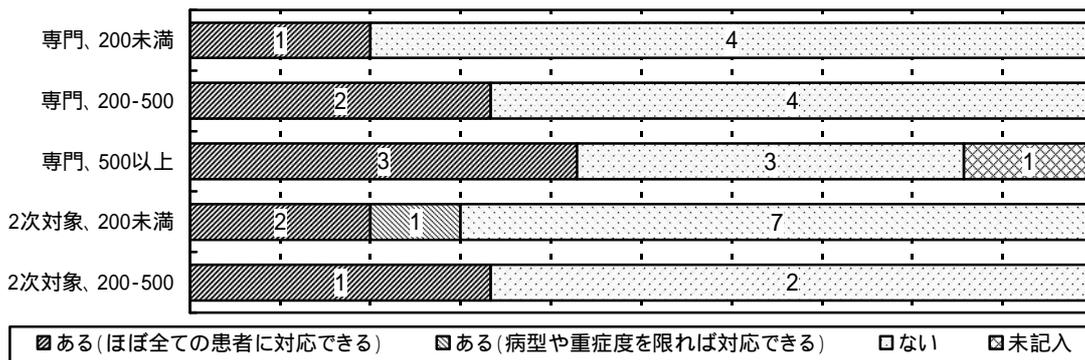


図 13 リハビリテーションの患者説明用資料



専門医療機関は、病床規模が大きいかほど「ある」割合が高かった。

図 14 リハビリテーションのカンファレンスや症例検討会

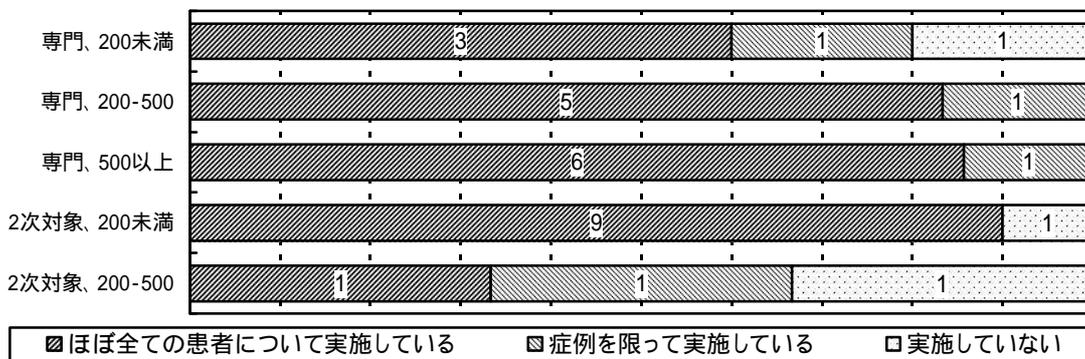
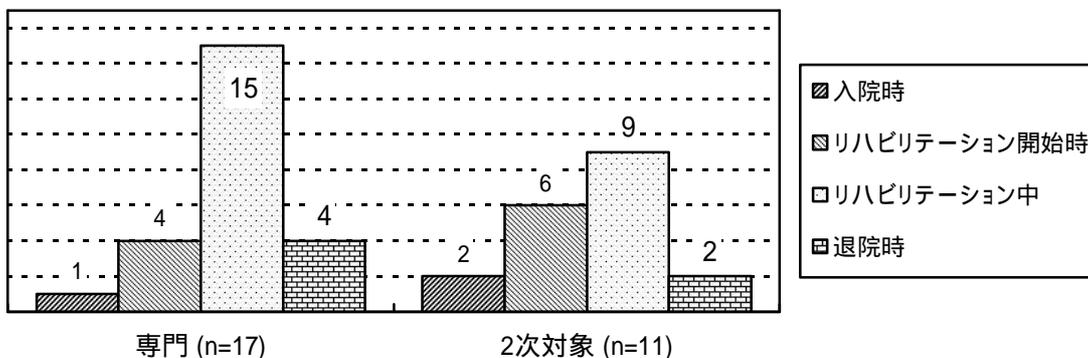


図 15 リハビリテーションのカンファレンスや症例検討会の実施機会（複数回答）



リハビリテーション中の実施間隔で、最多の回答
 ; 専門医療機関「7日おき」(7/13)、2次調査対象機関「30日おき」(4/8)

図 16 リハビリテーションのカンファレンスや症例検討会の参加職種（複数回答）

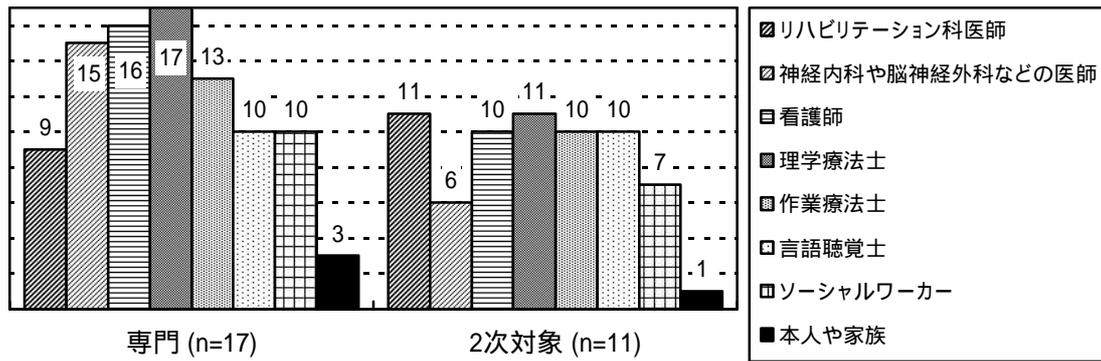
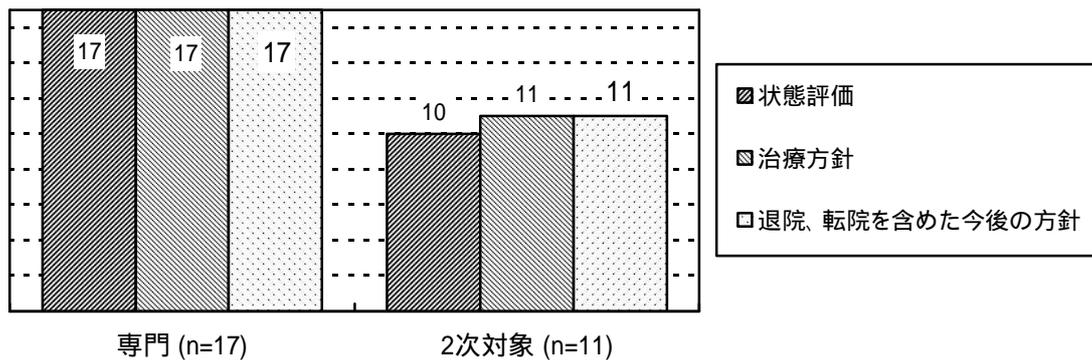


図 17 リハビリテーションのカンファレンスや症例検討会の内容（複数回答）



3. 脳卒中患者の入院リハビリテーション終了に関する事項

図 18 転院・退院の時期の目安

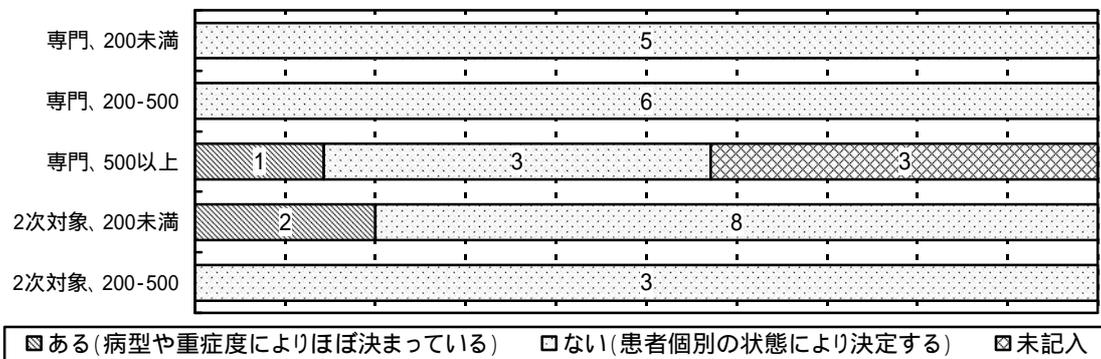


図 19 専門医療機関からの転院先の選択理由（病床規模別、複数回答）

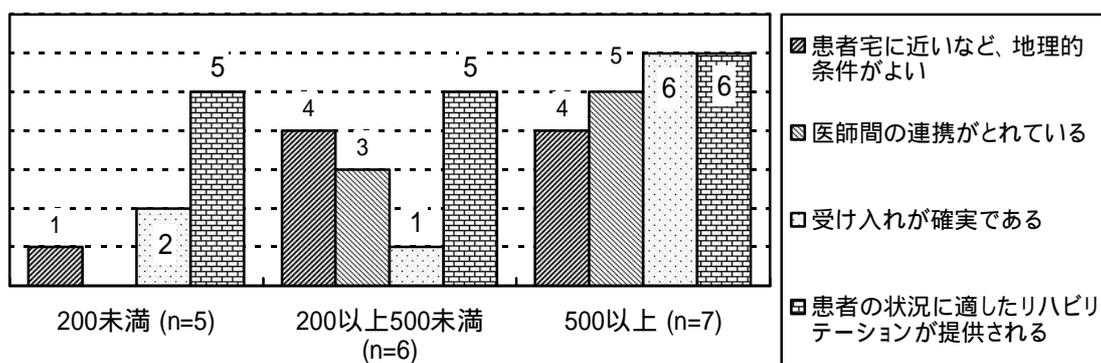
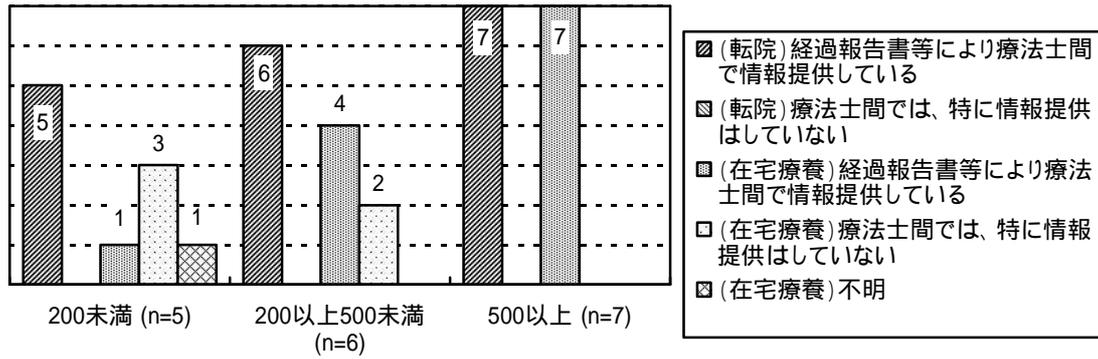


図 20 専門医療機関からの紹介の際のリハビリテーションについての
情報提供（病床規模別）



転院時、「療法士間では、特に情報提供はしていない」と回答した機関はなし。

図 21 2次調査対象医療機関からの退院後の状況（病床規模別）

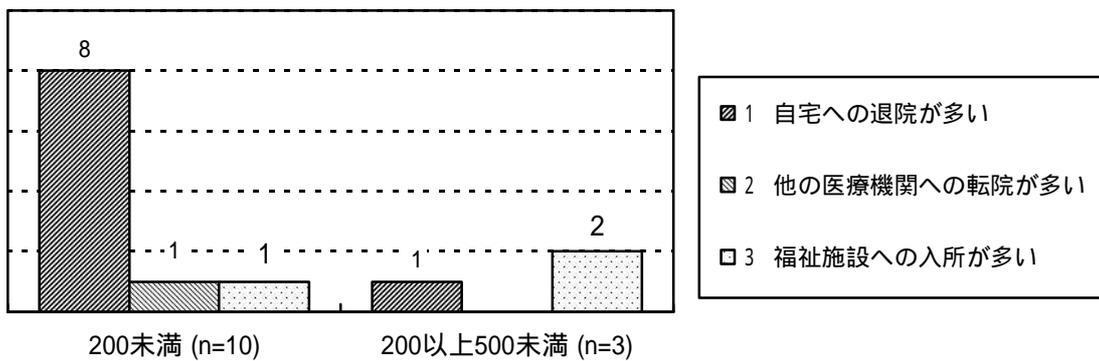
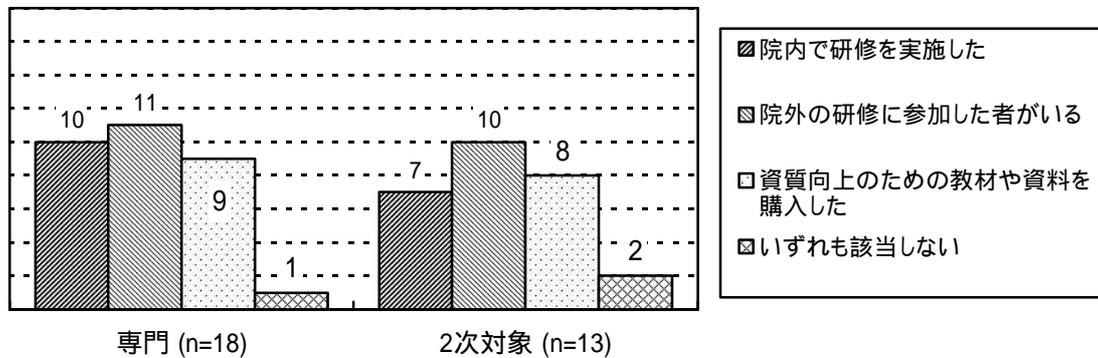


図 22 リハビリテーション従事者の脳卒中に関する研修状況（病床規模別、複数回答）



院内研修の実施回数で、最多の回答

；専門医療機関「年5回」(4/10)、2次調査対象機関「年6回」(2/7)

表 2 栃木県脳卒中専門医療機関からの脳卒中患者の主な転院先

医療圏	専門	拠点	医療圏	県北		県西		県東・央				県南		両毛		県外									
				病院名	塩原病院	だいなりハビリクリニック	国際医療福祉病院	板室温泉病院	塩谷総合病院(療養病棟)	御殿山病院	見龍堂メデイケアユニット病院	とちぎリハビリテーションセンター	飯田病院	宇都宮社会保険病院(回復期リハビリ病棟)	白澤病院	真岡中央クリニック	福田記念病院	リハビリテーション花の舎病院	南栃木病院	佐野市民病院	佐野厚生総合病院(回復期病棟)	結城病院	美原記念病院(伊勢崎市)	館林記念病院	リハビリテーション天草病院(越谷市)
県北			大田原赤十字病院																						
			那須脳神経外科病院																						
			国際医療福祉病院																						
			塩谷総合病院																						
県西			上都賀総合病院																						
			池田脳神経外科																						
県東・央			済生会宇都宮病院																						
			宇都宮社会保険病院																						
			国立栃木病院																						
			藤井脳神経外科病院																						
			芳賀赤十字病院																						
			自治医科大学附属病院(脳神経外科)																						
			自治医科大学附属病院(神経内科)																						
県南			那須南病院																						
			下都賀総合病院																						
			とちの木病院																						
			小山市市民病院																						
両毛			獨協医科大学病院																						
			足利赤十字病院																						
			佐野厚生総合病院																						

脳卒中専門医療機関に対し「脳卒中患者退院後の転院先(リハビリテーションの継続を目的とした場合)について主な医療機関3つまで」として回答を求めたもの。

表3 急性期リハビリテーション担当者より回復期リハビリテーション担当者に望むこと
(自由記載、抜粋)

<p>1.紹介に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介の際の受け入れ条件(基準)や空床について情報提供して欲しい(家族への説明に必要)。 ・ 紹介の際の受診の必要性は理解するが、地理的・家庭背景などから無理な場合もあるため、家族の紹介状持参の情報提供などの配慮をお願いしたい。 ・ 回復期リハビリテーション実施施設が、特に力を入れている疾患を提示するなど特色を示すことを期待する。
<p>2.リハビリテーションの内容や方針に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期リハビリテーションは全身状態が安定するまでの身体の訓練と離床が目的であることを理解して欲しい(家族や勤務先・地域への指導や支援は回復期リハビリテーションに期待したい)。 ・ 急性期リハビリテーションは機能障害に対する治療が主であり、動作障害に対するADL訓練が十分でないため、回復期リハビリテーションに期待したい。 ・ 急性期の受け入れが全て適切な時期になされているのではなく、より早期における紹介のため、急性期リハビリテーションは病状の安定がアウトカムであることを理解して欲しい。 ・ 急性期リハビリテーションは心身機能低下の改善、廃用性症候群の合併予防が主であることを理解して欲しい。 ・ 動作能力の向上のみならず、機能的側面(麻痺の改善、脳の再組織化等)も含めた回復を望む。 ・ 機能回復がスムーズに図られ、早期の在宅療養への意向を望む。 ・ 速やかな退院や転院への移行を希望する。 ・ 脳梗塞の患者に関して、脱水や食欲不振に留意して、再発や増悪を予防することに注意して欲しい。 ・ 脳出血の患者に関して、症候性てんかんの予防に留意して欲しい。
<p>3.連携など体制に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介受診後の結果については早めに連絡して欲しい。 ・ 紹介後の患者の動向について情報提供して欲しい(フィードバックして改善に努めたい)。 ・ 急性期病院と回復期リハビリテーションの連携がなく、紹介後のその後の経過が分かるような連携体制の整備を望む。 ・ 回復期リハビリテーション終了後の外来通院や訪問リハビリテーションに速やかに移行できるよう、連携体制の整備を望む。 ・ 回復期リハビリテーションの施設やリハビリテーションの状況、方針などを知る情報交換の場があると良い。 ・ チーム医療のさらなる充実を望む。 ・ リハビリテーション実施施設、専門医、療法士の不足を実感する。充実を望む。 ・ 急性期治療終了後、迅速に回復期施設に転院できるような体制の整備を望む。

表 4 回復期リハビリテーション担当者より急性期リハビリテーション担当者に望むこと
(自由記載、抜粋)

<p>1.紹介に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 発症前 / 入院後の内科データを提供して欲しい。 ・ 患者・家族への説明内容を情報提供して欲しい。 ・ 家族背景・経済面について情報提供して欲しい。 ・ 紹介状の内容は、発症当初の状態、現在の状態（麻痺・高次脳機能障害・ADL など）、予後（生命、機能）の説明の内容、実施してきたリハビリテーションプログラムの内容を含めて欲しい。
<p>2.リハビリテーションの内容や方針に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期よりリハビリテーションを開始し、症状安定後は早く回復期リハビリテーションに紹介して欲しい。 ・ 早期退院や廃用予防のために、急性期リハビリテーションを早期に開始して欲しい。 ・ ポジショニング、拘縮予防、ADL 練習、利き手交換を積極的に実施して欲しい。 ・ 早期から「正しい運動の学習」を意識して介入して欲しい。 ・ 急性期の日常生活動作評価の充実を望む。 ・ 身体合併症の早期コントロールが必要。 ・ リスクをモニターしながら積極的に訓練するためには、リハビリテーション医の立ち会いが必要である。 ・ 発症から 7～10 日経過すれば、回復期リハビリテーションの対象となると考えられる。 ・ 装具の適応について、急性期の段階での判断は早いのではないか。 ・ 下肢装具は急性期病棟で作成検討してもらうことを望む（回復期では作成の期間が無駄になると考える）、ただし予後判断と患者への説明は不可欠である。 ・ 医師が患者・家族への説明（病態、予後予測）を十分にしたい（完全な回復への期待から、漫然とリハビリテーションを続ける事例もあるため）。 ・ 今後の方針を決定して欲しい。
<p>3.連携など体制に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期よりリハビリテーション施設と連携体制をつくることを望む。 ・ 地域連携パス等を考慮し、回復期リハビリテーションとの整合性に配慮して欲しい。 ・ しっかりとした回復期リハビリテーション病棟とは、急性期リハビリテーションがしっかりできるリハビリテーション医師がいる回復期病棟と考える。 ・ 回復期リハビリテーションの情報が、患者・家族に入手しやすいように配慮して欲しい。 ・ 経過報告や ADL 評価を統一・標準化して情報共有を図って欲しい。 ・ 群馬県理学療法士会により同一書式の紹介状の利用を奨めている例などは参考になるのではないか。