

脳卒中センターにおけるリハビリテーション科の取り組み ～ウォーキング ADL カンファレンスの実績報告～

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 リハビリテーション科)

松原 彩香 久保 美帆 石原 健 相良 亜木子 多田 弘史

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 脳神経外科)

初田 直樹

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 神経内科)

中谷 嘉文

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 看護部 3D 病棟)

的野 早苗 長崎 有 前田 景子

要 旨

【緒言】当院脳卒中センターにて平成 28 年 5 月よりウォーキング ADL カンファレンスを開始し、早期の適切なリハビリテーション介入を促している。その実績を報告する。【対象と方法】平成 27 年および平成 28 年の各年 8 月 1 日から 10 月 31 日までに当院脳卒中センターに入院した脳卒中患者それぞれ 68 名、70 名を対象とし、リハビリテーションオーダー、実施単位数について、カンファレンス開始前後での比較を行った。【結果】脳卒中入院患者に対するリハビリテーションオーダーの割合は平成 27 年 76.4%から平成 28 年 83.3%へと増加した。また、脳血管リハビリテーション総実施単位数は 1,950 単位から 2,577 単位へと有意に増加し ($p<0.05$)、患者 1 人あたりの 1 日の実施単位数も 1.37 ± 0.80 単位から 1.77 ± 0.85 単位へと有意に増加した ($p<0.01$)。【結語】ウォーキング ADL カンファレンスにより、リハビリテーション対象者数および実施量が増加し、脳卒中リハビリテーションの充実をはかることができた。

(京市病紀 2017 ; 37(1) : 7-11)

Key words : 脳卒中センター, カンファレンス, リハビリテーション

緒 言

脳卒中センター (stroke unit:SU) とは、多職種で構成する脳卒中専門チームが脳卒中急性期からリハビリテーションを含めた治療を一貫して行う病棟のことである¹⁾。京都市立病院では、2013 年 12 月に脳卒中センターを開設し、脳卒中患者に対する総合的な治療の充実に取り組んでいる。地方独立行政法人京都市立病院機構第 2 期中期目標にも、脳卒中センターの機能発揮について、「既存の診療科が有機的に連携して、迅速かつ高度なチーム医療を提供すること」と記載されている²⁾。これらの方針に則り、リハビリテーション科では脳卒中リハビリテーションの充実を目標として掲げ、様々な取り組みを進めてきた。具体的には、スタッフ間でのリハビリテーションカルテ記載の統一、入退院時の評価フォームの作成、離床パス作成に向けての働きかけ、学会参加や資格取得によるスタッフの技能向上、人員の充足に向けた働きかけ、脳卒中カンファレンスへの参加、そしてウォーキング ADL カンファレンスの開始などである。このうちウォーキング ADL カンファレンスは、平成 28 年 5 月より当院脳卒中センターにて開始した新たな取り組みである (図 1)。病棟看護師約 6 名と理学療法士または作業療法士 1 名が協働して、月曜日から金曜日の 8:45 より約 15 分間、脳卒中センター全患者 20 名から 30 名のベッド

サイドを回診している。このカンファレンスでは、リハビリテーション介入の有無とオーダー依頼、患者の全身状態や安静度、看護ケアや検査治療の予定、ベッドサイドの環境、日常生活動作 (activities of daily living:ADL) 場面の介助方法などについて、主に病棟看護師とリハビリテーション科スタッフが情報共有を行っている。

研究目的

ウォーキング ADL カンファレンスの実績をまとめて



図 1 ウォーキング ADL カンファレンスの様子

報告することを目的とした。

対象と方法

対象は、カンファレンス開始前の平成27年8月1日から10月31日、および、カンファレンス開始後の平成28年8月1日から10月31日に、当院脳卒中センターに入院した脳卒中患者それぞれ68名、70名とし、診療録から後方視的に調査した。調査項目は、基本属性（年齢、性別、疾患名、在院日数、転帰）、オーダー（入院からリハビリテーションオーダーまでの平均日数、脳卒中入院患者に対するリハビリテーションオーダーの割合）、単位数（脳血管リハビリテーション総実施単位数、患者1人あたりの1日の実施単位数、初期加算および早期加算の算定単位数）とし、平成27年と平成28年のカンファレンス開始前後での比較を行った。なお、リハビリテーションは20分間の実施を1単位として換算する。また、初期加算は発症14日以内、早期加算は発症30日以内の発症早期に算定した単位数に付加される加算のことである。統計は、対応のないt検定、カイ二乗検定、Mann-WhitneyのU検定を用いて、有意水準は5%未満とした。

結果

両群の基本属性に有意差は認めなかった(表1)。入院からリハビリテーションオーダーまでの平均日数は、平成27年1.25±2.33日、平成28年1.14±1.52日(図2)、脳卒中入院患者に対するリハビリテーションオーダーの

表1 対象者の基本属性

	平成27年	平成28年
年齢(歳)	74.6±13.2	70.4±16.1
性別(名) 男:女	28:40	36:34
疾患名(名) 脳梗塞:脳出血:くも膜下出血	49:16:3	50:13:7
在院日数(日)	22.5±17.1	24.0±15.5
転帰(名) 自宅:転院:死亡	37:30:1	35:30:5

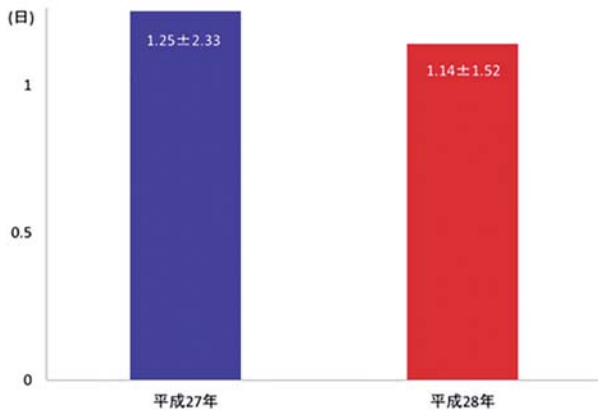


図2 入院からリハビリテーションオーダーまでの平均日数

割合は、平成27年76.4%、平成28年83.3%(図3)であった。また、平成28年のオーダーについて、リハビリテーション介入が困難な症例である入院3日以内の早期死亡、退院例を除外したところ、リハビリテーションオーダーの割合は95.9%であった。脳血管リハビリテーション総実施単位数は、平成27年1,950単位から平成28年2,577単位へと有意に増加し(p<0.05)(図4)、患者1人あたりの1日の実施単位数も、平成27年1.37±0.80単位から平成28年1.77±0.85単位へと有意に増加した(p<0.01)(図5)。初期加算算定単位数は、平成27年1,106単位、平成28年1,437単位(図6)、早期加算算定単位数は、平成27年1,712単位、平成28年2,304単位

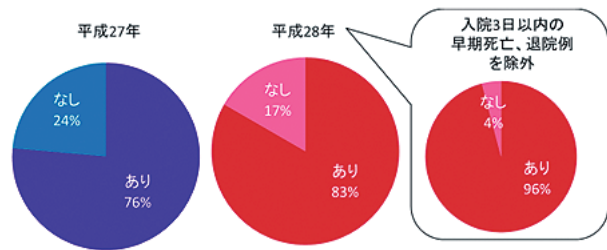


図3 脳卒中入院患者に対するリハビリテーションオーダーの割合

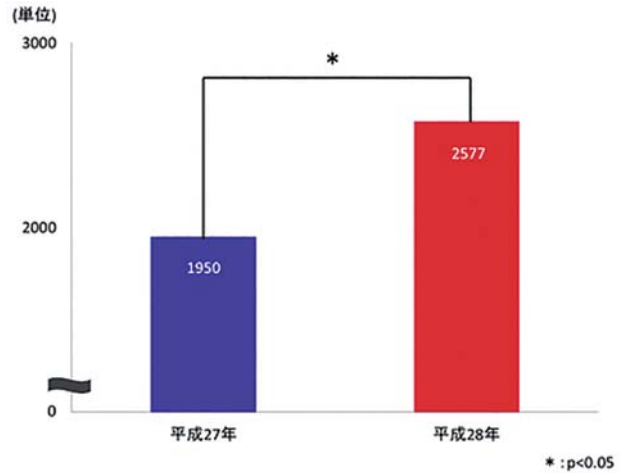


図4 脳血管リハビリテーション総実施単位数

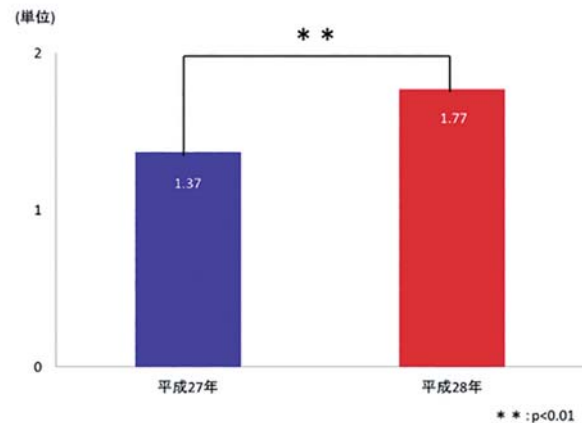


図5 患者1人あたりの1日の実施単位数

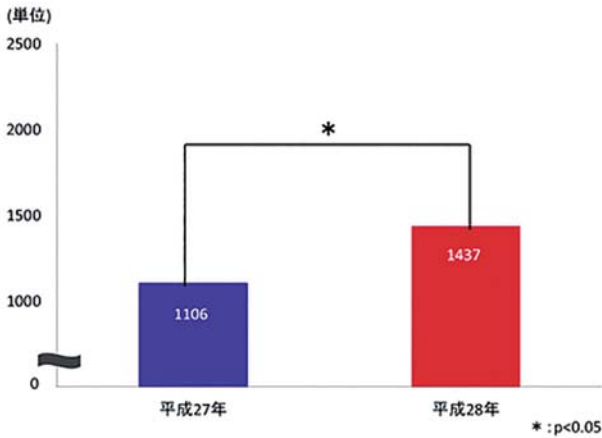


図6 初期加算算定単位数

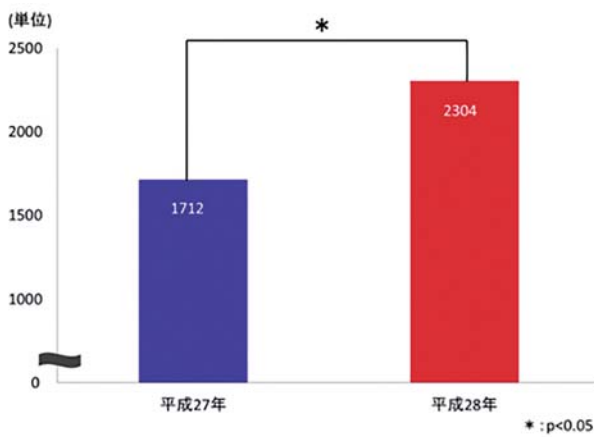


図7 早期加算算定単位数

(図7) とともに有意に増加した ($p < 0.05$).

考 察

ウォーキング ADL カンファレンスの開始により、以下の3つの成果を上げることができた。

1つめは、リハビリテーションオーダー数の増加である。平成28年のリハビリテーションオーダーの割合は、入院3日以内の早期死亡、退院例を除くと95.9%であった。ウォーキング ADL カンファレンスにより、これまで見逃される傾向にあった軽症患者のオーダー漏れを防ぎ、ほぼ全ての患者に対するリハビリテーションの提供が可能となった。病院内でADLが自立していても、自宅退院後の生活で支障をきたす症例は少なくない。このような軽症患者にリハビリテーション介入を行うことで、軽度の障害を適切に評価、治療介入することが可能となり、自宅退院後の患者の生活の質の向上がはかれると考える。また、入院中の活動量低下から、高齢患者は廃用性の筋力や体力の低下が予想される。こういった入院中の廃用症候群の予防という視点でもリハビリテーションの介入は必要であると考えられる。

2つめは、リハビリテーション実施量の増加である。療法士の数が平成27年13名から平成28年17名へと増員されたが、それだけではなく、患者の全身状態や看護

ケア、検査、治療などの予定に合わせた介入時間調整が可能となったことで、各患者へのリハビリテーション提供時間を増加することができた。訓練の量や頻度の増加が、歩行やADLの改善に有効であるという報告がなされており^{3,4)}、脳卒中治療ガイドライン2015にも、「発症後早期の患者では、より効果的な筋力低下の回復を促すために、訓練量や頻度を増やすことが強く勧められる」とグレードAで記載されている¹⁾。また、ウォーキング ADL カンファレンスにて、ADLの介助方法やリハビリテーションの進行状況を病棟看護師と共有することが可能となり、病棟での離床機会を増加することができたと考える。これにより、リハビリテーション時間だけでなく日常生活の中での活動量が増加し、より患者の機能改善を促進することができたのではないかと考えている。

3つめは、早期リハビリテーションの充実である。病棟看護師との密な情報共有が可能となったことで、リハビリテーションオーダー当日の介入、安静度変更に対するすばやい対応が可能となり、初期加算、早期加算算定単位数を増加することができた。早期にリハビリテーションを開始することで、機能転帰が良好になる⁵⁾、入院期間が短縮する⁶⁾との報告があり、脳卒中治療ガイドライン2015にも、「発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる」とグレードAで記載されている¹⁾。

このように、ウォーキング ADL カンファレンスの実施はリハビリテーションの充実に繋がり、患者の機能改善を促進した可能性がある。実際に、定期的カンファレンスの実施がADL改善度・ADL改善率を向上させるとの報告があり⁷⁾、久保らは、当院のウォーキング ADL カンファレンスによるADLの改善を報告している⁸⁾。

公益社団法人全国自治体病院協議会医療の質の評価・公表等推進事業では、脳梗塞入院1週間以内のリハビリテーション強度という項目を設け、各自治体病院の3ヶ月毎のデータを公表している。当院は、平成26年7月から9月は4.4単位と全国平均9.1単位の半分にも満たない結果であった。しかし、2年間で倍以上に単位数を増加し、ウォーキング ADL カンファレンス開始後の平成28年7月から9月は10.7単位と全国平均10.6単位を上回ることができた⁹⁾(図8)。ウォーキング ADL カンファレンス開始による早期リハビリテーション実施量の増加

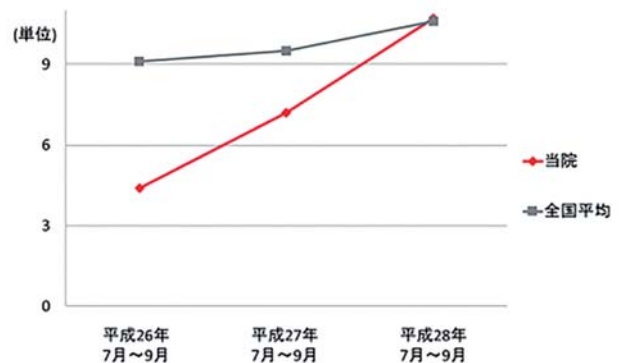


図8 脳梗塞入院1週間以内のリハビリテーション強度

が、この結果にも表れているのではないかと考える。

最後に、本研究で明らかになった今後の課題として、在院日数短縮に向けた取り組みが挙げられる。表1より、在院日数は平成27年 22.5 ± 17.1 日、平成28年 24.0 ± 15.5 日と有意な差を認めなかった。今後は、転帰先や退院、転院調整の進行状況についてもカンファレンスで話し合い、早期の転帰先決定や退院、転院調整の早期開始による在院日数短縮を目指していく必要があると考える。

結 論

当院脳卒中センターにてウォーキング ADL カンファレンスを導入した。リハビリテーション科スタッフと病棟看護師との連携がより密に、スムーズに行えるようになったことで、リハビリテーション対象者数、およびリハビリテーション実施量が増加した。結果、リハビリテーション科の目標であった脳卒中リハビリテーションの充実をはかることができた。

引 用 文 献

- 1) 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会 編:脳卒中治療ガイドライン 2015. 協和企画, 2015, p21, 277, 286.
- 2) 京都市立病院ホームページ [internet]. <http://www.kch-org.jp/> [accessed 2017.04.02]
- 3) The Glasgow Augmented Physiotherapy Study (GAPS) group: Can augmented physiotherapy input enhance recovery of mobility after stroke? A randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2004;18:529-537.
- 4) Sonoda S, Saitoh E, Nagai S, et al: Full-time integrated treatment program, a new system for stroke rehabilitation in Japan: comparison with conventional rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil. 2004;83:88-93.
- 5) 前田真治, 長沢 弘, 平賀よしみ, 他: 発症当日からの脳内出血・脳梗塞リハビリテーション. リハビリテーション医学. 1993;30:191-200.
- 6) 出江紳一: 脳卒中急性期リハビリテーション - 総合病院での急性期リハビリテーション確立- 大学病院の経験から 早期座位の効果に関する無作為対照試験. リハビリテーション医学. 2001;38:535-538.
- 7) 石田 輝, 本田哲三, 岡川敏郎, 他: 定期的カンファレンスの実施状況とリハビリテーション患者のアウトカム ADL改善度およびADL改善率との関連. リハビリテーション医学. 2005;42:176-179.
- 8) 久保美帆, 松原彩香, 原田洋一, 他: 脳卒中センターにおけるリハビリテーション科の取り組み ウォーキング ADL カンファレンスの ADL 改善報告. 京都市立病院院内合同研究発表会抄録集. 2017;第14回:8.
- 9) 全国自治体病院協議会ホームページ [internet]. <https://www.jmha.or.jp/> [accessed 2017.04.02]

Abstract

Activities in the Department of Rehabilitation in the Stroke Center
~ Outcome of walking ADL conference ~

Ayaka Matsubara, Miho Kubo, Ken Ishihara, Akiko Sagara and Hiroshi Tada

Department of Rehabilitation Medicine, Kyoto City Hospital

Naoki Hatsuda

Department of Neurosurgery, Kyoto City Hospital

Yoshifumi Nakaya

Department of Neurology, Kyoto City Hospital

Sanae Matono, Yu Nagasaki and Keiko Maeda

Ward 3D, Department of Nursing, Kyoto City Hospital

[Introduction] In the Stroke Center of our hospital, the walking conference on activities of daily living (walking ADL conference) began in May, 2016. The conference has helped promote early rehabilitation for stroke patients. We analyzed the outcome of our conference. [Objectives and methods] The subjects were patients hospitalized in our Stroke Center during the period August 1 to October 31 in 2015 and 2016, i.e., 68 and 70 patients, respectively. The number of rehabilitation orders and the exercise time were compared. [Results] The number of rehabilitation orders for hospitalized stroke patients increased from 76.4% in 2015 to 83.3% in 2016. The total amount of rehabilitation exercise time increased significantly from 1,950 units in 2015 to 2,577 units in 2016 ($p<0.05$) and the exercise time for each patient per day also increased significantly from 1.37 ± 0.80 units to 1.77 ± 0.85 units ($p<0.01$). [Conclusion] The number of rehabilitation orders and the exercise time were increased. The walking ADL conference recommends more rehabilitation exercise for stroke patients.

(J Kyoto City Hosp 2017; 37(1): 7-11)

Key words: Stroke Center, Conference, Rehabilitation