

回復期リハビリテーション病棟に関する 調査・分析報告



2021年3月

富山県リハビリテーション支援センター
(富山県リハビリテーション病院・こども支援センター)

目次

まえがき

I. 基本統計	1
1. 基本情報	1
(1) 基本情報	1
(2) 現病歴	2
(3) 生活状況	3
(4) 既往歴・現病歴	3
2. 発症情報	4
3. 回復期入院中の状況	4
(1) 急性期医療機関との連携方法	4
(2) 入院時／退院時の情報	5
(3) リハビリ実施内容	13
(4) 退院時の状況	13
II. 評価方法	15
評価指標：① mRS、② FIM、③ SIAS もしくは Brs、④ SLTA (言語)	15
III. まとめと考察	19

令和元年度 回復期リハビリテーション病棟に関する調査・分析報告の 発刊にあたって

医学的リハビリテーションには、急性期・回復期・維持期(生活期)の三つの段階があります。この回復期のリハビリテーションを担う病棟が、2000年4月の診療報酬改定に伴い創設された「回復期リハビリテーション病棟」です。これは世界的にもユニークな病棟であり、英語名は「Kaifukuki」で通ります。

富山県では2000年8月に富山県高志リハビリテーション病院（現富山県リハビリテーション病院・こども支援センター）に、北陸で初めて回復期リハビリテーション病棟が開設されました。以来、現在県内では8つの病院で稼働しています。病床の機能分化と再編が進む中、回復期リハビリテーション病棟のニーズは極めて高いとされる一方で、2008年からは回復期リハビリテーション病棟の質を評価するために、日常生活機能評価を行って患者の改善を評価するようになりました。そして2016年からは、FIM効率を疾患別在院日数で補正した「実績指数」による評価が開始されました。これによりADLの改善度が一定の基準に達しない施設でのリハビリテーション料の一部包括化が始まりました。

今後2025年には団塊の世代が75歳以上になりますが、地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーションの役割は非常に大きいものがあります。急性期、回復期、生活期へのシームレスな流れを確立するとともに、在宅復帰後のリハビリテーション・ケアの継続も大きな課題です。この回復期リハビリテーション病棟の質・量の両方を充実させるためには、その現状を正確に把握し、効果を明らかにして今後に備えなければなりません。それぞれの施設が競合するのではなく、共通課題を同じ目線で共有し問題を解決してゆくことが大切です。回復期リハビリテーション病棟協会は、年に1回現状と課題に関する報告書を出していますが、県別のものはありません。そのためにも富山県の回復期リハビリテーション病棟のあり方に、この報告書が一助となれば幸いです。この報告書により、各医療機関の状況を富山県内でのベンチマークとして活用していただき、富山県のさらなるリハビリテーション医療の向上につながるよう期待いたします。

富山県リハビリテーション支援センター
センター長 影近謙治
(富山県リハビリテーション病院・こども支援センター 院長)

令和元年度回復期リハビリテーションに関する調査・分析報告

I. 基本統計

1. 基本情報

(1) 基本情報

表1 回復期医療機関入院患者数、性別別集計、患者の年齢構成

圏域	医療機関名	対象者数 (人)	性別別人数 (男性, 女性)	年齢構成 (平均値 ± 標準偏差)
A	a 病院	8	2,6	81.1 ± 8.1
B	b 病院	121	53,68	77.8 ± 11.8
	c 病院	200	125,75	69.7 ± 13.9
	d 病院	90	51,39	73.6 ± 11.8
	e 病院	84	43,41	79.2 ± 9.1
C	f 病院	36	16,20	76.6 ± 11.8
	g 病院	46	25,21	73.2 ± 11.7
D	h 病院	42	25,17	75.9 ± 11.5
	合計	627	340,287	74.3 ± 12.6

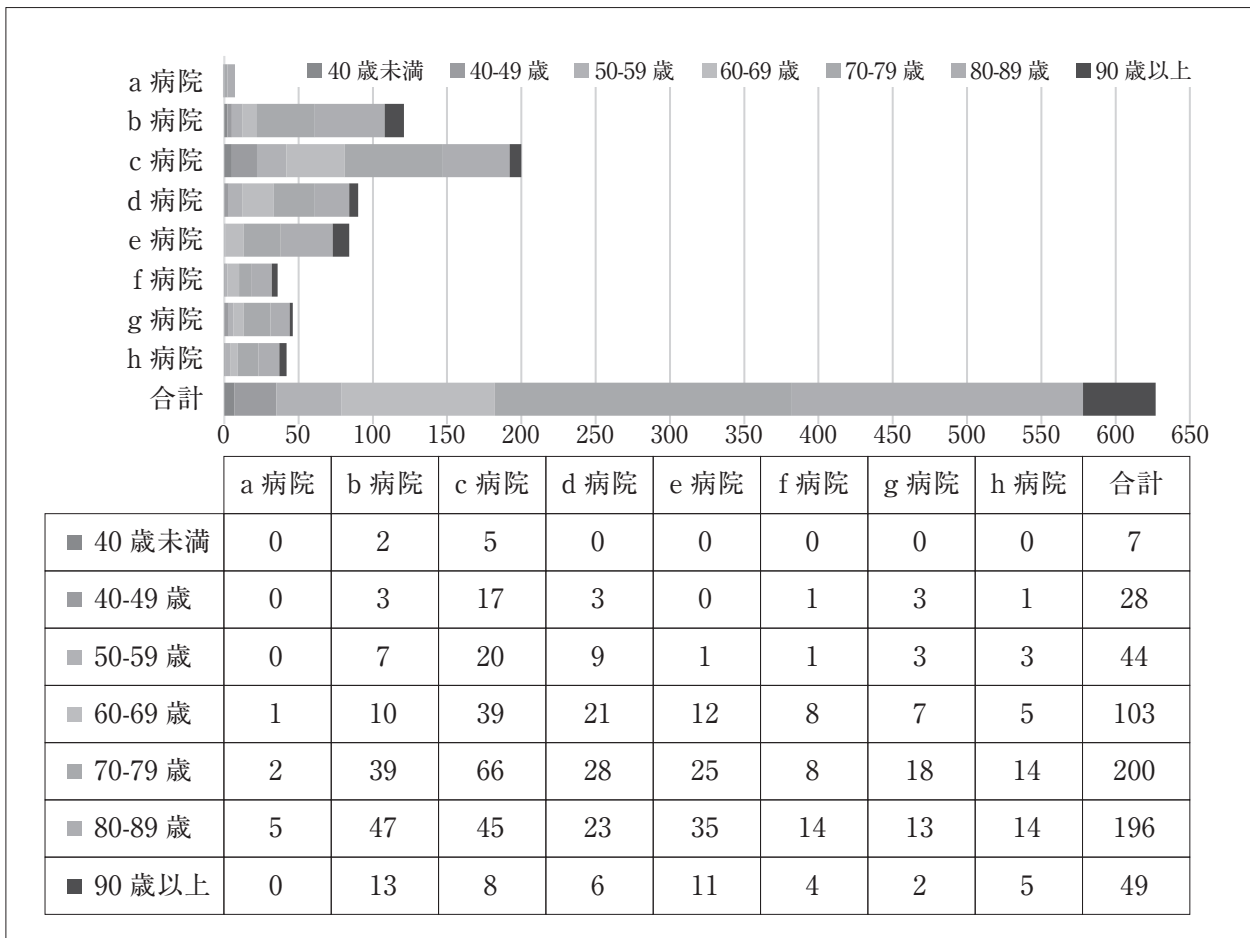


図1 各病院の患者の年齢構成 (人)

(2) 現病歴

表2 診断名別人数 (性別別、年齢構成別)

発症病態		人数 (人)	40歳 未満	40代	50代	60代	70代	80代	90歳 以上
虚血	総数	257	3	5	11	31	82	98	27
	男性	143	1	3	7	26	54	43	9
	女性	114	2	2	4	5	28	55	18
虚血 -TIA	総数	4	0	0	0	0	3	1	0
	男性	3	0	0	0	0	2	1	0
	女性	1	0	0	0	0	1	0	0
出血	総数	171	1	12	20	33	62	35	8
	男性	83	1	9	12	18	31	11	1
	女性	88	0	3	8	15	31	24	7
症候 性	総数	6	0	2	1	2	0	1	0
	男性	4	0	2	0	2	0	0	0
	女性	2	0	0	1	0	0	1	0
無症 候性	総数	9	1	0	0	0	3	5	0
	男性	1	0	0	0	0	0	1	0
	女性	8	1	0	0	0	3	4	0
未入力		180							
計		627	5	19	32	66	150	140	35

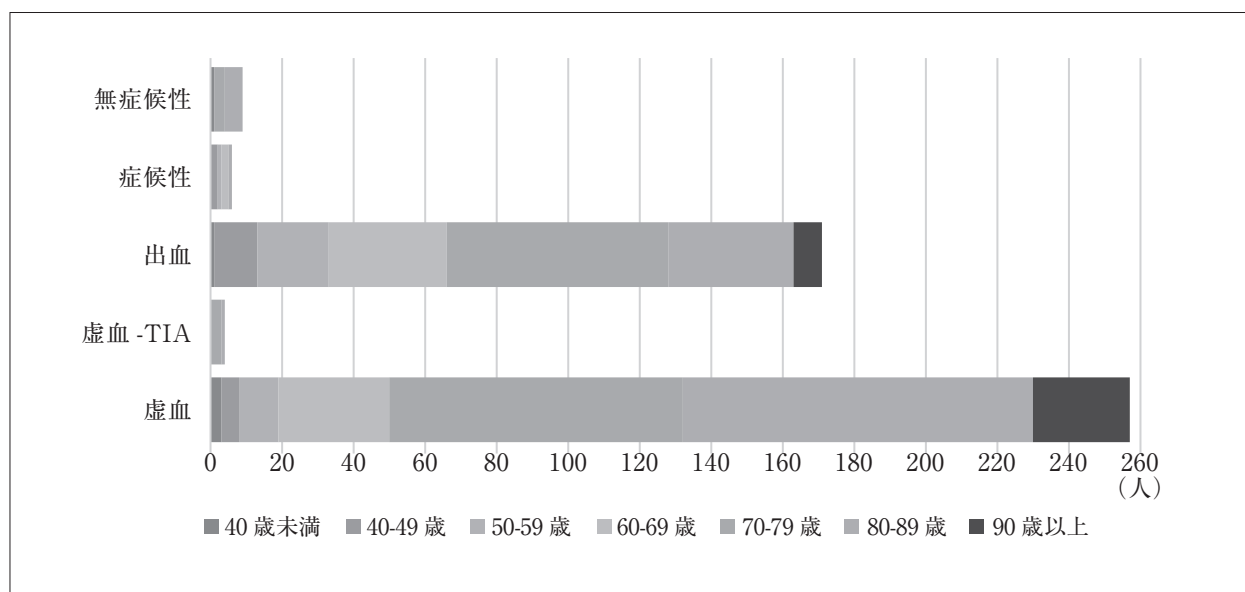


図2 発症病態別の年齢構成

表3 初発・再発患者数

	人数 (人)	割合 (%)
初発	434	84.3
再発	81	15.7
未入力	112	

表4 急性期治療内容の有無と人数

人数：人 (%)	あり	なし	未入力
rt-PA	28 (6.3)	416 (93.7)	183
脳血管内治療	41 (9.3)	402 (90.7)	184
脳卒中手術	47 (10.6)	397 (89.4)	183

表5 急性期医療機関入院日数 (平均値・標準偏差・中央値)

入院日数 (日)	記入あり 512 名	未入力 115 名
平均値 ± 標準偏差	28.9 ± 17.4	
中央値 (第1四分位 - 第3四分位)	26.5 (19-35)	

(3) 生活状況

表6 発症前の喫煙状況

	人数 (人)	割合 (%)
あり	114	24.9
なし	343	75.1
未入力	170	

(4) 既往歴・現病歴

表7 既往歴の有無と人数

人数：人 (%)	あり	なし	未入力
高血圧	277 (62.4)	167 (37.6)	183
糖尿病	87 (19.9)	351 (80.1)	189
脂質異常症	93 (21.0)	350 (79.0)	184
心房細動	32 (7.2)	411 (92.8)	184

2. 発症情報

表8 発症場所

	人数（人）	割合（%）
自宅	318	71.5
公共スペース	49	11.0
職場	20	4.5
介護施設	25	5.6
自院内	8	1.8
他の医療施設	5	1.1
不明	12	2.7
その他	5	1.1
無症候性	3	0.7
未入力	182	

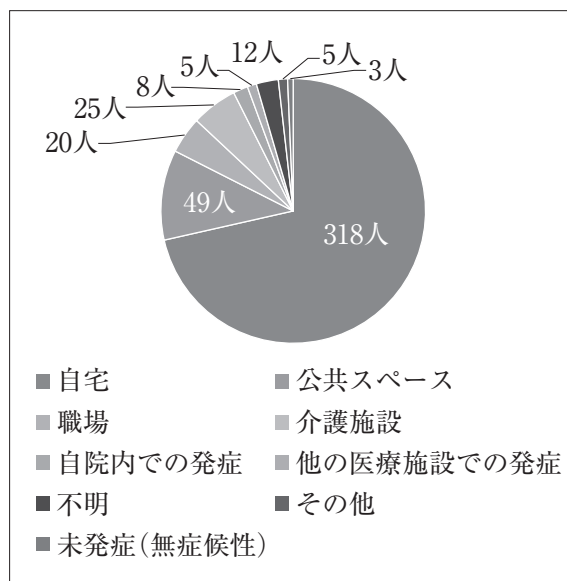


図3 発症場所

表9 発症時の来院方法

	人数（人）	割合（%）
救急車	306	68.6
介助来院	109	24.4
自力来院	16	3.6
院内発生	5	1.1
他院からの紹介で救急車	9	2.0
その他	1	0.2
未入力	181	

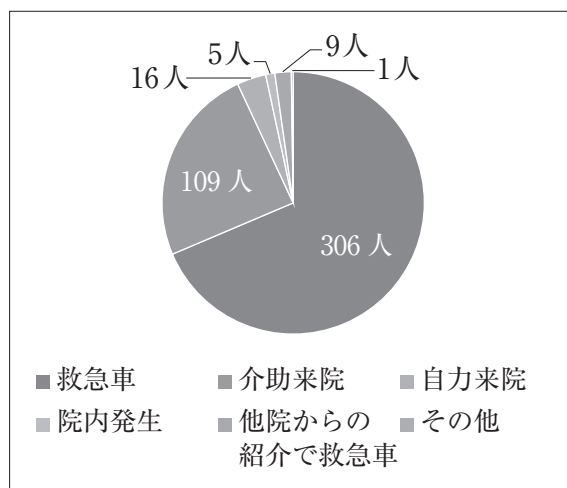


図4 発症時の来院方法

3. 回復期入院中の状況

(1) 急性期医療機関との連携方法

表10 連携パスの利用とカンファレンスの実施状況

人数：人（%）	あり	なし	未入力
連携パス	328 (66.9)	162 (33.1)	137
カンファレンス	88 (19.9)	354 (80.1)	185

(2) 入院時 / 退院時の情報

表 11 入院時の modified Rankin Scale (mRS)

人数： 人(%)	症候 なし	障害 なし	軽度 の障害	中等度 の障害	中等度から 重度の障害	重度 の障害	死亡	計
初発	10(2.7)	18(4.9)	47(12.8)	77(20.9)	134(36.4)	82(22.3)	0(0.0)	368
再発	0(0.0)	2(2.5)	8(10.0)	12(15.0)	36(45.0)	22(27.5)	0(0.0)	80
計	10(2.3)	20(4.5)	55(12.3)	89(19.9)	170(37.9)	104(23.2)	0(0.0)	448

未入力 179

表 12 退院時の modified Rankin Scale (mRS)

人数： 人(%)	症候 なし	障害 なし	軽度 の障害	中等度 の障害	中等度から 重度の障害	重度 の障害	死亡	計
初発	10(2.7)	54(14.8)	111(30.4)	63(17.3)	76(20.8)	49(13.4)	2(0.5)	365
再発	0(0.0)	3(3.8)	13(16.5)	18(22.8)	31(39.2)	13(16.5)	1(1.3)	79
計	10(2.3)	57(12.8)	124(27.9)	81(18.2)	107(24.1)	62(14.0)	3(0.7)	444

未入力 183

補足 1 日本語版 modified Rankin Scale (mRS) 判定基準書

modified Rankin Scale		参考すべき点
0	まったく症候がない	自覚症状および他覚徴候がともにない状態である
1	症候はあっても明らかな障害はない： 日常の勤めや活動は行える	自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である
2	軽度の障害： 発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える	発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である
3	中等度の障害： 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える	買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助*を必要とするが、通常歩行 [†] 、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要としない状態である
4	中等度から重度の障害： 歩行や身体的要求には介助が必要である	通常歩行 [†] 、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である
5	重度の障害： 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする	常に誰かの介助*を必要とする状態である
6	死亡	

* 介助とは、手助け、言葉による指示および見守りを意味する。

† 歩行は主に平地での歩行について判定する。なお、歩行のための補助具(杖、歩行器)の使用は介助には含まない。

(van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke 1988; 19: 604-607)

(篠原幸人, 峰松一夫, 天野隆弘, 大橋靖雄: mRS信頼性研究グループ. modified Rankin Scaleの信頼性に関する研究 - 日本語版判定基準書および問診表の紹介. 脳卒中 2007; 29: 6-13)

(Shinohara Y, Minematsu K, Amano T, Ohashi Y. Modified Rankin Scale with expanded guidance scheme and interview questionnaire: Interrater agreement and reproducibility of assessment. Cerebrovasc Dis 2006; 21: 271-278)

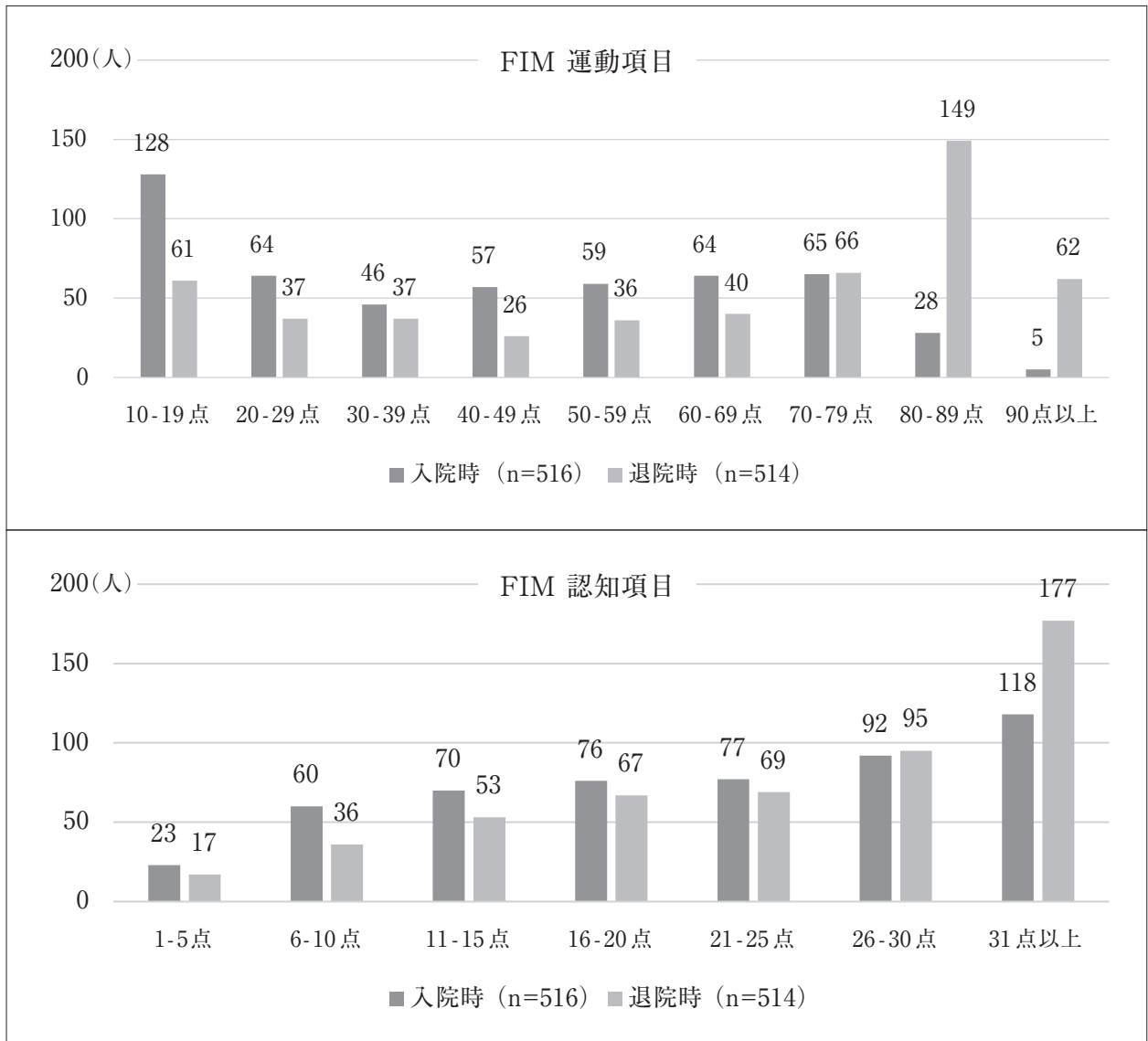


図5 入院時と退院時の Functional Independence Measure (FIM) 得点別の人数 (人)

補足2 日常生活動作の変化：FIMによるADL評価

運動項目				認知項目													
セルフケア		排泄	移乗	移動	コミュニケーション	社会認識											
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点		計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点							
運動項目 計91～13点				認知項目 計35～5点													
合計 126～18点																	

- ・運動項目(13項目)と認知項目(5項目)で構成
- ・各7～1点の7段階評価(合計126～18点)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

表 13 高次脳機能障害の有無

	人数 (人)	割合 (%)
あり	348	68.0
なし	164	32.0
未入力	115	

表 14 高次脳機能障害別人数

	人数 (人)
失語	35
失行	11
失認	7
記銘力障害	26
注意力障害	42
遂行機能障害	0

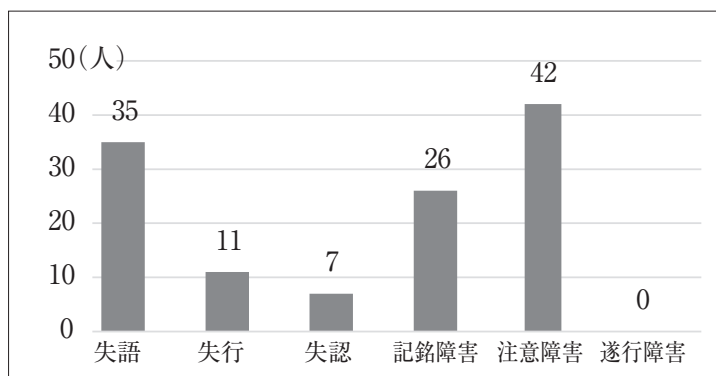


図 6 高次脳機能障害別人数 (人)

表 15 認知症の状況

	人数 (人)	割合 (%)
あり	237	46.6
なし	272	53.4
未入力	118	

表 16 認知症の日常生活自立度

	人数 (人)	割合 (%)
I	48	20.8
II a	22	9.5
II b	38	16.5
III a	56	24.2
III b	26	11.3
IV	31	13.4
M	10	4.3

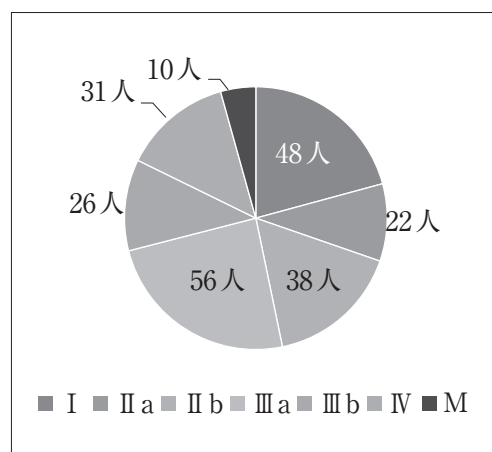


図 7 認知症の日常生活自立度 (人)

補足 3 認知症の日常生活自立度

- I. なんらかの認知症を有するが日常生活はほぼ自立している。
- II. 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる (II a: 家庭外、II b: 家庭内)。
- III. 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見受けられ、介護を要する状態がある (III a: 日中、III b: 夜間)。
- IV. 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を要する。
- M. 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

表17 抑うつの有無

	人数 (人)	割合 (%)
あり	48	9.5
なし	457	90.5
未入力	122	

Stroke Impairment Assessment Set (SIAS) による運動麻痺の評価

表18 介入前の SIAS 値別人数 (人) 記入あり 284 名、記入なし 206 名、未入力 137 名

値	上肢近位	上肢遠位	下肢近位 (股)	下肢近位 (膝)	下肢遠位
5	106	95	100	101	92
4	55	67	71	64	75
3	31	13	28	31	26
2	23	19	30	34	20
1	23	36	21	17	18
0	51	59	43	46	62

表19 介入後の SIAS 値別人数 (人) 記入あり 253 名、記入なし 237 名、未入力 137 名

値	上肢近位	上肢遠位	下肢近位 (股)	下肢近位 (膝)	下肢遠位
5	113	107	117	118	110
4	52	50	60	56	58
3	23	13	27	25	18
2	23	15	21	23	22
1	17	35	12	13	13
0	29	37	21	23	37

補足4 SIAS による運動麻痺の評価

<運動機能>

- 1) 上肢近位 (knee-mouth test)
 座位において患肢の手部を対側膝(大腿)上より拳上し、手部を口まで運ぶ。この際、肩は90°まで外転させる。そして膝上まで戻す。
 これを3回繰り返す。肩、肘関節に拘縮が存在する場合は可動域内での運動をもって課題可能と判断する。
 0: 全く動かない。
 1: 肩のわずかな動きがあるが手部が乳頭に届かない。
 2: 肩肘の共同運動があるが手部が口に届かない。
 3: 課題可能。中等度のあるいは著明なごちなさあり。
 4: 課題可能。軽度のごちなさあり。
 5: 健側と変わらず、正常。
- 2) 上肢遠位 (finger-function test)
 手指の分離運動を、母指～小指の順に屈曲、小指～母指の順に伸展することにより行う。
 0: 全く動かない。
 1: 1A: わずかな動きがある。または集団屈曲可能。
 1B: 集団伸展が可能。
 1C: 分離運動が一部可能。
 2: 全指の分離運動可能なるも屈曲伸展が不十分である。
 3: 課題可能(全指の分離運動が十分な屈曲伸展を伴って可能)。中等度のあるいは著明なごちなさあり。
 4: 課題可能。軽度のごちなさあり。
 5: 健側と変わらず、正常。
- 3) 下肢近位 (股) (hip-flexion test)
 座位にて股関節を90°より最大屈曲させる。3回行う。
 必要ならば座位保持のための介助をして構わない。
 0: 全く動かない。
 1: 大腿にわずかな動きがあるが足部は床から離れない。
 2: 股関節の屈曲運動あり、足部は床より離れるが十分ではない。
 3～5: knee-mouth testの定義と同一。
- 4) 下肢近位 (膝) (knee-extension test)
 座位にて膝関節を90°屈曲位から十分伸展(-10°程度まで)させる。3回行う。必要ならば座位保持のための介助をして構わない。
 0: 全く動かない。
 1: 下腿にわずかな動きがあるが足部は床から離れない。
 2: 膝関節の伸展運動あり、足部は床より離れるが十分ではない。
 3～5: knee-mouth testの定義と同一。
- 5) 下肢遠位 (foot-pat test)
 座位または臥位、座位は介助しても可。踵部を床につけたまま、足部の背屈運動を協調しながら背屈・底屈を3回繰り返す、その後なるべく早く背屈を繰り返す。
 0: 全く動かない。
 1: わずかな背屈運動があるが前足部は床から離れない。
 2: 背屈運動あり、足部は床より離れるが十分ではない。
 3～5: knee-mouth testの定義と同一。

Brunnstrom stage (Brs) による運動麻痺の評価

表 20 介入前の Brs 値別人数 (人) 記入あり 378 名、記入なし 125 名、未入力 124 名

値	上肢	手指	下肢
VI	110	108	106
V	114	124	109
IV	30	31	51
III	34	24	41
II	62	47	50
I	34	50	24

表 21 介入後の Brs 値別人数 (人) 記入あり 345 名、記入なし 152 名、未入力 130 名

値	上肢	手指	下肢
VI	136	138	136
V	89	98	101
IV	29	28	35
III	29	18	33
II	47	36	25
I	15	27	15

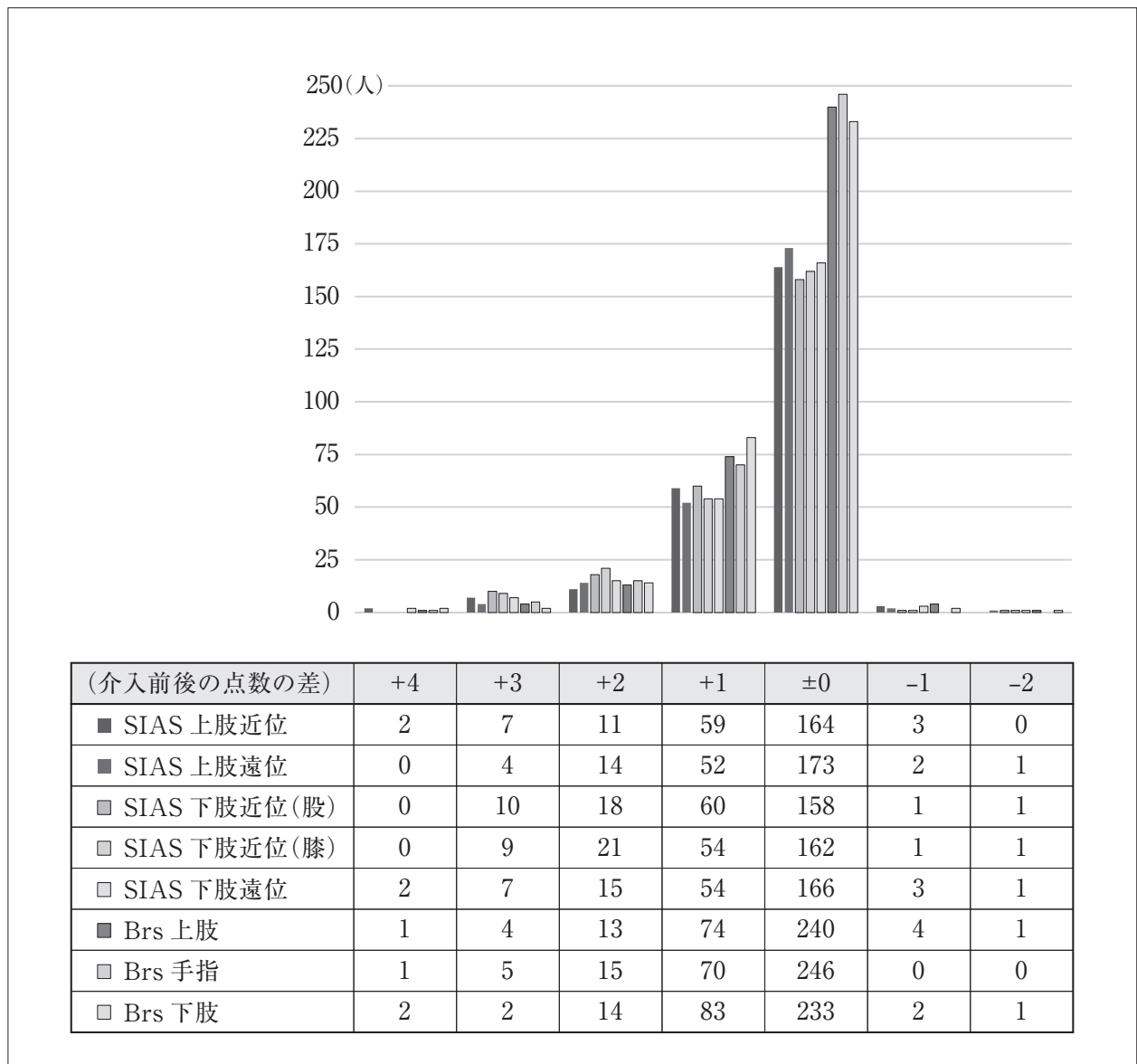
補足 5 Brs による運動麻痺の評価

上肢	stage I : 弛緩性麻痺 stage II : 上肢のわずかな随意運動 stage III : 座位で肩・肘の同時屈曲、同時伸展 stage IV : 腰の後方へ手をつける。肘を伸展させて上肢を前方水平へ挙上。肘 90° 屈曲位での前腕回内・回外 stage V : 肘を伸展させて上肢を横水平へ挙上、また前方頭上へ挙上、肘伸展位での前腕回内・回外 stage VI : 各関節の分離運動
手指	stage I : 弛緩性麻痺 stage II : 自動的手指屈曲わずかに可能 stage III : 全指同時握り、釣形握り(握りだけ) 伸展は反射だけで、随意的な手指伸展不能 stage IV : 横つまみ(母指は離せない) 少ない範囲での半随意的な手指伸展 stage V : 対向つまみ、筒握り、球握り、随意的な手指伸展(範囲は一定せず) stage VI : 全種類の握り、全可動域の手指伸展。すべての指の分離運動

下肢	stage I : 弛緩性麻痺 stage II : 下肢のわずかな随意運動 stage III : 座位、立位での股・膝・足の同時屈曲 stage IV : 座位で足を床の後方へすべらせて、膝を90° 屈曲。踵を床から離さずに随意的に足関節背屈 stage V : 立位で股伸展位、またはそれに近い肢位、免荷した状態で膝屈曲分離運動。立位、膝伸展位で、足を少し前に踏み出して足関節背屈分離運動 stage VI : 立位で、骨盤の挙上による範囲を超えた股外転。座位で、内・外側ハムストリングスの相反的活動と、結果として足内反と外反を伴う膝を中心とした下腿の内・外旋
----	--

(Brunnstrom S. Motor testing procedures in hemiplegia : based on sequential recovery stages. Phys Ther 1966 ; 46 : 357-375)
 (石田琢. 脳卒中後遺症の評価スケール. 脳と循環 1999 ; 4 : 151-159)

図8 運動麻痺の介入前後の機能変化 (改善値別人数)



+5,-3,-4,-5 はすべての項目で0人であった。

Standard Language Test of Aphasia (SLTA) による失語症の評価

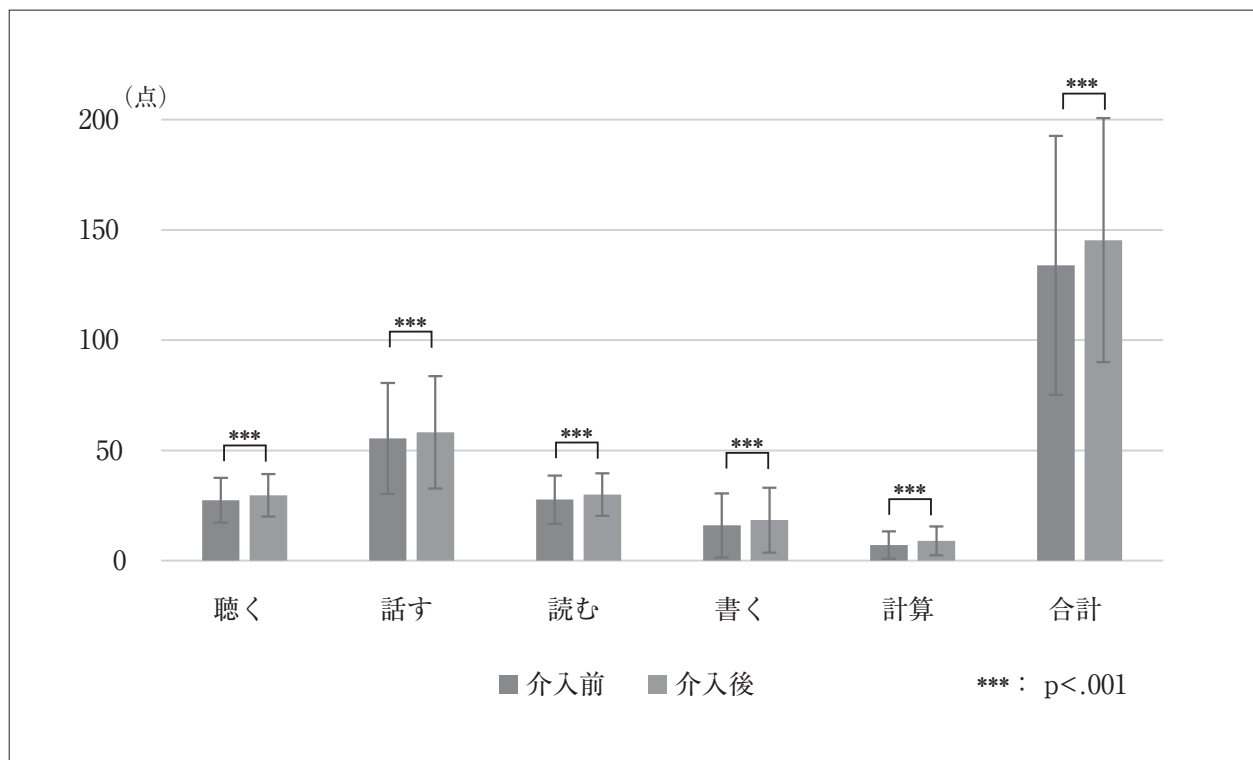
表 22 介入前の SLTA 各項目の点数 記入あり 83 名、記入なし 418 名、未入力 126 名

(点数)	聴く	話す	読む	書く	計算	合計
平均	27.4	55.4	27.7	16.0	7.1	133.9
± 標準偏差	± 10.2	± 25.1	± 10.9	± 14.6	± 6.2	± 58.6
中央値 (四分位範囲)	30 (22-35)	62 (39-75)	30 (24-37)	11 (1-30)	6 (1-12)	134 (95-185)

表 23 介入後の SLTA 各項目の点数 記入あり 59 名、記入なし 437 名、未入力 131 名

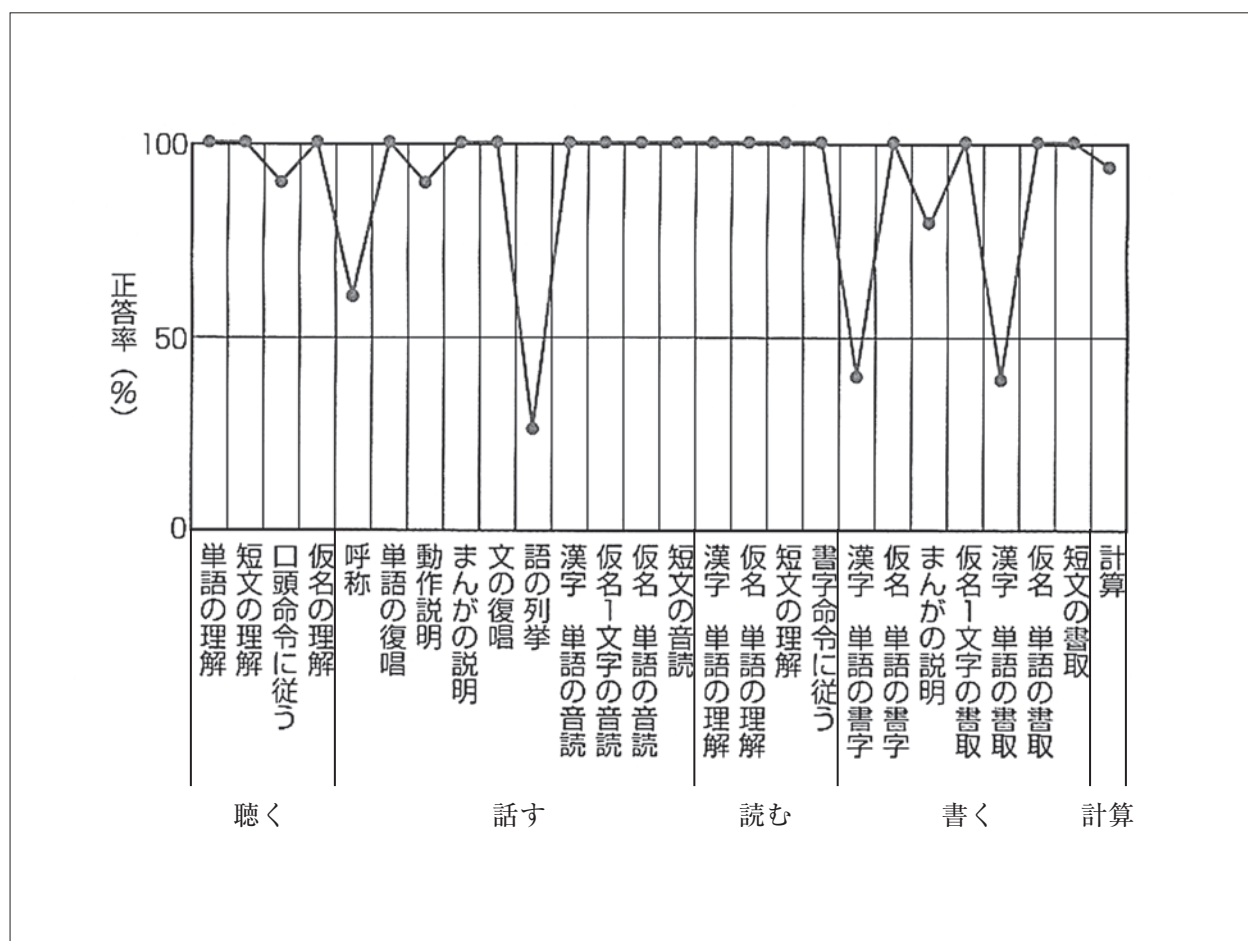
(点数)	聴く	話す	読む	書く	計算	合計
平均	29.7	58.2	30.0	18.4	9.0	145.3
± 標準偏差	± 9.6	± 25.4	± 9.6	± 14.7	± 6.5	± 55.3
中央値 (四分位範囲)	32 (25-38)	65 (48-78)	33 (26-3)	18 (2-33)	10 (3-14)	147 (106-195)

図 9 SLTA の介入前後変化



補足6 SLTAによる失語症の評価

26項目を6段階で検査する。下図のようなプロフィールを作成し、聴く・話す・読む・書く・計算の能力を視覚的に把握している。



(3) リハビリ実施内容

表 24 各療法の実施状況

	人数 (人)	患者 1 人あたりの総単位数 (平均値 ± 標準偏差)	リハ単位数 / 日
理学療法	503	203.2 ± 160.7	2.7
作業療法	500	185.8 ± 115.4	2.6
言語聴覚療法	383	117.1 ± 95.0	1.5
リハビリ合計	503	477.1 ± 312.3	6.6

(4) 退院時の状況

表 25 介護保険申請の有無

	人数 (人)	割合 (%)
あり	354	70.1
なし	151	29.9
未入力	122	

表 26 要介護度別人数

	人数 (人)	割合 (%)
要支援 1	24	5.2
要支援 2	14	3.0
要介護 1	165	35.9
要介護 2	65	14.1
要介護 3	58	12.6
要介護 4	82	17.8
要介護 5	52	11.3

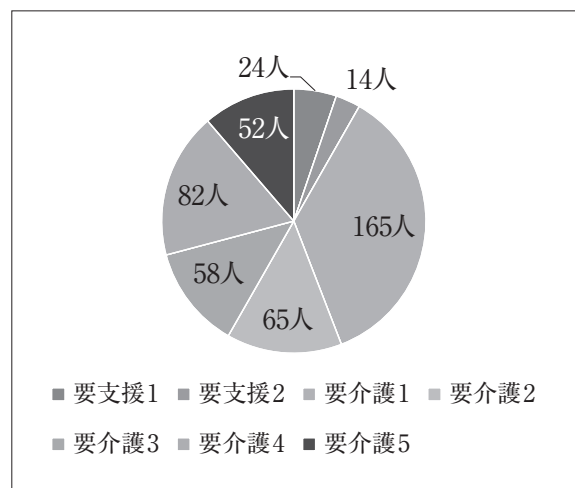


図 10 要介護度別人数

表 27 維持期との連携方法

人数：人 (%)	あり	なし	未入力
連携パス	286(63.8)	162(36.2)	179
カンファレンス	153(33.6)	302(66.4)	172
退院時訪問指導	80(17.9)	367(82.1)	180

表 28 退院先

	人数 (人)	割合 (%)	
自宅	338	66.3	在宅復帰率 75.1%
居宅系介護施設	45	8.8	
転院	18	3.5	
急性期病院	21	4.1	
療養型病院	22	4.3	
老人保健施設	38	7.5	
死亡	3	0.6	
その他	25	4.9	
未入力	117		

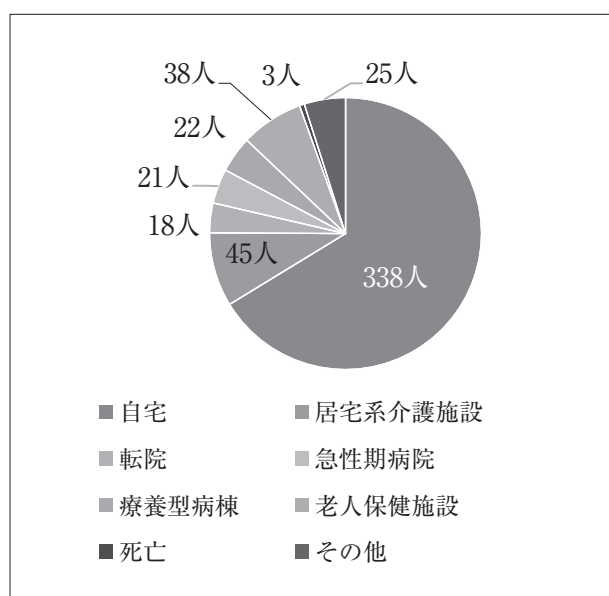


図 11 退院先

表 29 回復期医療機関入院日数

入院日数 (日)	記入あり 512 名	未入力 115 名
平均値 ± 標準偏差	72.4 ± 42.6	
中央値 (第 1 四分位-第 3 四分位)	65.5 (41-93)	

II. 評価方法

評価指標：①mRS、②FIM、③SIAS もしくは Brs、④SLTA(言語)

①mRS

介入前後両方の mRS が記入された対象者 443 名において、Wilcoxon の符号付順位検定を行った。介入前後の mRS に統計学的に有意な改善が確認された ($p < 0.0001$)。初発者 ($n=364$)、再発者 ($n=79$) ともに介入前後で統計学的に有意な改善が確認された ($p < 0.001$)。

介入前後両方の mRS と PT・OT・ST のリハ単位の 1 つ以上が記入された対象者 443 名において、Spearman の順位相関分析を行った。リハ総単位数と mRS の改善値 (介入前 - 介入後) に統計学的に有意な相関は確認されなかった。※mRS は値が小さいほど良い状態を表すため、(介入前 - 介入後) と計算している。

【解釈】 介入期間内に障害の程度 (mRS) は改善している。脳卒中再発者では中等度から重度の障害の割合が入退院時ともに最も大きかったが (p5)、サブグループ解析を行っても介入期間内に障害の程度は改善していることが確認された。しかし、リハ総単位数によって改善値に影響を及ぼすとは言えない。

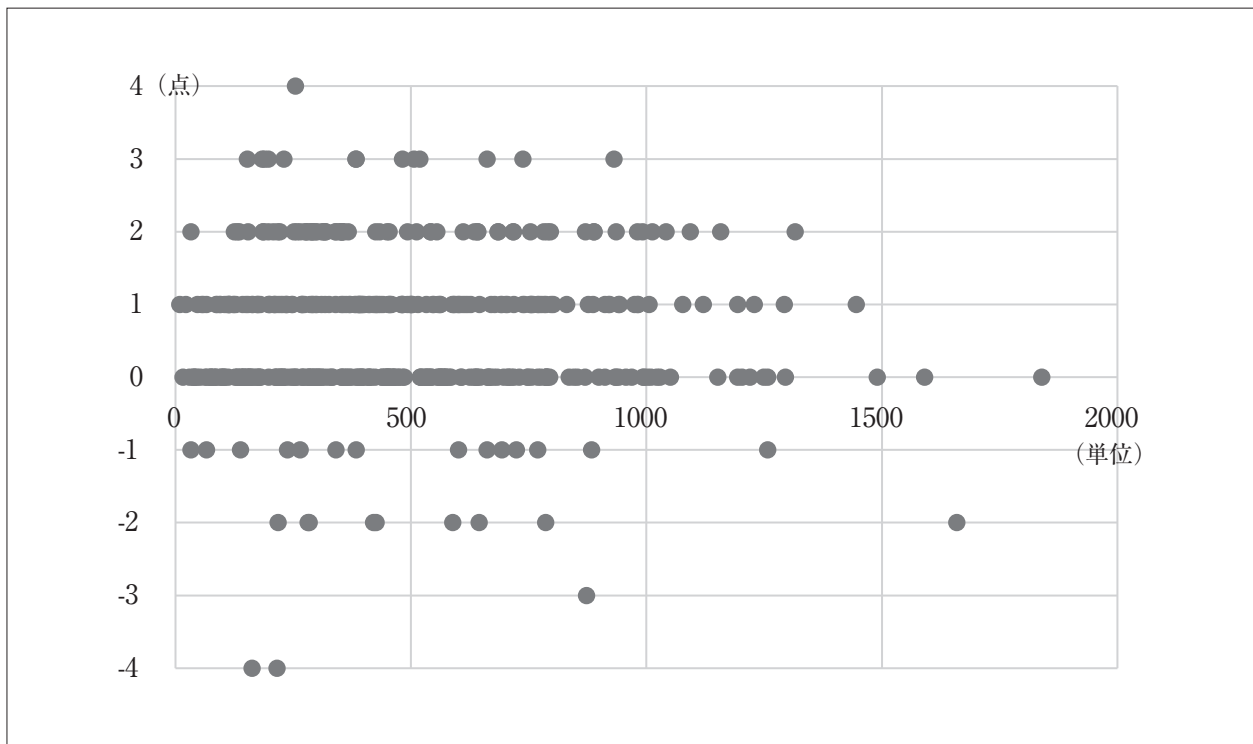


図 12 mRS の改善値と総単位数 ($n = 443$)

②FIM

介入前後両方のFIMが記入された対象者505名において、対応のあるt検定を行った。運動項目合計・認知項目合計・FIM合計すべてにおいて統計学的に有意な改善が確認された($p < .00001$)

介入前後両方のFIMとPT・OT・STのリハ単位の1つ以上が記入された対象者505名において、Pearsonの相関分析を行った。リハビリ総単位数とFIM利得に弱い正の相関が確認された($r = .364$)。

【解釈】介入期間内に自立度(FIM)は改善しており、リハビリ総単位数が多い対象者の方が大きく自立度が改善する傾向が確認された。これは回復期病棟協会の示す全国データ($r = .316$)と同様の傾向である。一方で1日あたりのリハビリ平均単位数とFIM利得に関しては全国データを下回る部分が多く、その要因に関してさらなる分析が必要と思われる。

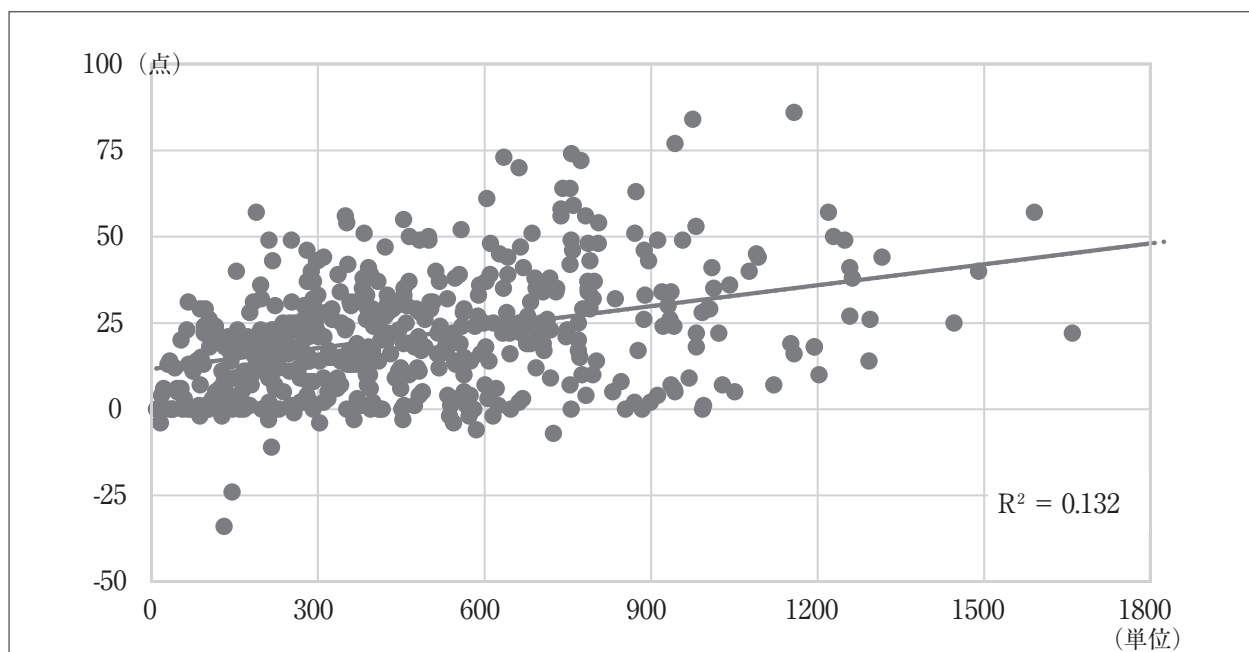


図13 リハビリ総単位数とFIM利得(n=505)

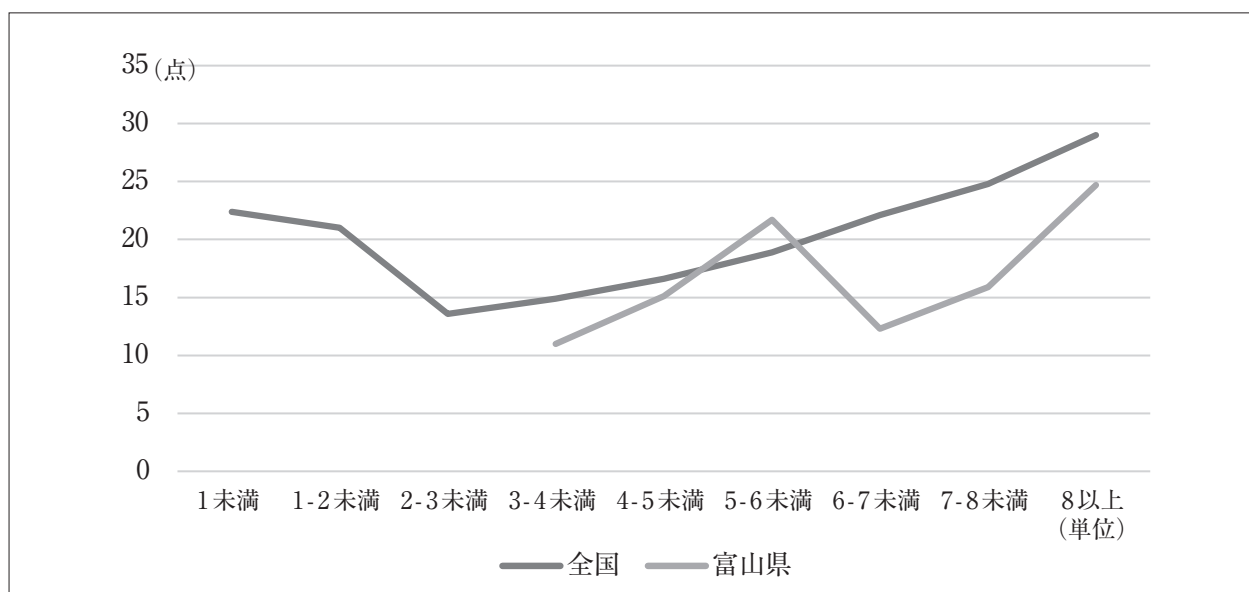


図14 リハビリ平均単位数とFIM利得(n=389)

③SIAS と Brs

介入前後両方の SIAS(上肢近位、上肢遠位、下肢近位(股)、下肢近位(膝)、下肢遠位)が記入された対象者(上肢 n=246, 下肢 n=248)において、Wilcoxon の符号付順位検定を行った。介入前後の SIAS すべての項目で統計学的に有意な改善が確認された($p < 0.001$)。

介入前後両方の SIAS(上肢近位、上肢遠位)と PT・OT・ST のリハビリ単位の1つ以上が記入された対象者 245 名において、Spearman の順位相関分析を行った。リハビリ総単位数と SIAS 上肢近位の改善値(介入後 - 介入前)に有意な弱い相関が確認された ($\rho = .350$)。リハビリ総単位数と SIAS 上肢遠位の改善値(介入後 - 介入前)に有意なとても弱い相関が確認された ($\rho = .192$)。

介入前後両方の SIAS(下肢近位(股)、SIAS 下肢近位(膝)、SIAS 下肢遠位)と PT・OT・ST のリハビリ単位の1つ以上が記入された対象者 247 名において、Spearman の順位相関分析を行った。リハビリ総単位数と SIAS 下肢(近位(股)、近位(膝)、遠位)の改善値(介入後 - 介入前)に有意な弱い相関が確認された(近位(股) $\rho = .344$ 、近位(膝) $\rho = .388$ 、遠位 $\rho = .306$)。

介入前後両方の Brs(上肢、手指、下肢)が記入された対象者 337 名において、Wilcoxon の符号付順位検定を行った。介入前後の Brs すべての項目で統計学的に有意な改善が確認された($p < 0.001$)。

介入前後両方の Brs(上肢、手指、下肢)と PT・OT・ST のリハビリ単位の1つ以上が記入された対象者 337 名において、Spearman の順位相関分析を行った。リハビリ総単位数と Brs の改善値(介入後 - 介入前)に統計学的に有意な相関が確認された(上肢 $\rho = .298$ 、手指 $\rho = .245$ 、下肢 $\rho = .305$)。

【解釈】介入期間内に麻痺の程度(SIAS・Brs とともに)は改善しており、それぞれの項目はリハビリ総単位数が大きい対象者の方が大きく改善する傾向が確認された。

表 30 SIAS または Brs とリハビリ総単位数の関係

総単位数と 運動麻痺の関係		人数 (人)	Spearman の順位相関係数 ($\rho =$)
SIAS	上肢近位	245	.350**
	上肢遠位	245	.192**
	下肢近位(股)	247	.344**
	下肢近位(膝)	247	.388**
	下肢遠位	247	.306**
Brs	上肢	337	.298**
	手指	337	.245**
	下肢	337	.305**

** $p < .01$

④SLTA

介入前後の SLTA(聞く、話す、読む、書く、計算)5 項目すべてが記入された対象者 52 名において、対応のある t 検定を行った。介入前後で 5 項目と合計のすべての項目で統計学的に有意な改善が確認された ($p < .001$)。

介入前後の SLTA5 項目と ST 総単位数のすべてが記入された対象者 32 名において、Pearson の相関分析を行った。ST 総単位数と SLTA の改善値(介入後 - 介入前)に統計学的に有意な相関は確認されなかった。

【解釈】介入期間内に SLTA は改善しているが、ST 総単位数によって改善値に影響を及ぼすとは言えない。

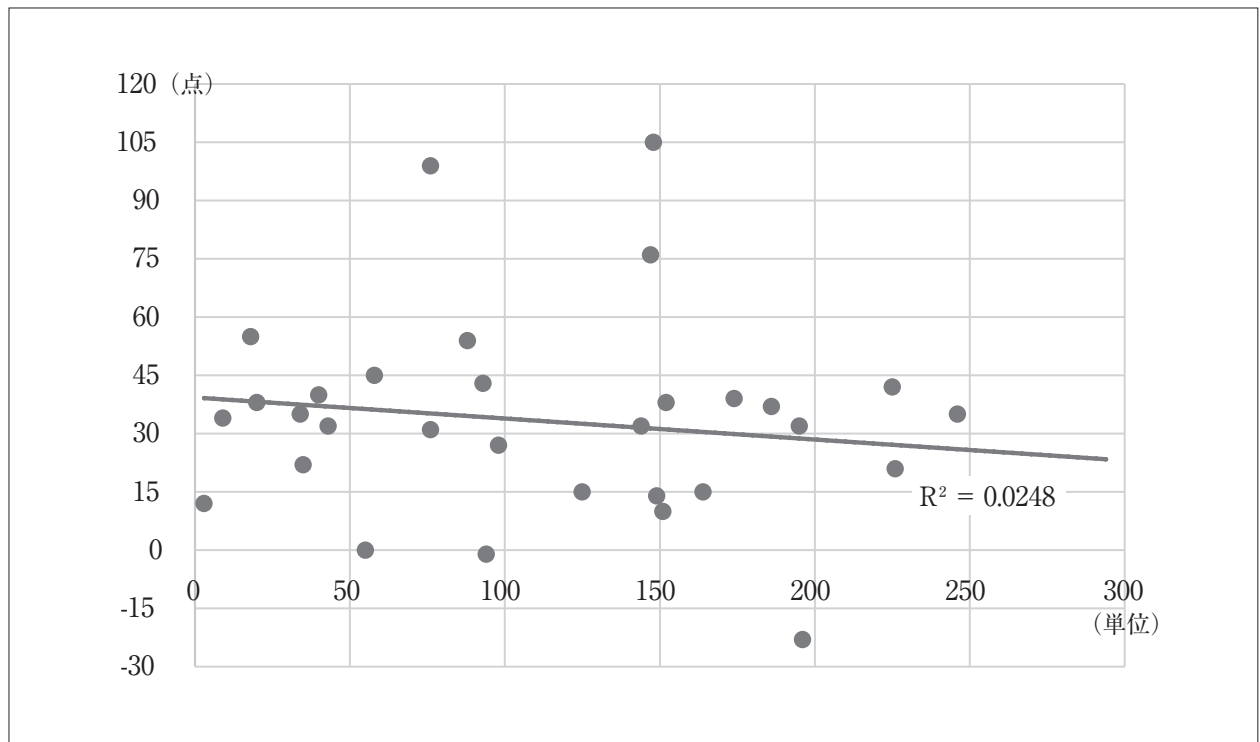


図 15 ST 総単位数と SLTA 改善値 (n=32)

Ⅲ.まとめと考察

平成31年4月1日～令和2年3月31日までに富山県内8病院の回復期リハビリテーション病棟に入棟し、リハビリテーションを実施した後、退院した脳卒中患者のうち、富山県脳卒中情報システムにリハビリテーション実施状況等を登録された患者627名を対象に調査を行った。

回復期リハビリテーション病棟は、入院料別に6種類に分類され施設基準が異なるが、その目的は、早期の受け入れと質の高いリハビリテーションの提供、早期の地域復帰である。

回復期リハビリテーション病棟入棟までに要した日数(急性期病院での入院日数)は、 28.9 ± 17.4 日で、発症後約1か月で回復期リハビリテーション病棟に入院している。

回復期リハビリテーション病棟の在院日数は、 72.4 ± 42.6 日で、約2.5ヵ月間の入院であった。入院時、患者の82.8%は日常生活に何らかの介助を要す状態(mRS3—5)であったが、退院時には57.7%(初発患者では51.5%)まで減少し、日常生活動作(FIM)や心身機能(麻痺や失語症の程度)の改善が認められた。

リハビリ訓練の量(時間)については、患者1人当たり1日平均6.6単位(1単位20分)で、総単位数は、 477.1 ± 312.3 単位であった。

退院先については、患者の75.1%は在宅復帰を果たした(うち8.8%は居宅系介護施設)。介護保険は、70.1%の人が認定を受けていた。連携パス使用は、63.8%が使用されていた。しかし、退院時の維持期とのカンファレンスの開催は33.6%、退院時訪問指導は、17.9%と低くなっており、今後は維持期との連携が課題といえる。

富山県において、回復期病棟入棟までに要した日数(急性期病院での入院日数)、ADLの改善度(FIMの改善度)、回復期病院での入院日数は、全国の水準と遜色のないものとなった。

回復期リハビリテーション病棟の効果について、心身機能(麻痺や失語症の程度)・日常生活動作能力(mRS、FIM)に関して分析を行ったが、どの項目も有意な改善がみられ、リハビリテーションの量と各指標の改善度には相関関係がみられた。このことから、回復期での集中的なりハビリテーションは重要であり、今後もリハビリテーションの量の確保、また質の向上(短期間での改善)に努めていく必要がある。

今回、回復期リハビリテーションの実態について分析したが、急性期・回復期・維持期でのシームレスな関わりが重要であることは言うまでもない。回復期リハビリテーション病棟の目的を果たすため、各機関との連携をより強固なものとし、疾病・再発予防の取組み等も重点的に行っていく必要があると考える。

回復期リハビリテーション病棟に関する調査・分析報告書

編集 富山県リハビリテーション支援センター
(富山県リハビリテーション病院・こども支援センター)

連絡先 〒931-8517 富山市下飯野36番地

電話 076-438-2233 FAX 076-438-7218

メールアドレス chiikireha02@toyama-reha.or.jp