

## 急性期脳梗塞患者に対する急性期カンファレンスへの試み

西田 知子<sup>1)</sup> 木村千鶴子<sup>1)</sup> 北坂 佳寛<sup>1)</sup> 小林 康孝<sup>2)</sup>

要 旨：当院リハビリテーション（以下リハ）科では、急性期脳梗塞患者における急性期カンファレンス（以下カンファ）を1999年より施行していたが、今回その中で認められた不備に対する見直しを行い、新たにカンファのマニュアル化に着手した。その結果、早期に他職種とのカンファ開催が可能となり、ADLやリハビリ進行及び治療方針の統一が得られた。またデータ解析の結果、退院時歩行能力を予測する因子として、入院時の端座位保持能力が有意に関連していることが示唆された。

（新医福誌，2005；2：13-15）

【Key words】脳梗塞，急性期カンファレンス，早期リハビリテーション

タから、退院時歩行能力に影響を与える因子を調査した。

## はじめに

脳梗塞患者に対する急性期のリハビリテーション（以下リハ）は、患者の歩行能力やADLを改善させるだけでなく、患者の生命予後にもプラスの影響をもたらすといわれ<sup>1)</sup>、その開始時期としては、発症後2、3日目から合併症に注意しながら、座位より開始することが一般化されている。しかし、発症初期の脳循環の自動調節能が破綻して脳血流が血圧に依存する状態<sup>2)</sup>においては、血圧や心拍数の変動を認めることが多く、循環動態の厳密な管理が必要であり、単に早期に開始するだけでなく適切な診断や適切なリスク管理のもとで実施されることが必要である。

適切なリスク管理下で早期リハを行うためには、患者にかかわる職種の情報交換が必要不可欠で、当院でも1999年より他職種間での急性期カンファレンス（以下カンファ）を開始している。しかし、急性期カンファを運営するなかで、その開始基準や手順に統一性がなく内容の不十分さを感じたため、2003年より急性期カンファマニュアルを作成し、カンファ内容を充実させ、手順の統一を図った。

そこで、今回2003年より行っている急性期カンファと従来のカンファを比較し、その有効性を検討した。更に2003年より行われた急性期カンファで得られた患者デー

## 急性期カンファ

## 「従来の方法」

参加職種は、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士である。特に開始時期に基準はなく担当医師の判断で実施、リハスタッフは前日に患者の身体評価を行い、急性期カンファ時に口頭でのみ報告した。心電図モニター、SpO<sub>2</sub>、血圧測定等の管理のもと、ギャッジアップ30度、45度、60度、端座位へと、各々日を変えて30分間ずつ座位練習を施行し端座位をクリアしたら更に2日以上施行、その後は医師の許可を得て出療していた。「改訂した急性期カンファ」

急性期カンファ開始時期は、麻痺の進行が停止した日とし、同日又はその翌日に実施した。座位訓練開始の除外基準は、全身不良、JCSが2桁以上、主幹動脈の高度狭窄とした。

急性期カンファでは、入院前ADL、発症後の麻痺の程度、合併症、意識障害の有無、基本動作能力及び、ギャッジアップ30度、60度、端座位、立位でのバイタルチェック、高次脳機能、嚥下障害の有無について、評価し記載できるようにした専用の記録用紙を使用した（図1）。バイタルチェック評価の変更点としては、30度、60度のギャッジアップ座位を各々10分間施行し、バイタルが安

<sup>1)</sup> 福井総合病院 理学療法室（福井市新田塚1丁目42番1号）

<sup>2)</sup> 福井総合病院 リハビリテーション科（福井市新田塚1丁目42番1号）  
（受付日 2005年3月31日）

図 1. 改訂急性期カンファ用紙

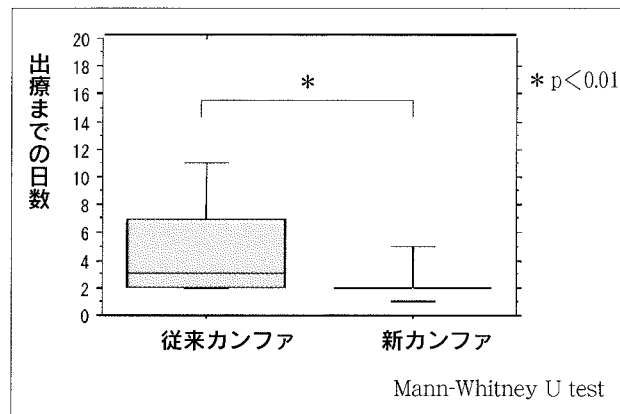


図 2. 従来カンファと新カンファにおける出療までの日数

定している場合は、端座位、立位へと進めながら、各姿勢での機能を評価した。最終的に評価された項目を総合的に判断して、安静度、病棟内移動、排泄方法等を決定した。

#### 従来の方法との違い

##### 1. 対象

対象は、平成14年12月から平成15年11月までに従来の急性期カンファを行った急性期脳梗塞（A群）25名平均年齢 $75.2 \pm 9.3$ 歳（男13名、女12名）と、平成15年12月から平成16年7月までに改訂急性期カンファを行った急性期脳梗塞（B群）30名平均年齢 $72.4 \pm 10.3$ 歳（男13名、女17名）とした。

##### 2. 方法

急性期カンファ施行後から出療までの日数を比較検討し、さらにその他の改善点を評価した。

##### 3. 結果

従来の急性期カンファに対し、改訂急性期カンファでは、出療までの日数が有意に短く、ばらつきも少なかった（図2）。その他の改善点として、急性期カンファ中に各スタッフがそれぞれ評価を行なうため、スタッフ全員での患者像の把握が可能となった。また、実際に出来る能力を確認する事で、病棟とリハ間でADL練習の統一が可能となった。食事に関しては、嚥下評価を同時に行うので、早期からの適切な形態の食事摂取が可能となった。

早期離床が可能となり、リハスタッフ間での目標の統一が図れた。更に、早期のデータを急性期カンファ時に同時に収集できるため、データ入力漏れがなくなった。

#### 退院時歩行能力に影響を与える因子

##### 1. 対象

平成15年1月から平成16年6月に当院のリハ科に入院した脳梗塞急性期患者で、早期データ収集可能な75名（男32名、女43名）、平均年齢 $76.7 \pm 9.9$ 歳。

##### 2. 方法

退院時歩行能力を従属変数、入院時、2週目の早期データを独立変数として、重回帰分析を行った。独立変数には、年齢、HDS-R、二木による予後の分類<sup>3)</sup>、注意、意識、無視、FIM、BRS、JSS-M、動作能力の車椅子座位・車椅子駆動・移乗・起き上がり・立ち上がり・座位保持・歩行の計35項目とした。

##### 3. 結果

退院時歩行能力を予測する因子として、入院時の端座位保持能力、発症から2週目の注意、端座位保持能力、歩行能力が挙げられた（表2）。

#### 考 察

急性期脳梗塞患者に対する早期リハの重要性については論を待たないが、実践する上で必要なのは、まず適切なリスク管理である。一方、早期リハの内容としては、単に廃用予防のみではなく、他動的なものから、能動的な活動が必要<sup>4)</sup>と考える。また、前田ら<sup>5)</sup>は、急性期リハは、医師の指示の下、看護師とリハスタッフおよび、患者や家族の共同作業にて進められるものであり、最大の効果を追求すれば、前述三者の密な連携が重要となると述べている。

今回の急性期カンファ改訂により、リスク管理の下で医師、看護師、リハスタッフでのチームワークによる早

	従来カンファ	新カンファ
期 間	2002.12～2003.11	2003.12～2004.7
平均年齢	75.2±9.3歳	72.4±10.3歳
人 数	25名 男性 13    女性 12	30名 男性 13    女性 17

表 1. 従来カンファと新カンファにおける患者背景

## 有意な独立変数

- ・入院時の端座位保持能力
- ・発症から二週目の注意
- ・発症から二週目端座位保持能力
- ・発症から二週目歩行能力

表 2. 退院時歩行能力を予測する因子（重回帰分析）

期離床が可能となった。また、基本動作能力や嚥下機能の評価により、早期に患者像の把握が可能となり、病棟での日常生活動作の統一が可能となった。このことは、リハスタッフの訓練内容の質を高め、さらに、患者の残存能力を生かした病棟での活動的な過ごし方に繋がられたものと思われる。また、各スタッフの意志統一による役割分担が明確になり、効果的アプローチが可能となったことで、患者に最高の治療内容を提供できるものと考ええる。

また、脳卒中のリハを進めるにあたり、予後予測は重要である。予後予測の目的としては、内田ら<sup>5)</sup>は患者や家族への説明、ゴール設定、適切な治療計画の立案およびチーム医療の効率化を、また、半田ら<sup>6)</sup>はゴール設定、

インフォームドコンセント、全体像の把握、治療方針・方略の選択と決定、退院時期の決定、データベースの構築、検証、知的体系の構築など8項目を挙げている。しかしながら、脳梗塞の治療には、地域性、病院毎の特殊性、患者背景等が影響しており、各医療機関毎の予後予測の作成が必要である。石神ら<sup>7)</sup>は早期評価で、治療期間と治療ゴールをみることが重要で、その指標として、座位保持機能が重要であることを強調している。今回の我々のデータでも同様に、早期の端座位能力が退院時歩行能力の予測因子の一つに挙げられた。このことから、早期のカンファによる身体機能の評価とそれに対するアプローチが重要であると思われる。

今後は急性期カンファによる早期情報を収集し、予後予測を検討した上で、当院独自のパスの作成につなげて行く予定である。

## 文 献

- 1) 原寛美：脳卒中急性期における訓練の内容と開始時期。MB Med Reha, 2001; 1: 9-14.
- 2) 松葉妙子ら：脳卒中に対する急性期からの早期理学療法。PTジャーナル, 2003; 37: 9: 739-748.
- 3) 二木立：脳卒中リハビリテーション患者の早期自立度予測。リハビリテーション医学, 1982; 19: 4: 201-223.
- 4) 石神重信：急性期リハビリテーションと予後。リハビリテーション医学, 1996; 33: 9: 605-608.
- 5) 前田秀博ら：脳卒中急性期の理学療法。メディカルリハ, 2001; 1: 36-41.
- 6) 内田成男：脳卒中における機能予測の試み。理学療法, 2003; 20: 2: 209-215.
- 7) 半田健壽：脳血管障害の予後予測。PTジャーナル, 1999; 33: 12: 870-877.