

第 9 回オホーツク脳卒中研究会学術講演会 特別講演報告

急性期から開始する 脳卒中リハビリテーションの理論と実際



原先生の特別講演風景
医療・介護関係者約150名の方にお集まりいただきました

急性期及び回復期等における一貫した流れのリハビリテーション実施は「脳卒中治療ガイドライン2009」において勧められていますが、オホーツク圏のリハビリテーション医療資源は不足しています。

本号では平成23年10月7日に開催された学術講演会のダイジェスト版をお送りいたします。

講師には長野県松本市にある相澤病院リハセンター長の原 寛美先生より「急性期から開始する脳卒中リハビリテーションの理論と実際」と題してご講演を頂

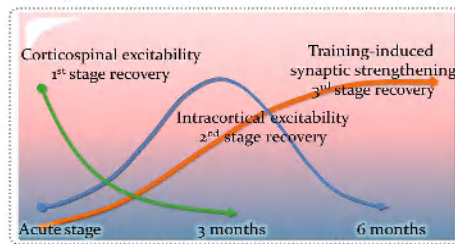
きました。

相澤病院は昭和27年設立、病床数502床の急性期病院です。DPCの導入や地域医療支援病院の指定を受けており、地域医療連携の推進など様々な活動をしています。ご講演頂いた原先生は総合リハビリテーションセンター長として、脳神経外科などと連携し、脳卒中の急性期リハビリを充実させ、リハスタッフは174名（PT96名、OT54名、ST26名）が在籍、全国でも有数の成績を残されています。先生のご講演を報告します。

I 運動麻痺回復のステージ理論

運動麻痺回復のステージ理論

OB Swager, NS Wancoral, S. Signs of Motor Output Reorganization: what They Look Like. Suggested by Longitudinal Studies of Cortical Physiology. Cerebral Cortex, August 2008; 18:1909-1922



ことを目標に行う。これが出来れば次のステージに移行する時期です。

第二のステージはおおよそ発症3ヶ月ピークに到来し、Intracortical excitabilityと言われている。皮質下での新しいネットワークが出来る時期である。この時期はTask trainingであり、麻痺をした手である物を掴むという訓練を実施します。

第三のステージはTraining-induced synaptic strengtheningと言われ、訓練によって誘発されるシナプス間の伝達効率を改善する時期である。これは6ヶ月以降続くと言われています。

運動麻痺回復のステージ理論は2008年以降に提唱されています。

まずAcute stageにおける集中的なリハビリテーションが第一のステージであり、Corticospinal excitabilityを刺激する時期と言われ、発症から3ヶ月で終了する。このステージの勝負の時期は発症2～3週間くらいであり、ほぼ1ヶ月以内である。この時期に手指の僅かな伸展の随意性や下肢の足関節の背屈を引き出す

たとえ急性期で麻痺が重症の例であっても1st stage recoveryからきちんと進め、発症直後からリハビリテーションを継続実施し、発症から数年経過した現在も回復し続けている方の症例をご紹介します。

II 急性期における脳卒中リハビリテーションは時間との闘い

相澤病院では、早期リハビリを徹底し、可能な限り直接自宅復帰できる「早期退院支援システム ESD=early supported discharge」を実践しています。

ESDとは1990年代後半にヨーロッパやカナダで模索されてきたシステムで、亜急性期以後（発症から2-3週間後）の脳卒中患者に対し、入院リハビリテーションの継続

ではなく早期退院を勧め、その後は訪問リハビリテーションを実施する仕組みのことです。原先生によると同様の仕組みを取り入れている医療機関は日本でも数機関しかないとのことでした。

早期リハビリの徹底では、発症1週間以内リハビリテーション密度（在院日数に占めるリハ実施日の割合）(図2) が他病院と

Contents

急性期から開始する 脳卒中リハビリテーションの理論と実際	1
I 運動麻痺回復のステージ理論	1
II 急性期における脳卒中リハビリテーションは時間との闘い	1
III 「ニューロリハビリテーション」への取り組みと相澤病院における脳卒中リハビリテーションの実際	2
IV 脳卒中患者さんの最大の関心事は「麻痺が治ったかどうか」である	2
第4回 オホーツク脳卒中市民公開講座 報告	3
新幹事のご紹介 遠軽厚生病院 早川拓治先生	3
平成 23 年度第 1 回オホーツク脳卒中地域連携パス合同委員会報告	4
脳卒中あんしん連携ノート試行事業が始まりました	4



ご講演頂いた
原 寛美 先生

比べ極めて1日9単位(3時間程度)と多くの時間をかけていました。

2008年にNHKスペシャル「闘うリハビリ」で相澤病院の急性期リハビリテーションが全国放送されました。原先生は「急性期脳卒中リハビリテーションは時間との闘い。患者さんもリハビリと闘っているが、スタッフも第一病日からベッドサイドで闘っている」と述べ、発症直後から高密度の急性期リハビリテーションの重要性を説きました。

1週間以内リハビリテーション密度 (在院日数に占めるリハ実施日の割合) 図2



Ⅲ 「ニューロリハビリテーション」への取り組みと相澤病院における脳卒中リハビリテーションの実際

また様々なアプローチもご紹介いただきました。「ニューロリハビリテーション」とは損傷後の神経機能回復の促進を目的にしたリハビリテーションです。

健側上肢を鏡に移し、動かないほうの手があたかも動いているような錯覚を与え、動作機能と呼び戻す訓練法「鏡療法(ミラーセラピー)」。脳の可塑性を踏まえて患側上肢を積極的に治療する「CI療法(Constraint induced movement therapy)」。コイルを用いて、頭の外側から大脳局所を磁気刺激する治療法であるTMS治療(経頭蓋磁気刺激治療)などを症例とともにご紹介いただきました。回復期が終了したら後は「維持」ではなく、3rd stage recoveryであるTraining-induced synaptic strengtheningを継続して実施する必要があります。「維持期」という単語は使用せず、訪問等でリハビリテーションを継続する取り組みをご紹介いただきました。

リハビリテーションを開始する(発症直後から開始しないと改善は望めず、特に発症から数週間経過して開始されるリハビリテーションでは、麻痺の改善は困難)。2)適切な下肢装具を早期から使用して歩行の自立を図る。3)運動機能を効果的に改善するための訓練を様々なかたちで工夫して継続する。4)1日9単位(3時間以上)のリハビリテーションを毎日実施(入院では週7日間)連続して実施する。5)歩行が自立してからは、在宅でのリハビリテーションを継続実施し、通院のリハビリテーションと併行する(4週で歩行が自立し自宅退院後、通院と在宅でのリハビリを継続など)。6)関節の拘縮や筋の萎縮を防ぐリハビリテーションを実施する(mobilizationの継続と電気刺激)。7)運動機能の回復には「維持期」などという事実は存在しないという気持ちで粘り強く継続する(急性期→回復期→維持期という言葉は「行政用語」であり、医学的に定義されて使用されている用語ではない)。8)杖なしで歩行が可能となるように、杖なし腕振り歩行のパターンを獲得していく、などです。

※相澤病院リハビリ科HPより参照

■ 相澤病院における脳卒中リハビリテーションの実際

相澤病院における回復を保證する最大の要因は、1)発症直後からリハビリテ



社会医療法人財団 慈泉会
相澤病院 前景

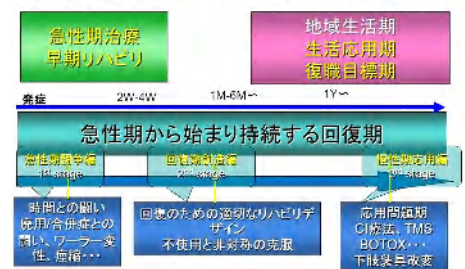
Ⅳ 脳卒中患者さんの最大の関心事は「麻痺が治ったかどうか」である

先生の講演で最も印象に残ったのは「脳卒中の患者さんの最大の関心事は『上肢機能が回復したかどうか』である。上肢機能が回復しなかったら脳卒中リハビリテーションは失敗である」との発言でした。

発症前の生活環境に適應することだけを着目し、健側機能の最大活用ばかりに関心を持っていた私達はハンマーで殴られたように感じ、原先生の回復にかける情熱と患者さんへの想いを強く感じました。

原先生のご講演を聴き私達は「運動麻痺回復のステージ理論」に注視し「急性期における集中的なりハビリテーション」の実施に積極的に取り組み「早期退院支援システム:ESD=early supported dis-

脳卒中治療・リハビリテーションの新しいコンセプト 図3



charge)を導入、定着させ「持続する回復期」を合言葉にしていきます。原先生、遠いところお越し頂き有難うございました。

(関)



「見逃しがちな脳卒中の初期症状とその対応」について講演した松岡 高博院長 (北星脳神経・心血管内科病院)



市民公開講座開催にご協力頂いた、田辺三菱製薬株式会社 大塚製薬株式会社、第一三共株式会社 サノフィ・アベンティス株式会社 キッセイ薬品工業株式会社 アストラゼネカ株式会社の皆様へお礼申し上げます

第4回 オホーツク脳卒中市民公開講座 報告

去る平成23年9月24日(土)、北見芸術文化ホールにて第4回オホーツク脳卒中市民公開講座を開催し200名を超える方にご来場頂きました。今回も脳卒中地域連携や生活習慣病、特に糖尿病と脳卒中の関係をテーマに実施しました。

オホーツク海病院の伊藤博史院長からは「まずは糖尿病にならないように気をつけることが一番。糖尿病による脳卒中にならないために、血糖値を下げるだけではなく、血圧、コレステロール、中性脂肪など、すべてをコントロールして動脈硬化を防ぐ事が必要。そのためにも、日常生活での適度な運動はもちろん、塩分・脂分を控え、魚、野菜を中心とした食生活を心がけることが大切と話されました。

北星脳神経・心血管内科病院長の松岡高博院長からは「脳卒中のうち脳の血管が詰って起きる「脳梗塞」が7-8割を占める。脳梗塞を発症したということは、その患者さんの脳血管が詰りやすいということで、再発の危険性が高い。脳梗塞の再発防止のためには、患者さんに適した「薬事

療法」や高脂血症、高血圧、糖尿病、喫煙、ストレスなど、その危険因子を少しでも減らすことに努めることが大事。特に高血圧はもともと危険であり、生活習慣を改善しながら血圧を正常値の最大血圧130、最小血圧80未満に抑えることが、脳卒中をしにくい体質の改善につながる。

また脳卒中の初期症状「Act-FAST」を解説し、「これからは“脳卒中”を判断するのは、医師だけではなく、みなさんが「この人、脳卒中だ!」という確かな判断とすぐに救急車を要請する行動が、迅速な脳卒中治療に結びつきます。「すべての人が“脳卒中”に襲われた人を助ける行動ができること。それが、脳卒中撲滅の第一歩なのです。」と締めくくりました。

来場者のアンケートでは「生活習慣病と脳卒中発病の関係が分かった」「食生活に注意したいと思う」「脳卒中は様子をみてはダメなことが分かった」など多くの脳卒中に関する情報を得たことが伺えました。今年度はさらにもう一回管内での開催を予定しています。

新幹事あいさつ

JA北海道厚生連 遠軽厚生病院 診療部長兼循環器科主任部長 早川拓治先生

本年4月よりオホーツク脳卒中研究会の幹事をさせていただくことになった循環器科の早川拓治と申します。



早川 拓治 先生
JA北海道厚生連 遠軽厚生病院
心臓血管カテーテル治療センター長

私は、平成11年4月に遠軽厚生病院に赴任し今年で13年目を迎えました。当初は脳出血の手術適応のある症例は脳外科に依頼し、脳梗塞の症例は、自分たちで診ていました。平成13年に当院に脳神経外科が開設されてからは、ほとんどすべて脳神経外科医に診ていただくようになり、肩の荷が下りたのを記憶しております。

しかし、平成22年4月に当院の脳神経外科撤退により、状況は一変致しました。脳卒中の急性期治療は北見市内の脳神経外科病院にお願いし、回復期リハビリテーションは、内科・外科・循環器科で担当することとなりました。これからの脳卒中医療を我々が担当することに苛立ちと不安を抱いていた時、平成22年6月に当院で、本会による脳卒中地域連携パスの勉強会をしていただきました。この時、旭川医科大学で同期の木村輝雄先生と再会し、快く脳卒中急性期患者を受け入れますとのお言葉をいただき、非常に頼もしく感じました。この後オホーツク脳卒中研究会の会合に参加させていただくようになり、



本年4月に遠紋地区での連携役として幹事に就かせていただきました。

重症な脳梗塞となり得る心原性脳塞栓の主要な原因は、私の担当する循環器科で診る心房細動です。心房細動は基礎疾患の治療はもとより脳塞栓の発症予防が極めて重要であります。回復期リハビリテーションの患者を自分たちで担当することになり、抗凝固療法がされていない、あるいは不十分なことで、脳塞栓を発症した例を非常に多く経験することになりました。脳梗塞は、その程度によりQOLが天と地ほど差があります。あらためて、その予防の大切さを認識し、積極的な抗凝固療法をすべく日々の診療に精進しているところであります。

今後、脳卒中研究会の活動を通して北網・遠紋圏の皆様のためにお役に立てるように努力したいと思います。御指導御鞭撻の程、宜しくお願い致します。

オホーツク脳卒中地域連携パス合同委員会報告

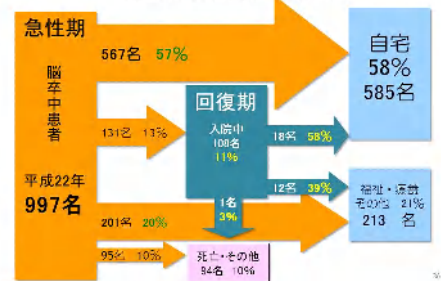
オホーツク脳卒中地域連携パス合同委員会 事務局 山崎 章氏
所属:道東脳神経外科病院 ソーシャルワーカー

2011年9月9日(金)平成23年度第1回オホーツク脳卒中地域連携合同委員会を北見保健所にて開催しました。今回も医師、看護師、保健師、リハビリテーションスタッフ、医事担当者、ソーシャルワーカー、保健所職員など幅広い職種37名に参加いただきました。

2011年4月から7月の実績は、連携パス発行が96件、退院時指導料算定が4件でした。今年度4ヶ月間の急性期病院からの自宅転帰率は47%、回復期転帰率は40%となりました。

また平成22年度のオホーツク管内の脳卒中患者さんの転帰先をまとめました。

平成22年度脳卒中患者の転帰先の状況
北見脳卒中患者数集計データまとめ



今回の合同委員会では、札幌医科大学 神経内科学講座 齋藤正樹先生より「脳卒中あんしん連携ノート」のお話を頂く予定でしたが、飛行機の都合で来北できず、木村代表幹事より当該事業のあらましについて報告していただきました。

木村代表幹事からは「福祉と医療の連携を強化していくことが必要」「現在は紙ベースの連携パスだが、今後は電子ベースにしていく必要がある」と話が話され、参加者からはセキュリティの問題についても検討が必要であることが提議されました。



平成23年度第1回合同委員会の様子

【北見脳卒中患者数集計データ】
脳卒中患者の入院時JCSと退院時mRS

入院時JCS	退院時mRS						合計
	0	I	II	III	IV	V	
0	123	162	46	58	45	9	428
1	20	30	18	13	39	7	134
2	4	4	9	13	36	10	81
3	4	14	12	24	36	35	141
10	1	6	2	2	18	12	50
20	0	1	0	1	3	3	11
30	1	1	0	1	1	7	13
100	1	0	0	1	4	10	22
200	0	4	0	0	1	12	42
300	0	0	0	1	1	6	19
合計	154	221	88	94	134	111	89

389名÷950名=40.9%

脳卒中あんしん連携ノート試行事業が始まります

オホーツク脳卒中地域連携パス合同委員会 事務局 山崎 章氏

脳卒中あんしん連携ノート試行事業とは「北海道脳卒中地域連携クリティカルパス運営協議会」(会長 寶金清博先生 北海道大学脳神経外科教授)が実施主体となり、「全道規模で脳卒中の再発予防を実現すること」、「道民が脳卒中になっても発症から在宅まで切れ目のない医療サービスを全道どこでも受けられる」ことを目的に来年度の4月より開始される事業のお試し版です。(左絵参照)

<http://hcp-meeting.sapmed.ac.jp/>

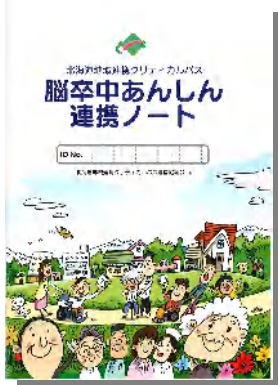
このノートは使用に同意いただいた患者さん一人ひとりに専用のID番号がつきます。退院時の情報(ADLや治療内容)をノートに医療機関が記入し、患者さんへ配布。患者さんはこのノートを持ち、回復期リハ病院へ転院したり、自宅退院後

はかかりつけ医などの外来を受診し、診療情報をノートへ追加していきます。

また従来全道各地で使用している「脳卒中地域連携パス」はそのままだが、全道共通の「連携パス」としても使用できるよう検討されています。

ノートには半年、一年など定期的な期間の状態を記載し、事業に参加する医療機関がデータを札幌医科大学のサーバーに登録します。

当面は「オホーツク脳卒中地域連携パス」と「脳卒中あんしん連携ノート」の2本立てとなります。より地域全体連携をはかり、患者さんへ貢献できるように活動を進めて参ります。あんしん連携ノートの運用に関するお問い合わせは事務局の山崎へお寄せ下さい。



患者さんが所持するノートです

オホーツク脳卒中研究会 幹事

北見赤十字病院 脳神経外科	鈴木 望	遠軽厚生病院 循環器科	早川 拓治
北見赤十字病院 地域医療連携室	林 浩幸	小林病院 脳神経外科	桐山 健司
北星脳神経・心血管内科病院	松岡 高博	北見中央病院	森本 典雄
北星脳神経・心血管内科病院	本間 巧	道東脳神経外科病院	木村 輝雄
オホーツク海病院	伊藤 博史	道東脳神経外科病院	関 建久
オホーツク海病院	伊藤 悟	事務局: 山崎 章・高橋ひとみ	

お問い合わせ先

オホーツク脳卒中研究会
事務局:道東脳神経外科病院 医局
北見市美山町68-9
電話(0157)69-0300

本誌への意見を事務局へお寄せ下さい
次号は平成24年3月発行の予定です