

令和4年度厚生労働科学特別研究事業 研究報告

新型コロナウイルス感染症の流行も考慮に入れた、脳卒中急性期に対するリハビリテーションの標準化・適正化に関する研究

日本脳卒中学会理事長
岩手医科大学脳神経外科
小笠原邦昭

背景～脳卒中急性期リハの現状と課題～

- 本邦における脳卒中急性期リハの現状は、不明である（**全国的な調査が行われたことは、ない**）。
- PSCにおける**急性期リハ訓練の提供体制（提供するスタッフの構成など）に施設間較差が存在する可能性**がある。
- 特に、一次脳卒中センター（PSC）における**休診/休院日のリハ訓練の提供状況にも施設間較差が存在する可能性**がある。
- 急性期リハ訓練の進め方は、標準化されていない。
- 新型コロナウイルス（COVID-19）の流行が脳卒中急性期リハに与えた影響は、いまだに調査されていない。
- **脳卒中に対する急性期リハの詳細な指針・手引き・ガイドラインは（本邦にも、海外にも）存在しない。**

本研究の目的と進め方

【研究の目的】

本邦における脳卒中急性期リハの現状を明らかにしたうえで、**その標準化・適正化を促進する**（ただし、COVID-19の流行を考慮に入れる）。

【研究の進め方】

1. 全国のPSCを対象に、脳卒中急性期リハの現状を問う**アンケート調査（Webによる）**を行う（本邦の現状を把握する）。
2. 脳卒中急性期リハに関する最新の**文献レビュー**を行う（国内外のエビデンスを確認する）。
3. 上記1と2に基づいて、**脳卒中急性期リハの指針**を作成する。

研究班班員

小笠原邦昭（一般社団法人日本脳卒中学会理事長、岩手医科大学脳神経外科学講座）

（以下、五十音順）

阿志賀大和（国際医療福祉大学成田保健医療学部言語聴覚学科）

井口保之（東京慈恵会医科大学内科学講座脳神経内科）

板橋 亮（岩手医科大学内科学講座脳神経内科・老年科分野）

大木宏一（東京都済生会中央病院脳神経内科・脳卒中センター）

太田剛史（神戸市立医療センター中央市民病院脳神経外科）

大森智裕（国際医療福祉大学成田病院リハビリテーション技術部）

大山直紀（川崎医科大学脳卒中医学教室）

角田 亘（国際医療福祉大学

古賀政利（国立循環器病研究

小山哲男（西宮協立脳神経外

田島文博（日本リハビリテ

中島 誠（熊本大学医学部脳

新見昌央（日本大学医学部リ

橋本洋一郎（済生会熊本病院

早瀬 睦（国立病院機構京都

藤本 茂（自治医科大学内科

松本浩一（総合東京病院診療



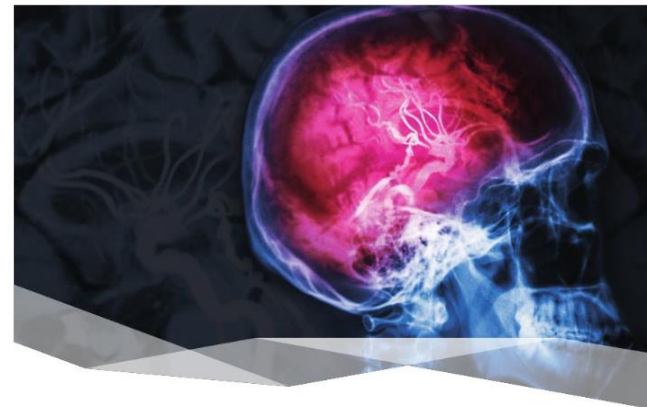
アンケート調査

- 対象：日本脳卒中学会によって認定された一次脳卒中センター 959施設
- 調査期間：2022年2月7日～2022年4月21日
- 方法：Webアンケート（各センターの代表者宛に回答依頼のE-mailを送り、Web上で回答を収集する）
- 内容：大問7問から構成（主に急性期リハ提供の現状、急性期リハの進め方の現状、COVID-19が急性期リハに与えた影響を問う）
- 回答率：66.6%（=639施設から回答が得られた）

Cerebrovascular Diseases

Timing of initiation of acute stroke rehabilitation and management corresponding to complications at primary stroke centers in Japan: a nationwide cross-sectional web-based questionnaire survey

Oki K, Nakajima M, Koyama T, et al.



RESEARCH



“本邦の一次脳卒中センターにおける脳卒中急性期リハビリテーションの現状”に関する多施設アンケート調査結果

角田 亘¹ 大木 宏一² 中島 誠³ 小山 哲男⁴ 大山 直紀⁵
古賀 政利⁶ 早瀬 睦⁷ 太田 剛史⁸ 大森 智裕⁹ 松本 浩一¹⁰
井口 保之¹¹ 藤本 茂¹² 小笠原邦昭¹³

要旨:【背景】本邦における脳卒中急性期リハビリテーション（以下、リハ）の現状については、確固たるデータが存在しない。【方法】2022年2月7日から同年4月21日までに一次脳卒中センター959施設を対象として、“脳卒中急性期リハの現状”を問うwebアンケート調査を行った。【結果】639施設（回答率：66.6%）から有効回答が得られた。リハ科専門医、脳卒中リハ看護認定看護師が配置されている施設はそれぞれ41%、45%にすぎなかった。初回介入時のリハ訓練量は2単位（40分間）/日である施設が多かった。休診/休院日においてリハ訓練が行われていない施設は全体の37%であった。61%の施設では、COVID-19の流行が脳卒中急性期リハに影響を与えていた。【結論】本邦では脳卒中急性期リハの提供が十分ではない可能性があり、今後は急性期リハの均てん化と標準化を図ることが課題である。

Key words: stroke, primary stroke center, acute rehabilitation, swallowing rehabilitation, COVID-19

緒 言

本邦においては、脳卒中に対する急性期リハビリテーション（以下、リハ）の重要性は、以前にも増して強く認識されるようになってきている。脳卒中治療ガイドライン2021においても、廃用症候群や肺炎などの全身性

合併症の発症を予防し、機能代償を促すことを目的とした急性期リハの施行が推奨されている¹⁾。1990年代頃までは、脳卒中に対する早期離床の危険性が議論されることもあったが、最近においてはそのような危険性を裏付ける報告はなく、海外からの臨床報告は急性期リハを行うことで、機能予後が改善する可能性があるとしている²⁻⁴⁾。これらに呼応するようなかたちで、本邦における現行の医療制度は、急性期脳卒中に対しては1日に9単位（1単位は、個別訓練20分間）の訓練提供を可能としており、さらには脳卒中集中治療室（stroke care unit: SCU）入院医療管理料の施設基準も急性期リハの提供体制に言及している。また、急性期脳卒中に対して早期から毎日リハ訓練を行うことの有用性や、摂食嚥下リハを行うことの重要性も指摘されている⁵⁻⁷⁾。しかしながら、本邦における脳卒中急性期リハの提供については、いまだ全国規模での調査が行われたことがなく、その現状が把握されていない。

これらより日本脳卒中学会では、同学会医療向上社会保険委員会からの提案を受けて「脳卒中急性期リハの均てん化および標準化を目指すプロジェクトチーム」（日本脳卒中学会会員を中心とした12名の委員で構成）を立ち上げ、同チームが“本邦における脳卒中急性期リハ

¹ 国際医療福祉大学医学部リハビリテーション医学教室

² 東京都済生会中央病院脳神経内科

³ 熊本大学脳神経内科

⁴ 西宮協立脳神経外科病院リハビリテーション科

⁵ 川崎医科大学脳卒中医学教室

⁶ 国立循環器病研究センター脳血管内科

⁷ 福井赤十字病院脳神経外科

⁸ 神戸市立医療センター中央市民病院脳神経外科

⁹ 国際医療福祉大学成田病院リハビリテーション技術部

¹⁰ 総合東京病院診療技術部リハビリテーション科

¹¹ 東京慈恵会医科大学内科学講座脳神経内科

¹² 自治医科大学内科学講座神経内科学部門

¹³ 岩手医科大学脳神経外科講座

責任著者：〒286-8520 千葉県成田市畑ヶ田 852

国際医療福祉大学医学部リハビリテーション医学教室 角田 亘

E-mail: wkakuda@nihw.ac.jp

(2022年7月14日受付, 2022年7月28日受理)

doi: 10.3995/jstroke.11058

本論文は、クリエイティブ・コモンズ CC-BY-NC-ND (表示・営利利用不可・改変禁止) の条件下で利用できる。© 2023 日本脳卒中学会



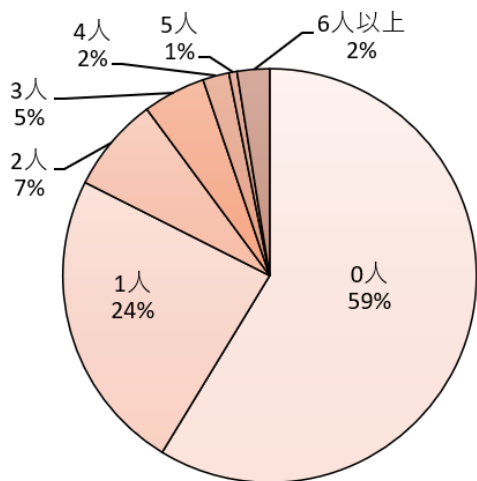
アンケートの内容 (有効回答率 : 639/959施設 = 66.6%)

	CQ番号	CQの内容
1. 人員配置と受け入れ患者数	1-1~4	施設・回答者情報
	1-5~7	脳卒中学会専門医、リハ医学会専門医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、脳卒中リハ看護認定看護師の数は何人か？
	1-8~9	緊急入院する急性期脳卒中患者の数は毎月あたり何人か？そのうちSCUに入室する患者の数は何人か？
2. 安静度拡大指示	2-1	急性期脳卒中に対する安静度拡大指示のプロトコール/クリニカルパス/指針があるか？
	2-2	(病型別に) ベッド上訓練/頭部挙上/離床訓練の開始は第何病日から許可するか？
3. 急性期リハの中止基準	3-1	合併症(出血性梗塞、脳血管攣縮、頭蓋内圧亢進など)が生じた場合に、訓練を中止するか否か？
	3-2	医師指示から実際の訓練開始/変更までに時間差があるか？
4. 急性期リハの訓練量	4-1	それぞれの脳卒中病型に対する急性期リハ訓練の提供単位数は何単位か？
	4-2	上の回答の提供単位数は想定どおりであるか？なんらかの理由で制限しているか？
5. 急性期リハにおける摂食嚥下リハの提供	5-1	急性期脳卒中に対する入院後初回の摂食嚥下評価を行うのは誰か？
	5-2	急性期脳卒中に対する嚥下内視鏡/嚥下造影が行われているか？
	5-3	急性期脳卒中に対する摂食嚥下訓練を行うのは誰か？
6. 休診/休院日における急性期リハの提供	6-1	通常の休診/休院日に急性期脳卒中に対するリハ訓練が行われているか？
	6-2	3日以上連続する休診/休院日に急性期脳卒中に対するリハ訓練が行われているか？
7. COVID-19が急性期リハに与えた影響	7-1	COVID-19が脳卒中急性期リハの提供に影響を与えたか？
	7-2	上の回答が「与えている」の場合、どんな影響を与えたか？

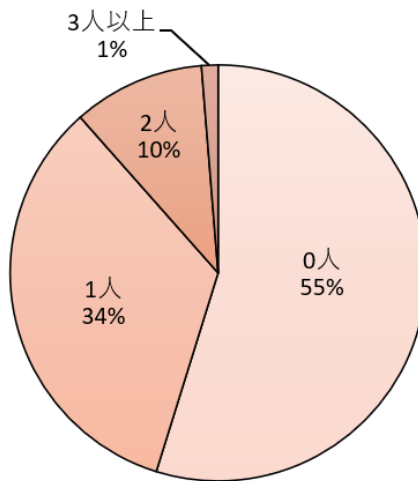
* 青色部分 : 和文誌「脳卒中」に報告、桃色部分 : 英文誌「Cerebrovascular Disease」に報告。

【CQ 1-5～7】 脳卒中学会専門医、リハ医学会専門医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、脳卒中リハ看護認定看護師の数は何人か？

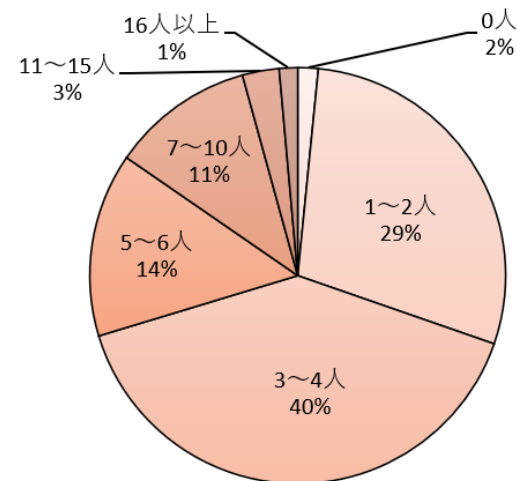
【リハ科専門医（有効回答：632施設）】



【脳卒中リハ看護認定看護師（有効回答：624施設）】



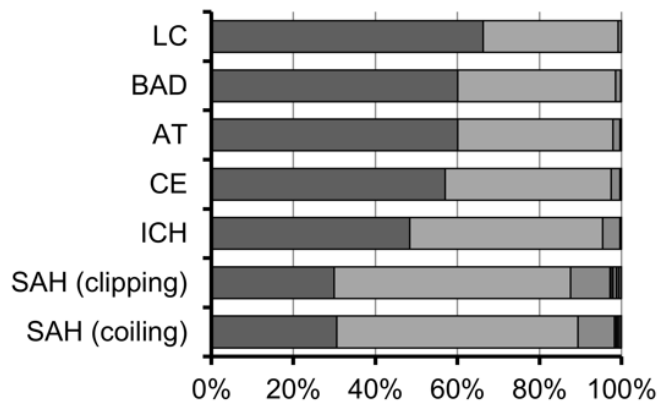
【言語聴覚士（有効回答：630施設）】



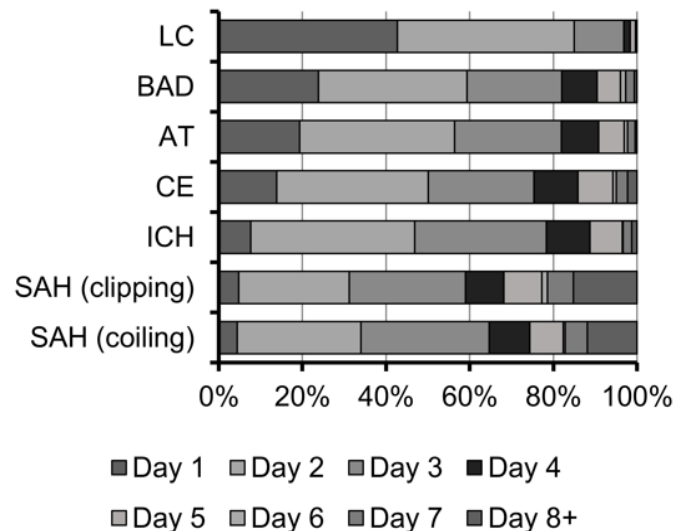
- ・ リハ科専門医がいない施設は 59%、脳卒中リハ看護認定看護師がいない施設は 55% であった。
- ・ 理学療法士が2人以下の施設は 2%、作業療法士が2人以下の施設は 9%であったが、言語聴覚士が2人以下の施設は 31%であった。

【CQ 2-2】（病型別に）ベッド上訓練/頭部挙上/離床訓練の開始は第何病日から許可するか？

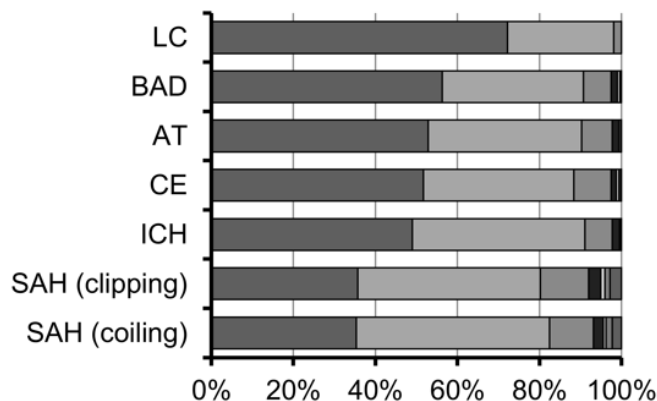
A. Initiation of in-bed training



C. Initiation of out-of-bed mobilization



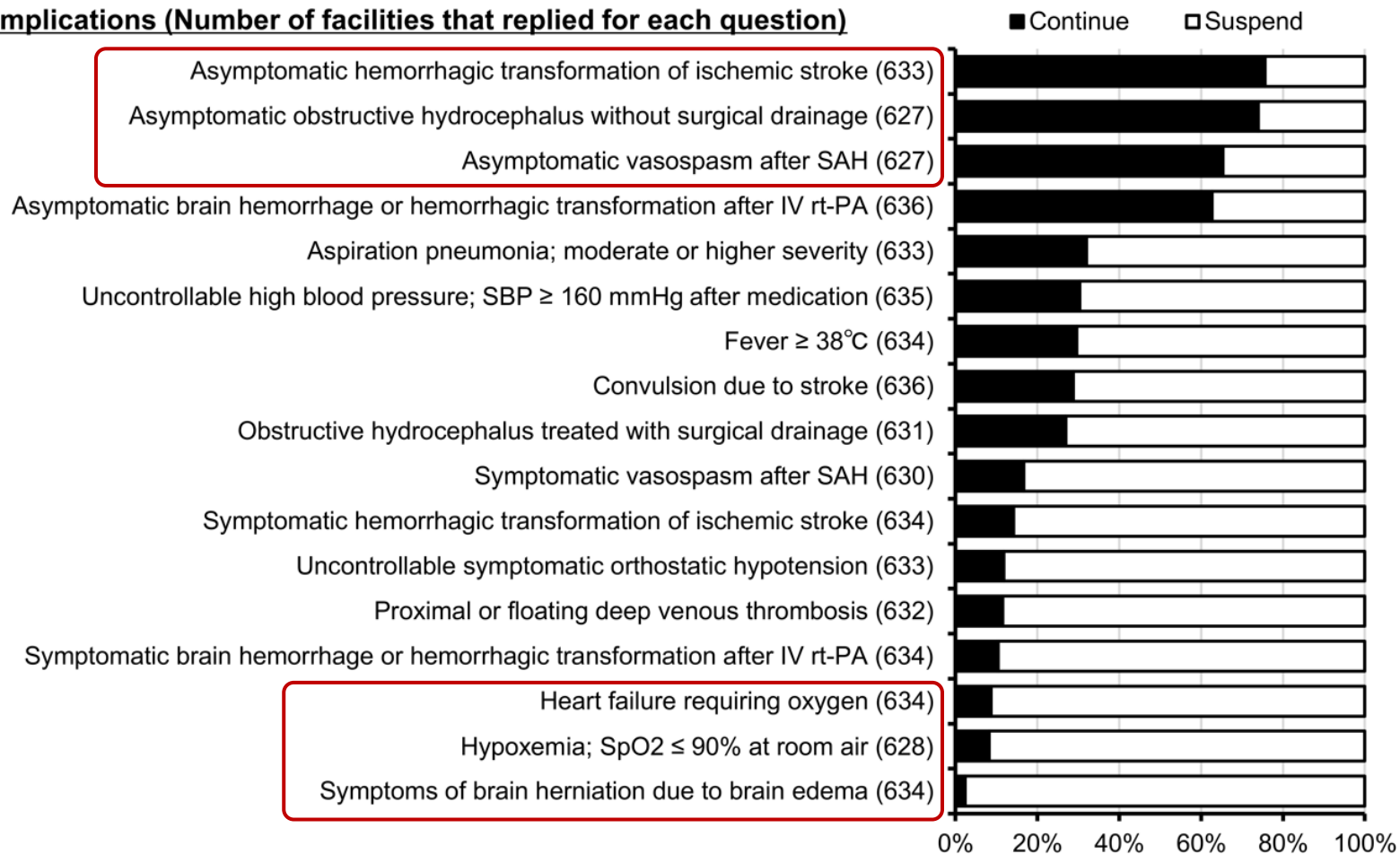
B. Initiation of head elevation



- いずれの病型であっても、ほとんどの施設ではベッド上訓練と頭部挙上が、第2病日までに開始されていた。
- ラクナ梗塞ではこれらの開始が早く、くも膜下出血ではこれらの開始が遅くなる傾向があった。

【CQ 3-1】合併症（出血性梗塞、脳血管攣縮、頭蓋内圧亢進など）が生じた場合に、訓練を中止するか否か？

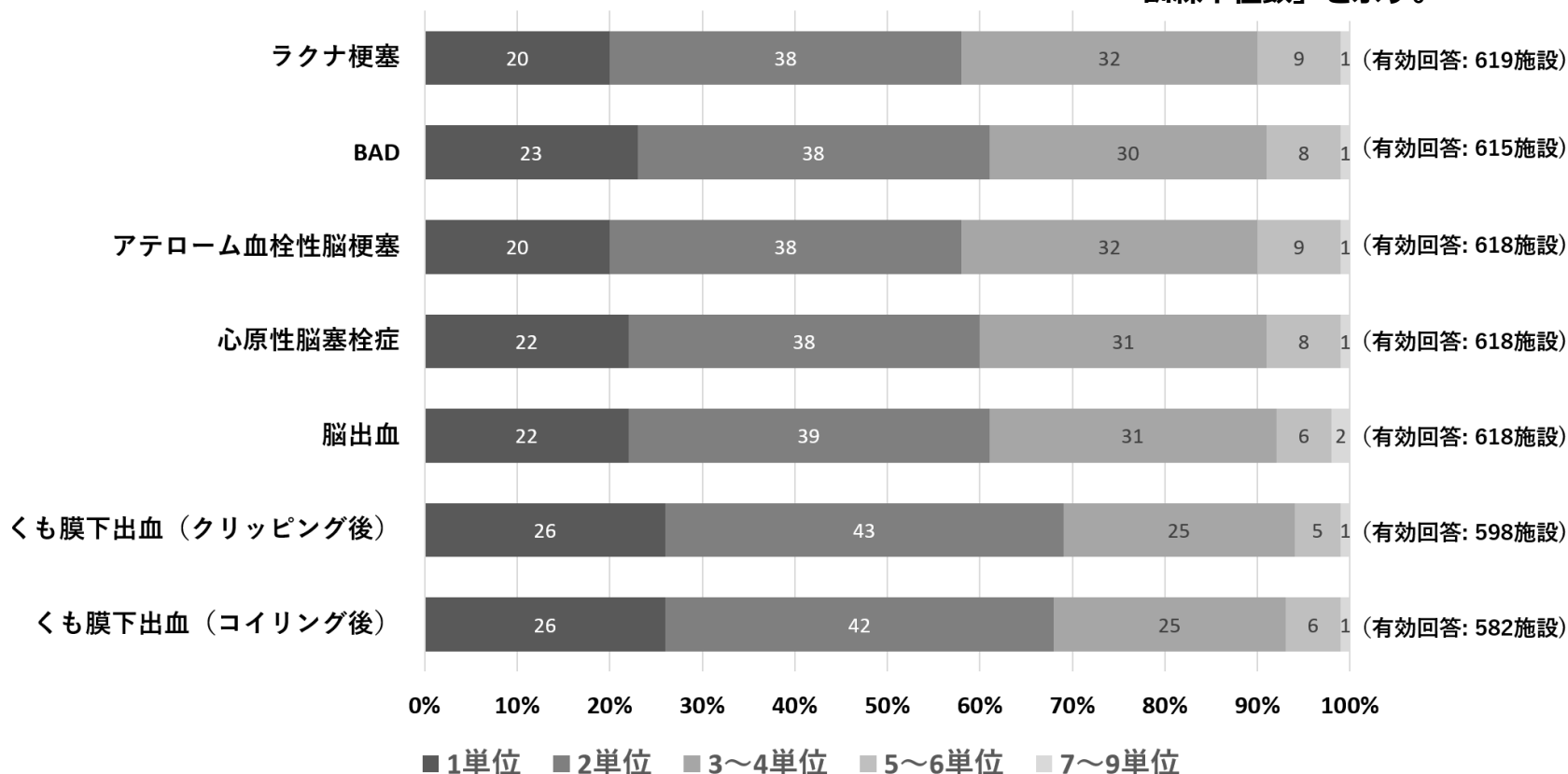
Complications (Number of facilities that replied for each question)



- ・無症候性出血性梗塞、無症候性水頭症、無症候性脳血管攣縮では、60%以上の施設では訓練を継続している。
- ・脳ヘルニア徴候、低酸素血症、酸素投与を要する心不全などでは、80%以上の施設では訓練を中止している。

【CQ 4-1】それぞれの脳卒中病型に対する急性期リハ訓練の提供単位数は何単位か？

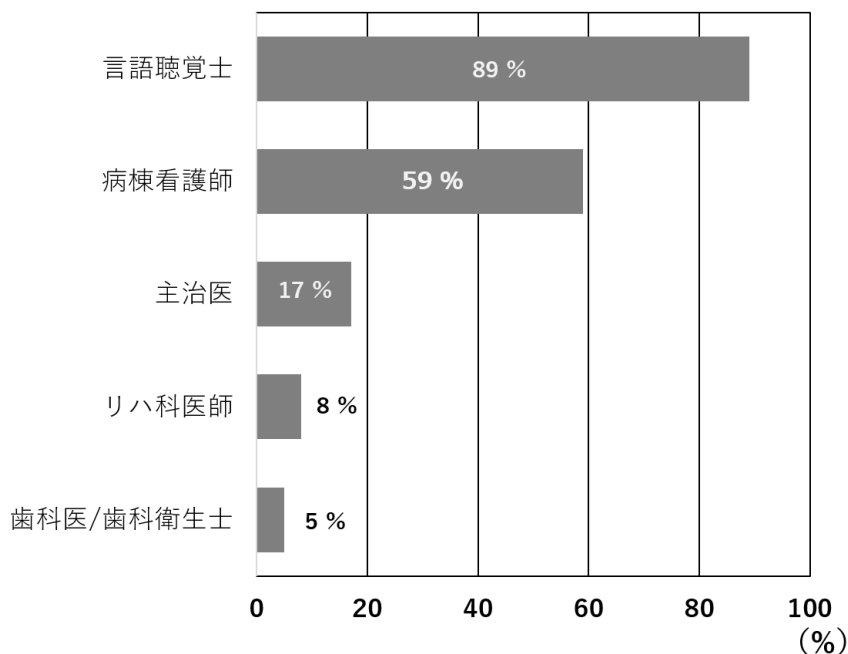
・初回介入時の「1日あたりの提供訓練単位数」を示す。



- ・いずれの病型であっても、半数以上の施設では2単位/日以下であり、4単位/日以下の施設が90%以上を占めた（5単位/日以上施設は10%以下であった）。
- ・（CQ 4-2）35%の施設は、リハ科療法士の数が少ないため、提供訓練量を制限していると回答した。

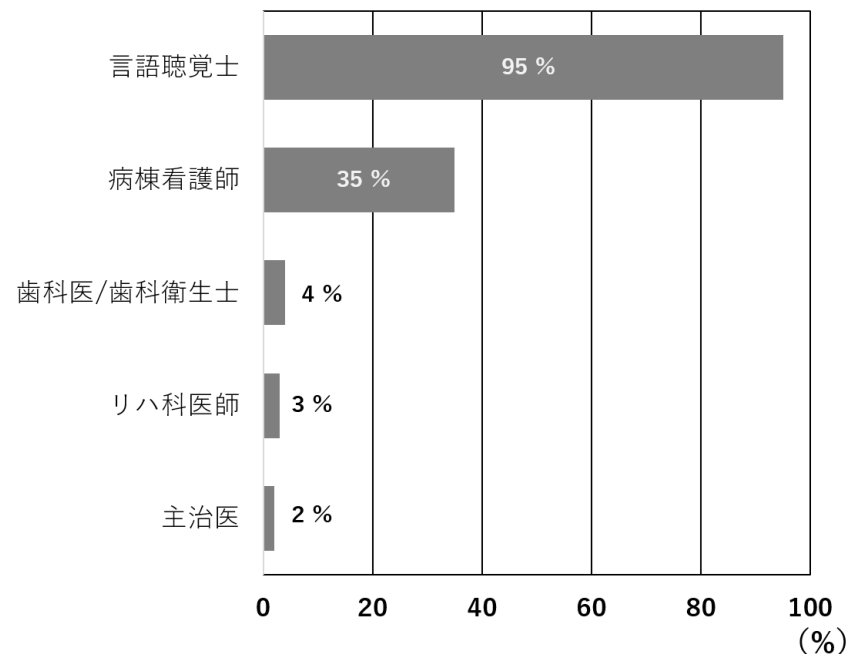
【CQ 5-1 & 5-3】急性期脳卒中に対する入院後初回の摂食嚥下評価/摂食嚥下訓練を行うのは誰か？

【摂食嚥下評価の施行（有効回答: 631施設）】



* 「行っていない」は0%であった。

【摂食嚥下訓練の施行（有効回答: 637施設）】

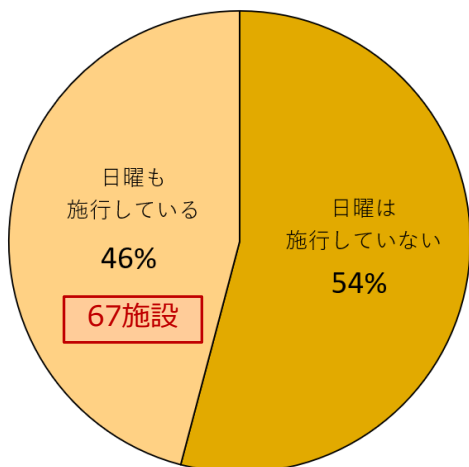


* 「行っていない」は0.5%（3施設）であった。

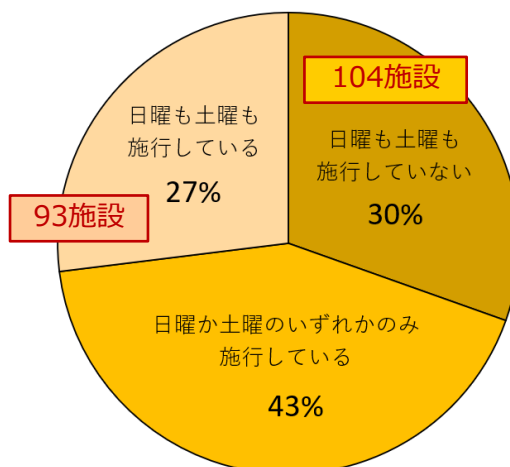
- ・ 摂食嚥下評価/訓練は、ほとんどの施設で行われている。
- ・ 多くの施設では（決してその配置が充足していない）言語聴覚士によって、それらが提供されている（言語聴覚士に負担がかかっている？）。

【CQ 6-1】 通常の休診/休院日に急性期脳卒中に対するリハ訓練が行われているか？

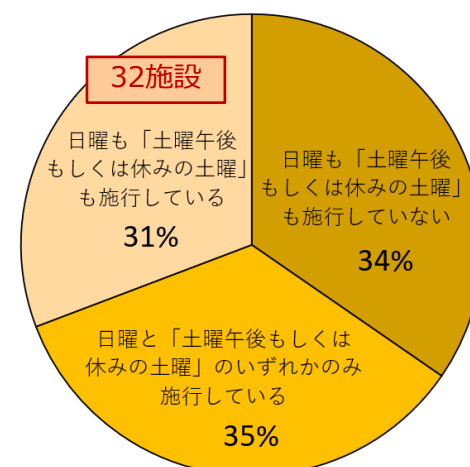
【日曜のみ休みの施設（有効回答: 146施設）】



【日曜と土曜が休みの施設（有効回答: 345施設）】



【日曜と土曜午後もしくは隔週土曜が休みの施設（有効回答: 104施設）】



- ・ 毎日リハ訓練を行っている（休診/休院日もリハ訓練を行っている）施設は、192施設であった（全体の32%）。
- ・ リハ訓練をしない日が週に2日ある施設は、104施設であった（全体の17%）。
- ・ （CQ 6-2）「3日間以上連続する休診/休院日」にも急性期脳卒中に対するリハ訓練が毎日行われている施設は、全体の26%であった。

【CQ 7-2】 COVID-19が脳卒中急性期リハの提供にどんな影響を与えたか？

(CQ 7-1) COVID-19が急性期リハの提供に「影響を与えた」と答えた施設は、全体の61%であった。

* 上位10回答を示す（自由記載。複数回答可）。

(有効回答: 359施設)

療法士が「COVID-19に感染した/濃厚接触者となった」ため、療法士のマンパワーが低下した。

療法士のマンパワーが低下した（理由については無記載）。

新入院患者はPCR陰性確認後にリハ訓練を開始するため、訓練の開始が遅れるようになった。

密を避け感染を防ぐため、訓練室の使用が制限された（病棟/病室訓練の施行を余儀なくされた）。

「COVID-19患者/病棟」担当の療法士を専属的に配置したため、療法士のマンパワーが低下した。

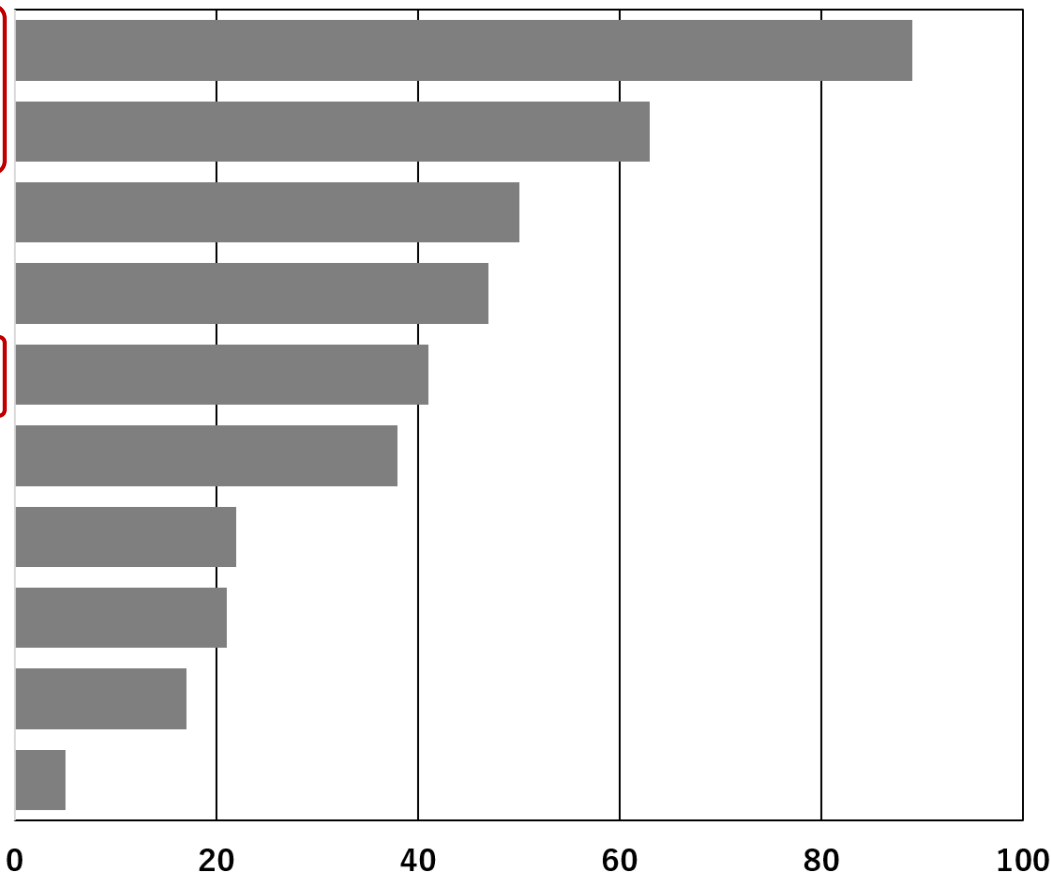
患者が「COVID-19に感染した/発熱した/体調不良となった」ため、訓練提供量が減った。

「クラスターの発生/病棟閉鎖」のため、訓練提供量が減った。

訓練提供量が減った（理由については無記載）。

感染対策（ガウンやマスクの着用など）に手間がかかるようになり、訓練提供量が減った。

転院先（回復期リハ病院など）の患者受け入れが遅れるようになった（急性期病院の入院長期化）。



(施設数)

・多くの施設では、リハ科療法士のマンパワー不足が如実となった。

脳卒中急性期リハに関する文献レビュー

項目	対応するアンケートの問い番号	Pubmed			医中誌		
		主な Key words	検索式で 収集された 文献数	実際に 内容を 確認した 文献数	主な キーワード	検索式で 収集された 文献数	実際に 内容を 確認した 文献数
		(全体に) acute/early/stroke/ rehabilitation			(全体に) 急性期/早期/脳卒中/ リハ		
離床と頭部 挙上	問2	sitting/mobilization/ head-positioning	4634	153	安静/臥床/離床/ 頭位挙上	852	25
急性期 合併症	問3	complication/worsen- ing/progression/ deterioration	3962	101	合併症/進行/悪化/ 増悪	1258	14
訓練の 提供量	問4/6	intensity/duration/ dose/weekend/ off-hours	1393	41	強度/密度/週末/ 時間外/休日/祝日	39	3
摂食嚥下 リハ	問5	dysphagia/difficulty/ deglutition/swallowing	1106	189	摂食嚥下/経口摂取/ 嚥下造影/嚥下内視鏡	208	47
COVID- 19の影響	問7	COVID-19/SARS-COV- 2/SARS-COVID-19	147	74	COVID-19/SARS- COV-2/SARS- COVID-19	19	1
合計				558			90

“脳卒中急性期リハの指針”作成の流れ

1. 5つの項目（離床と頭部挙上、急性期合併症、訓練の提供量、摂食嚥下リハ、COVID-19の影響）について、文献レビューから得られたエビデンスを整理する。
2. アンケートから得られた本邦の現状を加味する。
3. 本研究班の班員が、討議を重ねたうえでエキスパートオピニオンを加味する。
4. 日本脳卒中学会、日本リハ医学会の代表者が査読する。

指針の構成	
	内容
第1章	本指針作成の経緯と期待
第2章	脳卒中急性期リハビリテーション治療の基礎となる生理学的知見
第3章	脳卒中急性期リハビリテーションの実際
第4章	脳卒中急性期リハビリテーションに関するその他の事項
第5章	脳卒中急性期リハビリテーションの課題と今後

第3章：脳卒中急性期リハビリテーションの実際（19のClinical Question）

	番号	内容
1. 頭部挙上と離床	CQ 1-1	急性期脳卒中（主に脳梗塞）における頭部挙上の適切な開始時期は？
	CQ 1-2	急性期脳卒中（主に脳梗塞）におけるベッド上関節可動域訓練の適切な開始時期は？
	CQ 1-3	急性期脳卒中（主に脳梗塞）における離床（ベッドから離れる訓練）の適切な開始時期は？
	CQ 1-4	頭部挙上の適切な開始時期は、出血性脳卒中の場合は脳梗塞と異なるのか？
	CQ 1-5	rt-PA静注療法や機械的血栓回収療法等の再開通療法を行った場合、離床の適切な開始時期は異なるのか？
2. 急性期合併症への対応	CQ 2-1	脳梗塞発症後に出血性梗塞を合併した場合、リハ訓練をどのように行うべきか？
	CQ 2-2	くも膜下出血後に遅発性脳血管攣縮を認めた場合、リハ訓練をどのように行うべきか？
	CQ 2-3	頭蓋内圧亢進が示唆される場合、リハ訓練をどのように行うべきか？
	CQ 2-4	体温、血圧、心拍数、動脈血酸素飽和度などに異常がみられる場合、リハ訓練をどのように行うべきか？
	CQ 2-5	深部静脈血栓症を合併した場合、離床をどのように行うべきか？
	CQ 2-6	痙攣を合併した場合、リハ訓練をどのように行うべきか？
3. 急性期リハの訓練量	CQ 3-1	脳卒中急性期リハ訓練の適切な「訓練時間」と「訓練回数」は？
	CQ 3-2	脳卒中急性期リハ訓練の適切な強度は？
	CQ 3-3	休日のリハ訓練は脳卒中患者の転帰を改善するか？
4. 摂食嚥下障害への対応	CQ 4-1	急性期脳卒中中の摂食嚥下機能評価はどの職種がどの時期に行うべきか？
	CQ 4-2	急性期脳卒中中の摂食嚥下機能評価は、どのような方法で行うべきか？
	CQ 4-3	急性期脳卒中中の初期摂食嚥下訓練は、どの時期からどのように行うのが有効か？
5. 感染症パンデミック下の急性期リハ	CQ 5-1	感染症パンデミック下では、脳卒中急性期リハの「提供量」をどのように決定すべきか？
	CQ 5-2	感染症パンデミック下では、脳卒中急性期リハの提供体制をどのように整えるべきか？

CQ 1-1~1-5 とその回答

		CQ	Answer (一部省略)
1. 頭部挙上と離床	1-1	急性期脳卒中（主に脳梗塞）における頭部挙上の適切な開始時期は？	主幹動脈閉塞例などの患者では注意すべきかもしれないが、一律にベッド上フラットで維持する必要性はない。
	1-2	急性期脳卒中（主に脳梗塞）におけるベッド上関節可動域訓練の適切な開始時期は？	発症24時間以内の開始を考慮してもよい。
	1-3	急性期脳卒中（主に脳梗塞）における離床（ベッドから離れる訓練）の適切な開始時期は？	発症後24～48時間からの開始が妥当かもしれない。ただし、軽症脳卒中や非高齢の虚血性脳卒中では、発症後24時間以内の開始を考慮してもよい。
	1-4	頭部挙上の適切な開始時期は、出血性脳卒中の場合は脳梗塞と異なるのか？	脳出血では発症後24～48時間からの開始が妥当であろう。くも膜下出血では、発症から数日以内に段階的な離床開始を考慮してもよい。
	1-5	rt-PA静注療法や機械的血栓回収療法等の再開通療法を行った場合、離床の適切な開始時期は異なるのか？	通常治療を受けた場合と同様に、発症後24～48時間以内の開始が妥当であろう。

CQ 2-1~2-6 とその回答

		CQ	Answer (一部省略)
2. 急性期 合併症 への対応	2-1	脳梗塞発症後に出血性梗塞を合併した場合、リハビリ訓練をどのように行うべきか？	神経症候の増悪を伴わなければ、注意深い観察をしながら、訓練を継続することを考慮してもよい。
	2-2	くも膜下出血後に遅発性脳血管攣縮を認めた場合、リハビリ訓練をどのように行うべきか？	無症候性の脳血管攣縮であれば、離床を含めた訓練を継続することを考慮してもよい。
	2-3	頭蓋内圧亢進が示唆される場合、リハビリ訓練をどのように行うべきか？	脳灌流圧の維持を図りながら、血圧や神経症候の変化に注意して訓練強度を設定することは考慮してもよい。
	2-4	体温、血圧、心拍数、動脈血酸素飽和度などに異常がみられる場合、リハビリ訓練をどのように行うべきか？	原因検索が優先されるが、原因が判明していれば、症候やバイタルサインを十分に観察しつつ訓練を継続することは可能である。
	2-5	深部静脈血栓症を合併した場合、離床をどのように行うべきか？	適切な診断と抗凝固療法が行われているのであれば、離床を進めることを考慮してもよい。
	2-6	痙攣を合併した場合、リハビリ訓練をどのように行うべきか？	痙攣がすでに消失しており、新たな神経症候が遷延していなければ、訓練および離床を進めることを考慮してもよい。

CQ 3-1~5-2 とその回答

		CQ	Answer (一部省略)
3. 急性期リハの訓練量	2-1	脳卒中急性期リハ訓練の適切な「訓練時間」と「訓練回数」は？	訓練時間を長くする/訓練回数を多くすることを考慮してもよい（これらによって機能予後が改善する可能性がある）。ただし、至適な時間/回数は不明である。
	2-2	脳卒中急性期リハ訓練の適切な強度は？	訓練の強度を上げることを考慮してもよい（これによって機能予後が改善される可能性がある）。ただし、至適な強度は明らかでない。
	2-3	休日のリハ訓練は脳卒中患者の転帰を改善するか？	平日に加えて休日に訓練を行うことで、機能予後が改善される可能性がある。よって、休日の訓練を行うことを考慮してもよい。
4. 摂食嚥下障害への対応	4-1	急性期脳卒中中の摂食嚥下機能評価はどの職種がどの時期に行うべきか？	摂食嚥下スクリーニングは、これに関する知識や訓練歴を有する看護師、言語聴覚士、医師によって可能な限り入院後24時間以内に行われることが望ましい。
	4-2	急性期脳卒中中の摂食嚥下機能評価は、どのような方法で行うべきか？	摂食嚥下障害のスクリーニングは、有効性が示されている方法を参考として、少なくとも施設内では統一した手順と判定法を用いることが望ましい。
	4-3	急性期脳卒中中の初期摂食嚥下訓練は、どの時期からどのように行うのが有効か？	口腔ケアを含む間接訓練は可能な限り早期から開始すべきである。運動療法や刺激療法などによる訓練を早期から開始してもよい。
5. 感染症パンデミック下の急性期リハ	5-1	感染症パンデミック下では、脳卒中急性期リハの「提供量」をどのように決定すべきか？	感染症パンデミック下であっても、通常の脳卒中急性期リハと同程度の訓練量を維持することが望ましい。
	5-2	感染症パンデミック下では、脳卒中急性期リハの提供体制をどのように整えるべきか？	感染対策手順や急性期リハに係る診療手順を、地域や自施設の状況に応じて適宜策定することが望ましい（可能であれば、パンデミックを想定して、これらを事前に策定しておくことが望ましい）。

考察

1. PSCにおいて急性期リハを提供するスタッフの構成

→リハ科専門医と脳卒中リハ看護認定看護師がいない施設が半数以上と多かった。

- ・急性期脳卒中に対する摂食嚥下評価/訓練はほとんどのPSCで行われていたが、その主たる提供者である言語聴覚士の配置は不十分であった。
- ・急性期脳卒中に対峙するチームメンバーの充実が望まれる。

2. 急性期脳卒中に対して提供される訓練量

→現状としては9単位/日までの訓練提供が許されているが、実際には90%以上の施設で4単位/日以下となっていた。

- ・リハ科療法士のマンパワー不足によって提供単位数を制限している施設が少なからず存在した（全体の35%）。
- ・リハ科療法士の配置を充実させて、急性期リハ訓練の時間と回数を増やすことで、患者の予後が改善する可能性がある。

考察（続き）

(Arch Phys Med Rehabil, 2017)

3. 休診/休院日におけるリハ訓練の提供

→急性期リハを毎日行うことで予後が改善

することを示した報告がある。

- ・しかしながら現状としては、施設間較差がある（休診/休院日にも訓練を行っているPSCは、全体の32%に過ぎない）。

- ・休診/休院日におけるリハ訓練の提供を促すことで、患者の予後が改善する可能性がある。

4. 感染症パンデミック下の急性期リハ

→通常と同程度の訓練量を維持できるように事前から対策を講じておくことが望ましい。



Archives of Physical Medicine and Rehabilitation

journal homepage: www.archives-pmr.org

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2017;98:701-6



ORIGINAL RESEARCH

Association Between 7 Days Per Week Rehabilitation and Functional Recovery of Patients With Acute Stroke: A Retrospective Cohort Study Based on the Japan Rehabilitation Database



Shoji Kinoshita, MD,^{a,b} Ryo Momosaki, MD, PhD, MPH,^{b,c} Wataru Kakuda, MD, PhD,^d Takatsugu Okamoto, MD, PhD,^{a,b} Masahiro Abo, MD, PhD^b

From the ^aNishi-Hiroshima Rehabilitation Hospital, Hiroshima; ^bDepartment of Rehabilitation Medicine, The Jikei University School of Medicine, Tokyo; ^cDepartment of Rehabilitation Medicine, Teikyo University School of Medicine University Hospital, Kanagawa; and ^dDepartment of Rehabilitation Medicine, International University of Health and Welfare, Tokyo, Japan.

Abstract

Objective: To test the hypothesis that functional outcome of patients with stroke who receive 7d/wk of rehabilitation is generally better than that of similar patients who undergo 5 or 6d/wk of rehabilitation.

Design: Retrospective cohort study.

Setting: Acute hospitals.

Participants: From the Japan Rehabilitation Database, which includes data on 8033 patients with acute stroke collected between January 2005 and December 2013, we included 3072 patients with stroke who were admitted to the acute hospitals and received 7d/wk of rehabilitation.

Intervention: Seven days per week of rehabilitation was defined as rehabilitation therapy administered by a physical or occupational therapist on every weekday, Saturday, and Sunday.

Main Outcome Measure: Favorable functional independence in daily living, defined as a modified Rankin Scale score of 0 to 2 at the time of discharge.

Results: A total of 1075 (35.0%) patients received 7d/wk of rehabilitation. Univariate analysis demonstrated a significant difference in favorable functional recovery between the 7d/wk rehabilitation group and non-7d/wk rehabilitation group (43.3% vs 37.6%, respectively; $P = .002$). Multivariate logistic regression analysis using the generalized estimating equations method showed that 7d/wk of rehabilitation was independently associated with favorable functional recovery.

- 日本リハ医学会データベースに登録された、急性期脳卒中患者 3,072人を対象とした。
- 毎日（週に7日）急性期リハを施行された患者 とその施行が週に6日以下であった患者で予後を比較した。
- 結果として退院時の良好予後（mRS：0-2）の頻度は、毎日施行群では 43.3%、6日以下施行群では 37.6%であった（有意差あり）。

発表のまとめ

- 本邦のPSCにおける脳卒中急性期リハの現状を、アンケート調査で明らかにした。その結果、言語聴覚士の配置が十分でないこと、休診/休院日におけるリハ訓練の提供体制に施設間較差があることなどが明らかとなった。
- 文献レビューの結果として、リハの早期開始を有害とする強いエビデンスは確認されなかった。また、急性期リハを毎日行う（休診/休院日にもリハを行う）ことの有用性は、すでに報告されていた。
- 急性期リハを標準化・適正化するために、アンケート調査および文献レビューに基づいて、感染症パンデミックを考慮した「脳卒中急性期リハの指針」を作成した。
- 将来的には、本指針に則ることで、脳卒中患者の機能予後が改善されるか否かを検討する必要がある。