

川崎市医師会・内科医会合同学術講演会「脳卒中医療と地域連携 急性期からリハビリ、在宅医療まで」を拝聴して

内科医会指名幹事 宮川弘一

平成22年10月20日、川崎日航ホテルにおいて川崎市医師会・内科医会が合同して学術講演会「脳卒中医療と地域連携 急性期からリハビリ、在宅医療まで」を開催した。この講演会開催の趣旨は脳卒中が国の定める4疾病5事業に入っていることも踏まえ、急性期診療から維持期リハビリまでの流れのなかでの留意点等を御講演いただき、今後、連携パスを含めた脳卒中の地域連携体制を考えて行く上で参考にさせていただきたいとの趣旨である。

【講演の要旨】

(1)「脳卒中の連携医療」

演者 聖マリアンナ医科大学 神経内科 教授 長谷川泰弘

長谷川先生は、まず始めに脳卒中医療は継ぎ目のない医療で地域完結型が望ましく、単なる医療連携ではなく患者主体の（地域）連携医療が必要である事を述べられた。脳卒中の急性期医療で高いエビデンスがあるのはtPA静注療法とSCUにおける多職種治療であり、tPA静注療法に関しては川崎・横浜は救急隊との連携等、整備が進んでおり、一般市民に対して早期対応の重要性を啓蒙すべき事（FASTの周知など）をお話になった。さらに急性期脳卒中診療のトピックスとしてMerciを用いた治療、TIAについて触れられ、Merci治療は発症から8時間以内に行う事が可能だが適正な運用が必要でまだ評価が定まっていない事、TIAの診断にはABCD²スコアを用い、必要に応じ拡散強調画像MRIの可能な施設への緊急紹介が重要である事を述べられた。

(2)「脳卒中リハビリテーション・維持期医療と地域連携パス」

演者 七沢リハビリテーション病院脳血管センター 院長 山下俊紀

山下先生は、リハビリテーションは「元に戻ろうと学習し、練習する」「元に戻らないところをカバーする工夫をする」「元に戻らないことを納得して克服する（受容）」事であり、維持期リハビリのキーワードは積極的な生活活動の維持、援助であると述べられた。運動機能のリハビリ効果は6カ月で改善可能な障害の95%位までで、その後後遺症として残存する（高次機能は少し回復が遅れる）。脳卒中では利き手である右麻痺、失語に注目されやすいが、左麻痺（右大脳障害）に伴う半側空間無視など高次機能障害もリハビリの阻害因子であり重要である。維持期医療ではかかりつけ医には継続的な医療管理・指導が求められ、急性期病院、回復期リハビリ病院、維持期関連施設（かかりつけ医、介護施設、療養病床など）で循環型地域連携が必要である、とのお話があり、さらに神奈川県共通脳卒中地域連携パス（試行版）について説明をしていただいた。

【講演を拝聴して】

長谷川、山下両先生の御講演を拝聴して、脳卒中医療と地域連携について私見を述べる。脳卒中医療への開業医（かかりつけ医）の係りとして（1）一次予防（2）発症時の対応（3）発症後の慢性期治療及び二次予防（4）維持期リハビリ（5）在宅医療、が考えられる。一次予防は発症しないようにリスクファクター（高血圧、糖尿病、高脂血症）を管理することで、開業医（かかりつけ医）にとっては日常診療に他ならない。やや脳卒中に

特殊なものは心房細動等、脳塞栓症のリスクファクターへの対応であり、ワーファリン等の使用に多少の知識と慣れが必要である。発症時の対応は tPA 使用の可能性を考えると発症後 3 時間以内がキーワードになり、高齢者、特にリスクファクターを持つ方への普段からの啓蒙（FAST、救急隊の利用など）が必要であり、医師会・内科医会でも周知キャンペーン等を考慮すべきである。二次予防も一次予防と基本的には異ならないが、より厳密な管理、生活指導と慢性期の治療として脳卒中後のしびれやうつなどの精神症状等への対応が必要である。維持期リハビリは機能維持と廃用防止に重要だが、誰がリハビリを担うか、機能評価をするか、など介護保険との兼ね合いも含め今後の検討課題と考える。厚生労働省のガイドラインでは、退院時の日常生活の障害程度は、症状なし～要介助歩行可能まで：約 60%、歩行や日常生活に介助が必要：約 15%、寝たきり：約 10%、と報告されており、在宅医療もキーワードとなる。在宅医療で脳卒中患者の占める割合は多く、嚥下障害や廃用症候群など考慮しなければならない点はあるが、在宅医療に共通する問題点も抱えており在宅医療体制の整備が必要である。

地域連携パスは地域でのシームレスな連携を目的に普及が薦められており、講演でも触れられたように脳卒中医療のゴールに近い開業医（かかりつけ医）から患者の予後等のデータを得て、急性期医療やリハビリテーションにフィードバックしていくという意味もある。今後、開業医（かかりつけ医）にとって必要な情報が得られ、なるべく単純で負担の少なく、保険診療上のメリットも生かせるようなパスを含めた地域連携医療体制を目指していければと考える。

長谷川、山下両先生は脳卒中診療、リハビリテーションの第 1 人者であり、本来十分な時間をとり、別々に講演をお願いすべき所を今回の様な形で講演をお願いし、快くお引き受けいただいた事に企画者の一員として深謝します。

※筆者注

- ・FAST：脳卒中を疑う簡単な指標、F「顔のゆがみ」、A「上肢の麻痺」、S「構音障害」、T「時間＝早期受診」で診断率は 70%以上といわれている。
- ・Merci：遠位部にらせんループを有するワイヤー状の器具（Merci リトリバー）を用いたカテーテル治療。適応は発症 8 時間以内。
- ・ABC²Dスコア：TIA の脳梗塞への進展を予測するスコア。点数が高いほどリスクが高い。
 - A（年齢）：60 歳以上…1 点
 - B（血圧）：収縮期 140mmHg 以上 and/or 拡張期 90mmHg 以上…1 点
 - C（症状）：片麻痺…2 点 麻痺のない構音障害…1 点
 - D（持続時間）：60 分以上…2 点 10～59 分…1 点 10 分未満…0 点（糖尿病）：あり…1 点
- ・拡散強調画像（DWI）MRI：脳梗塞巣が発症早期（2～3 時間）で高信号域として捉えられる。