

特集 ■ stroke unit の 10 年

多職種チームによる組織化された診断、治療、早期リハビリテーションなどを特徴とする stroke unit (SU, 脳卒中専門病棟) は、死亡率、施設入所率、自立患者割合などで一般病棟より優れた治療効果がある。そのエビデンスが発表されてから約 10 年の間に、各国の事情に合わせて、いくつかの SU モデルがつくられてきた。この間のエビデンスの動向と日本における取り組みの到達点と課題を特集した。

エビデンスの動向 (井上 勲氏, 1145 頁)

SU が一般病棟より優れていることは 2007 年のメタ分析によっても再確認され、長期的予後、退院後 QOL も良いと報告されている。欧州のガイドラインには、脳卒中患者は SU で治療されなければならないと記載されている。SU の特徴は、施設やスタッフ数ではなく、組織化されたチーム医療や早期リハビリテーションなどのソフト面にある。今後、どの SU モデルが優れているのか、早期離床などリハビリテーションの内容と時期、医療コストの検討が課題である。

stroke care unit と stroke unit (矢田健一郎氏ら, 1153 頁)

SU にも、急性期型、リハビリテーション型、総合型、移動脳卒中チーム型などいくつかのモデルがある。stroke care unit (SCU) は、急性期型の一種で脳卒中 ICU (集中治療室) である。しかしその有効性は、現時点では証明されていない。今後は rt-PA 静注療法への対応などもあり、SCU の重要性は増すと思われる。質の高い医療レベルを保てるよう、欧米のように医療の質を監査するシステムが必要である。

普及の現状と課題 (長谷川泰弘氏, 1159 頁)

欧州ではガイドラインに基づき、各地に SU が設置されている。米国では、平均在院日数が短いため欧州とは異なる展開をしている。日本では、rt-PA 静注療法の導入に伴い、診療報酬に「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」加算が登場し、SU をもつ病院は 8.3% から 17.4% に急増、急性期型 SU に向かいつつある。今後の普及の課題として、ガイドライン上の位置づけ、SU 以外の脳卒中診療施設、臨床指標を用いた質向上の仕組みづくりがあげられる。

各施設における取り組み

各施設の SU の成立経過や運用状況、治療成績などについて 4 病院にご紹介いただいた。

① 杏林大学付属病院脳卒中センター (山田 深氏, 1165 頁)

2006 年に 35 床で開設され、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科が共同参画し、脳卒中科として SCU でなく SU care を志向して運営されている。開設前に比べ、リハビリテーション開始が早くなり在院日数は短縮した。

② 九州医療センター (湧川佳幸氏ら, 1169 頁)

1994 年に 45 床の脳血管病棟として開設され、2001 年に脳血管センターとなった。「Mission」, 「Passion」, 「High-tension」の精神で、24 時間体制で運営している。院内連携だけでなく、地域連携モデルを推進している。

③ 中国労災病院 (豊田章宏氏, 1173 頁)

1996 年に SU を立ち上げて以降、年間 150~160 例の脳卒中患者を診療している。開設前に比べ、入院からリハビリテーション開始までの日数は短縮し、平均在院日数は 81.7 日から 44.4 日へと短くなり、入院中死亡率は 8.8% から 3.1% へと減少している。

④ 美原記念病院 (藤本幹雄氏ら, 1177 頁)

一般病棟 45 床の半数が急性期脳卒中患者で、原則として入院 24 時間以内にリハビリテーションの検討がなされ、ベッドサイドでのリハビリテーションが始まる。1~2 週間程度で回復期リハビリテーション病棟 (99 床) に転院する。スタッフ教育にも熱心に取り組んでいる。