

概 説

従来、わが国では、早期離床が脳循環動態に与える悪影響への懸念から、脳卒中急性期には安静臥床をとらせる必要があるという考えが根強く、発症からリハビリテーション開始までの期間は国際標準より長い傾向がみられていた。このような中で、『脳卒中治療ガイドライン2004』（以下、GL2004）が刊行され、その中で、「廃用症候群を予防し、早期のADL向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとに急性期からの積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる」と明記されたことを契機に、急性期からのリハビリテーションが徐々に浸透しつつある。さらに、GL2004では、脳卒中により引き起こされる多様な障害に対するさまざまなリハビリテーション手技が、エビデンスに基づいてはじめて体系的に整理された。

今回、GL2004を改訂するにあたり、日本リハビリテーション医学会では、診療ガイドライン委員会内に設置された脳卒中治療ガイドライン策定委員会が中心となって、GL2004に対するパブリックコメントを募集し、寄せられた意見と委員会での議論を踏まえて、以下の基本方針のもとに改訂作業に取り組んできた。1) リハビリテーション以外のセクションとの整合性を図る。2) GL2004以降のエビデンスだけでなく、GL2004のもとになったエビデンスも再度吟味したうえで推奨を作成する。3) 日常診療で少しでも使い易いガイドラインとするために、ガイドライン活用上のヒントとなる附記を加える。

以上の方針のもとに、新たに発表されたエビデンスを逐次取り入れながら、2005年12月には改訂第1稿、2006年3月には第2稿、同年9月には第3稿を完成させた。2007年6月には第3稿をリハビリテーション医学会ホームページ上で公開し、パブリックコメントを募集するとともに、それを踏まえた修正を行った。さらに、2007年12月までのエビデンスを追加して、2008年2月に第4稿とし、同年7月に一部修正後、『脳卒中治療ガイドライン2009』（以下、GL2009）のリハビリテーション部門における最終稿を完成させた。

以下、GL2009における改訂のポイントを紹介する。まず、項目については、GL2004で「リハビリテーションの体制」の項に掲載されていたstroke unitに関する記述をGL2009では「急性期リハビリテーション」の項に包含した。さらに、GL2004で「運動障害に対するリハビリテーション」とされていた項目を「運動障害・ADLに対するリハビリテーション」に変更した。

推奨のもとになったエビデンスについては、GL2004では301件であった採用論文数だが、GL2009では491件に増加した。エビデンスレベルごとの割合は、GL2004では、Ia：0%、Ib：9.1%、IIa：6.1%、IIb：24.2%、III：50.0%、IV：25.8%であったのに対し、GL2009では、Ia：0%、Ib：14.4%、IIa：16.6%、IIb：25.5%、III：37.7%、IV：8.8%と、より高いレベルのエビデンスが増加した。また、本邦から発信されたエビデンスの割合は、GL2004では21.0%（66件）、GL2009では18%（90件）

でほぼ同等であったが、その中で英文で発表された論文の割合は23%から36%に増加した。

推奨については、基本的な内容に大きな変更はなかったが、「言語障害、認知障害に対するリハビリテーション」の項目において、より高いエビデンスレベルの論文が増えたことを反映して、推奨レベルが若干高まるという変化がみられた。

さらに、GL2009では、日本の現状を踏まえ、推奨を実際の臨床に適用する際の注意点やポイントを解説した「附記」を新たに追加し、少しでも使い易いガイドラインとなるような配慮がなされた。

このように委員会メンバーによる精力的な作業とリハビリテーション医学会会員からのフィードバックにより、GL2009が完成したが、今後の課題として、1)GL2009の普及、2)臨床現場からのフィードバックおよび新たなエビデンスの追加を踏まえた定期的な改訂、3)一般医家向けおよび患者・家族用ガイドラインの作成、4)脳卒中リハビリテーションデータベースの構築と良質のエビデンス創出のための多施設共同研究の推進があげられる。さらに、多職種協働というリハビリテーション医療の特性を活かしたリハビリテーション関連専門職との共同作業によるガイドラインの策定にも取り組んでいく必要がある。