

橋本参考人発表資料

地域完結型の脳卒中診療態勢の構築

—熊本における取り組み—

熊本市民病院
首席診療部長

神経内科部長・地域医療連携部長
リハビリテーション科部長

橋本洋一郎

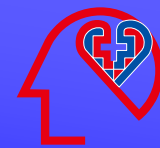
脳卒中急性期医療の問題点 (熊本市、1993 年)



- ① 1つの施設に多くの脳卒中患者が集まらないため大きなチームが組めない零細な診療態勢
- ② 脳卒中専門医、特に内科医が少ない
- ③ 病院完結型(急性期から回復期まで同一施設で治療)が多く急性期治療ベッドが不足する
- ④ 脳卒中専門施設にリハ専門医がいない、リハスタッフが少ないことから十分な急性期リハがおこなわれていない
- ⑤ 救急部、集中治療部、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、循環器内科などの多くの科を持ち、多数の脳卒中患者を24時間いつでも受け入れて高度先進医療を提供できる急性期脳卒中治療施設が少ない



急性期病院神経内科



① 頭痛・めまい・しびれなどの外来診療

② 救急神経疾患の診療
(脳卒中など)

③ 神経難病の診療

④ 認知症の診療

⑤ リハビリテーション

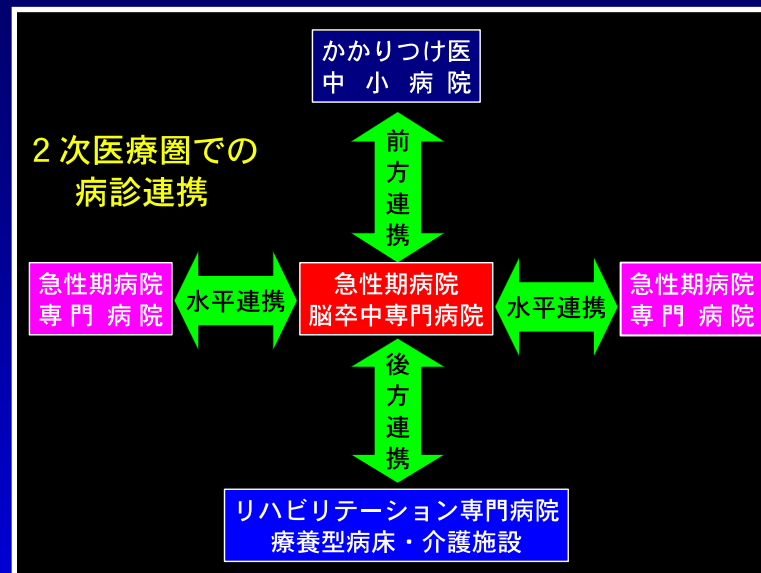
■ 脳神経外科・神経内科の連携

多科・多職種によるチーム医療

■ 地域の医療資源の有効活用

かかりつけ医やリハ専門病院と医療連携

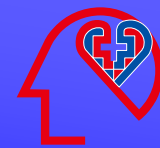
(地域完結型の脳卒中診療態勢)



→ クリニカルパス開発

stroke unit 化

→ 診療ネットワーク構築



病院完結型から地域完結型へ

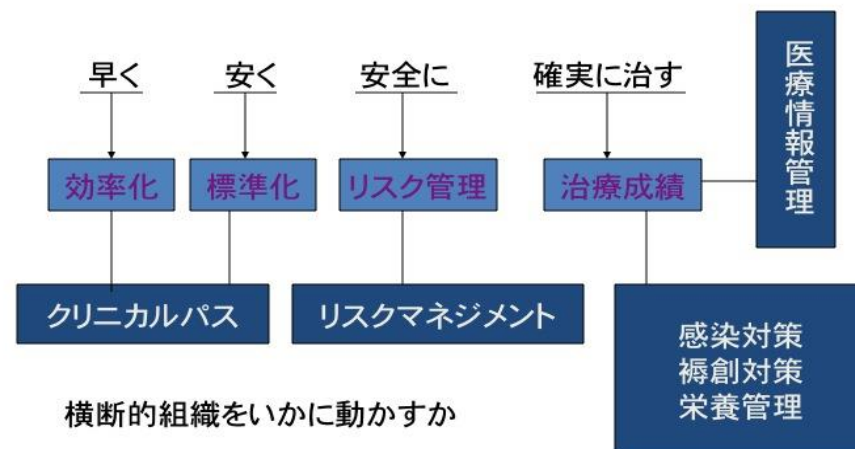
- ①紹介率の向上
- ②外来患者の抑制
- ③在院日数の短縮

病床稼働率低下

対応策

- ①病診連携の推進
- ②救急医療の推進
- ③高度先進医療

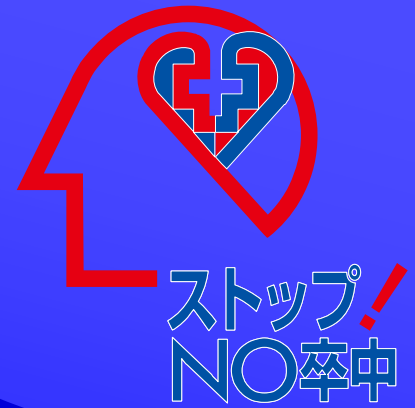
医療の質とはなにか



急性期病院は忙しい

- ①DPC
- ②IT化(電子カルテ)
- ③クリニカルパス
- ④若手医師の獲得と教育

脳卒中症例を24時間断らずに
質の高い診療を継続するために

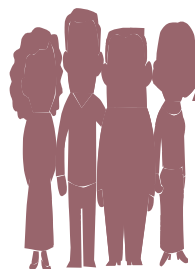


脳卒中診療態勢の構築

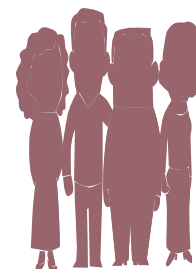
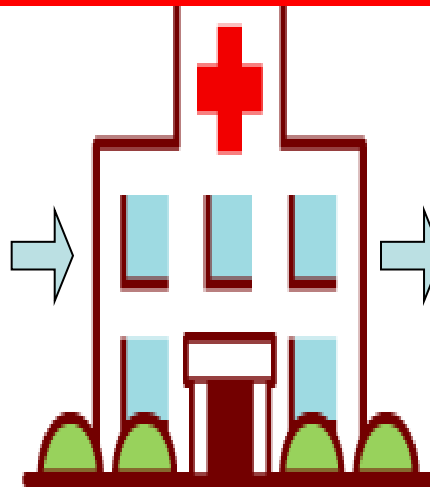
—地域連携システム—

地域医療連携は何の為にするのか？

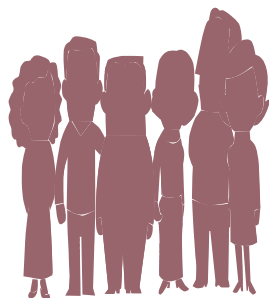
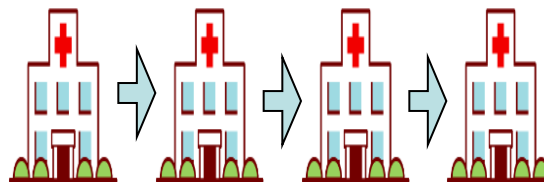
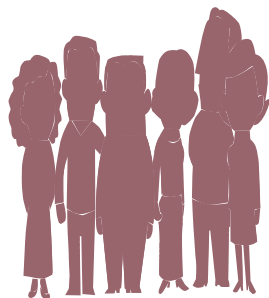
病院完結型



フルマラソン



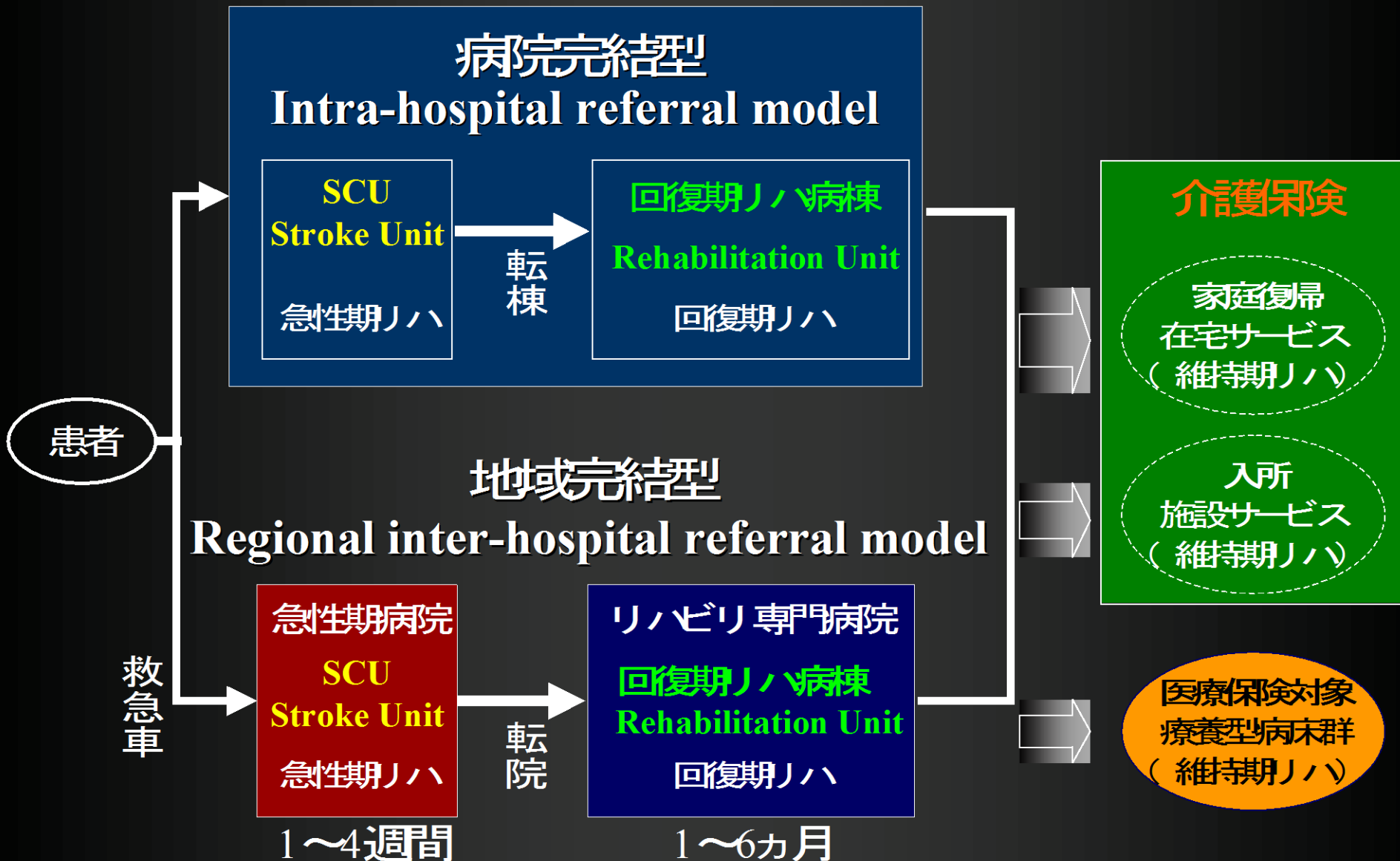
地域完結型

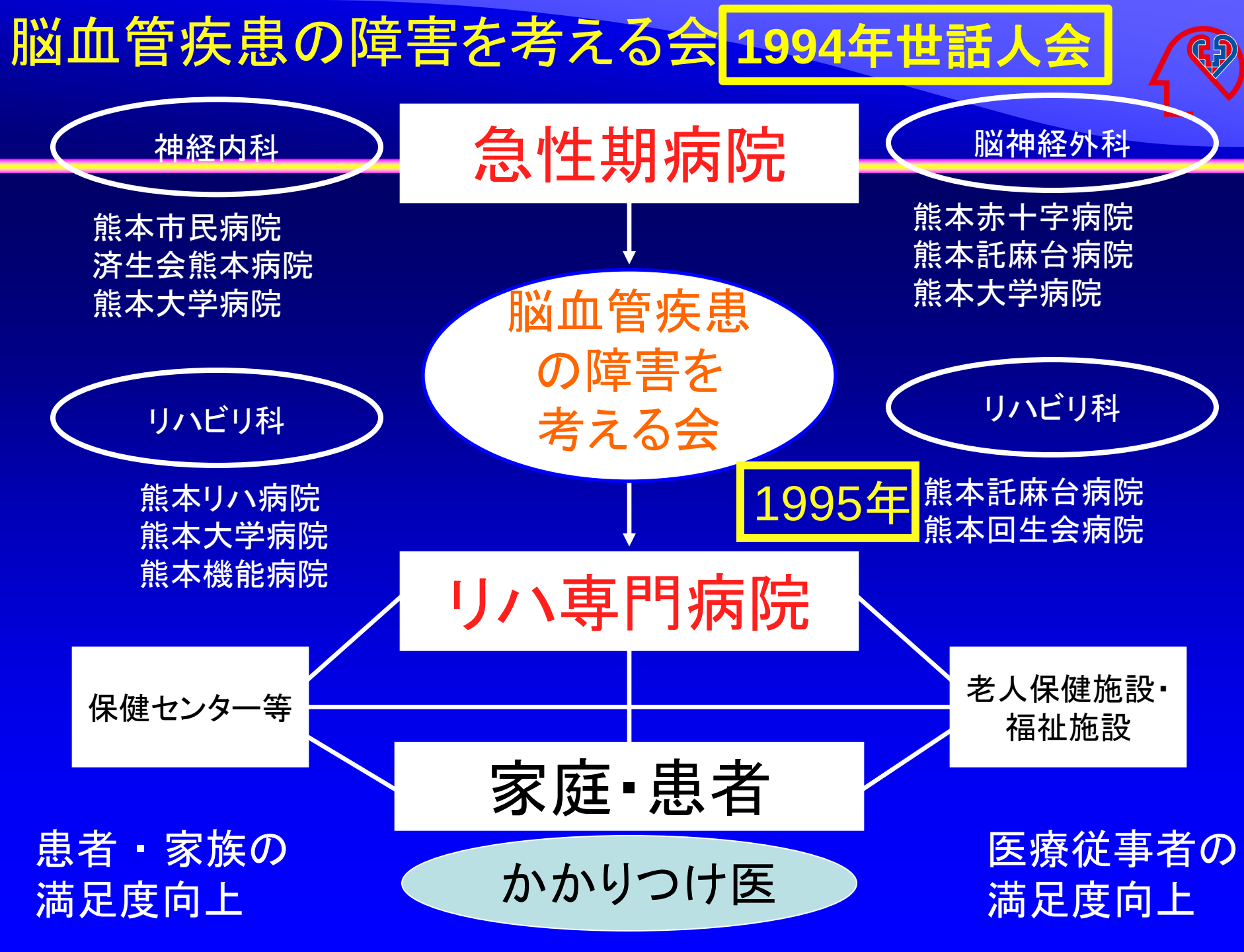


駅伝

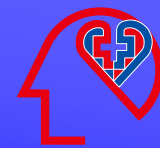


脳卒中診療のながれ



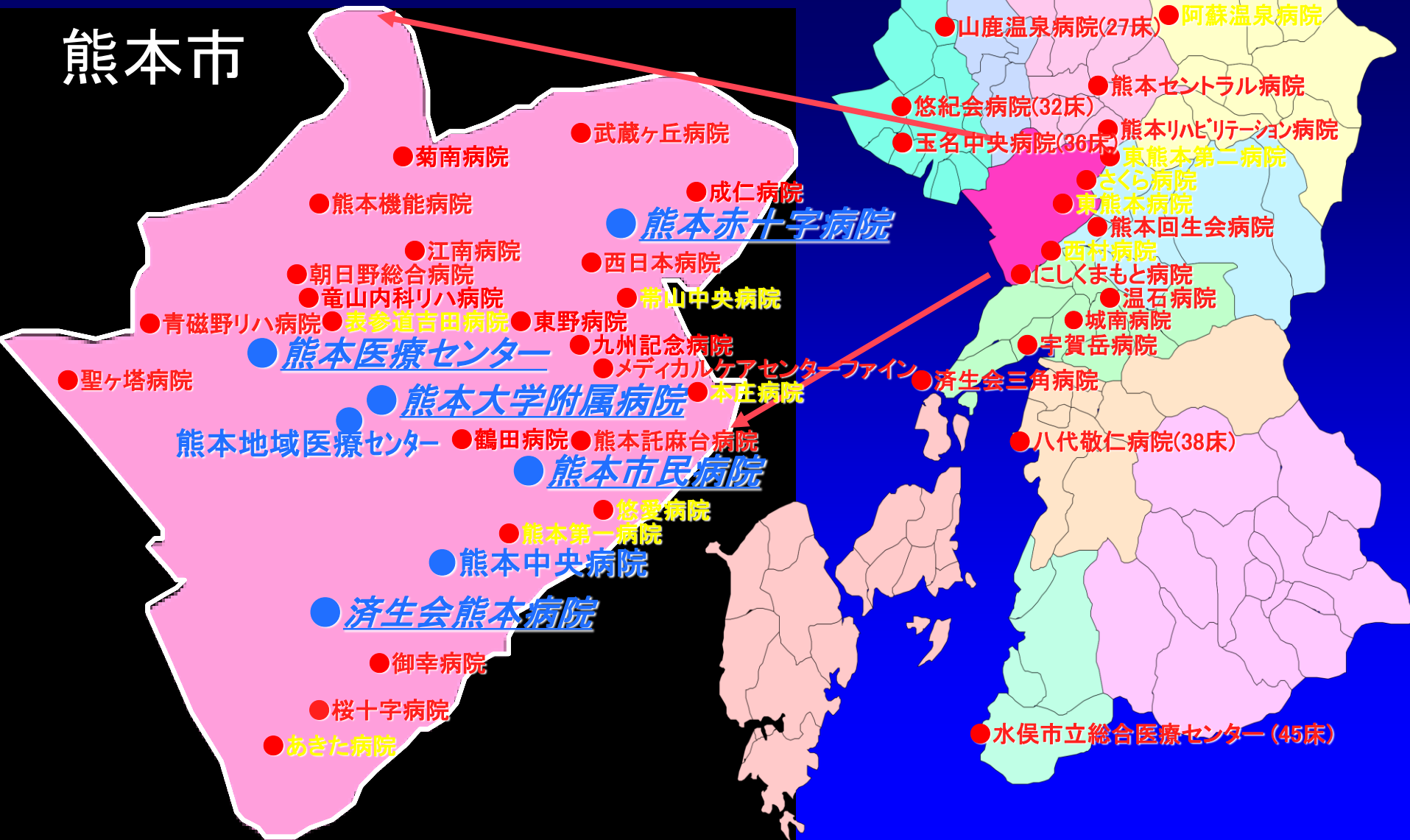


連携の会での取り組み

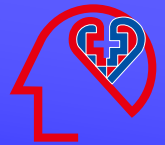


- 病院紹介・院内の取り組み紹介
- 症例のリレー検討
- ダブルブッキング可
- 病院訪問(リハ専門病院が急性期病院と違う)
- リハビリテーション専門病院からのデータ
急性病院への戻る3大要因
①再発、②重度合併症併発、③がんの見落とし
- 急性期病院の陣容表作成
- リハビリテーション専門病院の陣容表作成
- 医療制度に合わせた連携の在り方を協議
- 目標: 電話1本で1週間(発症から3週間)で転院

熊本市

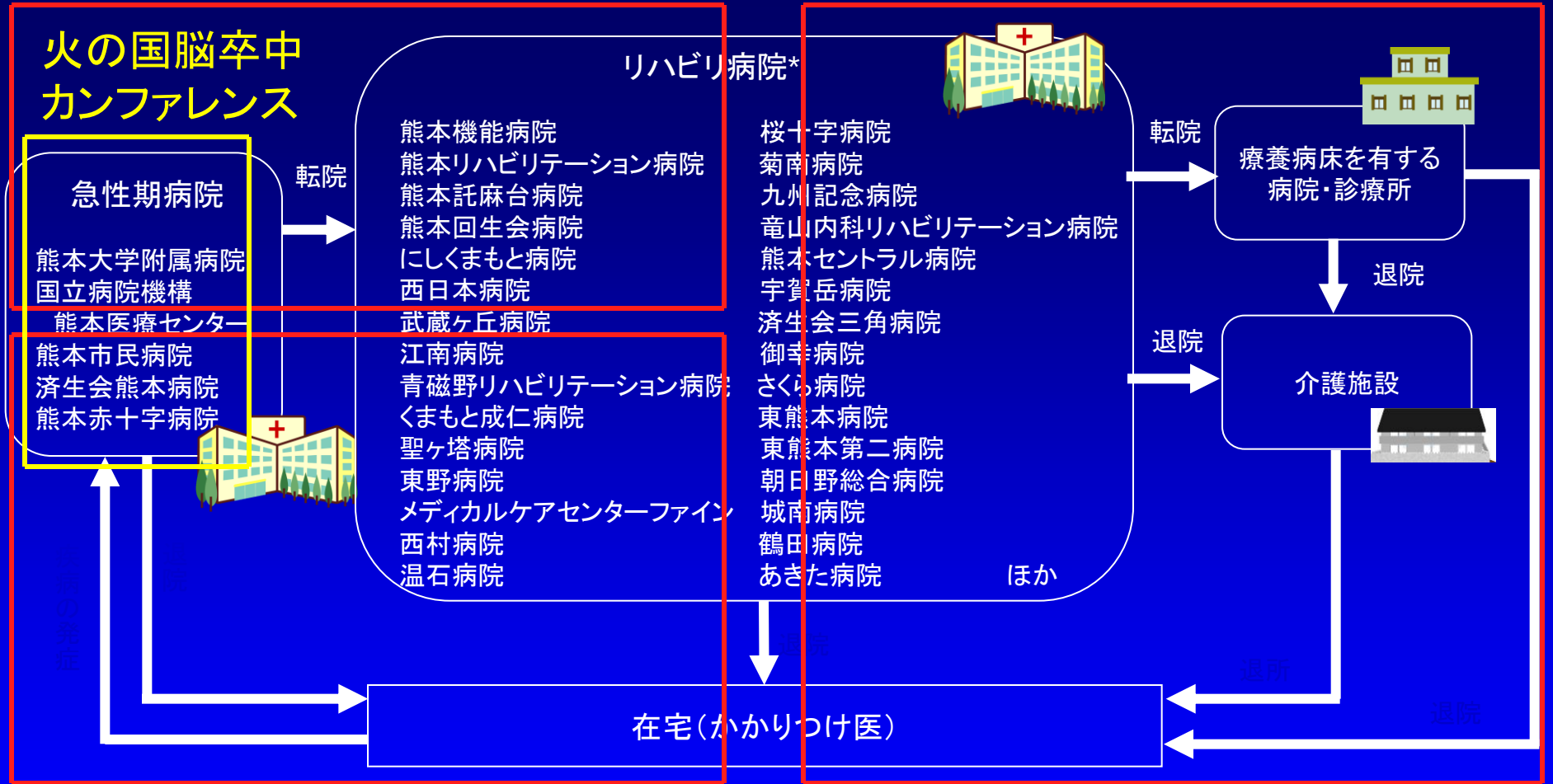


熊本脳卒中ネットワークの概要



脳血管疾患の障害を考える会1995

回復・維持期リハを考える会2003

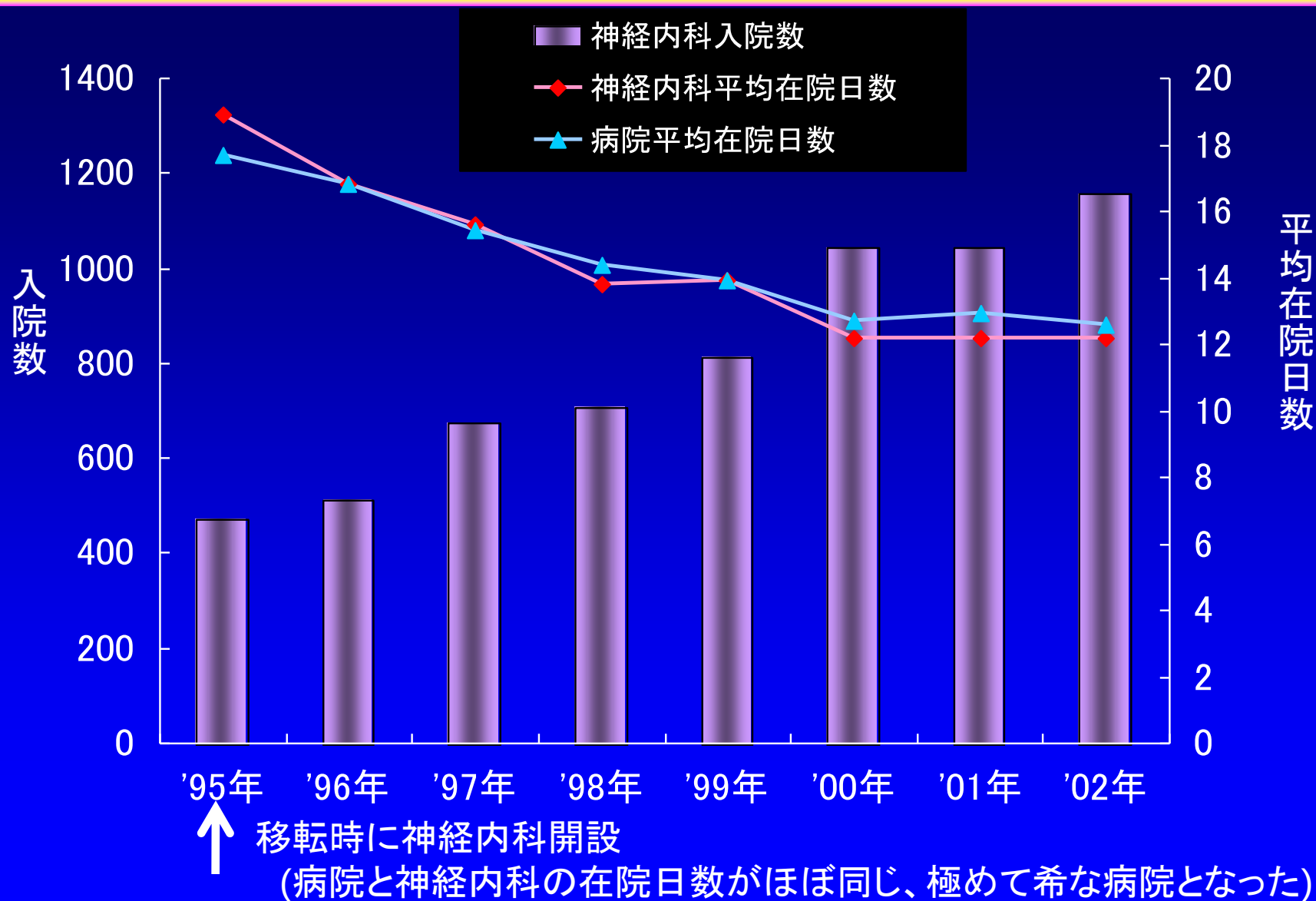
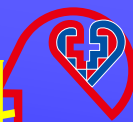


各病院の
病診連携の会
当院1995

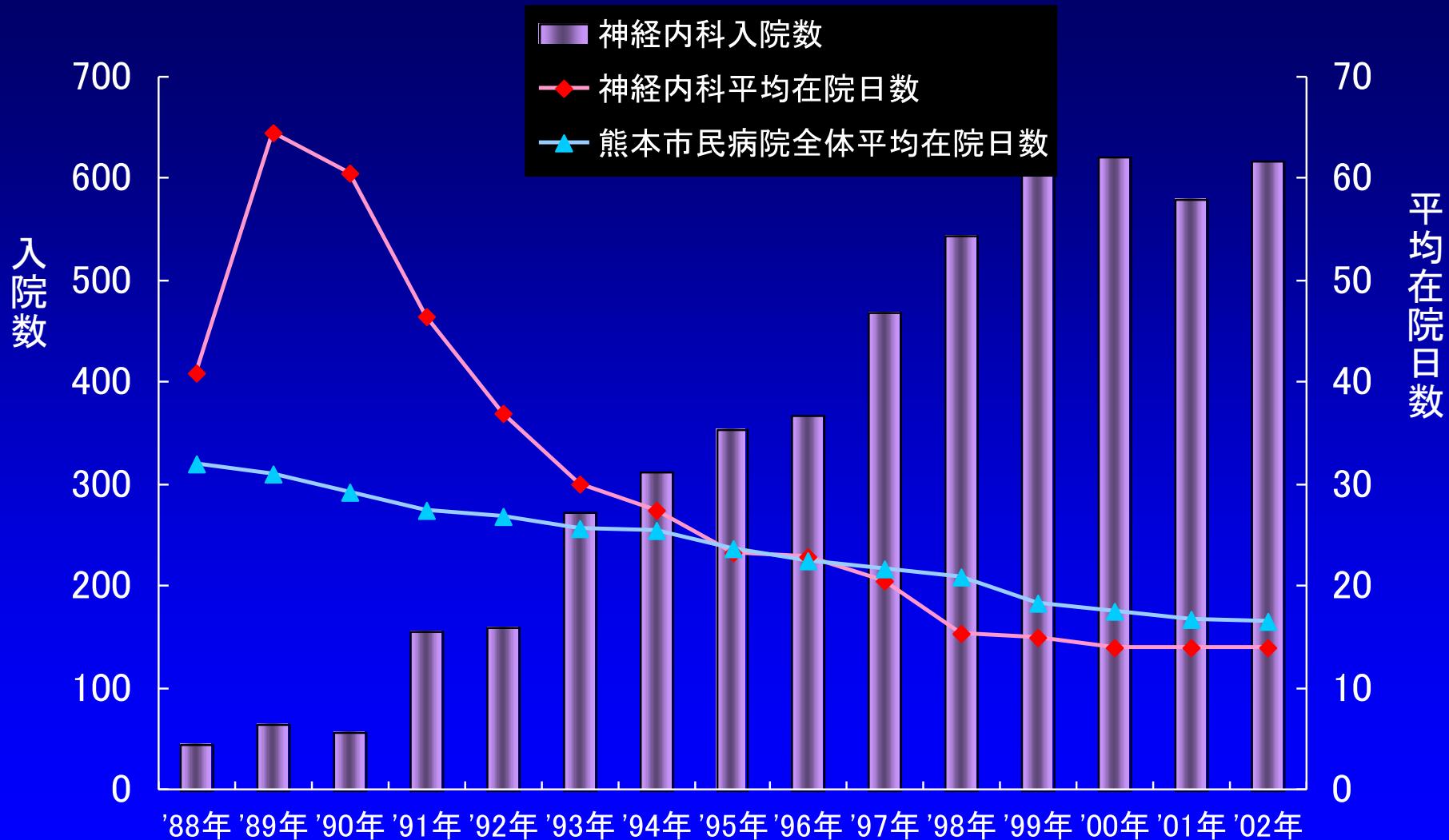
熊本在宅 2008
ドクターネット

熊本脳卒中地域連携ネットワーク
(K-STREAM) 誕生 2007

済生会熊本病院脳卒中センター—神経内科

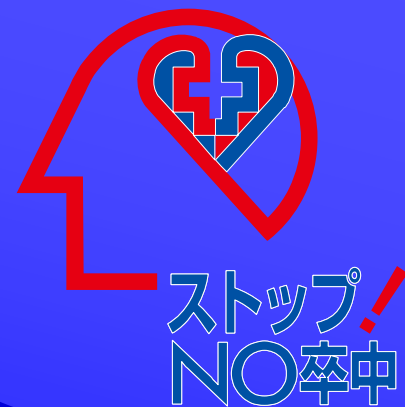


熊本市民病院神経内科



病院よりも神経内科の在院日数が短い、あり得ない病院となった

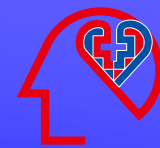
脳卒中症例を24時間断らずに
質の高い診療を継続するために



脳卒中地域連携パス

— 治療とリハの継続 —

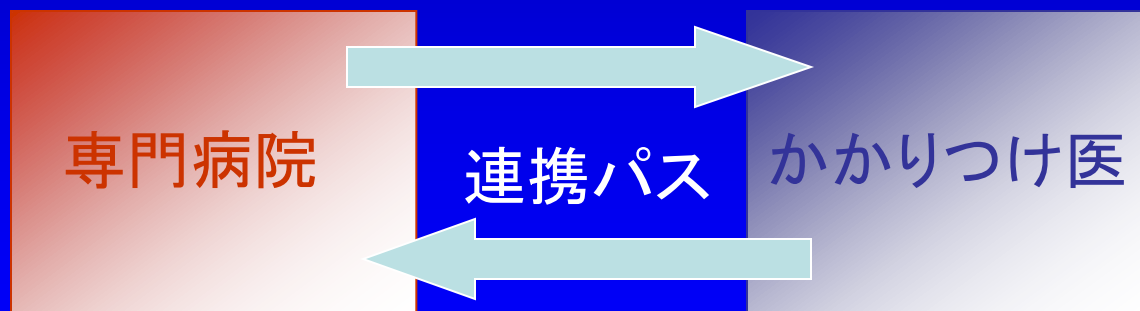
地域連携パス (一方向型と循環型)



一方向型 (脳卒中、大腿骨頸部骨折など)



循環型 (糖尿病、虚血性心疾患、がん、慢性肝炎、在宅脳卒中)



急性期

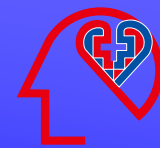
入院診療計画書

回復期

リハビリテーション
総合実施計画書

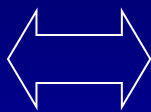
維持期

ケアプラン
(リハ実施計画書)



クリティカルパス

情報

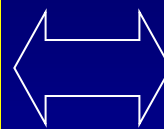


連携パス



リハプログラム

情報



連携パス



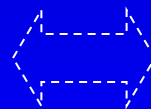
リハマネジメント

リハビリテーション

ADL指標
移動能力
mRS,(BI)



ADL指標
FIM, BI
老人日常生活自立度

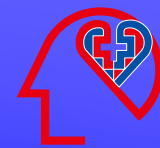


ADL指標
老人日常生活自立度
(FIM, BI)

診療情報の共有・治療の継続性 (再発予防・併存疾患の管理)

地域連携パスは回復期の機能が最大限生かせるように回復期が作成

脳卒中地域連携パスのポイント



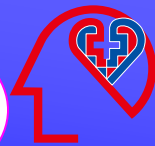
(回復期リハ病院同志で意見の相違があり、方針をはっきりさせる必要がでてきた)

- ① どの症例も十分にリハが受けられる
- ② どの地域でも使える地域連携パス(シンプルに)
- ③ 地域で1種類の地域連携パス
- ④ ゴール設定は在宅を十分に考慮する
- ⑤ 現在の院内パスをそのまま利用
(それぞれの病院のパスを包括したもの)

キーワード:リハの継続と治療の継続



熊本における地域連携パスオーバービュー



《脳卒中急性期病院》

機能(移動能力, 意識障害)

評価・・・1～3週目

独歩(杖なし)
独歩(杖あり)

(m-RS: II ~ III)

介助歩行(監視)
介助歩行(支持)
立位保持

(m-RS: IV)

独立座位
もたれ座位
寝たきり

(m-RS: V)

急性期治療が終了

《回復期リハ病院》

FIM: 110-120
(BI: 85-100)
(自立度: J2, A1)

軽障リハコース
1-2ヵ月

FIM: 80-109
(BI: 55-80)
(自立度: A2, B1)

標準リハコース
2-3ヵ月

FIM: 18-79
(BI: 0-50)
(自立度: B2~)
意識障害(JCS10~30)

重障リハコース
3-5ヵ月

在宅復帰や転院の準備が整う

自宅退院

《維持期リハ病院・施設》

BI: 25-100

標準ケアコース
2-3ヵ月

方針決定を繰り返す

重障ケアコース
3-6ヵ月

BI: 0-20

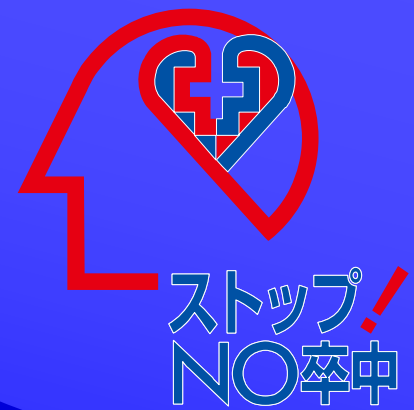
それぞれの院内パスを使用

※ 経過中に急変した時は急性期病
へ連携します





治療の継続

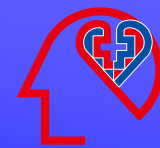


地域包括ケアシステム

ー地域リハビリテーションー

地域リハビリテーション

(CBR:Community-Based Rehabilitation)

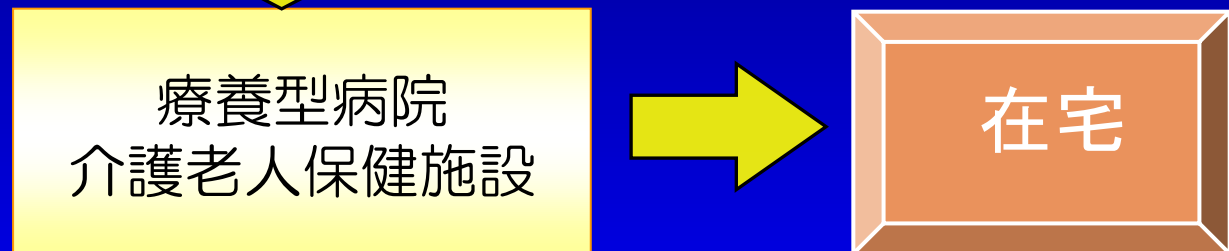
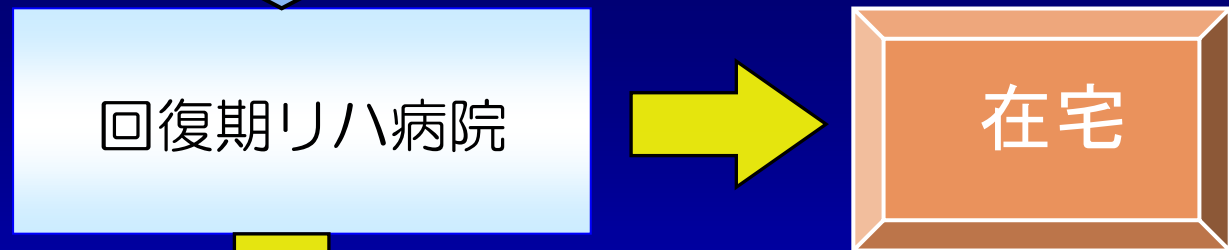
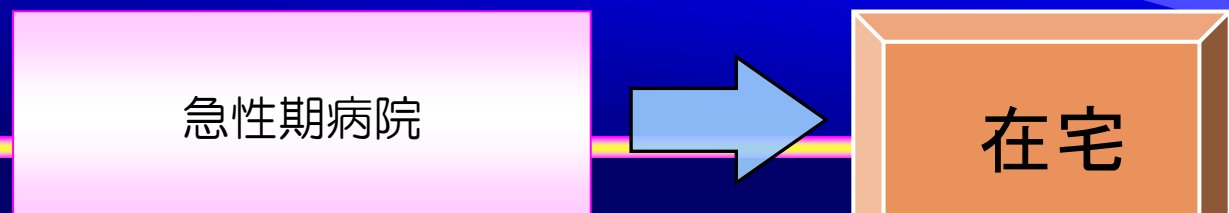
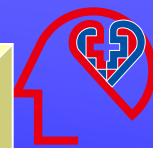


障害をもつ人々や高齢者が、**住みなれた所で**、そこに住む人々と共に、**一生安全にいきいきとした生活**が送れるよう、医療・保健・福祉および生活に関わるあらゆる人々が、リハビリテーションの立場から行う活動のすべてを**地域リハビリテーション**といいます。

要介護状態の軽減，介護予防を図るためには

- 1 予防的リハビリテーション
- 2 急性期リハビリテーション
- 3 回復期リハビリテーション
- 4 維持期リハビリテーション

を量的にも，質的にも，地域ごとに整備する必要があります

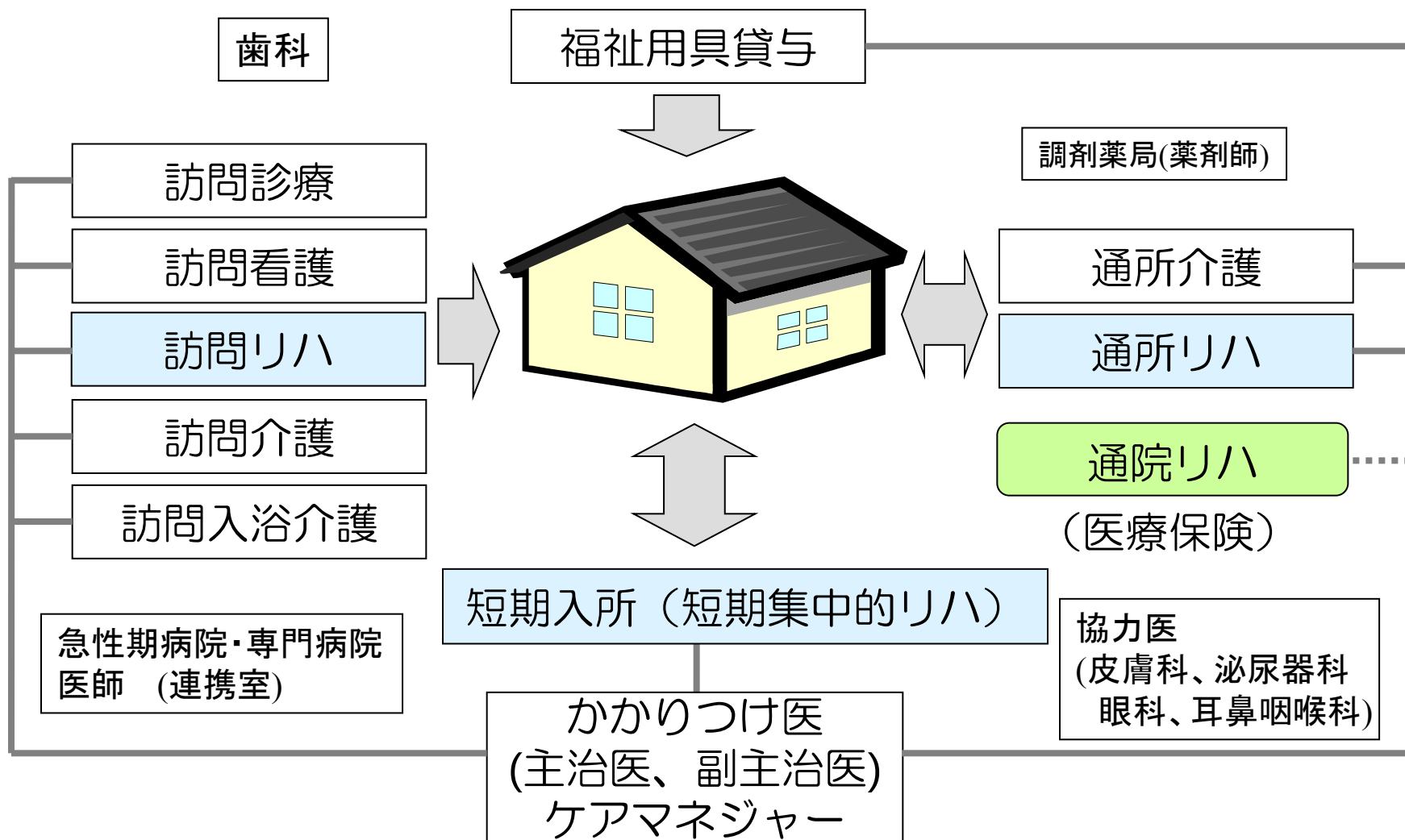


クリニック（在宅Drネット）

在宅では3ヵ月が勝負
退院時(退所時)
ケアカンファレンス
→在宅3ヵ月のプランが必要

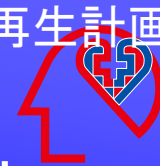
以後は過介護にならにように

在宅ケア



くまモンの脳卒中ノート

熊本県地域医療再生計画
補助金事業



<http://knn-web.com>

脳卒中患者・家族に再入院しないように自己管理を行うツール

患者・家族・ケアマネ用

指導用(解説版)



脳卒中の再発予防のために

5. 再入院が多い疾病 再入院が多い疾病

① 転倒・骨折



ちょっとした段差の方が
転びやすい。転倒骨折の80%
は家の中です。

② 肺炎



水分・食事でむせる時は
医療機関に相談しましょう。

生活指導
が必要！

③ 脳卒中再発



再発予防のお薬を正しく飲み
ましょう。飲み忘れにご注意
ください。

要注意！
日常生活に気を
つけよう！

脳卒中の再発予防のために

6. 注意すべき合併症

静脈血栓症



車いすに長く座っている時や
臥床状態が長い時は要注意



胸が苦しい時も注意

静脈血栓症とは、血管内に出来た血のかたまり(血栓)が血管に突然詰まる病気です。血栓が脳や心臓の動脈に詰まったり、足の静脈に詰まった血栓が移動して、肺の血管をふさいでしまうこともあります。

次のような症状があったら

- しゃべりづらい、手足がしびれる
- 胸の痛みや息が苦しい
- 片足が急に痛くなったり、腫れたりする

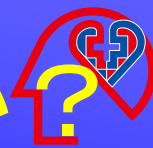
注意すべき合併症 すぐ病院を受診しましょう！





- ・ 参加152施設

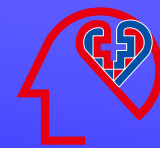
- [illegible]



熊本の医療連携はなぜ上手くいったか？

1. リハビリテーションという基盤があった。
(先人たちの早い取り組み)
2. 地域の医療資源の有効活用
3. 『人・金・物』→『情報と時間』の時代へ
Information & Time
4. 仲間の存在(チーム)、皆が一軍
5. 第一世代の医療連携から第二世代の医療連携
(かかりつけ医と専門医の連携) (疾病ごとの連携)
6. 明確なmission

組織・部会の強化・世代交代



統括代表世話人：橋本洋一郎・山鹿真紀夫

脳血管疾患の 障害を考える会

(急性期と回復期の連携)

代表世話人：渡辺 進
年1回

K-STREAM

(脳卒中地域連携パス)

代表世話人：平田好文
年1回

回復・維持期 リハを考える会

(脳卒中・整形外科疾患・
神経難病・廃用症候群)

代表世話人：古閑博明
年2回

- ①薬剤師部会、②食リハケア部会、③看護師部会
④PT・OT部会、⑤ケアマネ部会、⑥データ部会

組織は3年ごとに見直す。1年間の目標をたてる。

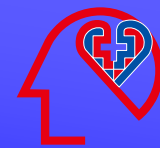
熊本在宅ドクターネット・行政・医師会・各施設と連携

多くの診療ネットワーク・システムとの連携

- ①脳卒中診療ネットワーク
- ②地域リハビリテーション広域支援センター
- ③神経難病ネットワーク
- ④認知症ネットワーク
- ⑤高次脳機能障害ネットワーク
- ⑥熊本県回復期リハビリテーション病棟研究会

- 神経内科・脳外科・リハ科それぞれのネットワーク
 - 各職種が構築したネットワーク
 - 各急性期病院が構築したネットワーク
- (熊本地震では構築された連携システムが機能)

脳卒中の地域連携



地域連携パス

院内クリティカルパス
→ 医療の標準化
チーム医療

脳卒中診療 の 均てん化

平等に利益や
恩恵を受ける。

医療における規制は
「広く、安く、平等に、
一定水準の医療を提供する」

均霑化（生物がひとしく雨露の恵みにうるおうように、の意）。
全国どこでも標準的な専門医療を受けられるよう、
医療技術等の格差の是正を図ること。