

将来予測

秋田県全体は人口減少と高齢化が進む

秋田市及び周辺も人口が減少し高齢化が進む

秋田市以外では脳卒中が増えないか減少傾向

秋田市では脳卒中が増加傾向(特に脳梗塞)
10年後20%増、20年後30%増??

・急性期の病床数を増やすよりは、回復期リハビリテーションの病床数を増やしたり維持期の体制を充実させる。

・回復期リハビリテーション

秋田市及び周辺の医療圏: 142床
(人口10万人当たり50床必要とすれば214床。
秋田市及び周辺の医療圏で約70床の不足)

◎2008年度、秋田脳研に36床開設予定。

秋田市及び周辺: 脳卒中急性期

1300例/年 × 急性期平均在院日数30日 → 107床

1600例/年 × 急性期平均在院日数30日 → 132床
× 急性期平均在院日数20日 → 88床

回復期リハビリテーション

845例/年 × 平均在院日数90日 → 208床

1040例/年 × 平均在院日数90日 → 256床

◎脳卒中医療連携体制等検討会(秋田県)

- ・医療資源、受療の実態などの調査。
- ・急性期から回復期、維持期への連携パスが円滑に行われる体制作り。

◎脳卒中急性期医療協議会(秋田県医師会)

- ・病院前救急医療を担う救急救命士と病院で急性期治療を担う医師、看護師、技師とのコミュニケーション。
- ・救急隊と病院の連携強化。

(秋田公開シンポジウム発表スライド)

【シンポジウム】
「大阪府北部地域」

演者： 国立循環器病センター
長東 一行

豊能圏域における 脳卒中地域連携パス

国立循環器病センター内科脳血管部門
長束一行

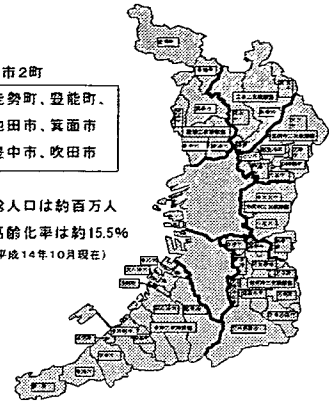
National Cardiovascular Center

豊能2次医療圏

4市2町

能勢町、豊能町、
池田市、箕面市
豊中市、吹田市

総人口は約百万人
高齢化率は約15.5%
(平成14年10月現在)

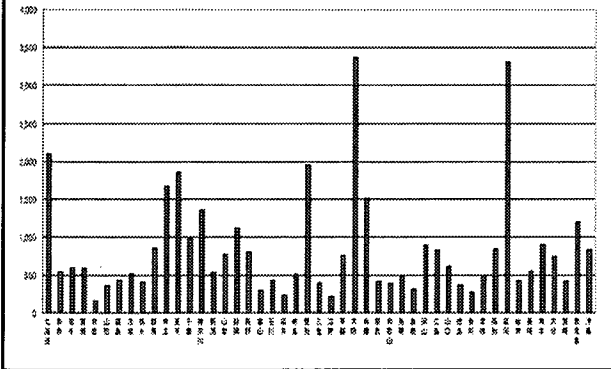


National Cardiovascular Center

回復期リハビリ病床数

都道府県別 病床数

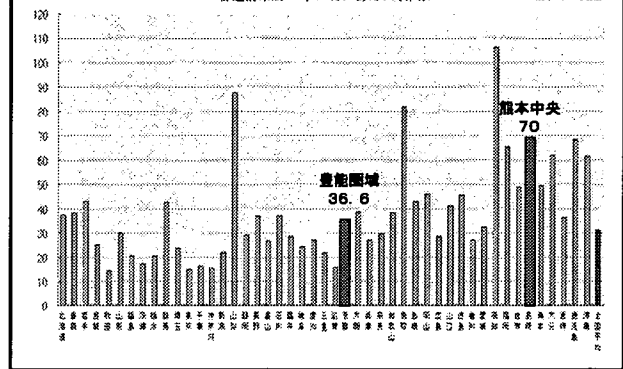
平成19年4月現在



回復期リハビリ病床数

都道府県別 対10万人あたり病床数

平成19年4月現在



脳卒中の医療体制構築に係る指針

目指すべき方向

脳卒中の現状を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築する。

1. 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制
 - ① 発症後2時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送
 - ② 医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始
2. 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制
 - ① 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションの実施
 - ② 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションの実施
 - ③ 生活機能を維持または向上させるリハビリテーションの実施
3. 在宅療養が可能な体制
 - ① 生活の場で両用できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

National Cardiovascular Center

急性期医療機関に求められる事項

1. 血液検査や画像検査(X線検査、CT検査、MRI検査)等の必要な検査が24時間実施可能であること
2. 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能であること(画像伝送等の遠隔診断に基づく診療を含む。)
3. 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内(もしくは発症後3時間以内)に組織プラスミノゲンアクチベーター(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること
4. 外科的治療が必要と判断した場合には来院後2時間以内の治療開始が可能であること
5. 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療が可能であること
6. リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
7. 回復期(あるいは維持期、在宅医療)の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

National Cardiovascular Center

回復期医療機関に求められる事項

- 再発予防の治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
- 失語、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

National Cardiovascular Center

維持期

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問及び通所リハビリテーションを含む)が実施可能であること
- 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること
- 回復期(あるいは急性期)の医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- 診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの居宅で看取りまでを行うこと
- 介護支援専門員と連携し居宅介護サービスを調整すること

National Cardiovascular Center

地域連携パス

一方向性連携 発症から在宅まで

脳卒中などの急性期疾患が対象



循環型連携 在宅

糖尿病などの慢性疾患が対象



地域リハビリテーション推進事業

地域支援センター

地域リハビリテーション連絡協議会

病院連絡会

急性期病院
回復期病院

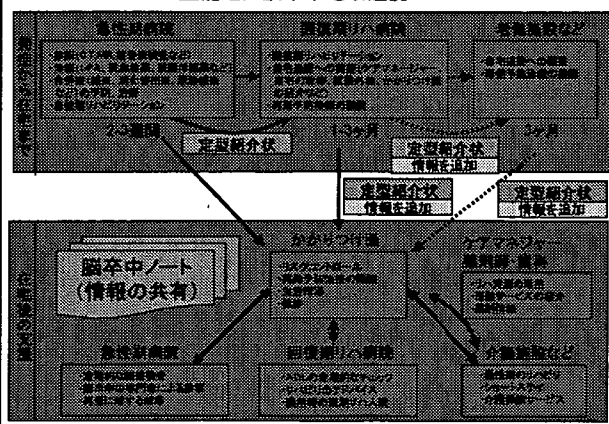
維持期検討部会

介護施設、ケアマネなど
回復期病院

平成12年から事業開始

National Cardiovascular Center

豊能地区脳卒中地域連携パス



どのような情報を共有すべきか？

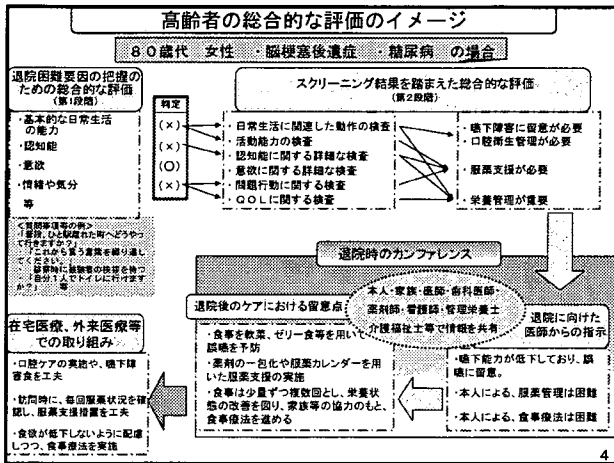
- 医療情報
 - 脳卒中病型、合併症、リスクファクター
 - 他疾患での受診内容
 - 投薬
- 介護情報
 - ADL、iALD
 - 介護内容、服薬状況
 - リハビリ
 - ケアプラン、短期目標、長期目標
- QOL
- 認知機能

高齢者総合機能評価(CGA)

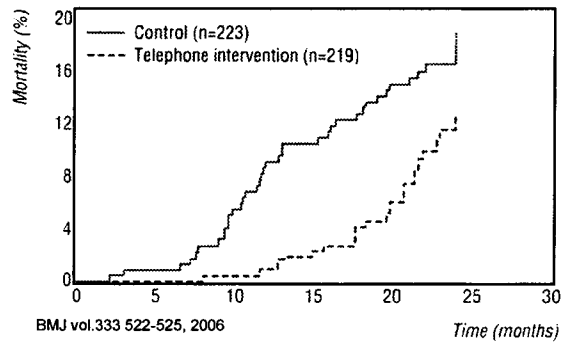
- ・日常生活動作(ADL): FIM, Barthel index
- ・手段的日常生活動作(iADL): 電話、買い物、
移送の形式、服薬管理、財産管理
- ・認知能: mini mental state examination (MMSE)
- ・気分、情緒、幸福度: self-rating depression scale (SDS)
QOL (SF-36, QUIK)
- ・コミュニケーション
- ・社会的環境(家庭環境、介護者、支援体制)

どのような職種が関わるべきか?

- ・医師(かかりつけ医、急性期病院、回復期リハ病院、療養型病院、介護施設)
- ・看護師(訪問看護ステーション、急性期病院、回復期リハ病院、療養型病院、介護施設)
- ・リハビリスタッフ
- ・薬剤師
- ・歯科
- ・ケアマネジャー
- ・ケアスタッフ



服薬指導の重要性



服薬指導の重要性

Table 3 Primary causes of death in patients receiving polypharmacy randomised either to telephone intervention by pharmacist or to control group. Values are number (%)

Primary cause of death	Control group (n=223)	Intervention group (n=219)
All causes	28 (13)	25 (11)*
Cardiovascular events	20 (33)	11 (16)
Renal failure	3 (5)	0 (0)
Cancer	4 (6)	5 (8)
Infection	9 (14)	6 (10)
Other	2 (3)	3 (5)

*P<0.05

脳卒中ノート

あなたのサポーター

急性期病院 ()
主治医 ()
Tel: 日中 夜間・休日 ()
回復期/療養院 ()
主治医 ()
理学療法士 ()
作業療法士 ()
言語療法士 ()
Tel: ()
かかりつけ医 ()
主治医 ()
Tel: ()
ケアマネジャー ()
担当番 ()
Tel: ()
保険所 ()
Tel: ()
キーパーソン(続柄) 氏名 ()
Tel: ()

記入書き

氏名 () (男 女)
生年月日 () 年 () 月 () 日
第1次 姓 () 名 () 姓 ()
Tel: ()
電話番号 ()
FAX ()

アレルギーの出たことのある薬

脳卒中ノート

急性期病院退院時の情報

入院担当医師: _____

発症日 年 月 日

退院日 年 月 日

病型 □心不全脳梗塞 口アテローム口慢性脳梗塞
 □ラクナ梗塞 □その他脳梗塞 (口大動脈性、
 □動脈性、□脳幹) □分枝性
 □脳出血 □くも膜下出血
 □その他の脳血管障害:
 □脳腫瘍 □再発
 部位 □脳干上 □脳幹 □小脳 □大脳
 □左 □右 □両側

病巣 □前(口右 □左 □両) □側
 □矢状 □不特定領域

失語 □有(口運動性 □感覚性 □失読性 □無
 算数 □非-口算
 高次脳機能障害 □有: 1-口算
 視下障害: □有(口視下点 □時等 □異変) □無

MMSE: 点 /
 認知障害: □軽(口CS) 1-口算
 □その他を記載

脳の模式図

脳卒中ノート

急性期病院(退院後): _____

急性期病院は、再発予防や他の健康状態の経過をみるため、退院後に検査を行います。また、万一再発した場合にもいつでも受診して頂きます。

日付	検診事項
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /

フォローアップ項目: □脳動脈、□脳血管、
 □認知症、□ASO、□大動脈症、□深部静脈血栓
 □末梢動脈疾患

日付	検診事項
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /

脳卒中ノート

検査所見 (20__年__月)

脳MRI	検査機関: _____ 検査日: _____
頸動脈MRA	検査機関: _____ 検査日: _____
頸動脈	検査機関: _____ 検査日: _____
心電図	検査機関: _____ 検査日: _____
心エコー	検査機関: _____ 検査日: _____
大動脈	検査機関: _____ 検査日: _____
ASO	検査機関: _____ 検査日: _____
下肢静脈	検査機関: _____ 検査日: _____

検査所見の経過

検査項目	1	2	3	4	5
脳MRI					
頸動脈MRA					
頸動脈					
心電図					
心エコー					
大動脈					
ASO					
下肢静脈					

脳卒中ノート

回復期リハビリ病院(退院後): _____

回復期リハビリテーション病院は、退院後のリハビリ期間中機能評価を実施が行います。

日付	検診事項
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /
/ /	/ / / / / /

日常生活動作の経過(病院で記入します):

項目	達成
歩行	
食事	
排泄	
着脱	
入浴	
移動	
その他	

脳卒中ノート

危険因子のコントロール状況

項目	目標	1	2	3	4	5
血圧	140/90以下					
糖化糖化	HbA1c 7.0以下					
脂質	LDL 以下					
たばこ	禁煙					
アルコール	禁酒					
その他	禁煙					

危険因子のコントロール状況

項目	1	2	3	4	5
歩行					
排泄					
着脱					
入浴					
移動					
その他					

脳卒中ノート

目標達成度

退院日 年 月 日

目標達成度を3ヶ月に一度評価、評価しましょう。
 ○: 出来た、△: 少し出来た、×: 出来なかったを
 各項目について記入して下さい。

項目	具体的な目標	達成度
身の回りのこと	食事: 排泄: 着脱: 入浴: 整理:	
家庭での役割	家事: その他:	
移動・外出	移動方法: 外出先:	
趣味活動への参加	趣味の内容:	
就労等社会参加		
生き甲斐		

脳卒中ノート

リハビリテーション経過表

項目	200_年 月	
	1	2
1. 歩行		
2. 上肢		
3. 下肢		
4. 日常生活		
5. その他		

項目	200_年 月
1. 歩行	
2. 上肢	
3. 下肢	
4. 日常生活	
5. その他	

脳卒中ノート

セルフケア1

項目	200_年 月
1. 歩行	
2. 上肢	
3. 下肢	
4. 日常生活	
5. その他	

セルフケア2

項目	200_年 月
1. 歩行	
2. 上肢	
3. 下肢	
4. 日常生活	
5. その他	

脳卒中ノート

iADL尺度(1)

項目	200_年 月
1. 自分から電話をかける	
2. 2-3のよみかきしている郵便をかける	
3. 電報にちがいが自分からわかる	
4. 金、電話を使用しない	
5. すべての買い物は自分で行う	
6. 少額のお金も自分で扱う	
7. 買い物に行くときは支払いも自分で済ませなければならない	
8. 家から買ったものは自分で運ぶ	
9. 料理が調理されたら調理器具を洗う	
10. 洗濯物が洗濯されたら洗濯機を洗う	
11. 掃除機がけ、掃除機を洗う	
12. 掃除機がけ、掃除機を洗う	
13. 掃除機がけ、掃除機を洗う	
14. 掃除機がけ、掃除機を洗う	
15. 掃除機がけ、掃除機を洗う	

iADL尺度(2)

項目	200_年 月
1. 家事を一人でこなす(あるいは、簡単な家事をこなす)	
2. 買い物やベットの整理などの日常動作が出来る	
3. 簡単な日常動作が出来るが、基本的な清潔性の確保が出来ない	
4. 全ての家事に手助けが必要とされる	
5. 全ての家事に手助けが必要とされる	
6. 全ての家事に手助けが必要とされる	
7. 全ての家事に手助けが必要とされる	
8. 全ての家事に手助けが必要とされる	
9. 全ての家事に手助けが必要とされる	
10. 全ての家事に手助けが必要とされる	
11. 全ての家事に手助けが必要とされる	
12. 全ての家事に手助けが必要とされる	
13. 全ての家事に手助けが必要とされる	
14. 全ての家事に手助けが必要とされる	
15. 全ての家事に手助けが必要とされる	

脳卒中ノート

介護保険

項目	200_年 月
1. 歩行	
2. 上肢	
3. 下肢	
4. 日常生活	
5. その他	

訪問看護(200_年 月)

- 訪問頻度: 回/週
- 看護・リハビリの内容
 - 健康状態のチェック
 - 日常生活の援助
 - 排泄、入浴、食事、床ずれ予防
 - 通院や散歩の付き添い
 - コリハビリ
 - 関節可動域訓練
 - ADL訓練
 - 歩行訓練
 - 筋力強化

内容が変わったときに記載してください。

シンポジウム 医療から在宅への流れ パート3

医療と介護の垣根をはずそう!

医療制度、介護保険制度の大改革から1年が経ちました。さて、今、現場はどうなっているのでしょうか？

昨年に行われた、急性期・回復期・療養型病院および在宅の各種療養の現状を語り、意見交換することで、連携を深め、高齢者を支える地域のネットワークづくりのステップとしたいと考えています。

今回は、豊能地域で活躍している方々にお話をさせていただきます。ぜひ、ご参加下さい。

とき 平成19年10月21日(日)
午後1時30分～5時00分(受付は午後1時～)

ところ 国立豊能研修センター 図書部 講堂

<シンポジスト>

- 急性期病院: 市立豊中病院(豊中市)・中野海佐さん(医師)
- 回復期病院: 協和病院(伏見市)・石川信彦さん(医師)
- 療養型病院: 聖隷病院(豊中市)・坂本二重さん(医師)
- 在宅医: よこかわクリニック(伏見市)・横川雅治さん(医師)
- ケアマネジャー: プラスファンケアサポート(豊中市)・佐々木芳芳さん
- 地域包括支援センター: 中央地域包括支援センター(豊中市)・藤村賢一さん(社会福祉士)

<コーディネーター>

- 国立豊能研修センター...長原一幸さん
- 兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター...津波祐希さん

項目	200_年 月
1. 歩行	
2. 上肢	
3. 下肢	
4. 日常生活	
5. その他	

地域としての臨床指標

- 健診・市民公開講座など脳卒中の発症予防に対する取り組みが行われているか
- 急性期の脳卒中患者が適切な施設に、短時間で搬送できているか
- 急性期病院、回復期リハ病院で臨床指標を設けているか
- 急性期病院、回復期リハ病院、かかりつけ医、介護の間で切れ目のない連携が出来ているか
→ 地域連携パス
- 在宅期の臨床指標を設けているか
(QOL、ADL、再発率、嚥下性肺炎、骨折etc)

(秋田公開シンポジウム発表スライド)

【シンポジウム】
「福岡市及び周辺地域」

演者：九州医療センター
湧川 佳幸

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

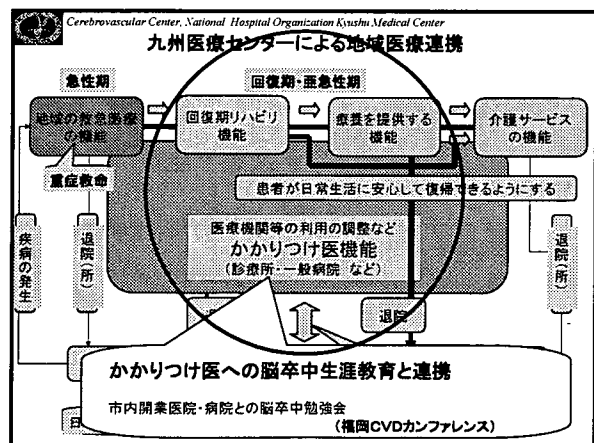
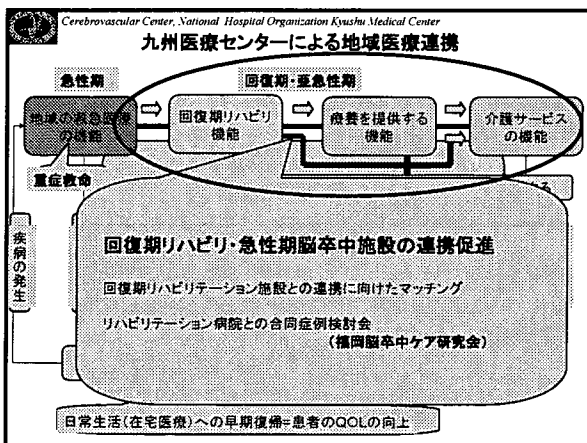
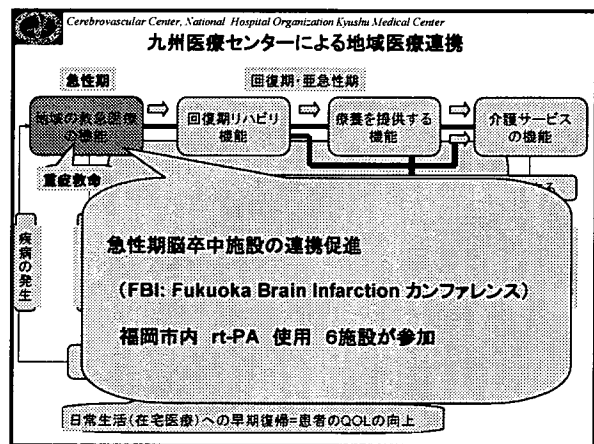
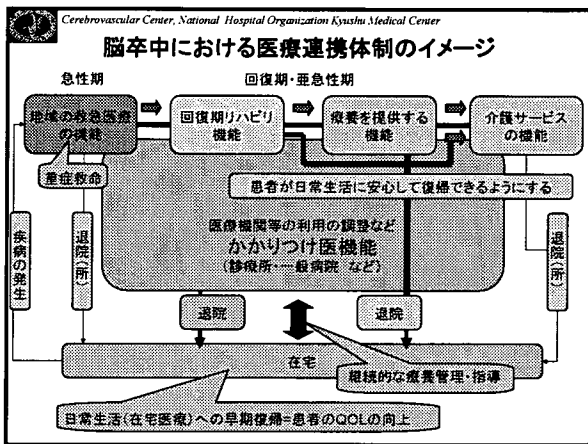
福岡市周辺地区における脳卒中地域医療連携

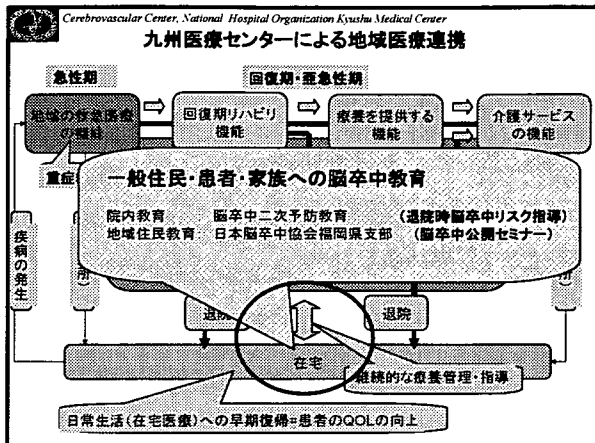
国立病院機構 九州医療センター 脳血管内科
 濱川佳幸 齊藤正樹 岡田 靖

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

九州医療センターによる地域医療連携

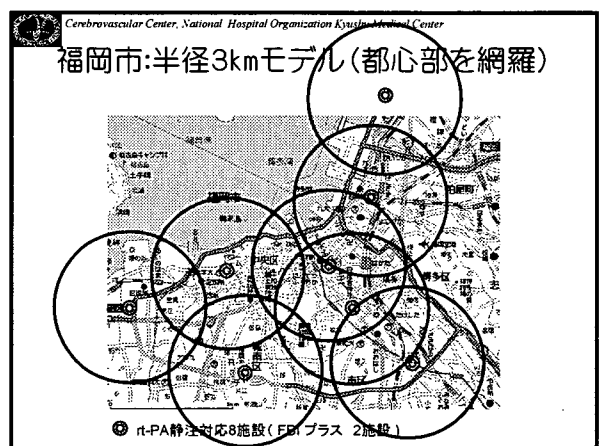
1. 急性期脳卒中施設の連携促進 (FBI: Fukuoka Brain Infarction カンファレンス)
2. 回復期リハビリ・急性期脳卒中施設の連携促進 (福岡脳卒中ケア研究会)
3. かかりつけ医への脳卒中教育と連携 (福岡CVDカンファレンス)
4. 一般住民・患者・家族への脳卒中教育





- Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center
- 急性期地域脳卒中医療
- 1 地域の急性期脳卒中の転帰の把握 (データベース化)
 - 2 脳卒中二次予防の教育

- Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center
- 急性期地域脳卒中医療
- 1 地域の急性期脳卒中の転帰の把握 (データベース化)
 - 2 脳卒中二次予防の教育
1. FBI: Fukuoka Brain Infarction カンファレンス
2. マイナーストローク診療および予後調査



Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

FBIカンファレンス参加施設

福岡市内 6施設： 国立病院機構 九州医療センター 構造(structure)
九州大学医学部病院 福岡市民病院
済生会福岡総合病院 福岡赤十字病院
国立病院機構 福岡東医療センター

6施設の急性期脳卒中の現状(データベース化)

発症1週間以内	866例	
発症3時間以内	131例 (15%)	
rt-PA施行例	29例	
rt-PA / 発症3時間以内	22%	実施過程が提示できる (process)
rt-PA / 急性期脳梗塞	3.3%	転帰 (outcome) を提示
著明改善	9例 (31%)	監視 (audit) から改善へ

>>発症早期の来院が不可欠 プレホスピタルケアが重要

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

急性脳梗塞患者の動向

2005年10月より2007年6月

○ 急性期脳梗塞(発症1週間以内)

2005年10月～12月	274例	91例/月
2006年	1156例	96例/月
2007年1月～6月	470例	78例/月

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

発症3時間以内搬入例の割合

2005年10月より2007年6月

Year	搬入<3時間 (%)
2005年	17%
2006年	19%
2007年	20%

発症3時間以内搬送例増加

PSLS
コースガイドブック
Prehospital Stroke Life Support
2007年1月出版

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

tPA血栓溶解療法の症例数

2005年10月より2007年6月

Year	tPA症例数 (症例数/月)
2005年	1.8
2006年	3.2
2007年	4.2

tPA血栓溶解療法施行例増加 (急性脳梗塞例)

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

tPA血栓溶解療法の割合

2005年10月より2007年6月

Year	tPA症例割合 (%)
2005年	2%
2006年	3.5%
2007年	5.5%

tPA血栓溶解療法施行割合増加 (急性脳梗塞例)

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

虚血性脳血管障害の重症度別の患者分布

NIHSSの中央値=5

患者数

NIHSS Score

・ 45.0%の症例はNIHSS 4以下の軽症例。
山口武典: 脳卒中, 2001

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

マイナーstroke研究

福岡脳卒中専門7医療施設
多施設共同前向きに観察研究
脳血栓症急性期、比較的軽症患者
診療の実態、急性期治療と転帰
これからの診療のあり方を検討

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

マイナーstroke研究

対象患者：福岡脳卒中専門病院7施設に入院した
発症72時間以内入院の脳血栓症急性期患者
(NIHSS:7点以下、心原性脳塞栓症を除く)

調査内容：
1) 脳血栓症急性期(軽症例)の発症 - 来院の実態
2) 脳血栓症急性期治療の実態
3) 脳血栓症急性期の神経症候の変化と治療効果

多施設共同前向き観察研究で、上記の実態を明確にし、
今後の脳血栓症急性期の治療に役立てる
マイナーstrokeの臨床像、治療実態、転帰を明らかにする

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

マイナーstroke研究組織

■研究実施施設
国立病院機構九州医療センター 湧川佳幸、斉藤正樹
 緒方利安、矢坂正弘
 岡田 靖(実施責任者)
 中根 博
 藤井 健一郎
 玉城 欣也
 国立病院機構福岡東医療センター 藤本 茂、陣内重郎
 福岡赤十字病院 石束 隆男
 白十字病院 井林 雪郎、大星博明
 新日鐵八幡記念病院
 九州労災病院
 九州大学病院

■解析指導委員長 井林 雪郎
九州大学大学院医学研究院

■顧問 新日鐵八幡記念病院 院長 佐渡島 省三

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

マイナーstroke患者の来院までの時間(中間解析)

N=167

3時間以内 3-6時間 6-12時間
12-24時間 24-48時間 48時間以降

6時間以内の受診 全体の25%
24時間以内の受診 全体の66%
24時間以降の受診 全体の34%

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

マイナーstroke患者の来院方法

N=167

自力来院(電車)
自力来院(バス)
自力来院(タクシー)
自力来院(不明)
介助され来院(車)
介助され来院(タクシー)
介助され来院(不明)
救急車
院内発症

脳卒中中の救急治療の目安になる7つのD

改善の余地
急性期脳卒中医療の質

Detection 発見 <10分
Dispatch 救急車出動 <10分
Delivery 患者搬送 <25分
Door 患者到着 <25分
Data 患者情報 <45分
Decision 治療方針決定 <45分
Drugs 薬剤投与開始 <60分

AHA Guidelines 2009より改善 慎重にモニター

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

急性期地域脳卒中医療

- 1 地域の急性期脳卒中の転帰の把握
(データベース化)
- 2 脳卒中二次予防の教育

二次予防推進は急性期病院の責務

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

リハビリテーション連携部・生活指導のためのチェックリスト

(お目入いただいた内容から、個人にあった、具体的な二次予防の生活指導やアドバイスを行います。)

糖尿病に関する適切な指導、生活指導のためのチェックリスト

運動が血圧を下げる作用が日常生活上の工夫で家庭で測定可能な範囲から測定

あなたの現在の採血結果です。 採血日(200 / /)

空腹時血糖 (正常値 100mg/dL未満)

HbA1c (正常値5.6mmol/L未満、治療目標 未満)

かかりつけ医の指示に従い、定期的に診察や採血を行っていますか

はい

しばらく行っていません

今更はじめて糖尿病であることがわかりました

糖尿病が脳卒中の発症リスク・再発リスクになることを知っていましたか

はい

初めて知った

糖尿病はA型とB型があるので、その人にあった指導が必要です。かかりつけ医の先生と相談しながら、お家で適切な指導を働かしていただき、自己管理をお願いします。

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

九州医療センターにおける脳卒中二次予防の推進

- ① 二次予防推進は急性期病院の責務
- ② 回復期・維持期でも二次予防が維持されているのが監視が必要である
- ③ 高血圧、糖尿病、高脂血症、抗凝固療法、禁煙、抗血小板療法の維持が必要

脳卒中連携パス作成

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

脳卒中連携パス作成

福岡市医師会 脳卒中ワーキンググループ

福岡市内 9施設： 国立病院機構 九州医療センター

九州大学医学部病院	福岡市民病院
福岡大学医学部病院	済生会福岡総合病院
福岡赤十字病院	
八木厚生会 八木病院	原土井病院
日十字会 日十字病院	

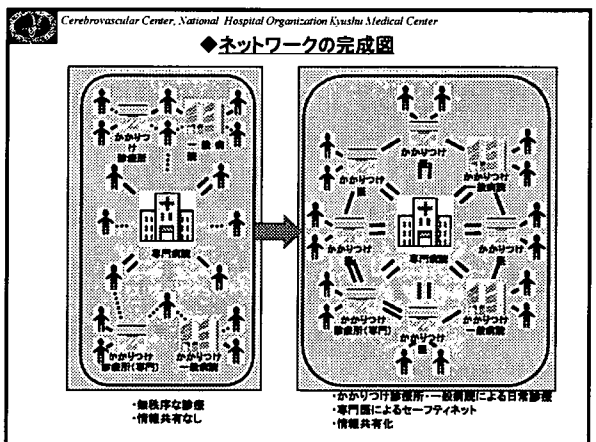
福岡市医師会モデル事業として、当院を含む9病院の担当者によるワーキンググループを立ち上げ、脳卒中連携パス作成を推進中。

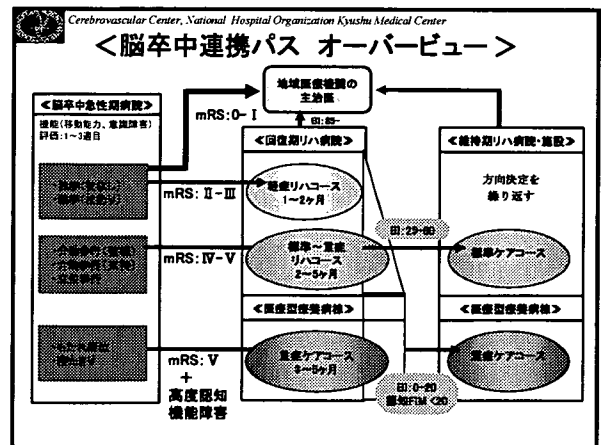
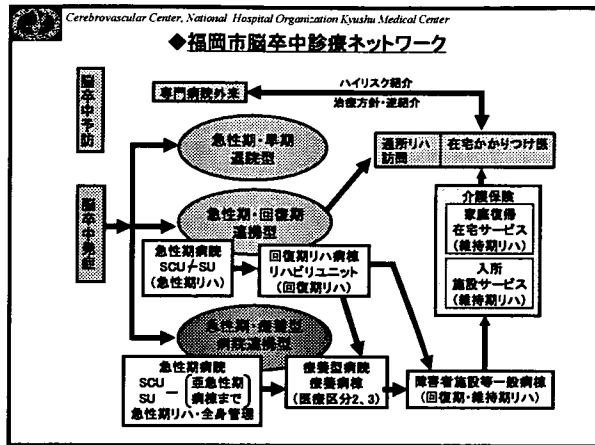
Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

脳卒中における連携パス・モデル事業

福岡市医師会モデル9事業の一つとして福岡市連携パス作成

- 急性期・回復期・療養・かかりつけ医がそれぞれ最小限の基準を設けて手分け方式で登録
- 頻度の高い「脳梗塞」用から作成
- 共通のスケール:急性期病院はNIHSSとmRSを、回復期はFIMとmRSを、療養型病院ではmRSを共通の言語として
 - ・転院時に情報交換用紙完成し、急性期病院やかかりつけ医と情報を共有
- フィードバック(在院日数と転帰)
- 平成19年度中に完成





Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

医療者間 情報交換用紙

患者氏名	性別	年齢	病歴	検査結果	治療経過	転院先	連絡先
田中 太郎	男	75	脳卒中	CT: 左側脳内出血	急性期病棟 SCU+SU	回復期リハ病棟	090-XXXX-XXXX
山田 花子	女	68	脳卒中	CT: 左側脳内出血	急性期病棟 SCU+SU	在宅サービス	090-XXXX-XXXX
佐藤 一郎	男	82	脳卒中	CT: 左側脳内出血	急性期病棟 SCU+SU	障害者施設	090-XXXX-XXXX

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

地域脳卒中医療連携

- 1 地域の急性期脳卒中の転帰の把握 (データベース化)
- 2 脳卒中二次予防の教育

◆福岡市脳卒中診療ネットワーク

◆脳卒中における連携パス・モデル事業

- ・実績による評価と検討
- ・電子カルテへの対応
- ・データベース作り
- ・ネットワークの構築

(秋田公開シンポジウム発表スライド)

【パネルディスカッション】

「秋田県の脳卒中地域医療連携を考える」

1. 病院前医療

演者：秋田市城東消防署

菊地 正人

脳梗塞救急搬送の現状と課題

秋田市消防本部
 城東消防署
 菊地正人・熊谷博樹・渡部顕・島山浩・佐藤善広 他

はじめに

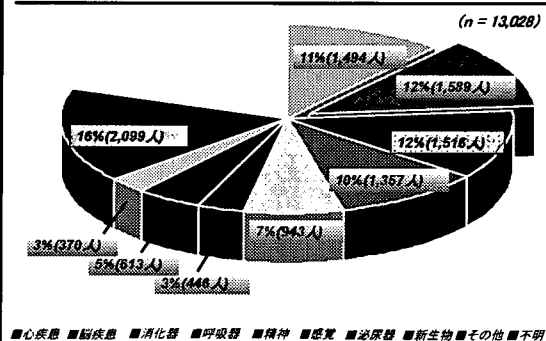
脳卒中傷病者に対する的確な観察や医療機関への早期収容の重要性については以前から指摘されてきたが、我が国においても脳梗塞のt-PA治療が導入されたことにより、プレホスピタルケアとしての救急隊の役割が、今後ますます重要となってくる

そこで、当市における脳梗塞の搬送実態を明らかにし、現状での課題と今後の展望について検討する

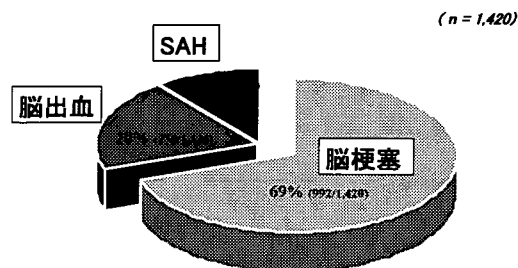
対象と方法

2005.1.1から2006.12.31までに救急搬送した傷病者で、初期診断において脳血管障害と判明した1,420人のうち、脳梗塞992人を対象とし、主に発症推定時刻から病院に到るまでの時間経過と状況について調査した

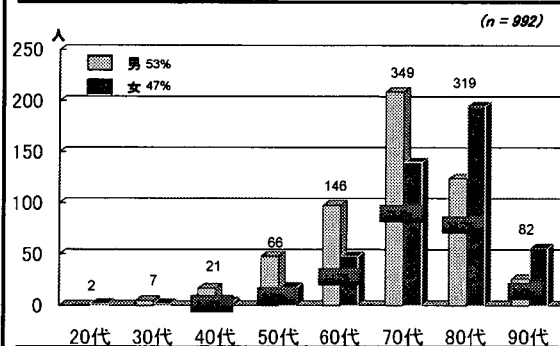
内因性疾患の内訳

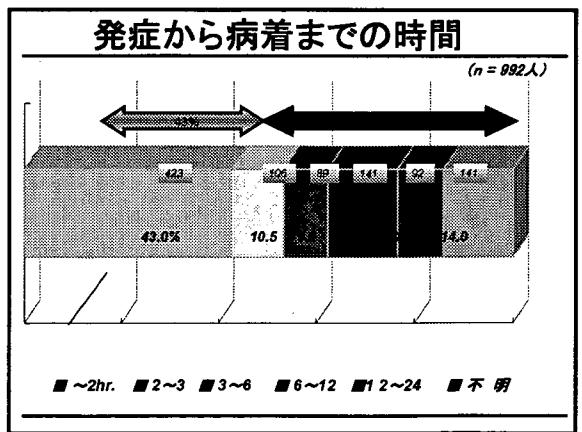
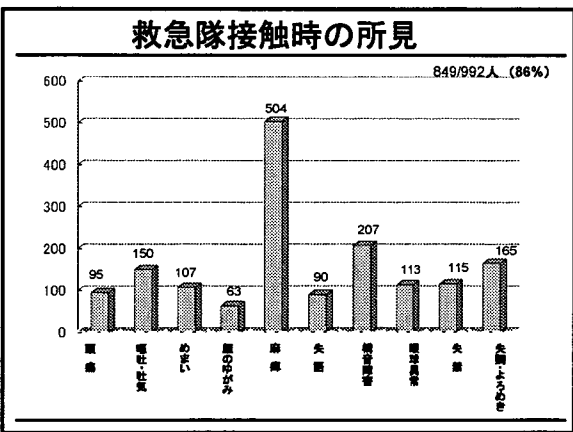
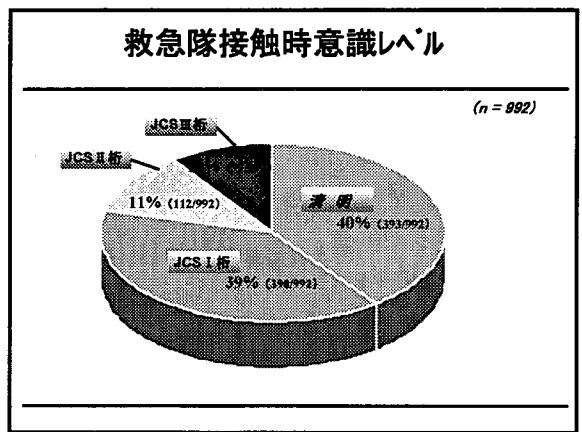
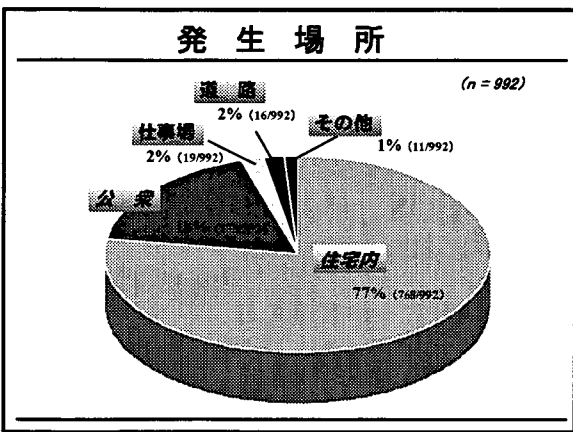
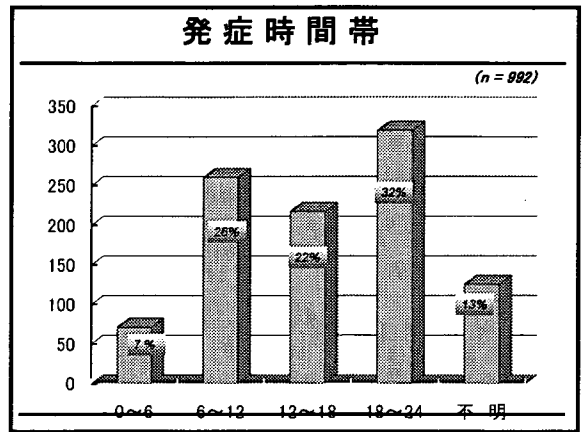
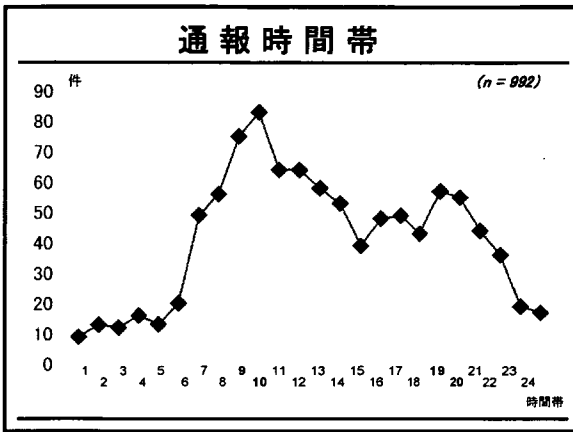


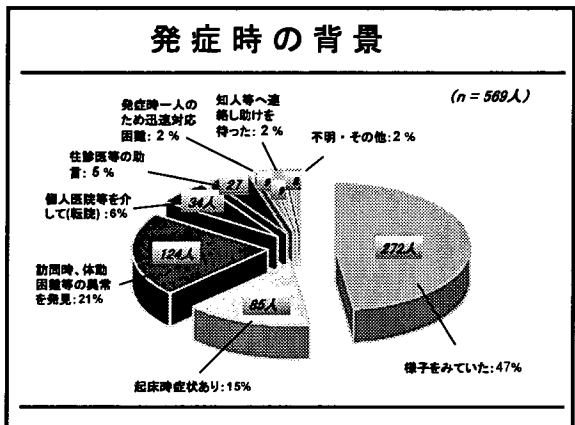
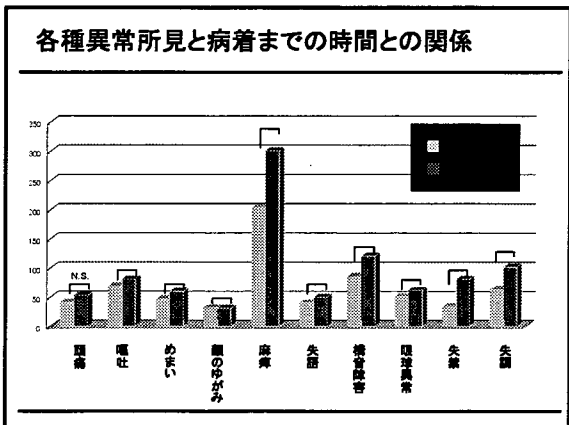
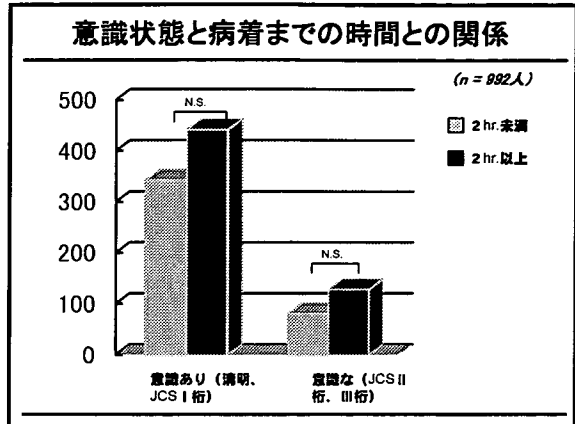
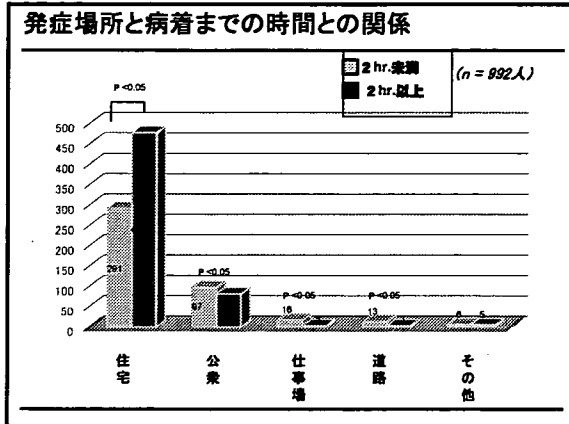
脳血管障害の内訳



脳梗塞年代別性別搬送人員



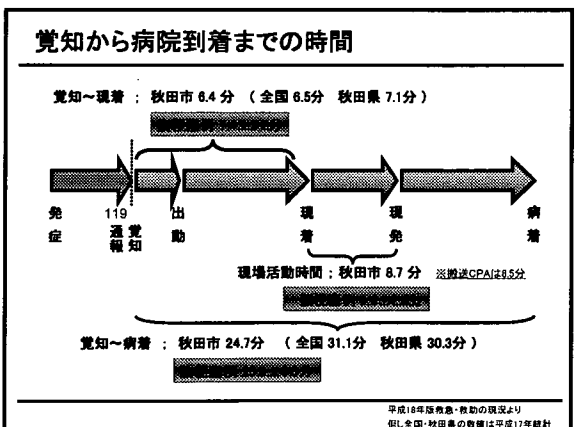


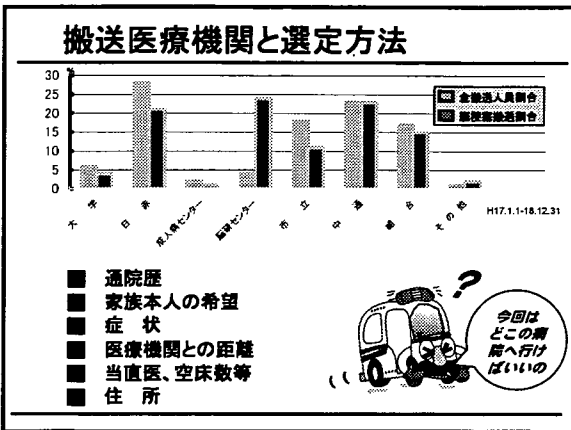


一般市民に対する普及啓発

市民を対象とした応急手当の講習会は主として心肺蘇生法が中心であり、脳卒中の症状や対応はほとんど行っていない

したがって今後は、当講習プログラムに脳卒中教育を加え、迅速な通報や対応について啓発していく必要がある





現場活動の標準化

脳卒中は、救急隊が日常的に遭遇する最も頻度の高い疾患ではあるが、救急現場における観察処置や病院選定、そして搬送先病院への情報提供要領など、いまだ標準化されたシステムは存在せず、隊員個々の知識や経験に委ねられているのが現状である

今後、脳卒中に対する病院前救護のレベルを向上させるためにも、地域MC協議会や医療協議会等が連携し、標準化した体系的なシステムの構築を急ぐ必要がある

対応可能な医療機関情報の共有化と適切な搬送先の選定

救急隊が脳卒中の可能性を疑った場合、ゴールデンタイム内に治療可能な医療機関へ搬送する必要があるが、そのためには事前に病院の受け入れ状況を把握しておく必要がある

地域におけるストローク・ネットワークを構築し救急隊が医療機関と十分なコミュニケーションをとることが重要

- ### 結 語
- 秋田市における脳梗塞救急搬送の実態を調査した
 - 発症から2時間以内で医療機関に搬送されたのは全体の43%であった
 - 脳梗塞による後遺障害を減少させるためには、急性期医療を踏まえた病院前救護の質の向上と市民に対する普及啓発が不可欠である