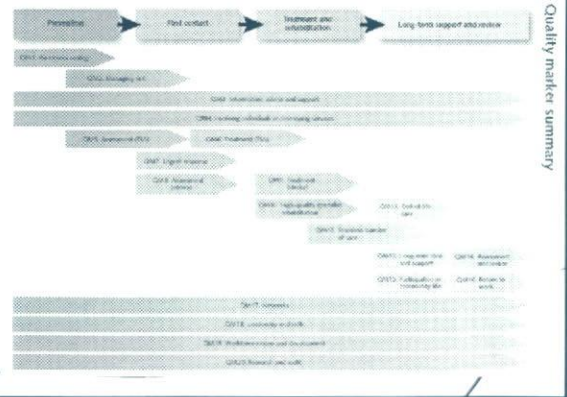
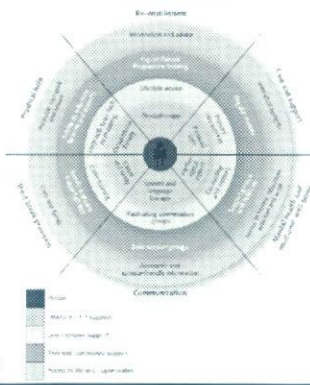


まとめ

- 人口密度が高いと連携しにくい
- 医療と介護で医療圏に認識のずれ
- 急性期と回復期に中心的役割を期待
- 維持期入院入所の多くが在宅復帰困難
- 維持期のリハビリは十分とはいえない
- 維持期の多くは他と良好に連携できにくい
- 自治体と連携良好⇔地域全体も連携良好
- 情報共有の現状は十分ではない

National STROKE Strategy

The range of support someone may need after a stroke



(神奈川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】

「神奈川の脳卒中地域連携医療を考える」

1. 病院前救護

演者：麻生消防署警防第1課柿生救急隊隊長

市川 忠克




神奈川の脳卒中地域連携医療 を考える～病院前救護より

川崎市消防局
麻生消防署柿生救急隊
市川 忠克

神奈川県における川崎市の位置



川崎市と川崎消防

人口138万人
8署27出張所
救急隊24隊
救急件数
58631件(H19)



救急活動事例

119番通報 9時55分 → 消防局指令センターへ

「66歳の女性です。右半身にしびれがあります。」

通報と同時に救急隊へ指令し、詳細な情報に基づきから送信します。出場指令までのタイムロスが少ない。

救急出場指令




救急活動事例 (2)

出場中に支援情報を入力
「66歳女性。右半身のしびれ。意識あり。知人通報」

救急出場 9時57分

現場は武道館
患者は武道館内でイスに座っていた。館内ではカールチャースクールが開催されており、体操を行っている様子であった。

現場到着 10時02分




救急活動事例 (3)

観察実施

- ・66歳女性で意識清明
- ・軽度の構音障害を認め、本人も自覚している
- ・右上下肢に不全マヒを認める
- ・右上肢バレー置換 (+)、右下肢ミンガツイニ試験 (+)
- ・顔面には明らか麻痺は無いが、右側の感覚が鈍い
- ・バイタルサイン
BP 168/96、HR 92回/分(整)、RR 20回/分
SpO2: 97% (ルームエア)、BT 35.8℃ (腋下)
- ・既往症なし
- ・アレルギーなし
- ・現病歴: 9時40分頃ストレッチ体操をしていた最中、右上肢にしびれを感じ、その後右下肢に力が入らなくなった。椅子に座り椅子を見ていたが改善せず、救急要請に至った。
- ・MPPSSは2点

脳卒中の疑い!



救急活動事例 (4)

MPSSによるスコア化




顔の麻痺 → 0
 上肢の麻痺 → 1
 発話・言葉 → 1

MPSSスコアは2


「MPSS ≥ 2である場合、t-PA静注療法への適応が十分考えられます。」との記載があります。

救急活動事例 (5)

病院選定及び病院連絡



脳卒中の可能性が高く、発症から3時間以内であることからt-PA治療適応の可能性あり。よって川崎脳卒中ネットワークを利用することにした。



救急活動事例 (6)

川崎脳卒中ネットワーク



約10分至到着

① ② ③ ④ ⑤ 直近の聖マリアンナ医大病院を選定


救急活動事例 (7)

聖マリアンナ医大病院脳卒中ホットラインへ連絡

報告内容

- ・66歳女性。9時40分頃ストレッチ体操をしている最中に右片麻痺。
- ・軽度の構音障害を認め、本人も自覚している
- ・右上下肢に不全マヒを認める
- ・顔面には明らかな麻痺は無いが、右側の感覚が鈍い
- ・バイタルサイン
- ・既往症なし
- ・MPSSは2点

応需可能！
搬送開始！



救急活動事例 (8)

時間経過

発症	9時40分
通報	9時55分
出場	9時57分
現場到着	10時02分
搬送開始	10時13分
病院到着	10時24分

発症から44分

発症から短時間で医療機関収容に至った。



救急活動事例 (9)

7つのD (AHAガイドライン2005より)

発見 (Detection)	→ 市民
出動 (Dispatch)	→ 消防
搬送 (Delivery)	
救急外来到着 (Door)	
情報 (Data)	→ 医療機関
決定 (Decision)	
投薬 (Drug administration)	

救急活動事例 (9)

それぞれの役割

市民


早期に脳卒中を疑い、救急車を要請する

消防

速やかに救急隊を出場させる。脳卒中が疑われるのであれば更に現場滞在時間の短縮に努める。

医療機関

ホットラインを設置し、脳卒中に常時対応出来るシステムを構築する



救急活動事例 (10)

早期搬送が実現した理由

- 1 集団の中で健康な方が突然発症したため、周囲の人が心配し早期の通報に至った。
- 2 救急隊が脳卒中の可能性を考慮し、速やかな搬送を心掛けた。
- 3 川崎脳卒中ネットワークを利用し、医療機関の選定及び受け入れが速やかに行われた。

市民

消防

医療機関

脳卒中救命の連鎖 現状と課題

市民

通報時には、すでに発症から時間が経過していることが多い

脳卒中に関する啓発活動が必要！


有効策として、消防が開催している救命講習の利用が考えられる
年間約1万6千人を養成している。

脳卒中救命の連鎖 現状と課題 (2)

消防

指令センター員は通報とほぼ同時に救急隊を出場させている。救急隊は+P-Aの適応を理解し、時間管理を行い、医療機関へ搬送している。

PALSなどの脳卒中コースを受講して技能向上を図り、更なる現場滞在時間の短縮に努める。

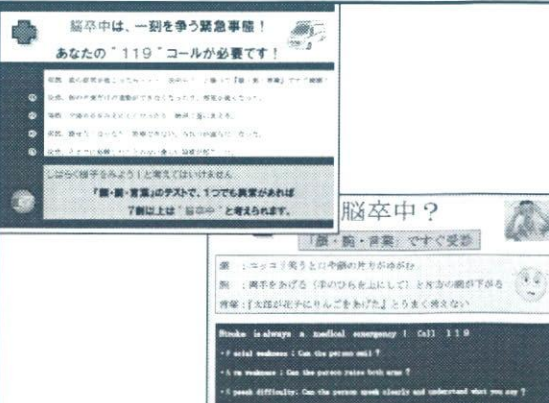


脳卒中救命の連鎖 現状と課題 (3)

医療機関

川崎市では市内8医療機関がネットワークを形成し、脳卒中患者の常時受け入れ体制が整っている

ファーストコールは「脳卒中です!」、
詳細な情報はセカンドコールで更に時間短縮。
Load & Go



脳卒中は、一刻を争う緊急事態！
あなたの「119」コールが必要です！

脳卒中？

「顔・腕・言葉」ですぐ受診

「顔・腕・言葉」ですぐ受診

脳 : コココ！笑うと口ずかす片方がはがら

腕 : 両手をあげる(手のひらを上にして)と両手の腕が下がる

言葉 : 「太郎が花子にりんごをあげた」とうまく書けない

Stroke is always a medical emergency ! Call 119

- I feel weakness : Can the person walk with ease ?
- I see redness : Can the person raise both eyes ?
- I speak differently : Can the person speak clearly and understand what you say ?
- I feel no one FACT : If recognize the signs of STROKE, ACT-FAST ! Call 119

まとめ

- ・救急隊の立場から脳卒中地域連携医療について述べた。
- ・脳卒中（主として虚血性）の治療は時間管理が重要であり、目的を達成する為には市民、消防、医療機関の連携が必要である。
- ・消防が脳卒中傷病者のQOL向上のためにできることは、早期搬送と市民への啓発活動である。

(神奈川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】

「神奈川の脳卒中地域連携医療を考える」

2. 回復期リハビリテーションの立場から

演者：新戸塚病院

林 暁

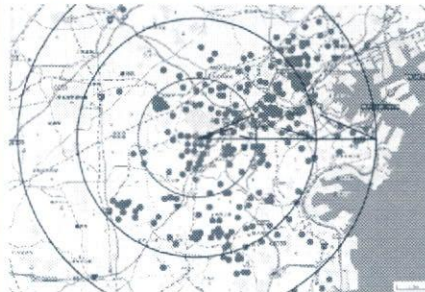
“雑目なき質の高い脳卒中地域医療をめざして”
回復期リハビリテーションの立場から



- ・平成20年9月14日(日)
- ・聖マリアナ医科大学病院
 - ・別館8階臨床講堂
- ・新戸塚病院
- ・院長 林 暁

地域完結型連携は困難

・回復期リハ後の在宅分布図 平成18年10月31日



戸塚区	46
磯子区	52
瀬谷区	23
鶴岡区	13
藤子区	5
港南区	22
神奈川区	40
旭区	22
基区	12
西区	22
中区	12
磯見区	8
港北区	8
金沢区	8
藤巻区	8
磯見市	5
川崎市	3
鎌倉市	2
神奈川橋	5
その他	18
合計	329

神奈川回復期リハビリテーション
病院の会 発足

- ・第1回横浜市回復期リハビリテーション病院連絡会議
- ・とき 平成20年4月22日火曜日 午後6時
- ・ところ 横浜市立脳血管医療センター
- ・発起人
 - 山本勇夫 横浜市立脳血管医療センター 顧問
 - 黒岩義之 横浜市立大学大学院医学研究科 神経内科教授
 - 長谷川泰弘 聖マリアナ医科大学 内科学神経内科教授
 - 高木繁治 東海大学医学部 神経内科学教授
 - 川原信隆 横浜市立大学大学院医学研究科 脳神経外科教授
 - 林 暁 新戸塚病院 院長

神奈川回復期リハビリテーション
病院の会 会員(世話人)

- ・横浜市立脳血管医療センター
 - 顧問 山本勇夫
 - 顧問 黒岩義之 山田正樹
 - 顧問 高木繁治 川原信隆
- ・新横浜リハビリテーション病院
 - 院長 川原信隆
 - 副院長 山田正樹
- ・済生会神奈川県病院
 - 院長 山田正樹
- ・厚原ヶ丘病院
 - 院長 菅中心一郎
 - MSW 前田 聡
- ・横浜新都市脳神経外科病院
 - 院長 伊藤康次郎
 - 部長 医師 北川真直
- ・青葉さわい病院
 - 理事長 藤井博司
- ・汐田総合病院
 - 院長 藤井博司
 - 部長 藤井博司
- ・金沢病院
 - 院長 山田正樹
 - 部長 藤井博司
- ・創生病院
 - 院長 藤井博司
- ・横浜新緑総合病院
 - 院長 藤井博司
- ・横浜旭中央総合病院
 - 院長 藤井博司
- ・西横浜国際総合病院
 - 院長 藤井博司
 - 部長 藤井博司
- ・新戸塚病院
 - 院長 林 暁

神奈川回復期リハビリテーション
病院の会 会則

- 1. 本会の目的は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 2. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 3. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 4. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 5. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 6. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 7. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 8. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 9. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 10. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 11. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 12. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 13. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 14. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 15. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 16. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 17. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 18. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 19. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 20. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 21. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 22. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 23. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 24. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 25. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 26. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 27. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 28. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 29. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 30. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 31. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 32. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 33. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 34. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 35. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 36. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 37. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 38. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 39. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 40. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 41. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 42. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 43. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 44. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 45. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 46. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 47. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 48. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 49. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 50. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 51. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 52. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 53. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 54. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 55. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 56. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 57. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 58. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 59. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 60. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 61. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 62. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 63. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 64. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 65. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 66. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 67. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 68. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 69. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 70. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 71. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 72. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 73. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 74. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 75. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 76. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 77. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 78. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 79. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 80. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 81. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 82. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 83. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 84. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 85. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 86. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 87. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 88. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 89. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 90. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 91. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 92. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 93. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 94. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 95. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 96. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 97. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 98. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 99. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、
- 100. 本会の活動は、回復期リハビリテーション病院の会として、

横浜に展開する回復期リハビリ病棟を有する
13病院・760床により
神奈川回復期リハビリテーション病院の会は
平成20年7月17日に発足しました

神奈川県における脳血管疾患・整形外科領域疾患を中心に
その他、回復期リハビリテーションを必要とする医療の健全な
発展に寄与することを目的に会員相互の情報の共有を通して
回復期リハビリテーション医療に対して提言・提案を行う。また
回復期リハビリテーションという特異的な医療の分野であるこ
とを考慮し、患者・患者家族・住民と行政を含めた地域社会、
全ての医療機関および医療従事者、地域の病院協会および
既存の各種医療のネットワークと連携を密にし、運営する。

神奈川回復期リハビリテーション病院の会は
公正
であることを旨とします

公正を旨とする会の趣旨から、将来的に、また暫時、有識者、患者および患者家族、住民および行政を含む地域社会の代表を顧問として、組織への参加を義務付ける。顧問は総会を含む全ての会議に出席する権利を有し、発言・提言・提案をすることが出来る。

本会の運営経費は、会費、寄付金を持って、これに当てるものとする。総会の決議により、将来はその運営経費に公的な補助金およびその他の雑収入も充てることが出来る。但し、特定の業者からの協賛はその運営経費には充てないものとする。

第3回横浜南部脳卒中ネットワーク

講師 加藤中典、患者に話を聞いては改めて講演員に立候補し出席して下さい。横浜南部地区における脳卒中の急命予後患者を減らし、地域の高齢者への関心を持って脳卒中・リハビリテーションを目的とし、地域での生活も図りたいと願っています。ご参加をお願いします。事務局は横浜市中区中之島2-1-1 横浜市民センター TEL.045-660-0000

2007年10月開催

日時 2007年11月3日(水曜日)
場所 神奈川独立地球館4F ながのホール(あーすふら) 2F 2号ホール(中)

横浜市民センター TEL.045-660-0000

<プログラム>

【開会挨拶】 18:10～18:20
横浜市民センター 脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生

【講演 非おび施設 協議紹介】 18:20～18:30
議長 江口孝院 院長 江口一彦 先生

1) 脳卒中リハビリテーション施設紹介
2) 施設紹介 池田隆雄 先生

3) 参加者投票

【特別講演】 18:30～20:20
議長 経理課長 院長 林 隆 先生

演題 『東部のリハビリテーションから地域リハビリテーションへ』

～脳卒中治療を中心とした医療連携の取り組み～

講師 山形野原 正彦 脳卒中リハビリテーションセンター 施設課長 山形野原 正彦 先生

※講演終了後、懇話会を開催しております

※ 本会は脳卒中リハビリテーションセンター

の会、各府県として70%程度を助成して頂きます。

※ 本会が主催する脳卒中リハビリテーションセンター

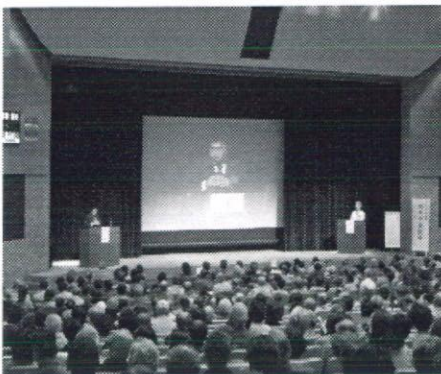
の会、各府県として70%程度を助成して頂きます。



市民公開講座
脳卒中 最前線
大切な人が倒れたときに

2008年 4月19日(土)

【プログラム】
18:00 開会 江口一彦 院長
18:10 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
18:20 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
18:30 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
18:40 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
18:50 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
19:00 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
19:10 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
19:20 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
19:30 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
19:40 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
19:50 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
20:00 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
20:10 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』
20:20 講演 『脳卒中診療科・脳神経外科部長 北村佳久 先生』



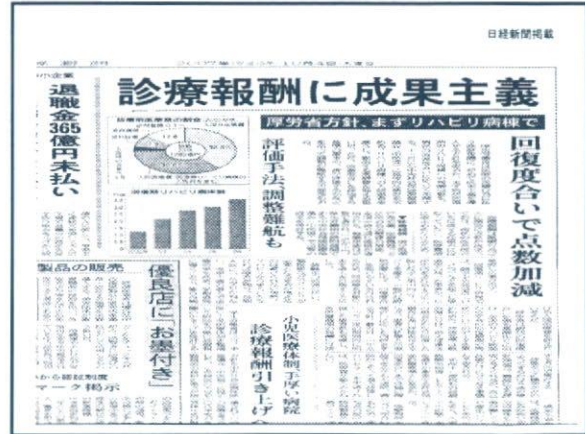
回復期リハビリテーション病棟の定義

・日常生活能力の向上による寝たきりの防止
と家庭復帰を目的としたリハビリテーション

各専門職が共同で、各々の患者に合ったリハビリプログラムを作成し、従来の訓練室での機能訓練のみではなく、病室や病棟での活動性の向上を目指したリハビリを実施

疾患別リハビリテーション料の対象患者等

心大血管疾患 リハビリテーション	150日
脳血管疾患等 リハビリテーション	180日
運動器 リハビリテーション	150日
呼吸器 リハビリテーション	90日
廃用症候群	180日

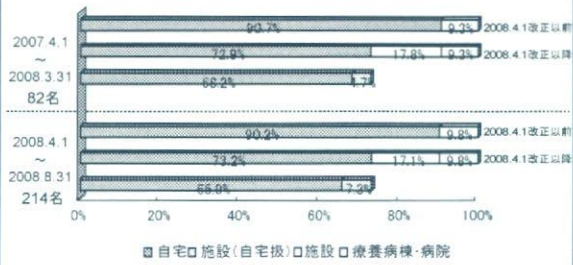


2008年診療報酬改定のポイント

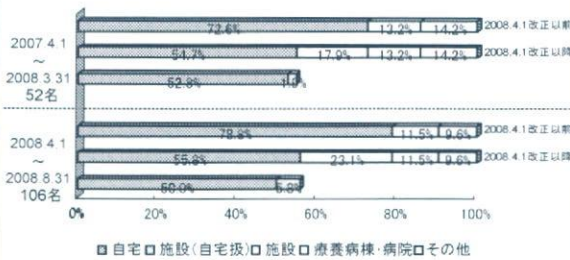
- 在宅復帰率 ……60%以上
・ 老健・短期入所施設を省く
- 重症患者 ……15%以上
- 改善率 ……30%以上
- 入院料 1・2の創設

入院料1	1690点
入院料2	1595点
重症度加算	50点

退院状況 (制度による在宅復帰率の考え方)



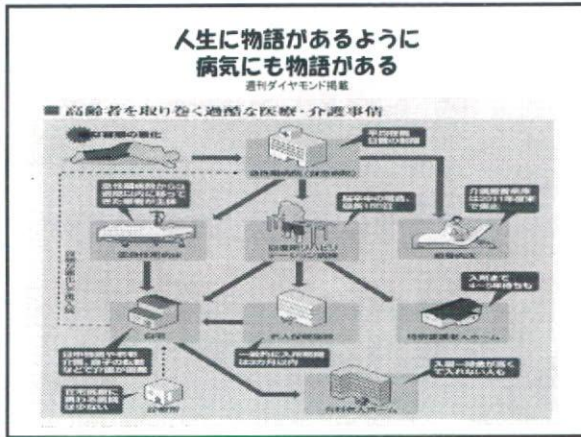
脳血管疾患患者退院状況 (実際の在宅復帰率)



重症患者の状況

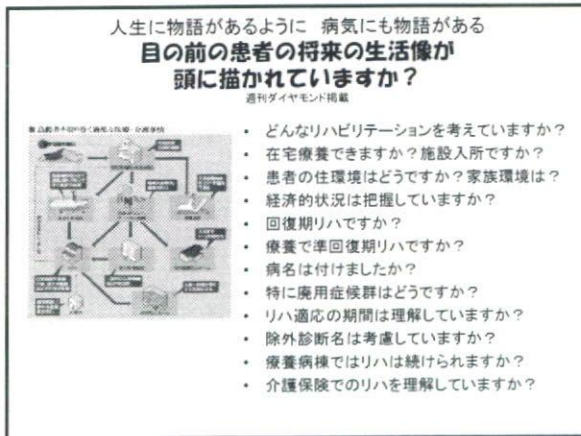
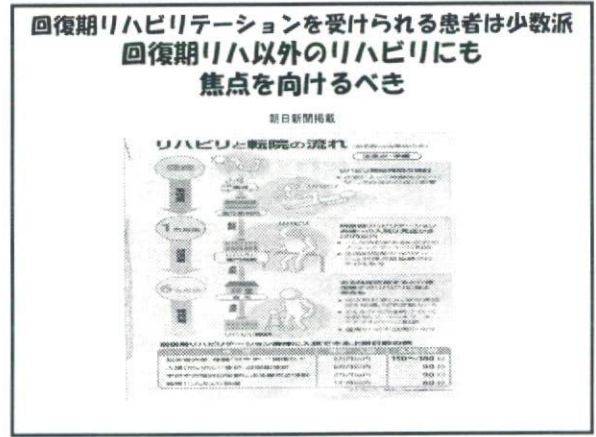
2008.4.1~2008.8.31に入退院された患者様を対象としております。

入院時		退院時	
患者数	88名	患者数	83名
重症患者数	23名	入院時重症患者数	24名
重症患者率	26.1%	重症患者改善者数	11名
		重症患者改善率	45.8%



提供 タグクリニック 院長 田口博基

診療科目	診療時間	所在地	特徴
内科	9:00-18:00	東京都中央区	総合診療科
外科	9:00-18:00	東京都中央区	消化器外科、泌尿器科
小児科	9:00-18:00	東京都中央区	小児総合診療科
産婦人科	9:00-18:00	東京都中央区	産科、婦人科
皮膚科	9:00-18:00	東京都中央区	皮膚科
泌尿器科	9:00-18:00	東京都中央区	泌尿器科
消化器科	9:00-18:00	東京都中央区	消化器科
循環器科	9:00-18:00	東京都中央区	循環器科
神経科	9:00-18:00	東京都中央区	神経科
眼科	9:00-18:00	東京都中央区	眼科
耳鼻科	9:00-18:00	東京都中央区	耳鼻科
歯科	9:00-18:00	東京都中央区	歯科
整形外科	9:00-18:00	東京都中央区	整形外科
形成外科	9:00-18:00	東京都中央区	形成外科
皮膚科	9:00-18:00	東京都中央区	皮膚科
泌尿器科	9:00-18:00	東京都中央区	泌尿器科
消化器科	9:00-18:00	東京都中央区	消化器科
循環器科	9:00-18:00	東京都中央区	循環器科
神経科	9:00-18:00	東京都中央区	神経科
眼科	9:00-18:00	東京都中央区	眼科
耳鼻科	9:00-18:00	東京都中央区	耳鼻科
歯科	9:00-18:00	東京都中央区	歯科
整形外科	9:00-18:00	東京都中央区	整形外科
形成外科	9:00-18:00	東京都中央区	形成外科



疾患別リハビリテーション料の対象患者等

心大血管疾患 リハビリテーション	150日
脳血管疾患等 リハビリテーション	180日
運動器 リハビリテーション	150日
呼吸器 リハビリテーション	90日
廃用症候群	180日

リハビリでの対応
療養でも回復期に準ずるリハは
確保できる

		回復期	療養
1日の リハビリ	算定単位の上限	9単位	6単位 (脳血管等は発症60日 まで9単位可能)
	脳血管疾患 (当院での対応)	6~9単位	2~6単位
	運動器疾患 (当院での対応)	6単位	2~4単位
頻度		7日/週	3~6日/週

(標準算定日数内)

個別リハビリテーションにおける
単位とは？

専門の療法士(PT・OT・ST)が
1対1(マンツーマン)で
20分間の療法を提供することを
1単位

算定日数を越えた場合
月13単位を上限とし算定可能

診断名があれば医療保険型療養病棟でもリハは
継続できる

脳梗塞後遺症等の基礎疾患名が必要
基礎疾患名がないとリハは打ち切り
急性期の医師の責任は重い

除外診断名

下記診断によりリハビリは継続できる

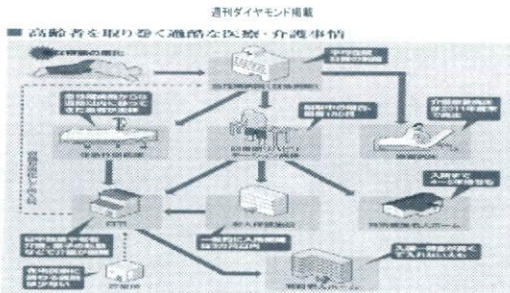
高次脳機能障害の患者
失語症・失認および失行症の患者
重度の頸髄損傷の患者
頭部外傷及び多部位外傷の患者

慢性閉塞性肺疾患(COPD)の患者
心筋梗塞の患者
狭心症の患者

追加

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
難病患者リハビリテーション科に規定する患者
(先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く。)
障害児(者)リハビリテーション科に規定する患者
(加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る。)
その他リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医
学的に認められる者

人生に物語があるように
病気にも物語がある
最初に患者を診察治療した医師の責任は重い！



維持期のリハビリを打ち切るな！

診療報酬のゼロ査定
全てのリハビリテーションの査定は厳しい
朝日新聞掲載



療養病棟でのリハが必要です！

私たちは、新戸塚病院のリハビリテーションのスタッフです。私たちは、障害を持った人が公正にリハビリを受られる制度を強く提案します。

医療の原点が手をかざすことにあるなら、リハの原点は触ってあげることで



継ぎ目のない 質の高い脳卒中地域医療

公正に公平に
脳卒中を発症した全ての患者が
継ぎ目なく
何らかの最適な
リハビリテーションを受けられる

避けては通れない課題 診療報酬のゼロ査定

新戸塚病院での事例を提示します

同じ査定を受けていた鶴巻温泉病院は
2007年に不当査定を不服として
裁判に訴えています

診療報酬のゼロ査定

平成15年～平成16年

- 平成15年4月 リハビリ施設基準 II
- 平成15年8月 医療型療養病床を選択
- 平成15年9月～11月分の返戻減点がされた
 - リハ打ち切り患者数 121名
 - 延べ患者数 266名
 - 打ち切り(ゼロ査定) 約3300単位
 - 人件費打ち切り 1100時間
 - 1日 37単位打ち切り

症状詳記の実例

0000 00T 200

脳卒中発症後のリハビリテーション、大規模なリハビリテーション、リハビリテーションの継続的な実施を要する患者です。リハビリテーションの継続的な実施を要する患者です。

患者は、脳卒中発症後のリハビリテーション、大規模なリハビリテーション、リハビリテーションの継続的な実施を要する患者です。リハビリテーションの継続的な実施を要する患者です。

0000 00T 200

脳卒中発症後のリハビリテーション、大規模なリハビリテーション、リハビリテーションの継続的な実施を要する患者です。リハビリテーションの継続的な実施を要する患者です。

患者は、脳卒中発症後のリハビリテーション、大規模なリハビリテーション、リハビリテーションの継続的な実施を要する患者です。リハビリテーションの継続的な実施を要する患者です。

平成16年2月18日 神奈川県国民健康保険団体連合会 審査委員長 殿 医療法人社団 明芳会 新戸塚病院 院長 林 暁

診療報酬のゼロ査定に関するお問い合わせ先：新戸塚病院 院長 林 暁

平成16年6月21日
国保連合会 聞き取り・指導

- 個別の診療報酬に関しては議論しない(詳記は見ない)
- 新戸塚病院は入院患者平均年齢が高く、在院日数が長いという事実があり、漫然とリハビリを行っているとの判断に至った
- 一般に3ヶ月でリハビリの訓練の成果の最大値を迎える
- 入院3ヶ月を超えると、患者は整った環境の中で過ごすことに慣れ、どんどん機能低下になる
 - 中学3年生を留年させるよりも、早く社会に出すほうがその環境に適應するように患者も早く在宅での生活をさせることにより、その環境に適應するようになる
- 痴呆の患者は、本人がその目的を理解しておらず、個々の機能向上よりも環境設定が重要と考える
- 療養病棟における個別リハの適応回数は、週2回程度が妥当
- 酸素吸入・経管栄養・重症心疾患の患者のリハは困難・不必要と判断している

進 給 文 書

平成 16年 11月

医療機関(事務局)コード 1002749
 医療法人社団明方会 新戸塚病院 院中

神奈川県社会保険医療協議会 承認済
 神奈川県社会保険医療協議会 審査委員会 委員 記

……本月、貴医療機関からご提出の明細書を受取りました。……

……今後下記の事項についてご注意下さい。……

産 給 事 項

リハビリテーションの目的は精神的、肉体的一部あるいは全面復帰であり、復帰の見込みがない場合には理学療法、作業療法等のリハビリテーションは必要と考えられる。また急性期あるいは外傷、手術後、人工呼吸、薬物治療等絶対安静や休臥が無視の場合には疾患からみて不必要と思われる。必要とする理由が明確であればコメントを記載されたい。

診療報酬のゼロ査定
 平成15年～平成16年

- 平成15年4月 リハビリ施設基準 II
- 平成15年8月 医療型療養病棟を選択
- 平成15年9月～11月分の返戻減点がされた
 - リハ打ち切り患者数 121名
 - 延べ患者数 266名
 - 打ち切り(ゼロ査定) 約3300単位
 - 人件費打ち切り 1100時間
 - 1日 37単位打ち切り

症状詳記の実例

……… 診療 ……

……… 療養 ……

……… 入院 ……

……… 経過 ……

……… 退院 ……

……… 備考 ……

平成16年2月18日
**神奈川県国民健康保険団体連合会
 審査委員長 殿
 医療法人社団 明方会
 新戸塚病院 院長 林 暁**

(This area contains dense text from a document, likely a response or detailed report, which is mostly illegible due to its small size and high resolution.)

**平成16年6月21日
 国保連合会 聞き取り・指導**

- 個別の診療報酬に関しては議論しない(詳記は見ない)
- 新戸塚病院は入院患者平均年齢が高く、在院日数が長いという事実があり、漫然とリハビリを行っているとの判断に至った
- 一般に3ヶ月でリハビリの訓練の成果の最大値を迎える
- 入院3ヶ月を超えると、患者は整った環境の中で過ごすことに慣れ、どんどん機能低下になる
 - 中学3年生を留年させるよりも、早く社会に出すほうがその環境に適應するように患者も早く在宅での生活をさせることにより、その環境に適應するようになる
- 痴呆の患者は、本人がその目的を理解しておらず、個々の機能向上よりも環境設定が重要と考える
- 療養病棟における個別リハの適応回数は、週2回程度が妥当
- 酸素吸入・経管栄養・重症心疾患の患者のリハは困難・不必要と判断している

連絡文書

平成 18年 10月

医療機関(薬局)コード 1002740
 医療法人社団明芳会 新戸塚病院 御中
 神奈川県社会保険診療報酬請求審査委員会

本月、貴医療機関からご提出の明細書を受けましたが、
 今後下記の事項についてご留意下さるようお願い致します。

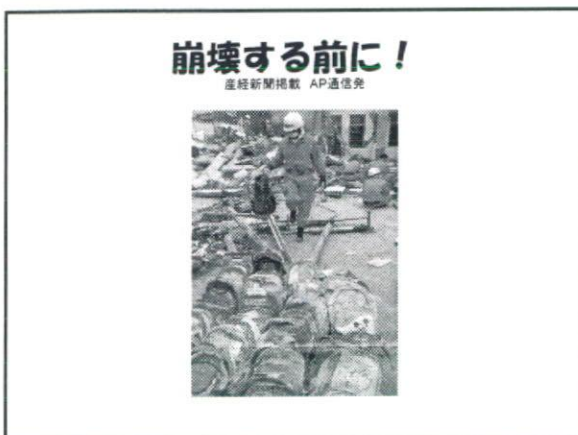
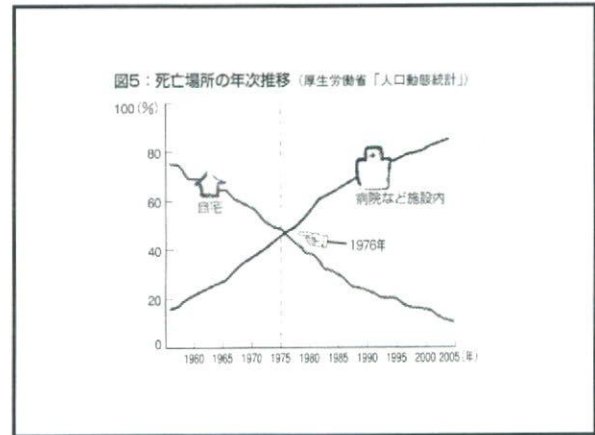
進 給 事 項

リハビリテーションの目的は精神的、肉体的一部あるいは全面復帰であり、復帰の見込みがない場合には理学療法、作業療法等のリハビリテーションは不要と考えられる。また急性症あるいは外傷、手術後、人工呼吸、鼻経管等絶対安静や体動が禁絶の場合は病態からみて不必要と思われる。

必要とする理由が明確であればコメントを記載されたい。

たった4年前の出来事です！
たった4年前の出来事です！
たった4年前の出来事です！
たった4年前の出来事です！
たった4年前の出来事です！
たった4年前の出来事です！

結論は？



病める人々のため！

Nobless oblique

朝日新聞掲載 ロイター通信発



ご静聴 ありがとうございます



(神奈川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】

「神奈川の脳卒中地域連携医療を考える」

3. 医師会かかりつけ医の立場から

演者：ばんどうクリニック

板東 邦秋

神奈川の脳卒中地域連携医療を考える

3) 医療会場のつなぐ医の立場から

ぼんどうクリニック
板東 邦秋

本当にあった ある日の出来事

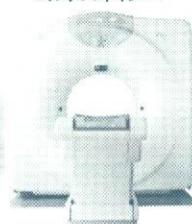
「急患のお願いです」
「少々お待ちください。担当の先生におつなぎします。」
5分経過
「もしもし、研修医の・・・です。」
「急患のお願いです。65歳の男性で・・・時・分発症で、右肩
麻痺と失語症あり、GCS=3-4-5です」
「少々お待ちください。今ベッドを確認します。こちらからお電
話します。」
15分経過
「申し訳ありません。ベットがありませんので他を当たってくだ
さい。」 **これだけで30分のロス！**

ぼんどうクリニック

Signa
HDx 1.5T

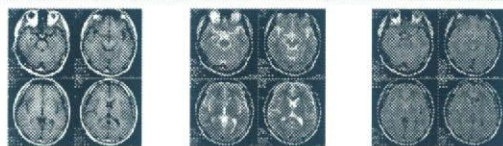


マルチスキャンCT



~Volume MR~

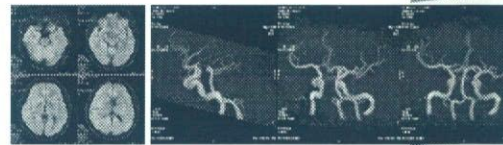
HDx の頭部検査 動いても大丈夫:PROPELLERごみの撮息プロトコル(例) 4分



T1W:21秒

T2W:45秒(7Hベア)

FLAIR:80秒



DWI:20秒

MRA:71秒 造影剤用量:1.52.5ml

かかりつけ医(開業医)の立場から

要望(基幹病院、リハビリ病院、行政に対して)

(1) 入り口に関して

- ① 救急病院 (tPA施行病院, SCU) の設置・役割分担
- ② 発症現場—救急隊—tPA施行病院
・かかりつけ医—脳卒中専門クリニック—tPA施行病院
連携システム(ルート)作り → ホットライン開示
- ③ 急性期治療の途中経過の一報を
家族は入院後もかかりつけ医に相談に来る

要望(基幹病院、リハビリ病院、行政に対して)

(2) 出口に関して

- ・オーバービューパスを作る
急性期からリハ⇒現在に至るまでの
経過概要が分かるもの
患者は移動する⇒神奈川で統一を

(3) 地域連携の立場から


- ・地域ネットワークでの定期的な研究会、交流会の開催
急性期病院、リハ病院、かかりつけ医、介護士
ヘルパー、看護師、患者代表...etc. 全てが参加
↓
顔の見える連携の場

— かかりつけ医(開業医)としてやるべき事 —

- (1) 地域のかかりつけ医(専門外の)に対する啓蒙活動
脳卒中専門医と一般開業医との連携の確立
医師会をまとめる → 脳卒中分科会設立
- (2) 地域ネットワークでの研究会・交流会への参加運営
(基本) 30分移動圏内での地域ネットワーク確立
・多職種Meeting→顔の見える付き合い
・医師自らも勉強しなければならない
- (3) 地域住民に対して(啓蒙活動)
市民講座、ACT-FASTキャンペーンetc.
- (4) 地域での脳卒中に対する治療効果の評価
⇒毎年まとめる(年次チェックリスト)

地域脳卒中ネットワーク

地域のかかりつけ医の役割は重大！！

- 
- ・開業医1人 患者数 月500~1500人(平均1000人)
 - ・泉区医師会 87施設 → 年間87000人の患者を診ている
 - ・泉区人口=15.5万人(56%の区民を診療)
 - ・脳卒中 有病率 137万人/1.2億人=115人/1万人
 - ・泉区で年間 約1800人の患者 (56%≒1000人)

展望

神奈川脳卒中ネットワーク総会の設立

- ・ 神奈川県でのオーバービューパスの統一
- ・ 評価
- ・ 啓蒙活動
- ・ 認知症ネットワークに利用可能

- ・ 神奈川モデルの確立 → 全国統一モデルとする

- ・ 日本医師会 脳神経科医会 脳卒中分科会と連携

かかりつけ医(開業医)の立場から
まとめ 1

1. 要望(基幹病院・リハ病院・行政etc)
 - ・ 入口: tPA施行病院 ホットラインの確立
かかりつけ医・脳卒中専門開業医の活用
 - ・ 出口: 連携(オーバービュー)パスの周知徹底・統一
 - ・ 地域連携: 連絡会・研修会への参加・運営
2. やるべきこと
 - ・ 地域での啓蒙活動(医師・医師会・医療関係者・市民)
 - ・ 地域ネットワークへの参加・運営
 - ・ 年次評価への協力
 - ・ 医師会脳卒中分科会設立

かかりつけ医(開業医)の立場から
まとめ 2

3. 神奈川脳卒中ネットワーク総会の設立
神奈川としての共通パス作り
 - ・ 共通パス(オーバービュー)パスと地域固有の詳細パスの2種を作ることも

全国統一のためのモデルケースとしよう！

お終い

ご清聴ありがとうございました

(神奈川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】

「神奈川の脳卒中地域連携医療を考える」

4. 行政から

演者：神奈川県保健福祉部医療課長

長谷川 嘉春