

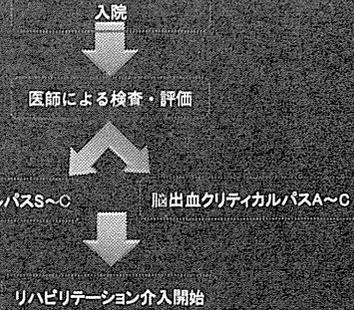
厚生労働科学研究委託費 循環器疾患・糖尿病等
生活習慣病対策実用化研究事業(平成26年12月08日 福岡)

脳卒中後遺症の低減にむけた汎用性の高い革新的治療法の開発研究

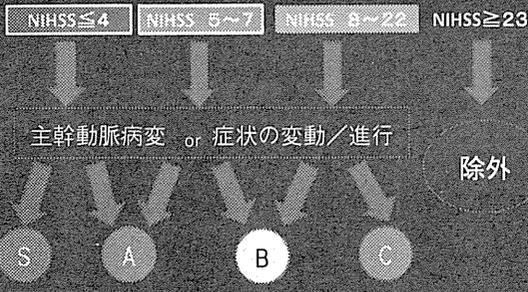
脳卒中治療の後方連携体制について

国立病院機構九州医療センター臨床研究センター
脳血管センター
岡田 靖、湧川佳幸、福岡市医師会脳卒中ワーキンググループ

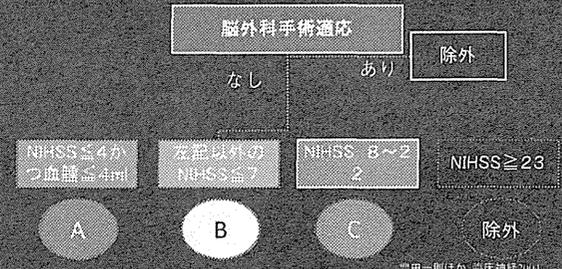
脳血管疾患等リハビリテーションの流れ (入院～開始)



脳梗塞クリティカルパス導入指針



脳出血クリティカルパス導入指針

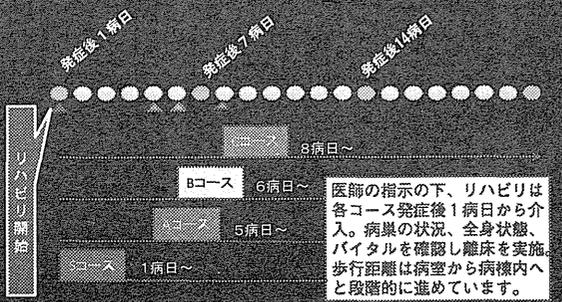


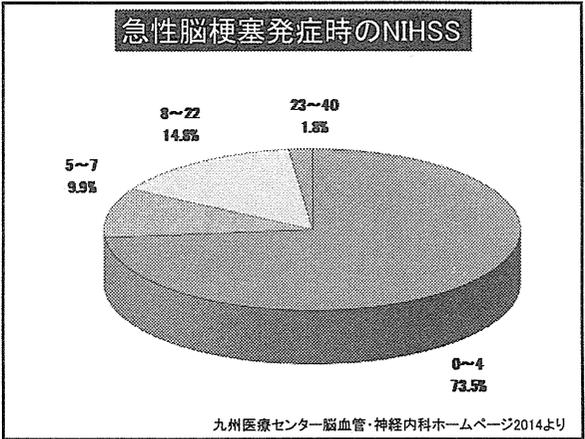
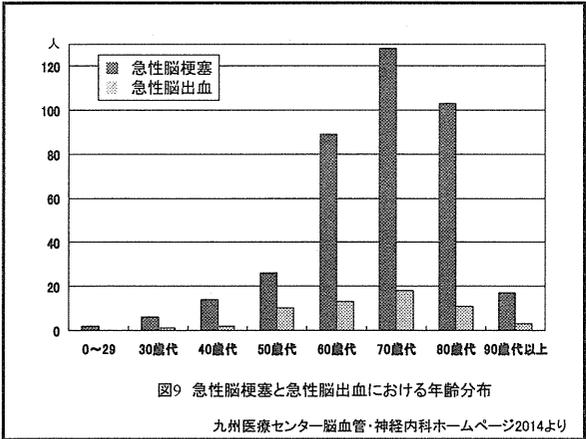
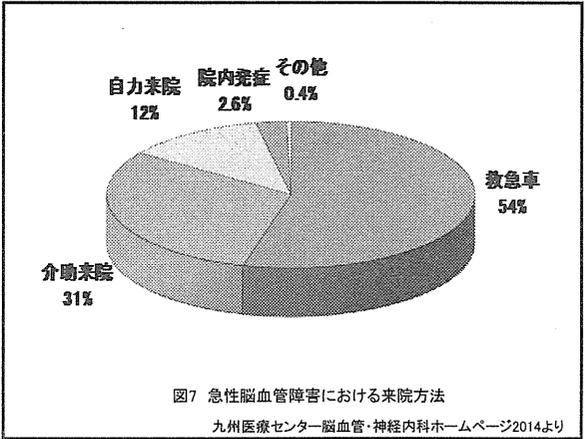
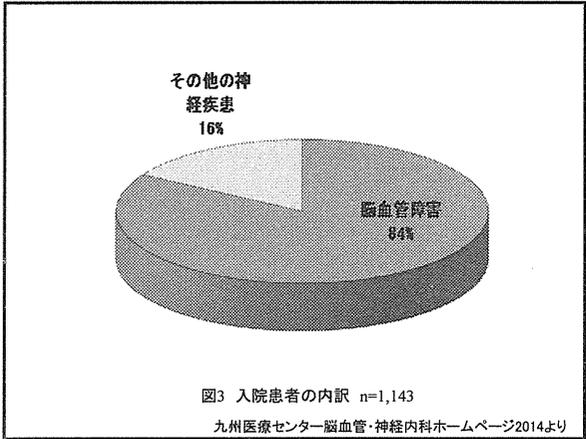
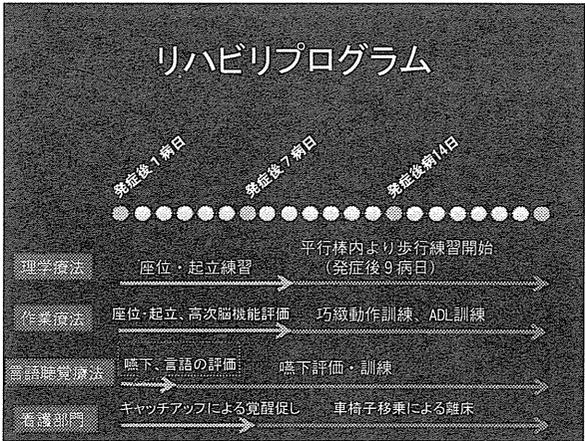
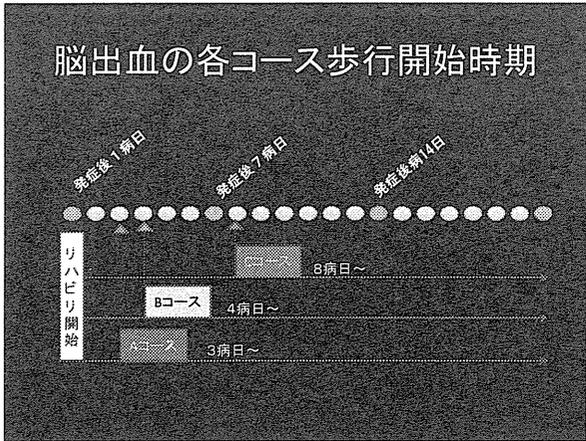
脳血管疾患リハビリ対象者数

脳血管疾患リハビリテーション対象患者489名の内訳
(2011. 1. 1～12.31)

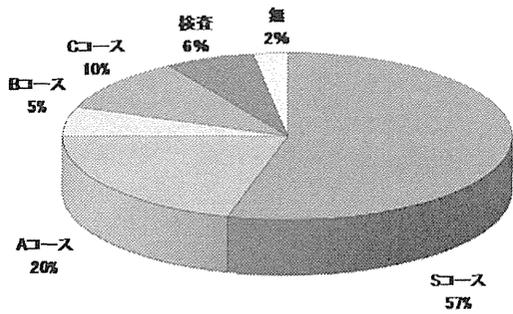
	コース	対象患者数(名)
脳梗塞	S	257
	A	106
	B	33
	C	33
脳出血	A	17
	B	15
	C	24
くも膜下出血		24

脳梗塞の各コース歩行開始時期



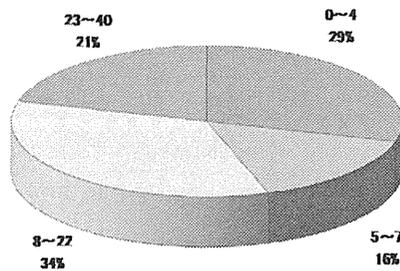


急性脳梗塞におけるクリティカルパスの内訳



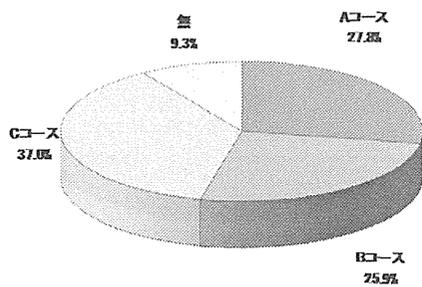
九州医療センター脳血管・神経内科ホームページ2014より

急性脳出血発症時のNIHSS



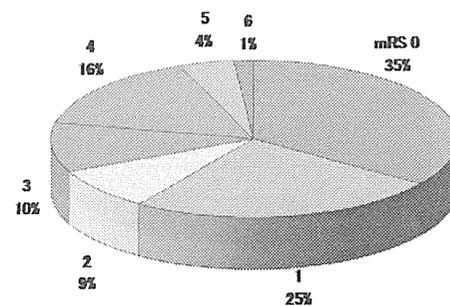
九州医療センター脳血管・神経内科ホームページ2014より

急性脳出血におけるクリティカルパスの内訳



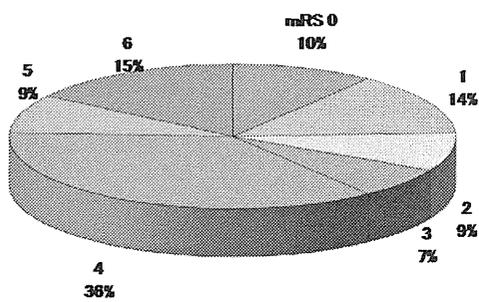
九州医療センター脳血管・神経内科ホームページ2014より

急性脳梗塞患者の退院時mRS



九州医療センター脳血管・神経内科ホームページ2014より

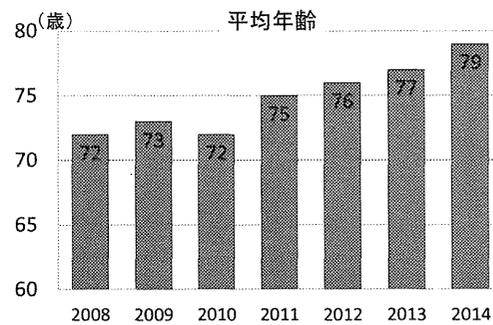
急性脳出血患者の退院時mRS



九州医療センター脳血管・神経内科ホームページ2014より

転院患者の高齢化

2008年6月～2014年10月 地域連携パス使用994名(35.8%)



湧川佳幸:地域連携実績報告会2014.12.4より

福岡市医師会方式脳卒中連携パス(回復期)

H.20年4月～H.26年5月 回復期患者 B用紙送付件数 2,942例

平均在院日数 97±53日 中央値 97日 (IQR: 54-145)
 自宅復帰率 自宅64%、詳細不明の施設/不明 18%

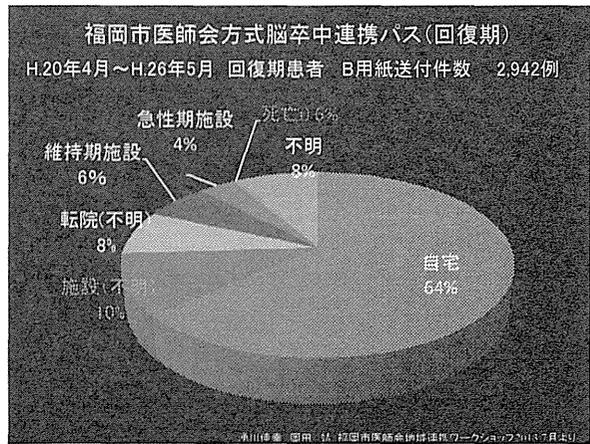
入院時

FIM	平均値70±34	中央値74 (IQR: 37-100)
Barthel index	平均値46±34	中央値50 (IQR: 10-80)

退院時

FIM	平均値86±37	中央値102 (IQR: 56-118)
Barthel index	平均値62±39	中央値80 (IQR: 25-95)

※川崎産 福岡 注: 福岡市医師会地域連携ワークショプ2013.7月より



福岡市医師会方式脳卒中連携パス(回復期)

	H20-21年	H22年	H23年	H24年	H25年
人数	516人	534人	600人	612人	532人
在院日数※	103(58-147)	98(60-147)	98(54-142)	92(50-142)	98(52-150)
自宅復帰 (施設含まない)	66.9%	65.0%	68.3%	61.4%	57.3% (詳細不明の施設含まない)
入院FIM ※	71(37-100)	73(36-100)	73(39-100)	77(38-100)	73(37-102)
退院FIM ※	105 (60-119)	101 (52-119)	100 (57-118)	100 (52-117)	100 (52-119)

※: 中央値 (IQR)

※川崎産 福岡 注: 福岡市医師会地域連携ワークショプ2013.7月より

福岡市医師会方式脳卒中連携パス(回復期)

重症コース	H20-21年	H22年	H23年	H24年	H25年
人数	121人	109人	137人	131人	112人
在院日数※	50(32-73)	59(37-93)	53(33-83)	44(28-84)	48.5(23-88)
自宅復帰 (施設含まない)	94.2%	90.8%	97.0%	88.1%	84.8%
		施設詳細不明	1.5%	6.1%	8.9%
入院FIM ※	113 (97-120)	110 (99-117)	110 (100-119)	110 (98-120)	113 (99-120)
退院FIM ※	121 (116-125)	122 (117-125)	122 (117-125)	120 (111-124)	121 (116-125)

※: 中央値 (IQR)

※川崎産 福岡 注: 福岡市医師会地域連携ワークショプ2013.7月より

福岡市医師会方式脳卒中連携パス(回復期)

標準コース	H20-21年	H22年	H23年	H24年	H25年
人数	102人	87人	109人	106人	88人
在院日数※	80(52-124)	86(54-127)	85(55-115)	66(43-98)	65(37-120)
自宅復帰 (施設含まない)	90.2%	81.6%	90.0%	80.2%	76.1%
		詳細不明	4.6%	12.3%	21.6%
入院FIM ※	94 (80-109)	91 (69-103)	91 (73-105)	94 (78-104)	95 (81-111)
退院FIM ※	114 (102-122)	114 (98-121)	112 (96-121)	115 (103-122)	114 (96-121)

※: 中央値 (IQR)

※川崎産 福岡 注: 福岡市医師会地域連携ワークショプ2013.7月より

福岡市医師会方式脳卒中連携パス(回復期)

強化コース	H20-21年	H22年	H23年	H24年	H25年
人数	383人	321人	338人	359人	305人
在院日数※	128(82-152)	115(77-150)	126(76-150)	121(74-150)	129(75-167)
自宅復帰 (施設含まない)	52.0%	52.0%	50.6%	46.0%	41.3%
		詳細不明	14.8%	27.2%	34.1%
入院FIM ※	49(27-76)	47(25-76)	47(25-72)	50(26-79) (死亡 5人1.4%)	44(28-71) (3人1.0%)
退院FIM ※	82(43-111)	75(33-106)	69(34-102)	75(31-103)	66(36-103)

※: 中央値 (IQR)

※川崎産 福岡 注: 福岡市医師会地域連携ワークショプ2013.7月より

地域包括ケア病棟

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

【案】

地域包括ケア病棟入居料(入院医療費管理料)1	2,658点 (60日まで)
地域包括ケア病棟入居料(入院医療費管理料)2	2,658点 (60日超過)
看護職員配置加算	750点
看護補助者配置加算	750点
患者・家族等支援病棟初回加算	1,610点(1.4倍まで)

【施設基準等】

- ① 医師3名(ペリテーション又はがん腫瘍リハビリテーション)を擁していること
 - ② 入院医療費管理料は新設評価の診療科とし、算出は前年度200床未満の診療科で1病棟に限る。
 - ③ 専任職員については、1病棟に専任職員が1名以上あること。
 - ④ 許可病床200床未満の基準病棟にあっては、入院基本料の算出が無く、地域包括ケア病棟入院料のみの算出であっても差し支えない。
 - ⑤ 看護職員13名以上、専任の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当1人以上
 - ⑥ 一部病棟別の重症度、医療費削減率(前年度1床以上の患者が10%以上)
 - ⑦ 以下①～⑦のいずれかを満たすこと ① 在宅復帰支援病棟、② 在宅復帰後ケア支援病棟(新設・増設)として年3件以上の受入実績、③ 二次救急受療施設、④ 救急告示病棟
 - ⑧ テーブル配置加算の算出を行っていること
 - ⑨ リハビリテーションを算出する対象について、1日平均1床以上提供していること。
 - ⑩ 平成26年3月31日現在に11、13割、15割1人増基本料を算出している病棟は地域包括ケア病棟入院料を算出している期間中、7割1人増基本料を算出することはできない。
 - ⑪ 在宅復帰率7割以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療費管理料)1のみ)
 - ⑫ 1人当たりの患者数(前年度)4割以上である(地域包括ケア病棟入院料(入院医療費管理料)1のみ)
- 看護職員配置加算 看護職員が1名以上(10名未満)を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。
看護補助者配置加算 看護補助者が10名以上(原則1名なし)を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。
患者・家族等支援病棟初回加算 他の急性期病棟(自院・他院)を問わず、介護施設、自宅等から入院または転院してきた患者について算定

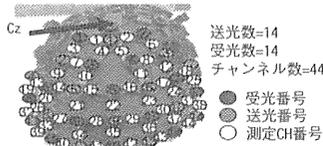
まとめ

- 院内クリパスは病型別でなく、重症度、病態に基づく
- 脳梗塞の約60%は自宅へ直接退院(mRS 0-1)
- 福岡市医師会地域連携パスは急性期病院11、回復期33で運用。急性期1000/年、回復期は60%で運用
- 在宅復帰率は64%
- 急性期で軽症・強化コースの頻度↓、標準コース↑
- 回復期での在院日数低下傾向
- 地域包括ケア病棟加算新設で変化?

今後の課題

- 大学・公立病院をはじめとする急性期病院にリハスタップが少なく、新たな治療の評価支援に課題
- 急性期病院での重症・周術期患者の早期離床、廃用(不動)症候群予防や合併症管理・ADL維持向上評価
- 高度技術による革新的治療法の前駆として、チーム医療によるトータルケアの均てん化
- 在院日数短縮、医療費抑制、生活の質改善

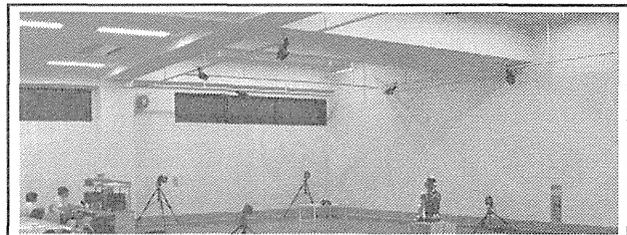
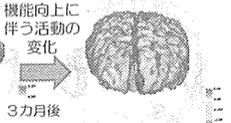
近赤外線 脳血流イメージ(NIRS)の応用



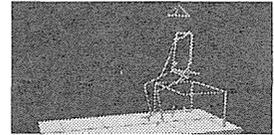
GONOGO課題



STROOP課題

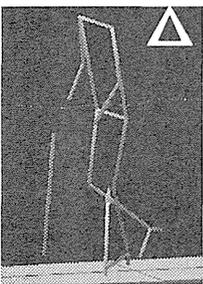


三次元動作解析装置 (VICON)

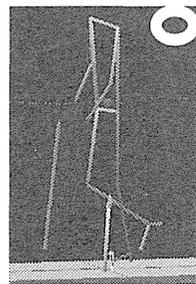


装具の適応の検討

装具の違いにより麻痺側の支持性、姿勢の垂直性が異なる



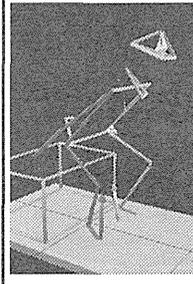
金属支柱付き短下肢装具



Gait Solution短下肢装具

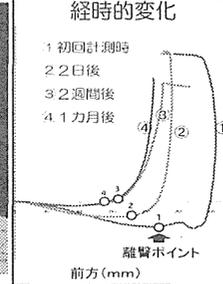
治療経過を追う — 立ち上がり動作

①初回

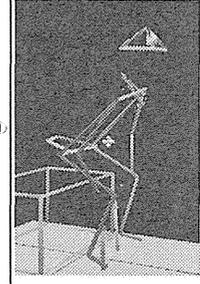


重心の軌跡の経時変化

- 1 初回計測時
- 2 2日後
- 3 2週間後
- 4 1ヵ月後



②2日後



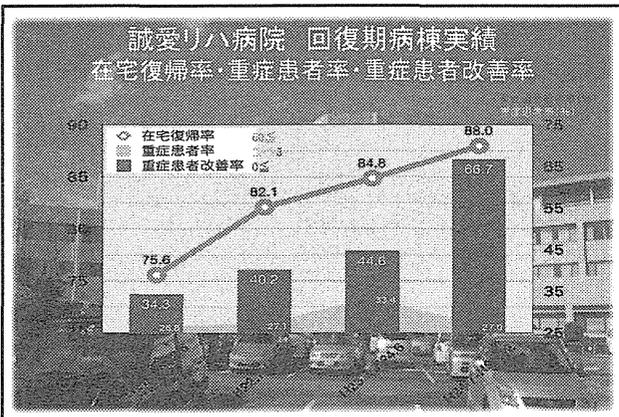
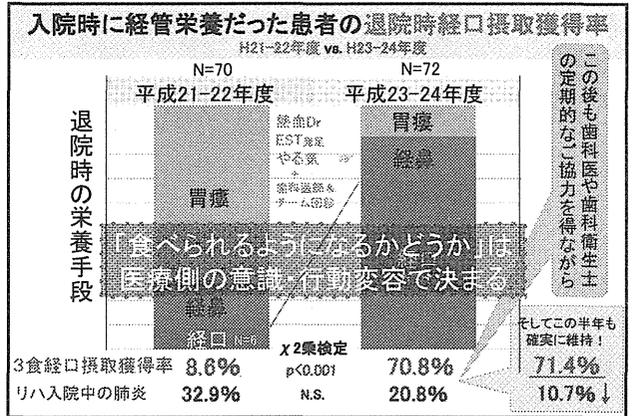
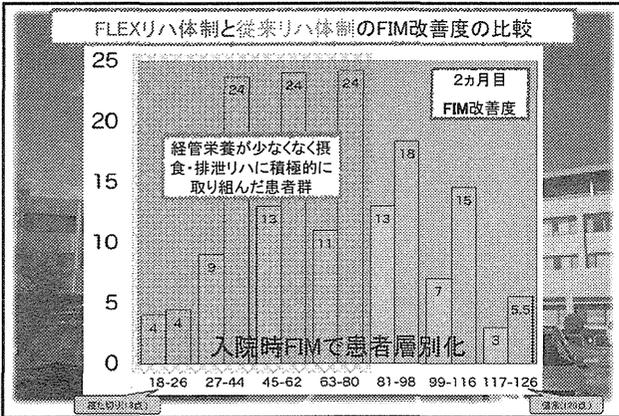
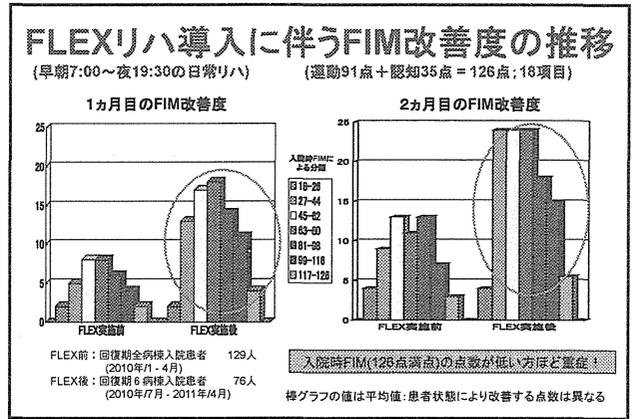
過剰な前方移動が軽減し、沈み込みも改善している

回復期リハは
まだまだidea,
工夫次第により
改善の余地あり!

今や、下肢だけでなく、上肢や全身、手指の補助目的のウェアラブルスーツやロボットが開発されつつあります!

ヒトとしての日常生活を取り戻すため
早朝から晩にかけての途切れのない
しかも口から食べることに拘る
脳卒中回復期リハを進める

平成22年夏から「FLEXリハ」
平成23年夏から「365日リハ」
平成24年から「積極的経口摂取嚥下リハ」
や「FLEXリハ」を嚥下障害も併発した方にも
昇中? 365日リハ 年中無休リハ
3. EST (Eat Swallow Team) 回診



当院の回復期/維持期リハの流れ

回復期 → 維持期リハ

再生医療, リハ補助装置, バイオマーカー等 組み合わせられたら もっと面白くなりそう!

回復期 + 摂食