別紙１

厚生労働科学研究費補助金

循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

脳卒中診療において今後目指すべき回復期診療の検討及び回復期や維持期・生活期における診療体制の充実に資する臨床指標を確立させるための研究

（令和）6年度～7年度　総合研究報告書

研究代表者　藤本　茂

（令和）８（２０２６）年　5月

別紙２

目　　次

Ⅰ．総合研究報告
脳卒中診療において今後目指すべき回復期診療の検討及び回復期や維持期・生活期における診療体制の充実に資する臨床指標を確立させるための研究
---------- 1
藤本茂

（資料）資料1 脳卒中地域連携パスアンケートフォーム
（資料）資料2 脳卒中地域連携パス実態調査結果
（資料）資料3 栄養士調査フォーム
（資料）資料4 栄養士実態調査結果
（資料）資料5 薬局薬剤師へのアンケートフォーム
（資料）資料6 病院薬剤師へのアンケートフォーム
（資料）資料7 薬局薬剤師への実態調査結果
（資料）資料8 病院薬剤師への実態調査結果
（資料）資料9 ケアマネジャーへのアンケートフォーム
（資料）資料10 ケアマネジャーへの実態調査結果

II．研究成果の刊行に関する一覧表
---------- 5

別紙3

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
（総合）研究報告書

脳卒中診療において今後目指すべき回復期診療の検討及び回復期や維持期・生活期における診療体制の充実に資する臨床指標を確立させるための研究（24FA1019）

研究代表者　藤本　茂　自治医科大学内科学講座神経内科学部門教授
研究分担者　益子　貴史　自治医科大学内科学講座神経内科学部門講師
研究分担者　小笠原　邦昭　学校法人岩手医科大学学長
研究分担者　宮本　享　京都大学医学部附属病院特任教授
研究分担者　橋本　洋一郎　済生会熊本病院脳卒中センター脳神経内科特別顧問
研究分担者　豊田　章宏　中国労災病院治療就労両立支援センター所長
研究分担者　板橋　亮　学校法人岩手医科大学医学部内科学講座脳神経内科・老年科分野教授
研究分担者　竹川　英宏　獨協医科大学獨協医科大学病院教授
研究分担者　黒田　敏　国立大学法人富山大学脳神経外科教授
研究分担者　阿部　竜也　佐賀大学医学部脳神経外科教授
研究分担者　古賀　政利　国立研究開発法人国立循環器病研究センター脳血管内科部長
研究分担者　堀江　信貴　国立大学法人広島大学大学院医系科学研究科脳神経外科教授
研究分担者　太田　剛史　神戸市立医療センター中央市民病院脳神経外科部長
研究分担者　堀内　哲吉　信州大学脳神経外科教授
研究分担者　松丸　祐司　国立大学法人筑波大学医学医療系脳神経外科教授
研究分担者　川西　正彦　香川大学脳神経外科准教授
研究分担者　高木　康志　国立大学法人徳島大学大学院医歯薬学研究部脳神経外科学教授
研究分担者　辻野　彰　長崎大学病院教授

研究要旨：脳卒中は運動麻痺，言語障害，認知機能障害などの後遺症を残すことも少なくなく，再発予防のための治療，リハビリテーション，就労支援，各種介護・福祉サービス，緩和ケア及び終末期医療を含めて，急性期・回復期・維持期（生活期）の施設，更には在宅療養に至るまでシームレスな医療・介護・福祉の連携体制を構築しなければならない．本研究の目的は，まず，現在使われている脳卒中地域連携パスと急性期～回復期～維持期（生活期）の医療連携体制の現状と課題，各職種から見たシームレスな医療・介護・福祉連携に求められる情報，連携評価のための指標を明らかにすることである．そして，回復期～維持期（生活期）医療機関で提供が可能な医療体制，脳卒中医療連携のために

求められる疾患管理プログラムの内容と制度，それを達成するための課題を明らかにし，その解決策を検討することである．まず現行の脳卒中地域連携パスの現状について調査した．さらに，各地域の回復期リハビリテーション病院，維持期（生活期）医療機関，地域包括ケに関わる管理栄養士，薬剤師，ケアマネジャーに地域連携において重視している指標，実際に指導している項目，不足している情報などについて調査した．現状の脳卒中地域連携パスには，地域連携において重要と認識されている項目が十分に反映されていなかった．また，各職種が重視している項目も，必ずしも連携されているとは言えず，これらの結果をもとに，疾患管理プログラムで多職種が共有すべき項目を抽出した．

Ａ．研究目的

本研究の目的は，まず，現在使われている脳卒中地域連携パスと急性期～回復期～維持期（生活期）の医療連携体制の現状と課題，各職種から見たシームレスな医療・介護･福祉連携に求められる情報，連携評価のための指標を明らかにすることである．そして，回復期～維持期（生活期）医療機関で提供が可能な医療体制，脳卒中医療連携のために求められる疾患管理プログラムの内容と制度，それを達成するための課題を明らかにし，その解決策を検討することである．

Ｂ．研究方法

研究１では，現行の脳卒中地域連携パスの現状について調査した．

47 都道府県の脳卒中対策推進委員会委員長宛に別紙資料 1 の内容のアンケート調査を実施した．さらに各都道府県の代表的な脳卒中地域連携パスを提供していただき，盛り込まれている内容について集計した．アンケート調査内容は以下である．

・脳卒中地域連携パスの県内統一の有無
・脳卒中地域連携パスに関わる職種
・3 ヵ月後や 1 年後の mRS や FIM の情報フィードバックの有無
・各地域で維持期医療機関，かかりつけ医，ケアマネジャー等地域包括ケアに関わる職種にまでパスを循環させる制度の有無（どこまで繋がっているか，の確認）
・受け取った側の利用の有無
・地域に行き渡らない原因（加算の問題，全体会議がない問題，各施設の事情）
・脳卒中地域連携パスに盛り込むべき内容
・パスへの加算の有無

各都道府県の脳卒中地域連携パスの内容については，以下の項目を確認した．

・抗血栓薬の種類と用量
・血圧，血糖，脂質の目標設定
・服薬指導の有無と内容
・栄養経路
・栄養指導の有無と内容
・mRS，日常生活自立度退院時，BI，FIM の推移
・リハビリテーションのゴール設定
・日常生活のゴール設定
・就労支援の有無と内容
・意思決定支援の有無と内容
・患者および家族への説明内容
・患者および家族の理解度

研究２では，各地域の回復期リハビリテーション病院，維持期（生活期）医療機関，地域包括ケに関わる管理栄養士（別紙資料

3)，薬剤師（別紙資料 5，6)，ケアマネジャー（別紙資料 9）に地域連携において重視している指標，実際に指導している項目，不足している情報などについて調査した．調査には，日本栄養士会，日本薬剤師会および日本病院薬剤師会，日本介護支援専門員協会の協力の下実施された．

Ｃ．研究結果

研究 1

別紙資料 2 を参照.

19/47 （60%）に都道府県内共通の脳卒中地域連携パスがあった．パスの作成に関わる職種では，医師，看護師，リハビリテーション専門職の頻度は高かったが薬剤師，管理栄養士の頻度が少なかった．パスの退院先別利用率は，回復期リハビリテーション病院ではおおむね 75%以上と高かったが，自宅，施設，維持期医療機関では 0～24%の都道府県が多かった．パスのフィードバック率はおおむね 50%未満であった．地域で情報共有ツールとしての脳卒中地域連携パスであるが，回復期医療機関以外での利用率が低く，多職種の関与もまだまだ不十分であった.

パスを使用しない理由として，「地域連携診療計画加算より診療情報提供料のほうが保険点数が高い」「連携会議の点数が加算できないなど診療報酬改定の影響」「連携先の協力が得られない」などが挙げられた.

また，重要性が高いと評価された項目が実際に地域連携パスに盛り込まれている割合は非常に少なかった．抗血栓薬の内容と用量，服薬指導の有無，目標カロリー，目標塩分量，危険因子の目標設定，回復期以降の mRS の推移，日常生活のゴール設定，患者および家族の理解度についてはいずれも地域連携パスに盛り込まれている割合が 50%未満であった．また，就労支援や意思決定支援に関する情報はほぼ含まれていなかった．以上の内容はいずれも地域連携に必要な情報と認識されていた.

研究 2

別紙資料 4，別紙資料 7，8 および別紙資料 10 を参照.

地域の管理栄養士が前の施設から得られている情報では，アレルギー・禁止食品，食事形態，身長・体重 ，提供栄養量，必要栄養量，摂取栄養量の順に多かった．また不足している情報として，摂取栄養量，体重変動，身長・体重，食事形態，補助食品，提供栄養量，必要栄養量の順に多かった．栄養指導の効果として重視している指標では，体重，BMI，食事摂取量，HbA1c，食事形態，アルブミン値の順に多かった.

地域の薬局で働く薬剤師，回復期または維持期の医療機関で働く薬剤師に共通して，不足している情報として，服薬指導の内容，薬剤の変更点・意図・今後の方針，患者の理解度・アドヒアランス，必要な検査値・目標値が挙げられる．実際に抗血栓薬や危険因子の管理のための薬剤については指導されており，そのためにも必要な情報といえる．これらの情報が確実に連携できるシステムの構築が必要と思われた.

ケアマネジャーが重視している情報のうち，疾患の予後や今後に関する説明内容，患者・家族の理解度，栄養指導の内容，患者・家族の希望，生活習慣病の治療・目標値・注意点などは不足している情報の上位でもあった．その他，ACP に関する説明内容，復職・復学に関する支援内容，服薬指導の内容，運

転の可否に関する情報，高次脳機能障害など，患者の QOL 向上のための支援に不可欠と思われる情報も不足していることがわかった．ケアマネジャーは多職種の情報提供書への関心が高く，容易に必要な情報を共有できるシステムが必要であると思われた．

以上の結果から，多職種で共有すべき疾患管理プログラムに含むべき項目として，

・基本情報
・診断名
・合併症，併存疾患
・危険因子の目標値
・必要な検査値（PT-INR, HbA1c，LDL コレステロール，TG，腎機能，血圧など）
・抗血栓薬の種類，用量
・失語症，高次脳機能障害，認知症について
・嚥下障害，食事形態・栄養経路
・患者・家族への説明内容，理解度，患者・家族の意思 （運転，就労，ACP 含む）
・リハビリテーションの経過，日常生活自立度およびその推移
・疾患管理・ケアの目標・方針
・体重の推移
・目標・提供・摂取カロリー，塩分量
・栄養指導
・アレルギー，副反応
・薬剤変更の理由
・アドヒアランス状況
・服薬指導

が，抽出された．今後，これらの項目を盛り込んだ疾患管理プログラムの試験運用と有用性の評価を行う予定である．

D．考察

現状の脳卒中地域連携パスには，地域連携において重要と認識されている項目が十分に反映されていなかった．また，各職種が重視している項目も，必ずしも連携されているとは言えなかった．これらの結果をもとに，疾患管理プログラムで多職種が共有すべき項目を抽出した．これらの項目をさらにブラッシュアップすることにより，地域で多職種で共有する疾患管理プログラムのモデルが完成する．今後，疾患管理プログラムのモデルの試験運用を行い，問題点を抽出し，地域情報共有システムの構築を目指す．

E．結論

今回の調査により，各職種が重視している項目が明らかとなった．これらの項目は必ずしも十分に連携されておらず，多職種での共有体制も整備されていない．必要な情報を，疾患管理プログラムとして共有するシステムの構築が必要である．

F．研究発表

1． 論文発表
なし

2． 学会発表
なし

G．知的所有権の取得状況

1．特許取得
なし

2．実用新案登録
なし

3. その他
特記事項なし

別紙４

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

脳卒中地域連携パスについて

１．都道府県で共通の「脳卒中地域連携パス」の様式がありますか？
a. ある
b. ない

「ない」と回答された場合

２．都道府県における「脳卒中地域連携パス」の運用は以下のどれが該当しますか？該当するものを**すべて**選んでください.
a. 二次医療圏ごとに異なるパスを運用している
b. 二次医療圏とは異なるグループごと（大学病院とその関連施設など）にパスを運用している
c. 各施設独自のパスを運用している
d. 都道府県内のいずれの施設でもパスを運用せず，診療情報提供書（画像含む）のみで連携している
e. その他（具体的記載：　　）

パスを運用していない（２．の回答が d）場合

３．パスを運用しない理由はどれですか？該当するものを**すべて**選んでください.
a. 地域連携診療計画加算より診療情報提供料（検査・画像情報提供加算を含む）のほうが保険点数が高い
b. 診療報酬改定の影響（連携会議の点数が加算できないなど）
c. パスの作成が煩雑である，マンパワーの問題
d. パスを用いるメリットを感じない
e. 連携先の協力が得られない
f. 紙ベースのパスでは使いにくい
g. その他（具体的記載：　　）

パスを運用していない場合は以上で終了です.

以下はパスを運用している場合（一部の施設・グループのみで運用している場合も含む）

４．都道府県内で運用されているパスは何通りありますか？都道府県外との連携で臨時に使用するパスは含みません.

a. 共通パス１つのみ
b. 2
c. 3
d. 4
e. 5 つ以上
f. 不明

５．「脳卒中地域連携パス」以外で回復期，維持期（生活期）医療機関，かかりつけ医，地域包括ケアシステムとの連携に運用している連携フォーム（オプションパスなど）を**すべて**選んでください.

a. 看護サマリー
b. リハビリテーションサマリー
c. 薬剤（お薬手帳や処方箋の写しのみは含まない，服薬指導内容などのフォーム）
d. 栄養管理・食事指導に関するフォーム
e. その他（具体的記載：　　）

以下は都道府県統一パスもしくは最も代表的と思われるパスについてご回答下さい．都道府県脳卒中対策推進委員会委員長のご施設，または都道府県統一パスもしくは最も代表的と思われるパスを運用している中核施設の立場でご回答ください.

６．「脳卒中地域連携パス」に対して地域連携診療計画加算を算定していますか？

a. 加算している
b. 地域連携診療計画加算の届け出施設であるが加算していない
c. 地域連携診療計画加算の届け出施設ではないので加算していない

７．「脳卒中地域連携パス」に関する連携会議を開催していますか？

a. 開催している　　ご記入ください　→　（　）回／年の開催
b. 開催していた時期もあるが，今は開催していない
c. 開催したことがない

８．急性期医療機関において「脳卒中地域連携パス」の作成に関与する職種を**すべて**選んでください.

a. 脳卒中専門医
b. 脳卒中専門医以外のリハビリテーション専門医
c. a, b 以外の脳神経内科医・脳神経外科医
d. a～c 以外の医師
e. 脳卒中認定看護師
f. 脳卒中認定看護師以外の看護師
g. 医療ソーシャルワーカー
h. 理学療法士
i. 作業療法士
j. 言語聴覚士
k. 管理栄養士
l. 薬剤師
m. 臨床心理士（公認心理師）
n. 事務職
o. その他（具体的記載：　　）

９．「脳卒中地域連携パス」の記入に両立支援コーディネーター資格保有者が関与しますか？

a. 関与する
b. 関与しない

１０．急性期医療機関から「脳卒中地域連携パス」を発出する退院先を**すべて**選んでください.

a. 回復期リハビリテーション病院
b. 維持期（生活期）医療機関
c. かかりつけ医
d. 介護保険施設
e. 地域包括ケアに関わる職種（ケアマネジャーなど）

１１．急性期医療機関から発出した「脳卒中地域連携パス」はどこまで繋がりますか？
繋がる先を**すべて**選んでください.

a. 回復期リハビリテーション病院
b. 維持期（生活期）医療機関
c. かかりつけ医
d. 介護保険施設
e. 地域包括ケアに関わる職種（ケアマネジャー，施設相談員など）
f. 直接連携する施設以外は不明

１２．回復期，維持期（生活期），地域包括ケアシステムで「脳卒中地域連携パス」の運用に関与する，または「脳卒中地域連携パス」を利活用する職種を**すべて**選んでください.

a. 脳卒中専門医
b. 脳卒中専門医以外のリハビリテーション専門医
c. a, b 以外の脳神経内科医・脳神経外科医
d. a～c 以外の医師
e. 脳卒中認定看護師
f. 脳卒中認定看護師以外の看護師
g. 医療ソーシャルワーカー
h. 理学療法士
i. 作業療法士
j. 言語聴覚士
k. 管理栄養士
l. 薬剤師
m. 臨床心理士（公認心理師）
n. 地域包括ケアに関わる職種（ケアマネジャー，施設相談員など）
o. 事務職
p. その他（具体的記載：　　）

１３．「脳卒中地域連携パス」の IT 化の取り組みがありますか？

a. ある
b. 構想はあったが実施されなかった
c. 構想されたこともない
d. 不明

１４．急性期医療機関（ご回答者のご施設，または最も代表的と思われる「脳卒中地域連携パス」を運用している中核施設）から退院時のパスの利用率はどの程度ですか？

(1) 全体

a. 100%

b. 75~99%

c. 50~74%

d. 25~49%

e. 1~24%

f. 0%

(2) 自宅退院の場合

a. 100%

b. 75~99%

c. 50~74%

d. 25~49%

e. 1~24%

f. 0%

(3) 回復期リハビリテーション病院（病棟）に転院の場合

a. 100%

b. 75~99%

c. 50~74%

d. 25~49%

e. 1~24%

f. 0%

(4) 維持期医療機関に転院の場合

a. 100%

b. 75~99%

c. 50~74%

d. 25~49%

e. 1~24%

f. 0%

(5) 施設への退院の場合

a. 100%

b. 75~99%

c. 50~74%

d. 25~49%

e. 1~24%

f. 0%

１５．発出された「脳卒中地域連携パス」が循環してフィードバックを得られる割合はどの程度ですか？

a. 100%
b. 75~99%
c. 50~74%
d. 25~49%
e. 1~24%
f. 0%

１６．「脳卒中地域連携パス」が地域で循環し，共有できない理由で当てはまるものを**すべて**選んでください.

a. 加算の問題
b. 連携会議が開催できない
c. 紙ベースでは限界がある
d. 多職種の関与が得られない
e. マンパワーの問題
f. 脳卒中のみ別枠で対応することは困難である
g. 必要性が感じられない
h. 地域医療での認知不足
i. 新型コロナウイルス感染拡大の影響
j. その他（具体的記載：　　）

１７．「脳卒中地域連携パス」が「疾患管理プログラム」として地域全体に循環した場合にパスを発出する施設として，盛り込まれるべきと思う項目を**すべて**選んでください．また，選んだ項目の中で特に重要と思う項目を３つ選んでください.

a. 抗血栓薬の用量や変更の注意点
b. 特定の検査値の値
c. 血圧・血糖・コレステロールなどの具体的な目標値
d. 服薬管理のポイント，指導内容
e, 栄養管理のポイント，指導内容
f. リハビリテーションのアドバイス，ゴール
g. 目標設定とその経過
h. 就労または就学支援に関する説明内容や目標
i. 意思決定支援に関する説明内容
j. 患者・家族の理解度
k. 必要な介護・福祉サービス
l. その他（具体的記載：　　）

特に大事な項目上位３つ（順不同）(　　)（　　)（　　）

１８.「脳卒中地域連携パス」として地域全体に循環するために最も適切なフォーマットと思うものを選んでください.

a. 紙
b. 電子カルテ
c. アプリ（PC・スマホ内）
d. Web 上データ
d. その他（具体的記載：　　）

１９．１８．で選んだフォーマットの伝達手段として適切だと思うものを**すべて**選んでください.

a. 直接手渡し
b. 郵送
c. Fax
d. E-mail
e. クラウド
f. その他（具体的記載：　　）

２０．１６．および１７．を選ぶ理由の優先順位について下記について順番をお答えください．考慮しないものは記入しないでください

（　　）簡便さ
（　　）精確性
（　　）安全性・信頼性
（　　）汎用性・拡張性
（　　）永続性
（　　）経済性・コスト
（　　）その他（具体的記載：　　）

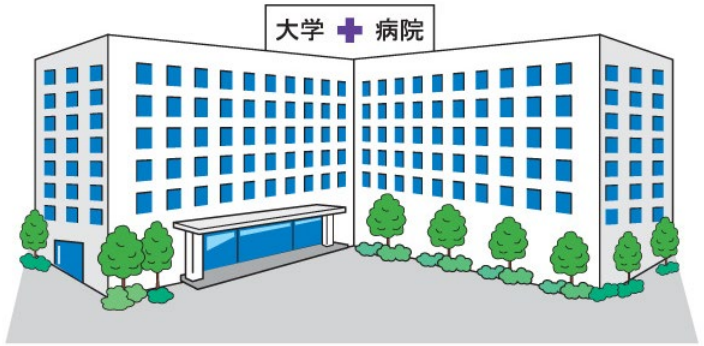
２１.「脳卒中地域連携パス」を運営するうえで感じられている課題や実施している工夫などございましたらご記入ください.

脳卒中診療において今後目指すべき回復期診療の検討及び回復期や維持期・生活期における診療体制の充実に資する臨床指標を確立させるための研究
(24FA1019)

脳卒中地域連携パスの現状と課題

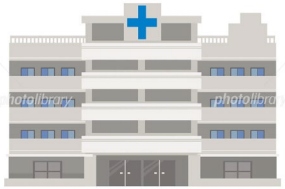
研究代表者
藤本茂

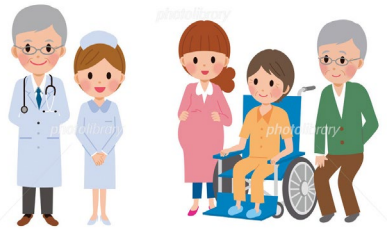
循環型双方性の
脳卒中地域連携パス
疾患管理プログラム



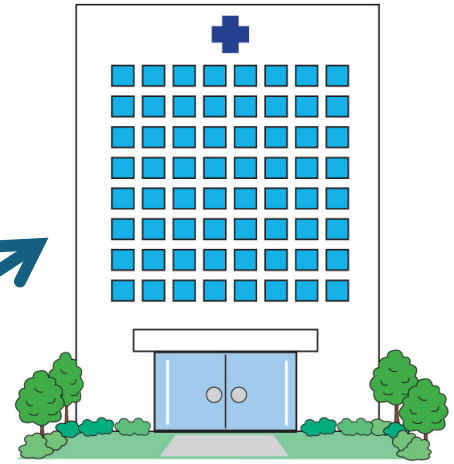
急性期医療機関
脳卒中センター
大学

地域包括ケア病棟





地域包括ケアシステム



回復期医療機関

福祉サービス
・在宅支援
・介護支援
・通院・通所支援
・服薬管理，栄養指導
・訪問リハビリテーション
・訪問診療，看護，介護
・就労支援
・終末期医療　など

循環型双方性の
脳卒中地域連携パス
疾患管理プログラム

在宅医療



かかりつけ医



維持期医療機関

再発予防
健康寿命延伸・フレイル予防
年齢調整死亡率の低下

Education and counselling intervention for families after stroke

教育・カウンセリングによる介入は家族機能維持し，機能的・社会的転帰を改善

・**オーストラリア**で，脳卒中後の教育とカウンセリングが，脳卒中患者と配偶者の家族機能と心理社会的結果の改善，患者の機能的・社会的回復につながるかどうかをランダム化比較試験で検討

・**①介入群**32組，**②対照群**30組の脳卒中患者と配偶者
・リハ病院入院時と退院時，6か月後にデータが収集
・介入群には，**脳卒中情報パッケージと家族カウンセリング訓練を受けたソーシャルワーカーが3回訪問**

・6か月時点で
①では，**患者と配偶者の両方で家族機能良好**

家族機能評価法：McMaster Family Assessment Device (FAD)

①では，**家族機能の改善に伴って機能回復も良好**

機能評価法：Barthel Index（BI）

①では，**社会的回復も良好**

社会的回復評価法：Adelaide Activities Profile (AAP)

うつ病，不安，習熟度，健康状態に有意な影響はなかった.

各評価法：Geriatric Depression Scale (GDS),
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS),
Mastery Scale (MS), SF-36

Table 2 Outcome measures by treatment group

	Control		Intervention	
	Mean	(SD)	Mean	(SD)
Family Assessment Device				
Patients				
Admission	1.80	(0.25)	1.81	(0.20)
Discharge	1.89	(0.17)	1.79	(0.14)
6 months	1.96	(0.27)	1.77	(0.12)
Spouses				
Admission	1.86	(0.28)	1.86	(0.21)
Discharge	1.90	(0.31)	1.81	(0.24)
6 months	1.89	(0.39)	1.80	(0.25)
Barthel Index (patient)				
Admission	10.2	(3.6)	10.0	(4.1)
Discharge	16.6	(2.6)	16.4	(3.7)
6 months	17.4	(3.9)	18.7	(2.0)
Adelaide Activities Profile (patient)				
Domestic chores				
Admission (premorbid)	54.7	(16.2)	50.1	(20.5)
6 months	29.5	(21.5)	35.2	(15.8)
Household maintenance				
Admission (premorbid)	61.8	(17.9)	51.7	(24.5)
6 months	31.1	(18.6)	33.8	(11.8)
Service to others				
Admission (premorbid)	55.8	(21.5)	61.2	(23.1)
6 months	44.3	(15.2)	48.9	(18.5)
Social activities				
Admission (premorbid)	49.8	(19.3)	53.1	(12.3)
6 months	38.9	(7.9)	50.4	(8.2)
SF-36				
Patients				
Physical health	40.9	(7.6)	39.7	(6.4)
Mental health	48.1	(7.3)	48.3	(7.0)
Spouses				
Physical health	49.4	(13.7)	48.2	(12.1)
Mental health	48.4	(6.2)	46.4	(6.8)
Geriatric Depression Scale (patient)				
Admission	4.0	(2.7)	4.5	(2.8)
Discharge	4.0	(1.6)	3.7	(1.5)
6 months	4.8	(1.0)	4.5	(2.1)
Hospital Anxiety and Depression Scale: Anxiety subscale (patient)				
Admission	6.0	(4.3)	5.6	(5.2)
Discharge	6.8	(3.0)	4.7	(3.2)
6 months	6.2	(2.7)	4.5	(2.7)
Mastery scale (patient)				
Admission	27.5	(2.6)	27.8	(3.5)
Discharge	27.8	(2.1)	27.3	(3.7)
6 months	22.9	(3.4)	22.1	(4.4)

Clark MS., et al., Clin Rehabil. 2003;17:703-12.

Community care coordination for stroke survivors

サポートプログラム導入で受診頻度増し，再発抑制，医療費減少

・**ドイツ**で脳卒中後退院患者の多面的サポートプログラムを検証.
・脳卒中・TIA後6か月以内の55歳以上の患者　①介入群91例　②対象群270例　で比較検討.
・最大1年間、電話または対面でケアの調整を行った.
・①**介入群**は，②対象群より
　　神経内科外来受診頻度が高い　(OR = 4.75; 95% CI: 2.71-8.31)
　　再入院の頻度が低い　(IRR = 0.42; 95% CI: 0.29-0.61)
　　個人総医療費は少ない　(介入群IQR = €0-1910, 対象群IQR = €0-4375)
・①介入群と　②対象群で，**脳卒中再発割合と死亡率には差はなかった**.

※ 積極的にサポートプログラムで介入しており，「相談」を受けるというサポート方法とは異なる点は要注意.

Table 2 Outcomes – descriptive results

Outcome parameter	Intervention group, *n* = 91 Median follow up time (IQR): 12.0 (10.2–12.0)	Control group, *n* = 270 Median follow up time (IQR): 12.0 (12.0–12.0)
Utilization of outpatient specialist services, IR (95% CI) per 100 person months	6.41 (5.00–8.20)	3.32 (2.73–4.04)
Recurrent strokes within 12 months, IR (95% CI) per 100 person months	0.79 (0.21–2.92)	1.22 (0.77–1.93)
Readmissions within 12 months, IR (95% CI) per 100 person months	4.03 (2.58–6.28)	9.56 (7.99–11.43)
Costs of readmissions per 6 months in €, median (IQR)	0 (0–1910)	938 (0–4375)
Survival (within 12 months), KME (95% CI)	0.92 (0.87–0.98)	0.90 (0.87–0.94)

Deutschbein J,. et al., BMC Health Serv Res. 2020;20 1143.

現状と課題

・脳卒中地域連携パスには，統一した重要項目の設定がなされておらず，回復期医療機関以外の維持期（生活期）医療機関，地域包括ケアシステム，かかりつけ医への継続が不十分であり，急性期医療機関を含めた循環型のフィードバック機能が発揮できていないことも少なくない．

・様々な事情により急性期病院で開始された治療やリハビリテーションが継続できない，

・脳卒中患者のケアには，医師，看護師，医療ソーシャルワーカー，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，薬剤師，管理栄養士，ケアマネジャー，歯科医師，歯科衛生士，保健師など多くの職種が関わるが，各職種独自の目線での医療・介護・福祉の問題点の抽出，その共有と議論については十分になされていなかった．

研究の目的

・現在使われている脳卒中地域連携パスと急性期～回復期～維持期（生活期）の医療連携体制の現状と課題，各職種から見たシームレスな医療・介護・福祉連携に求められる情報，連携評価のための指標を明らかにする．

・回復期～維持期（生活期）医療機関で提供が可能な医療体制，脳卒中医療連携のために求められる疾患管理プログラムの内容と制度，それを達成するための課題を明らかにし，その解決策を検討する

・疾患管理プログラムのモデルの作成

研究の概要

1年目

地域連携パスの分析
・内容
・連携先
・転院時の問題点

アンケート調査
回復期，維持期（生活期），地域包括ケアにおける
・多職種による指導内容と課題
・治療継続の現状
・連携先に伝える項目
・リハビリテーションの現状と課題

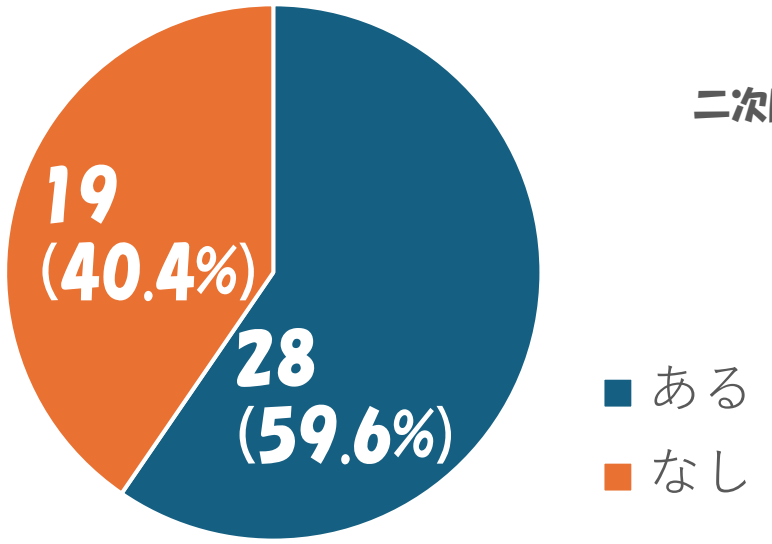
2年目

疾患管理プログラムに必要な情報，評価のための指標を検討

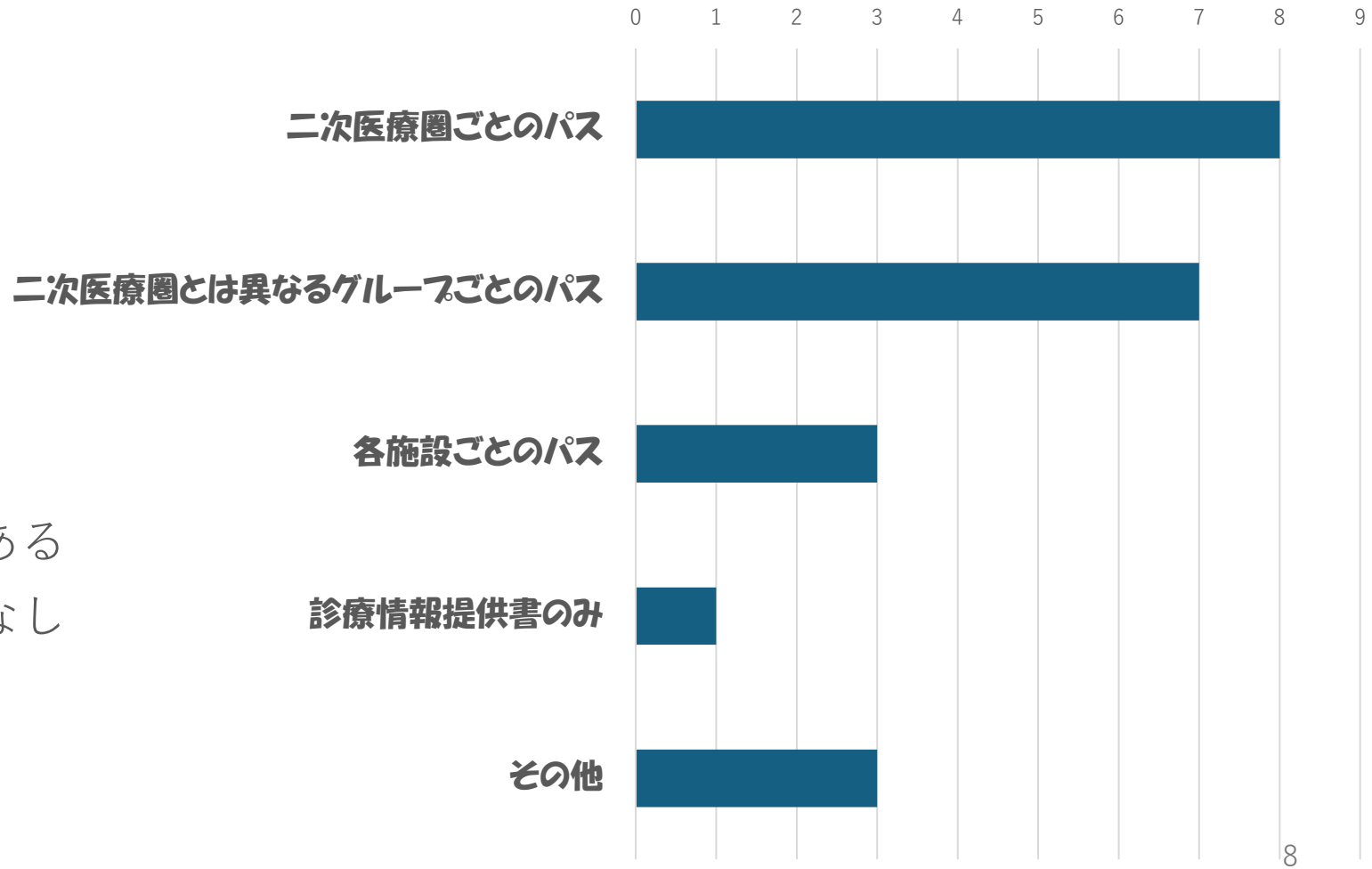
→ 疾患管理プログラムのモデル作成

脳卒中地域連携パスの状況

都道府県共通パス



都道府県共通パスがない場合



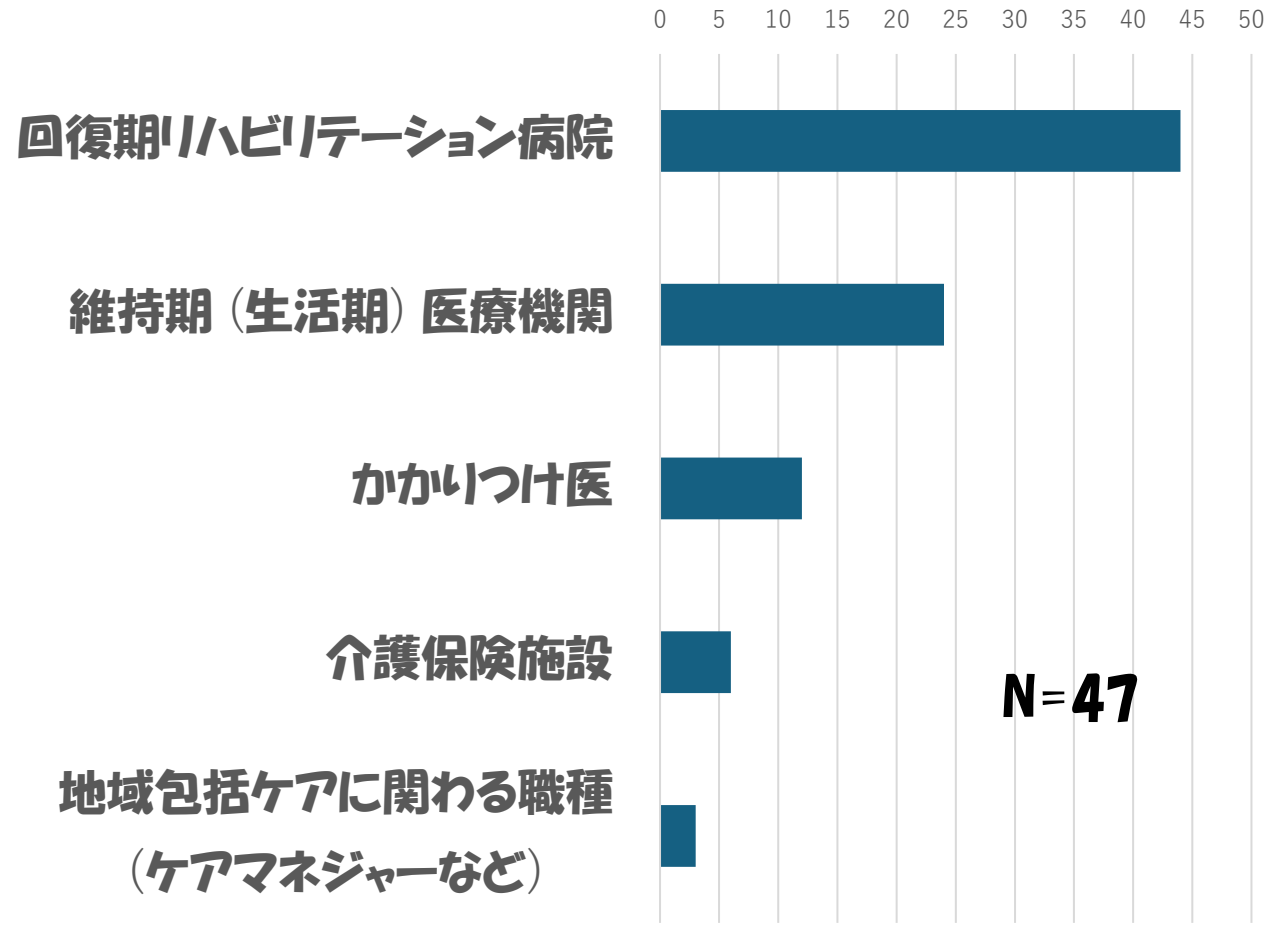
地域連携パスの作成にかかわる職種



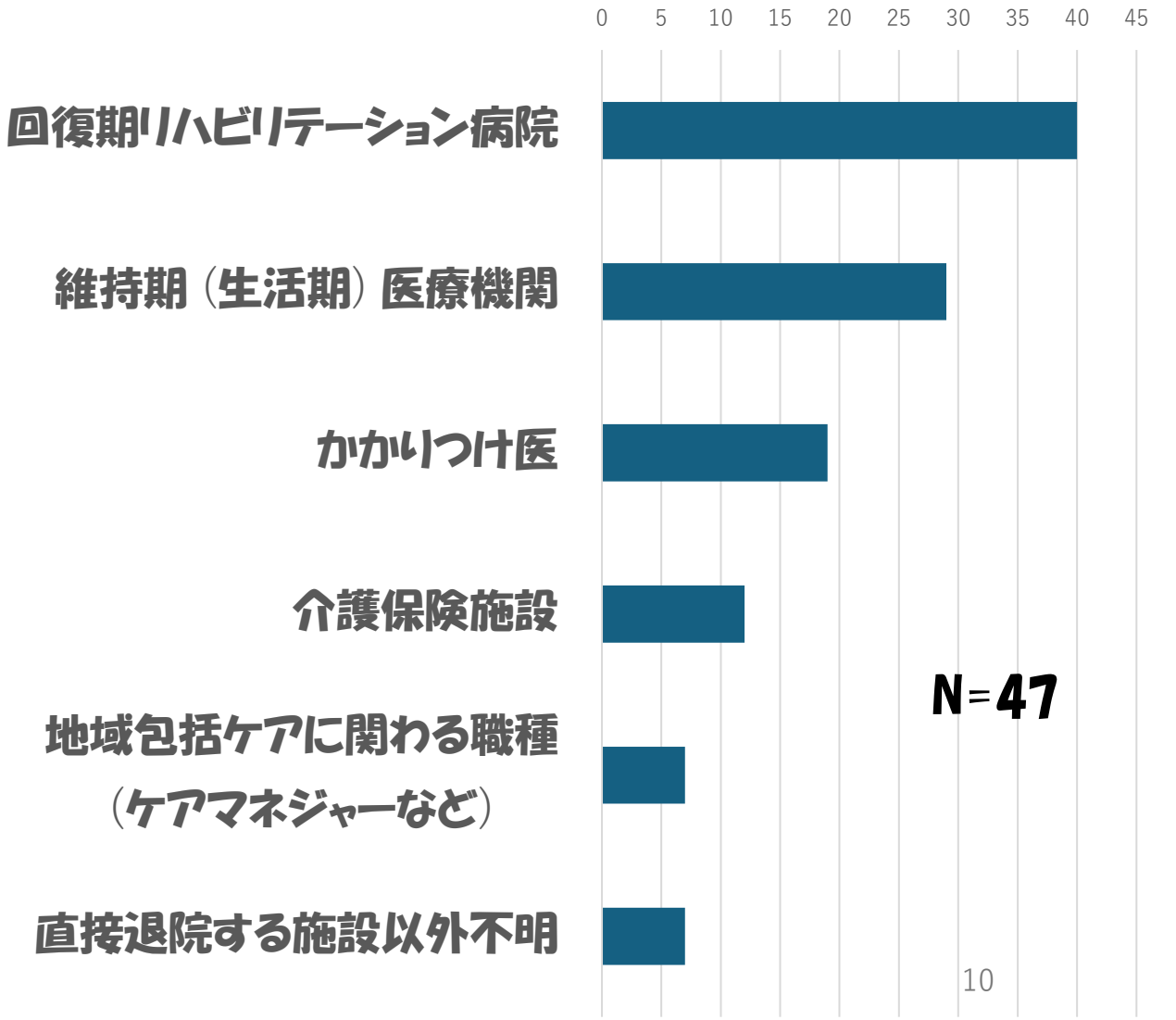
N=47

両立支援コーディネーター
8/47（17.8%）

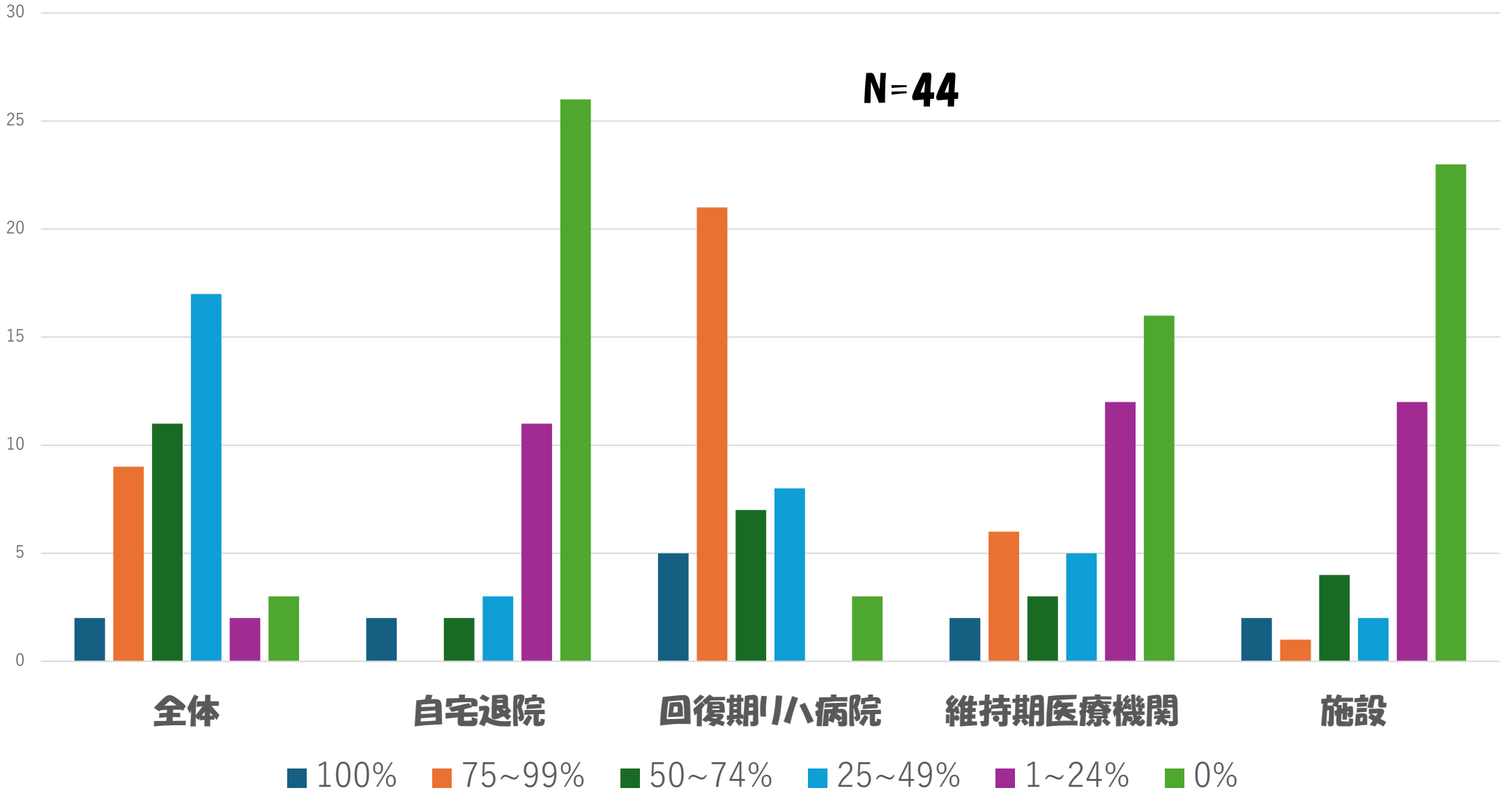
地域連携パスを発出する連携先



地域連携パスがどこまで繋がるか



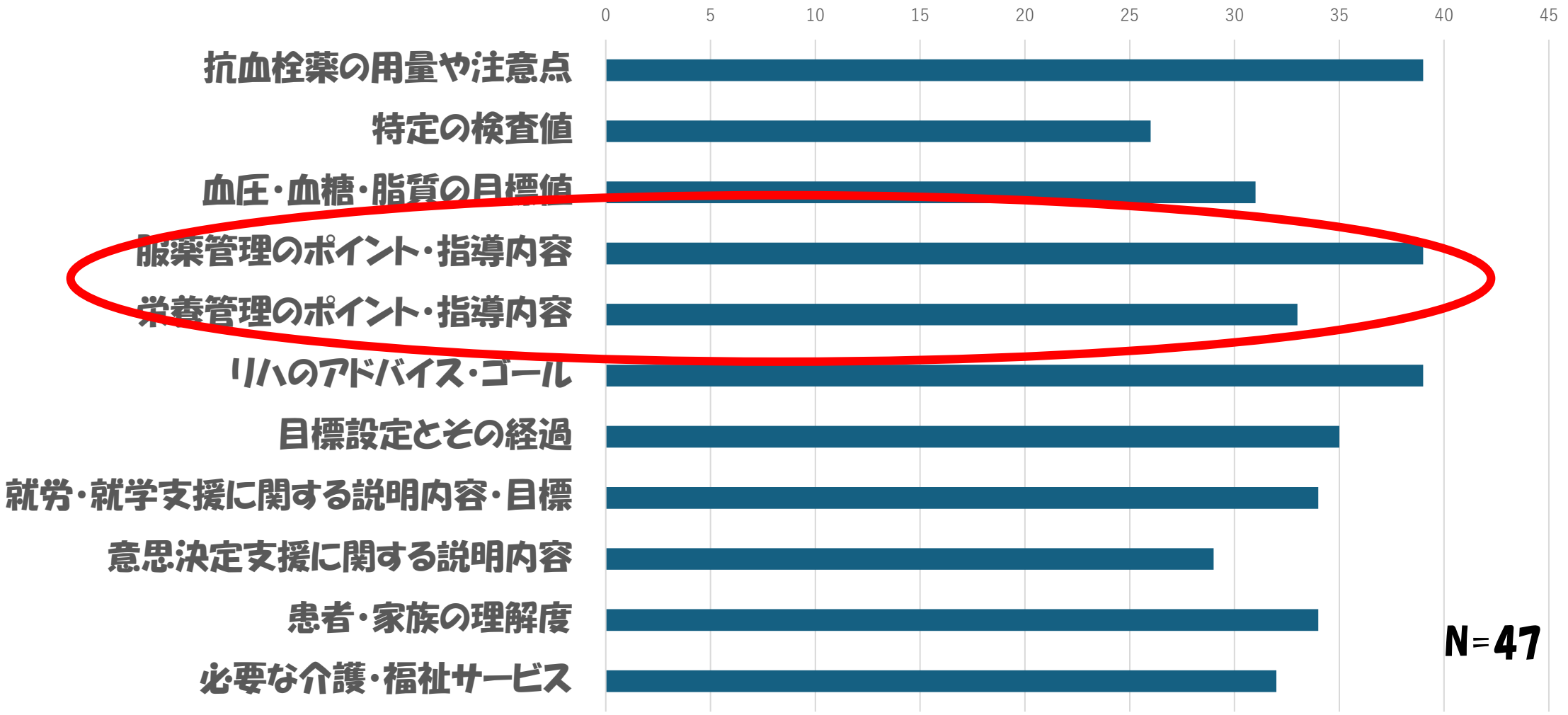
地域連携パスの退院先別利用率の分布



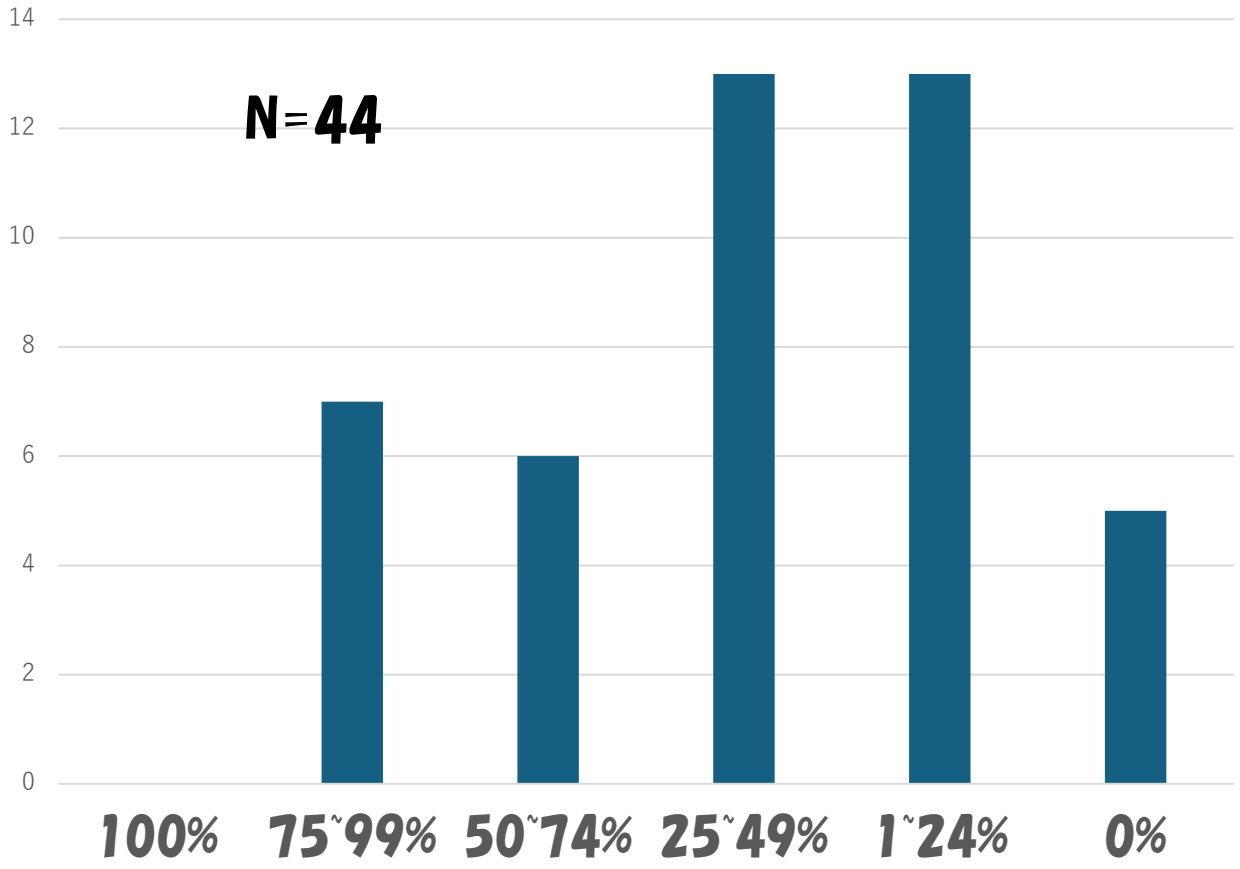
回復期，維持期（生活期），地域包括ケアシステムで「脳卒中地域連携パス」の運用に関与する，または「脳卒中地域連携パス」を利活用する職種



地域連携パスに盛り込むべきと考える項目



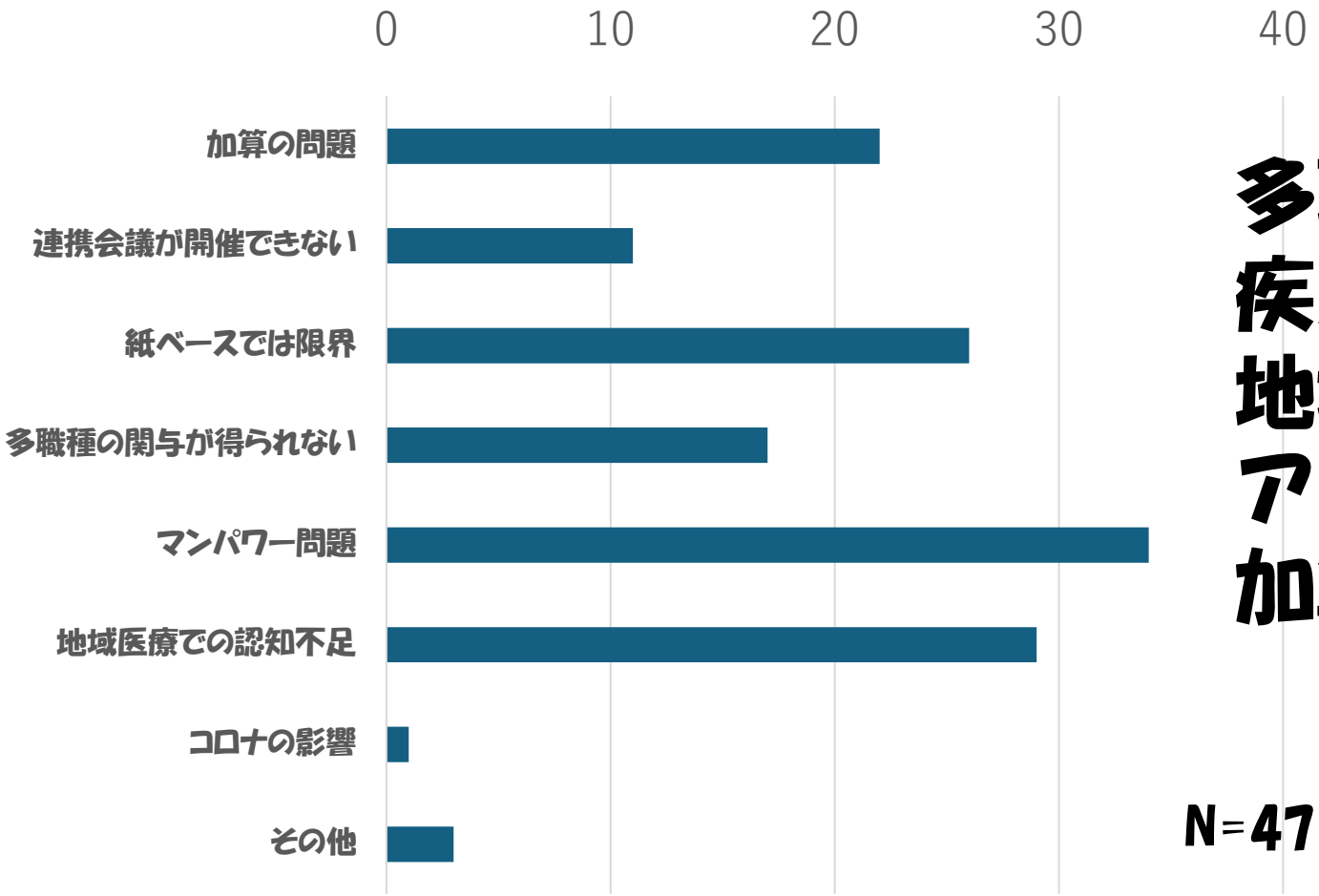
地域連携パスのフィードバック率の分布



地域連携パスの現状・課題

- 共通パスは活用されている
- 回復期以降に活用されていない
- 循環型でなくフィードバックが少ない
- 多職種情報共有が不十分
- 盛り込むべき内容が反映されていない

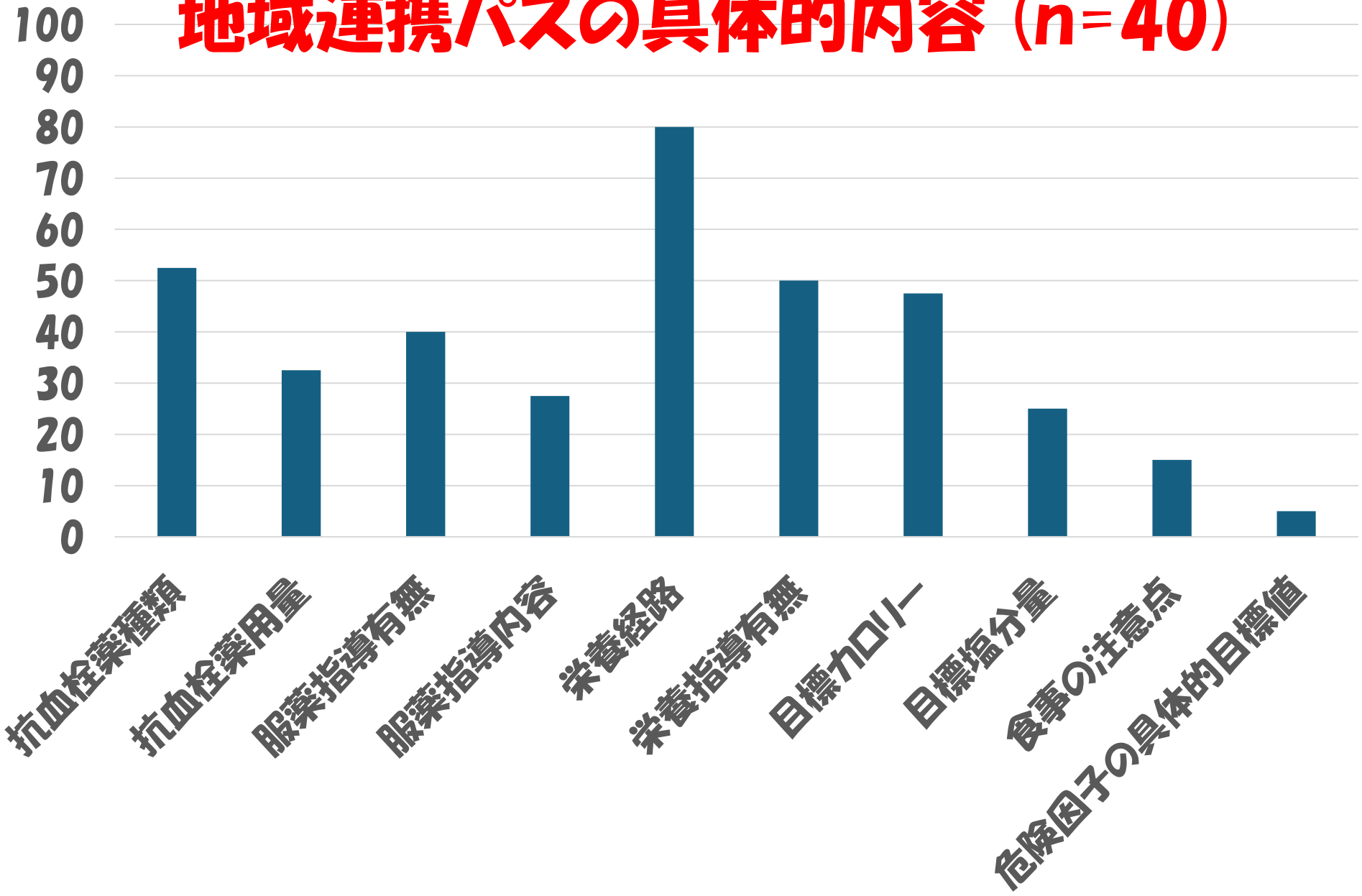
地域連携パスが循環し共有できない理由



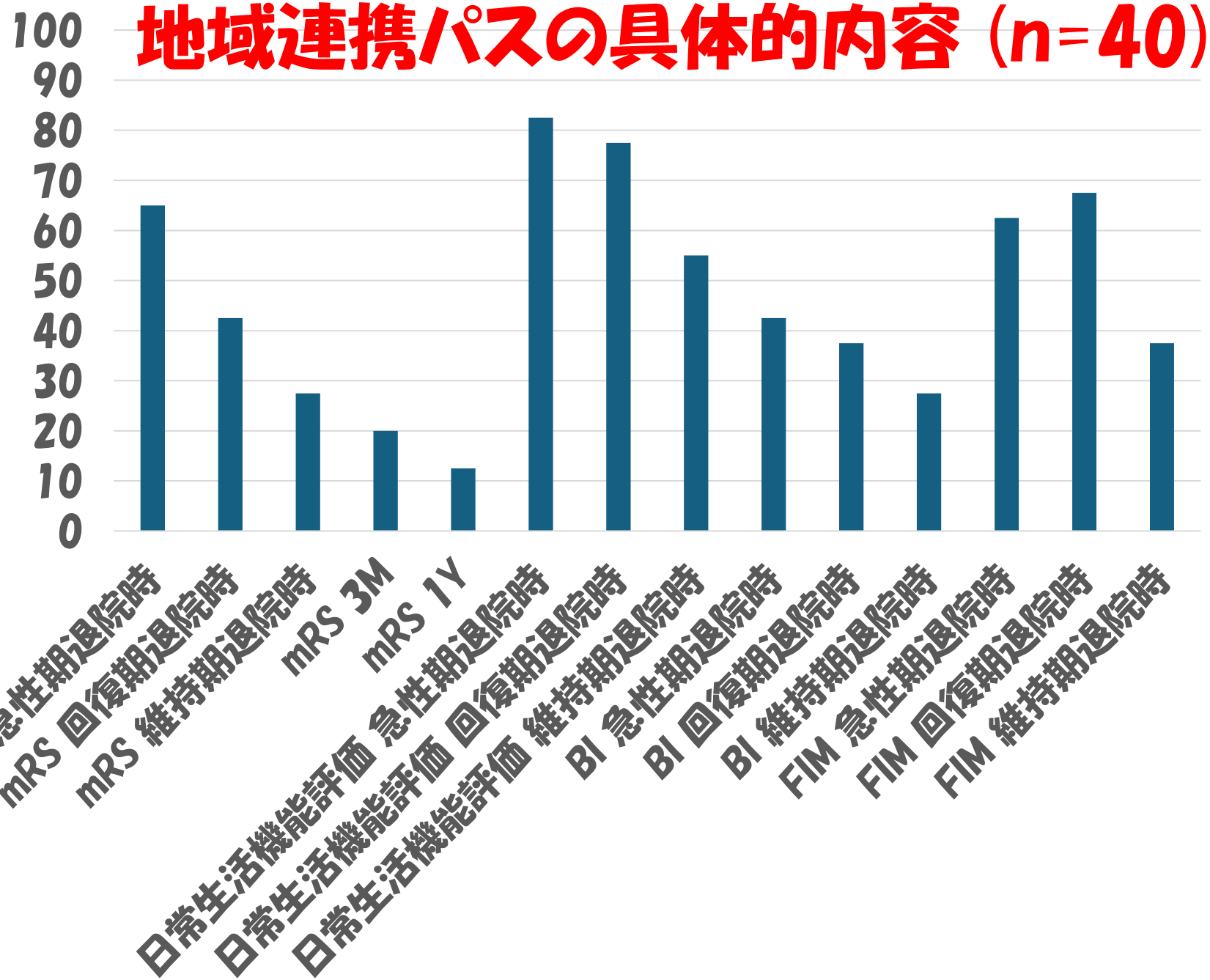
多職種協働循環型
疾患管理プログラムの必要性
地域への周知
アプリ開発
加算

N=47

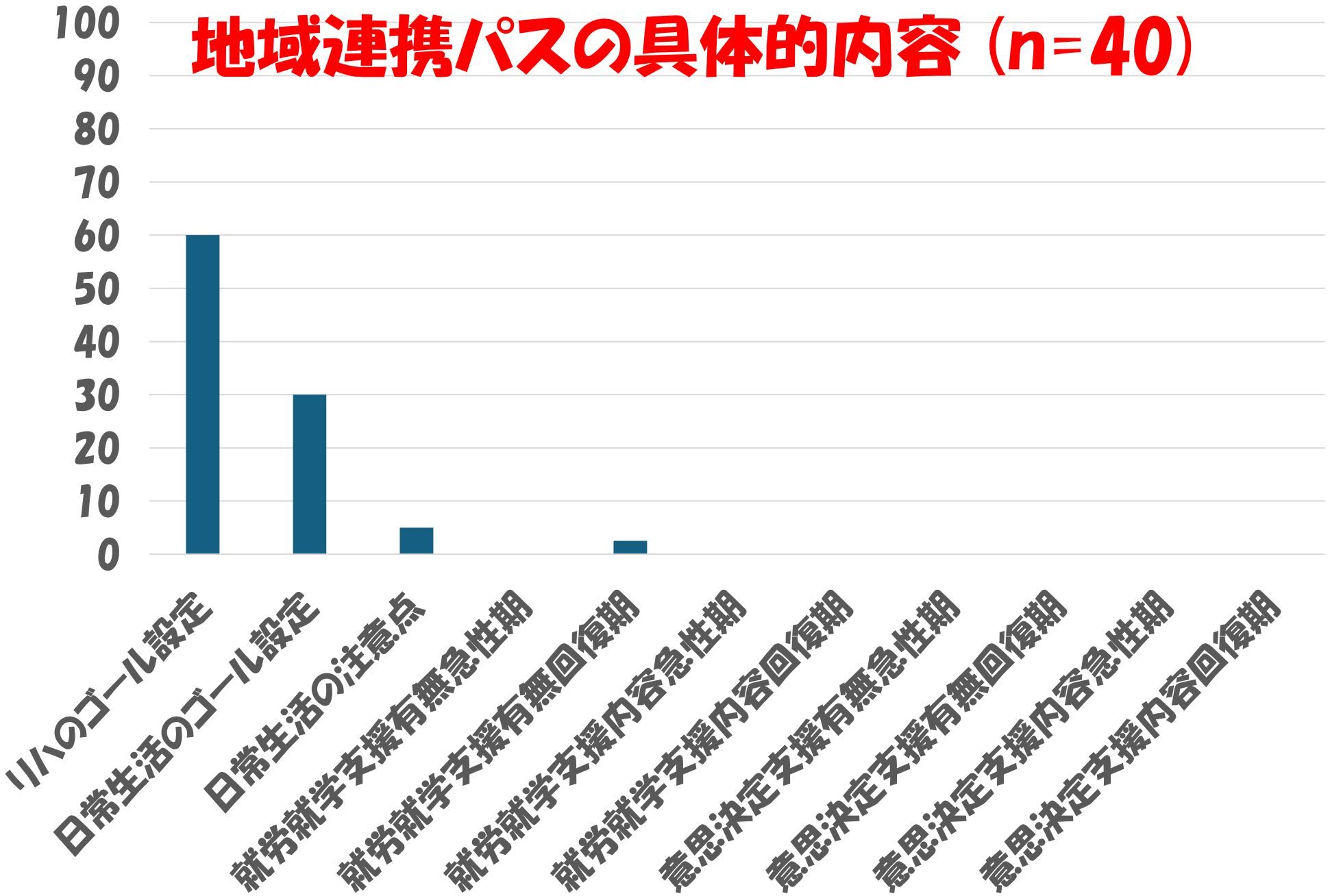
地域連携パスの具体的内容（n=40）



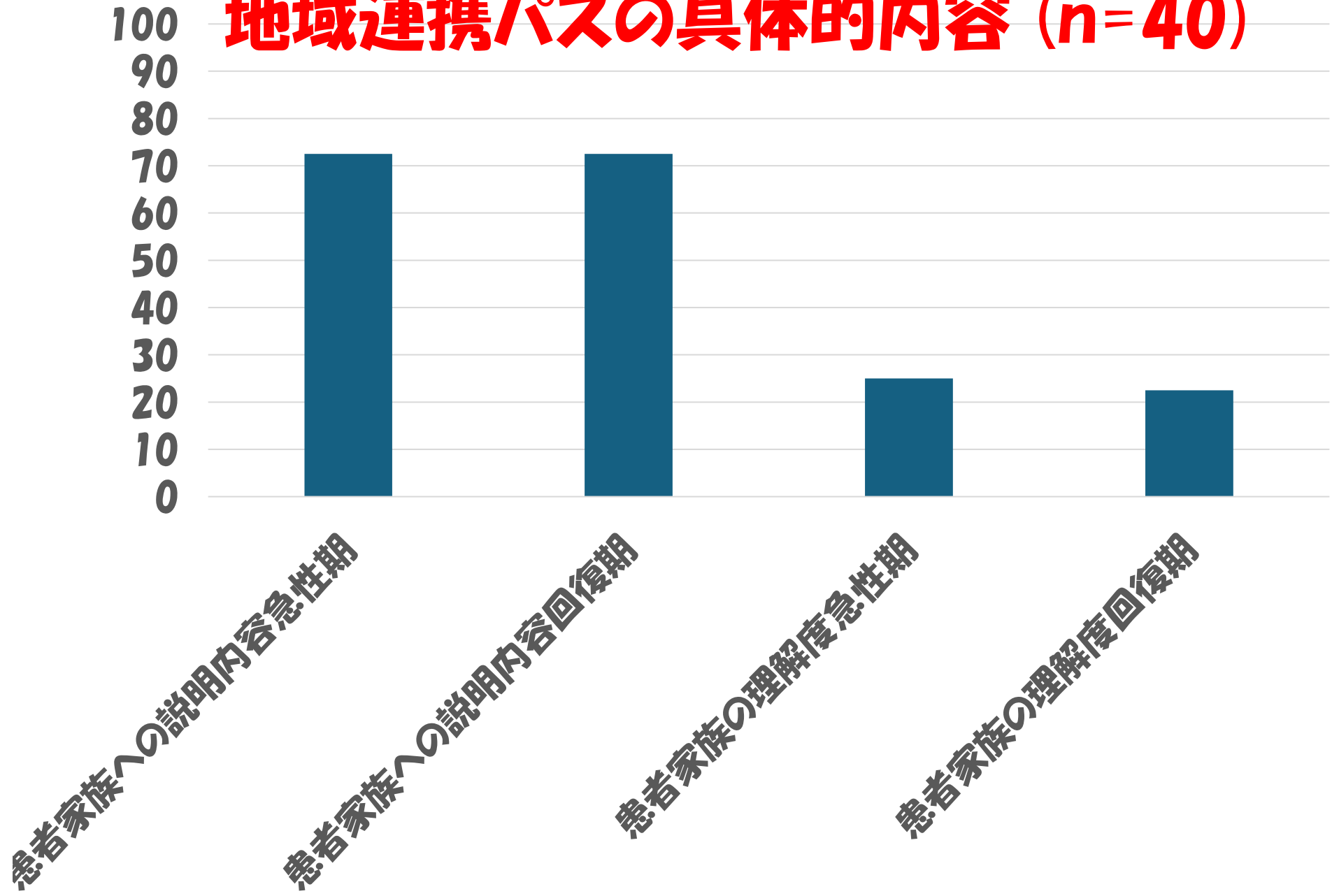
地域連携パスの具体的内容（n=40）



地域連携パスの具体的内容（n=40）



地域連携パスの具体的内容（n=40）



地域連携パスの具体的内容（n=40）

・盛り込むべき内容が反映されていない
・服薬，栄養指導の内容が反映されていない
・mRSの経過が反映されていない
・日常生活ゴール，就労支援，意思決定支援に関する情報が反映されていない
・説明に対する患者や家族の理解度が反映されていない

回復期・維持期 (生活期) 医療機関および地域包括ケアに関わる多職種への調査フォーム

管理栄養士・栄養士のみなさまへ

０．現在の職場について

a. 回復期医療機関
b. 維持期医療機関
c. かかりつけクリニック
d. 福祉施設，保健所，または訪問・介護系サービス

１．脳卒中地域連携パスの内容を確認することはありますか.

a. はい
b. いいえ

２．急性期病院または回復期病院からの情報提供で得られている情報をすべて選んでください

a. 目標塩分摂取量
b. 目標総カロリー
c. 脂質異常症対策・指導内容
   具体的内容：
d. 耐糖能異常対策・指導内容
   具体的内容：
e. フレイル対策・指導内容
   具体的内容
f. 目標血圧
g. 目標 LDL 値
h. 目標 TG 値
i. 目標 HbA1c 値
j. 口腔ケアについて
k. 食事形態
l. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
m. 介護保険・福祉サービスの状況

３．担当患者に指導している内容をすべて選んでください

a. 目標塩分摂取量
b. 目標総カロリー
c. 脂質異常症対策・指導内容
   具体的内容：

d. 耐糖能異常対策・指導内容
　具体的内容：
e. フレイル対策・指導内容
　具体的内容
f. 目標血圧
g. 目標 LDL 値
h. 目標 TG 値
i. 目標 HbA1c 値
j. 口腔ケアについて
k. 食事形態
l. その他重視している項目 (　　)

４．設問２の項目のうち，急性期・回復期からの情報で，不足していると考えられるものをすべて記載してください．設問 2 にない項目は直接記入してください．

５．患者さんの栄養状態や栄養指導の効果の指標として重視しているのはどれですか？すべて選んでください

a. BMI
b. 体重
c. アルブミン
d. 総コレステロール
e. LDL コレステロール
f. HDL コレステロール
g. HbA1c
h. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
i. 食事形態
j. 食事量，総カロリー
k. その他 (　　)

６．フレイル予防のため実施しているものをすべて選んでください

a. 栄養指導
b. 口腔ケア
c. 運動指導
d. 社会参加への指導
e. その他
　具体的内容：

７．他の職種のサマリーや情報提供書で，参考にするものをすべて選んでください

a. 医師
b. 看護師
c. 理学療法士
d. 作業療法士
e. 言語聴覚士
f. 薬剤師
d. 医療ソーシャルワーカー

８．他の職種への申し送る内容をすべて選んでください

a. 目標塩分摂取量
b. 目標総カロリー
c. 脂質異常症対策・指導内容
　具体的内容：
d. 耐糖能異常対策・指導内容
　具体的内容：
e. フレイル対策・指導内容
　具体的内容
f. 目標血圧
g. 目標 LDL 値
h. 目標 TG 値
i. 目標 HbA1c 値
j. アルブミン値
k. 口腔ケアについて
l. 食事形態
m. その他 (　　)

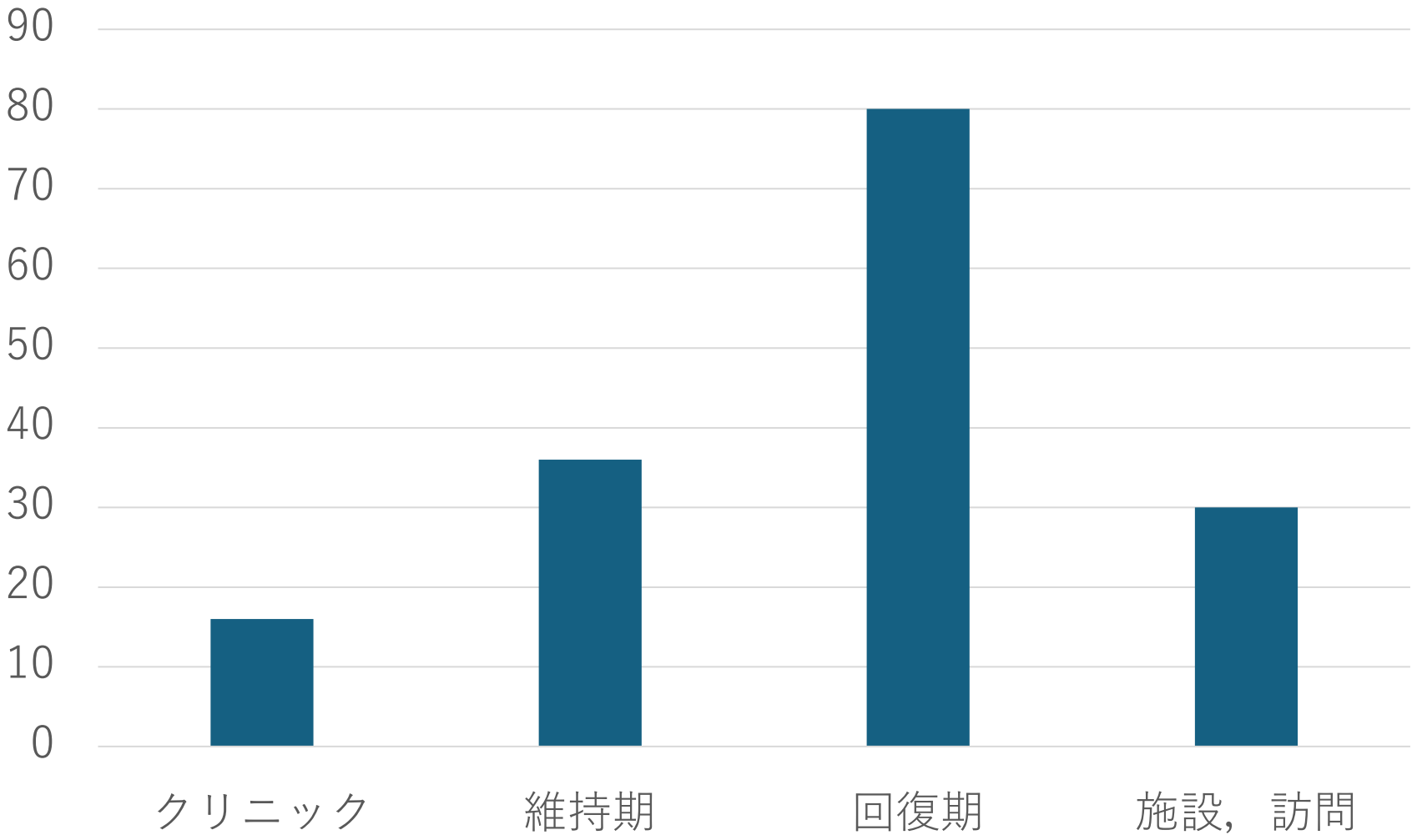
９．申し送り時に作成するものをすべて選んでください.

a.　地域連携パスへの記載
b. 栄養情報報告書
c. その他 (　　)

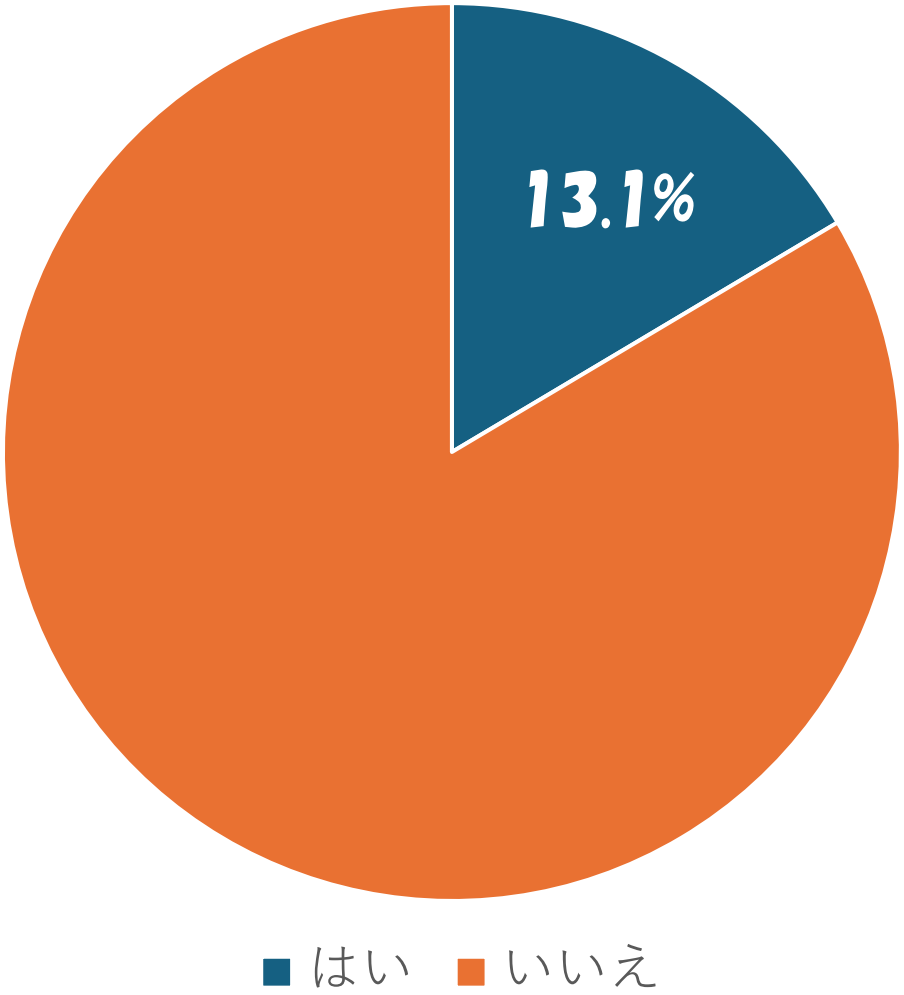
１０．地域全体で疾患管理プログラムを策定して情報共有するための課題についてご意見を記載してください.

管理栄養士・栄養士からみた
脳卒中地域連携の現状と課題

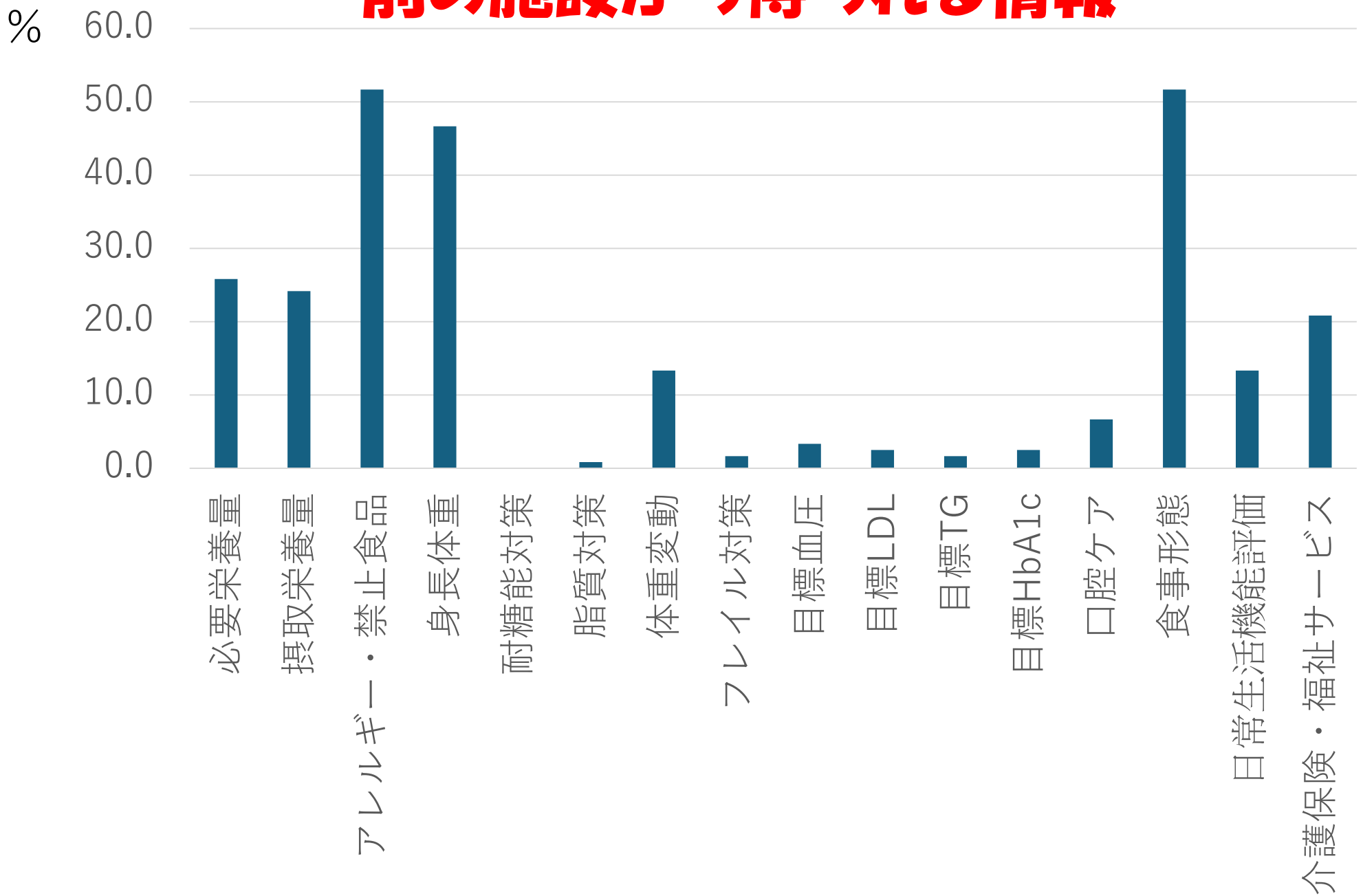
管理栄養士・栄養士の職場



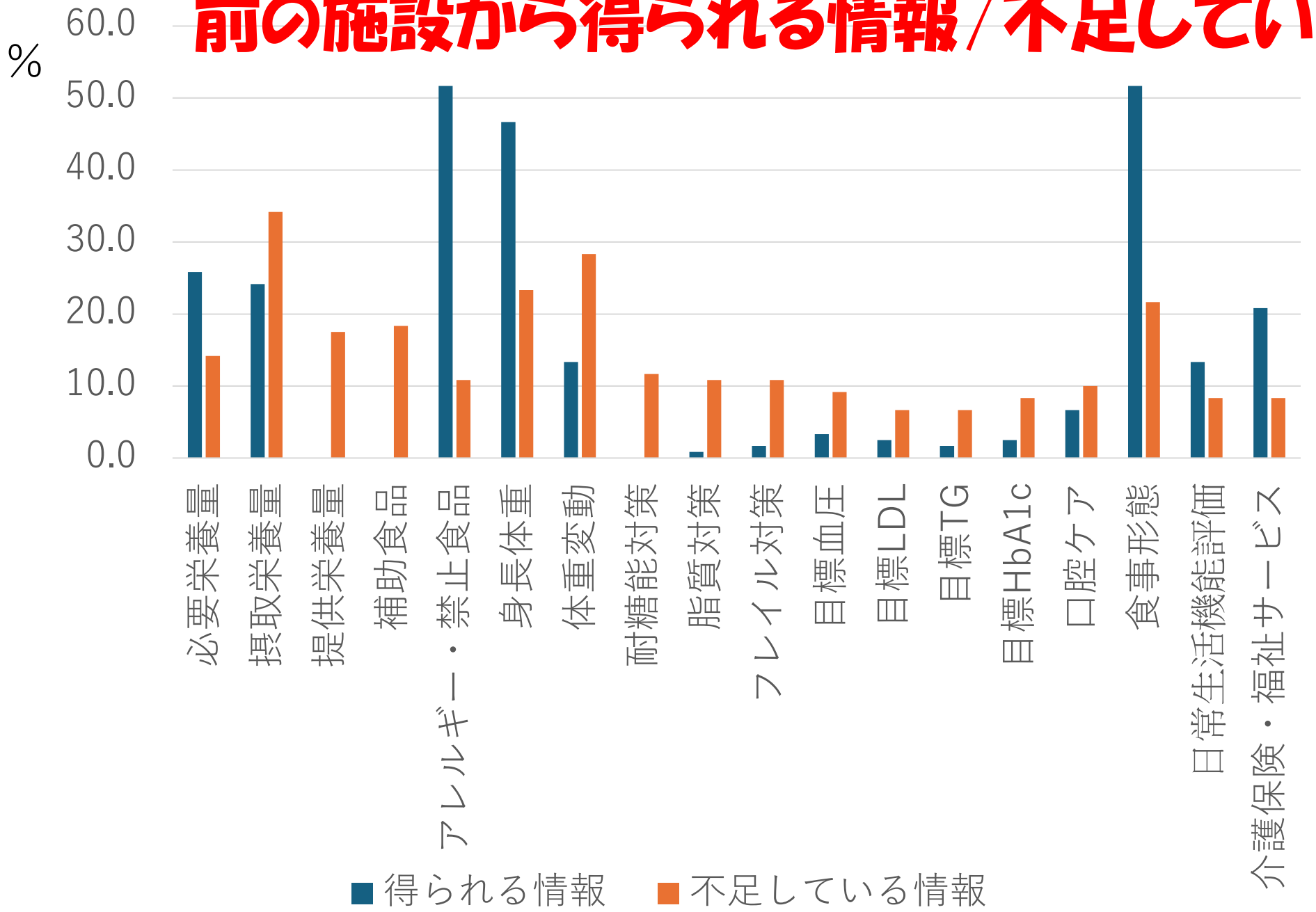
脳卒中地域連携パスの利用



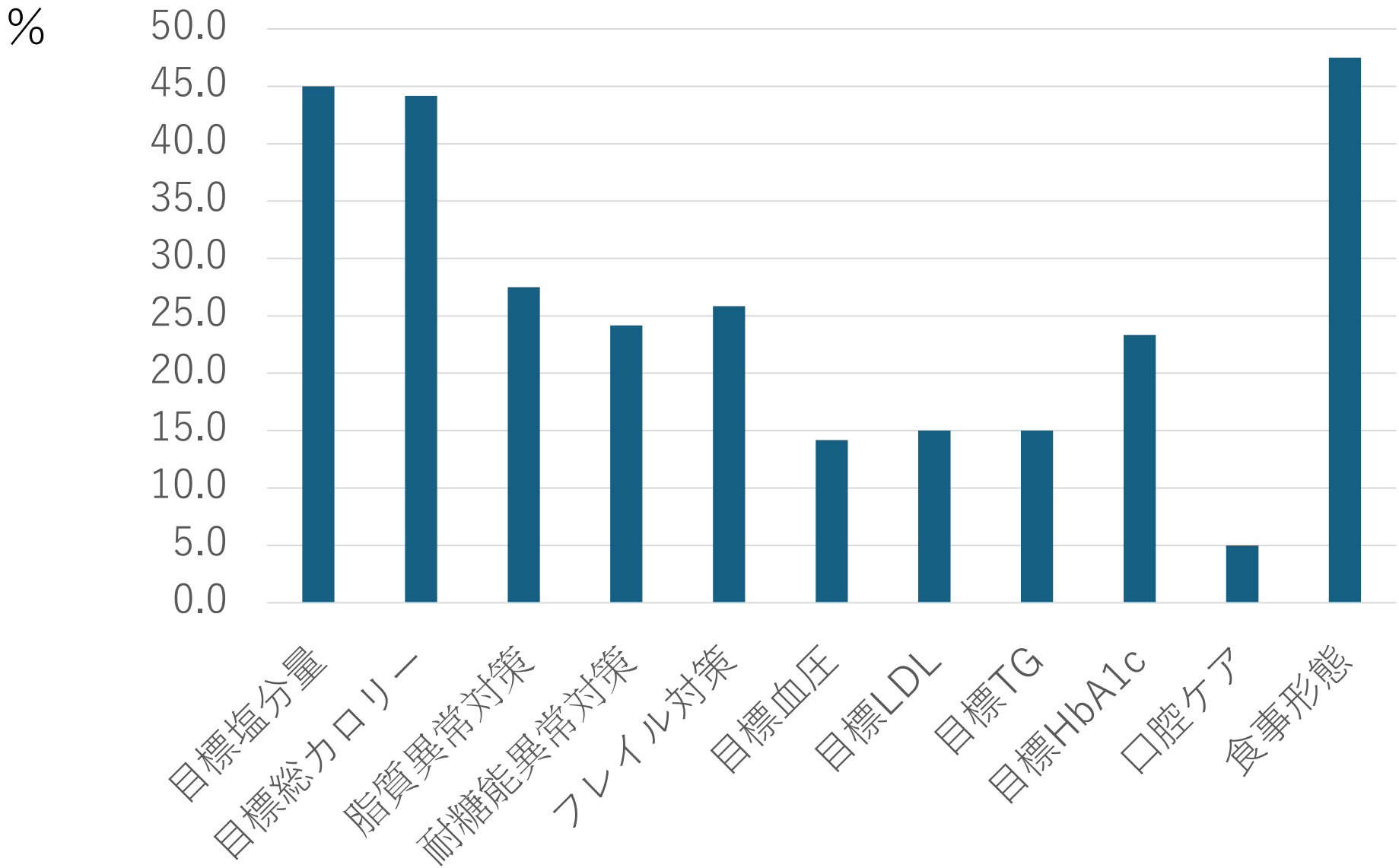
前の施設から得られる情報



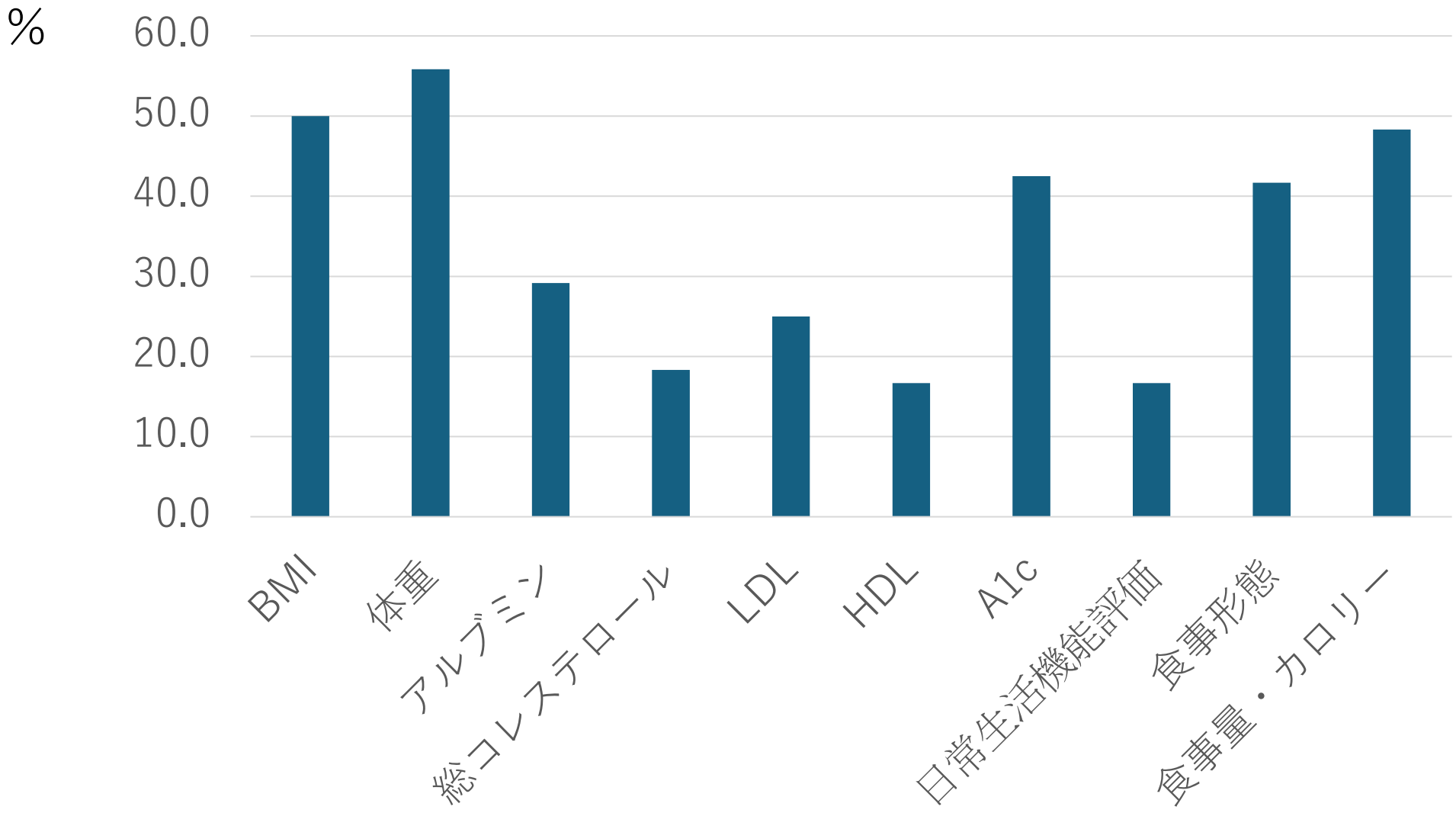
前の施設から得られる情報/不足している情報



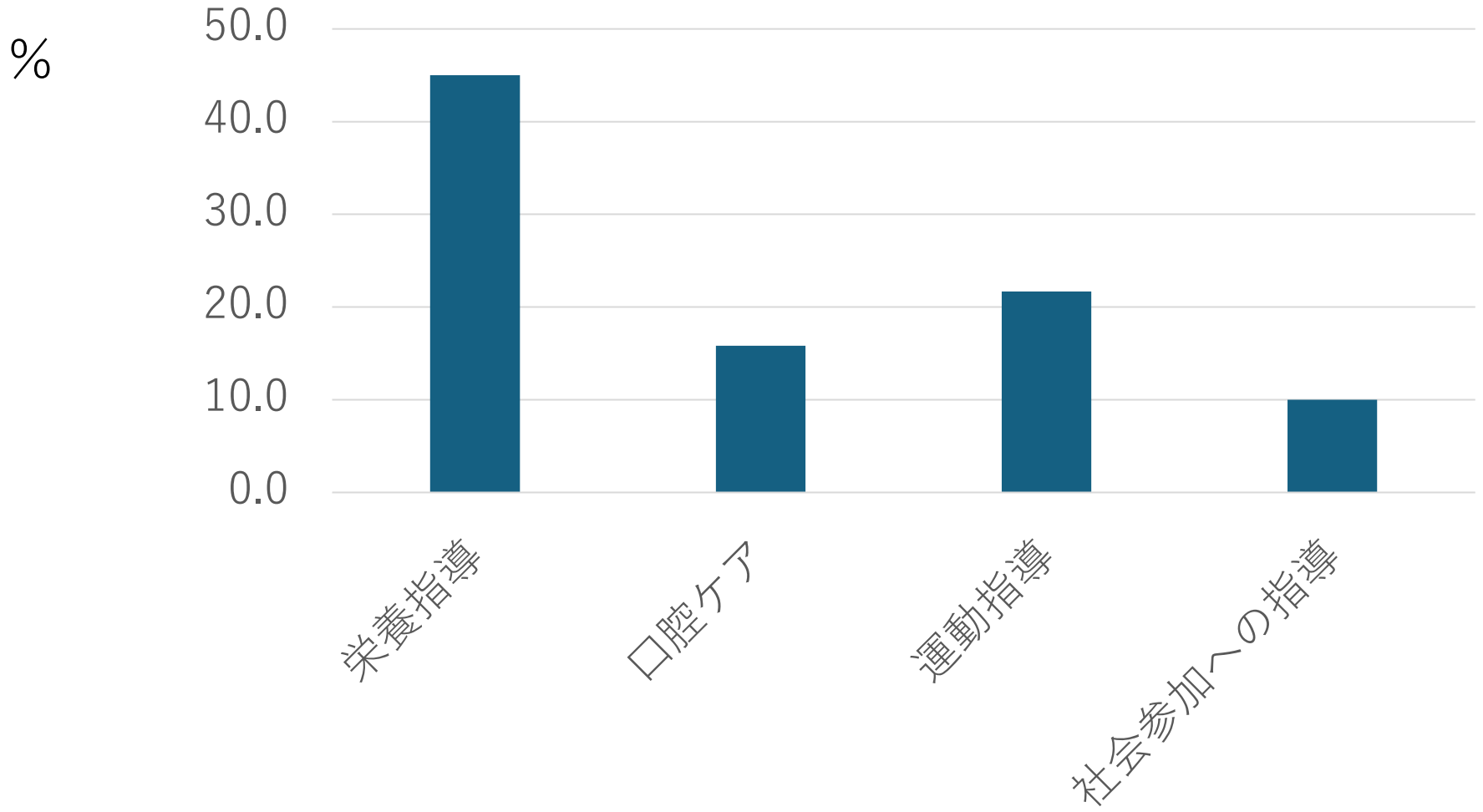
重視して指導している内容



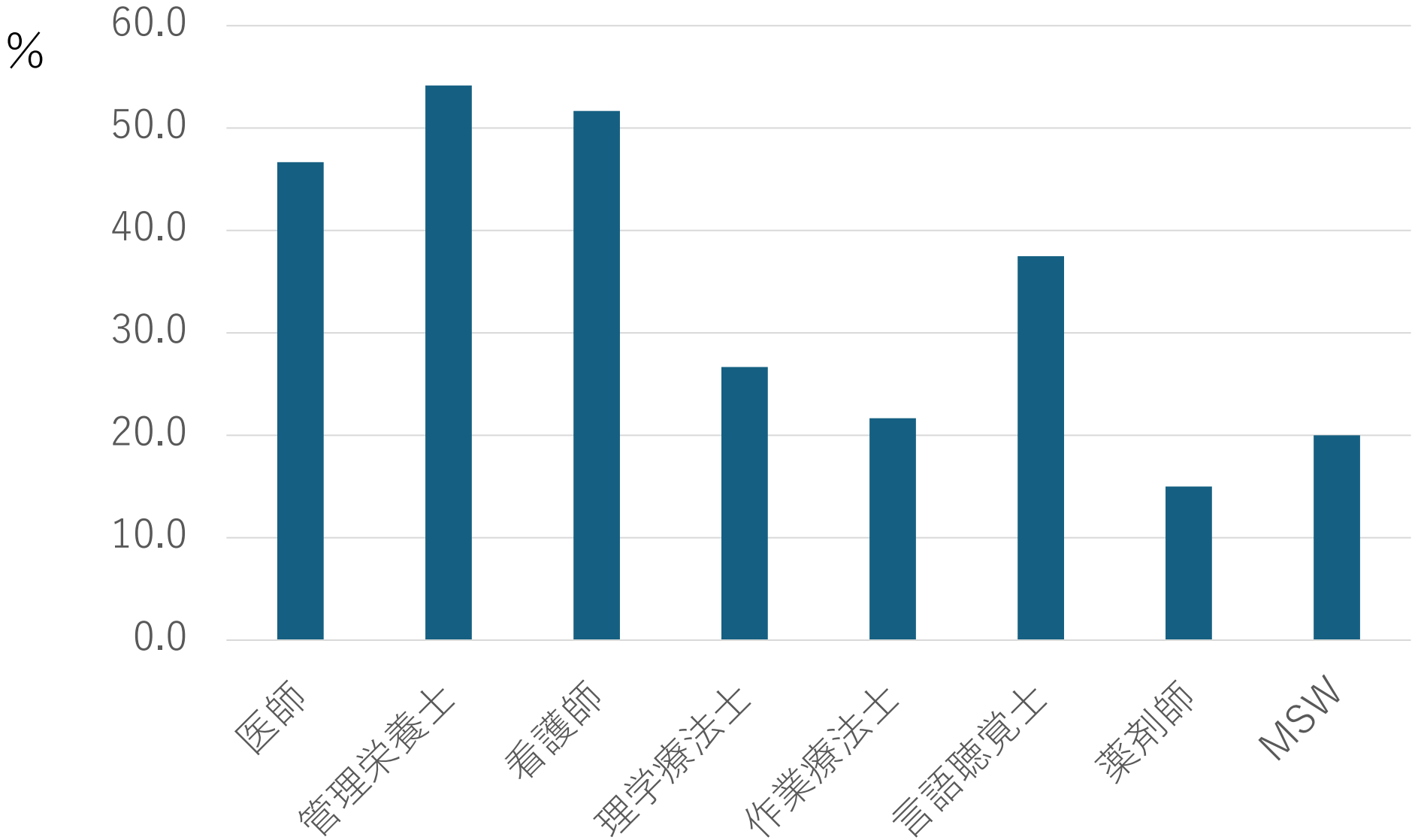
重視して指導している指標



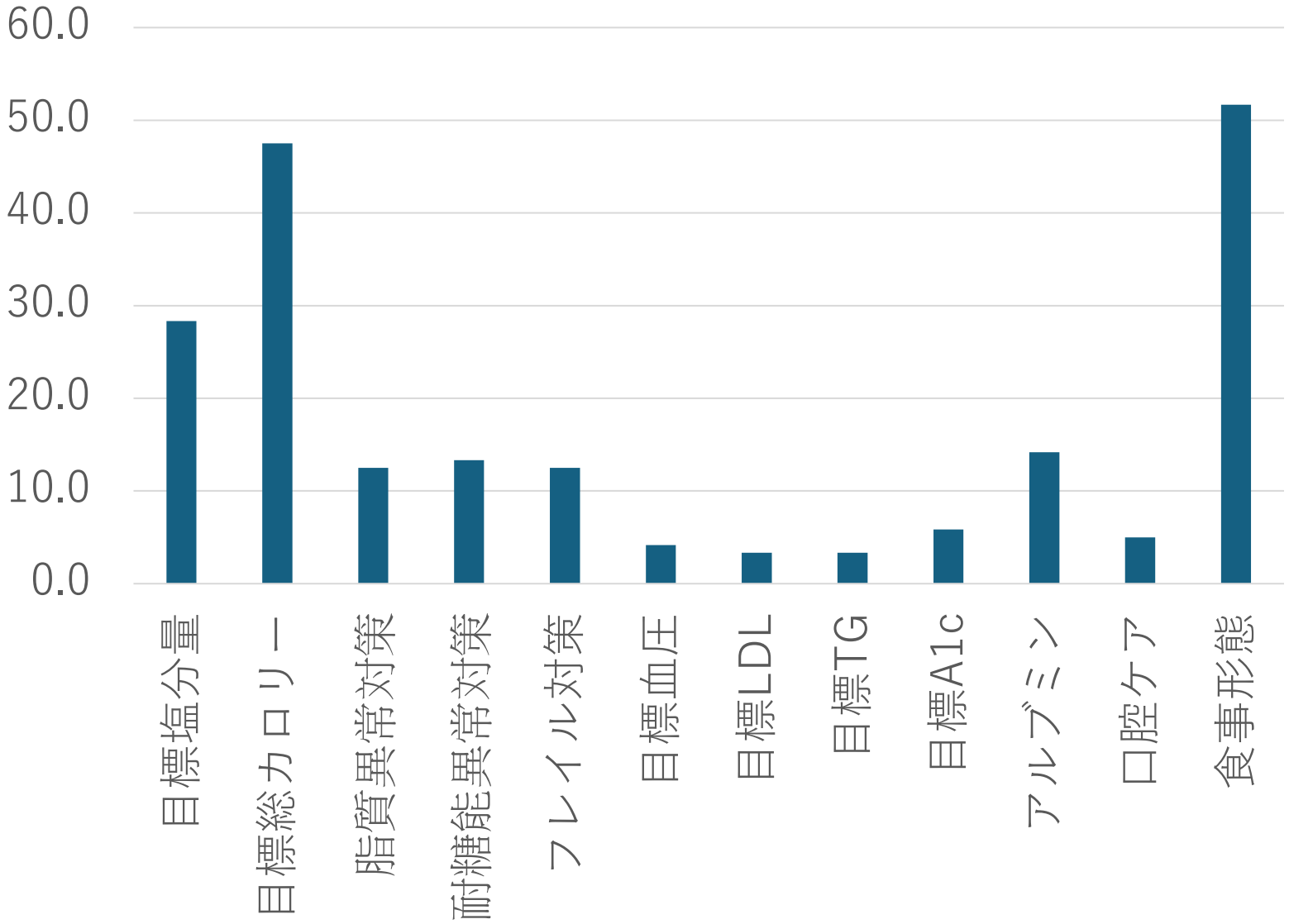
フレイル対策で実施していること



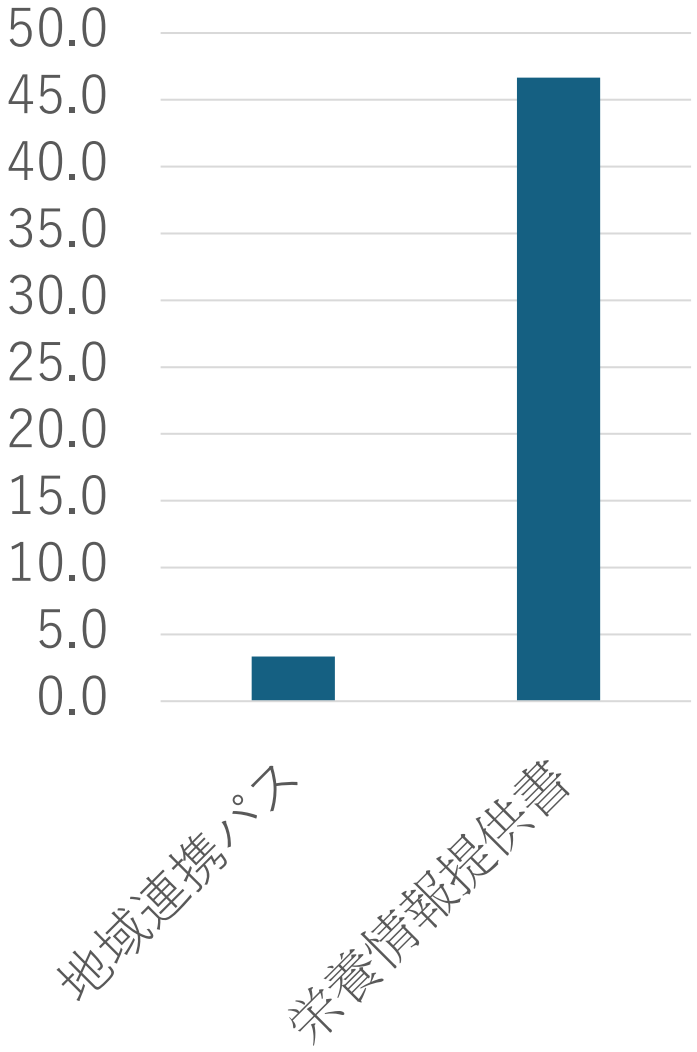
参考にする情報提供書


%
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
医師
管理栄養士
看護師
理学療法士
作業療法士
言語聴覚士
薬剤師
MSW

申し送る内容



申し送り方法



回復期・維持期 (生活期) 医療機関および地域包括ケアに関わる多職種への調査フォーム

薬剤師のみなさまへ

０．現在の職場について

a. 回復期医療機関
b. 維持期医療機関
c. 地域の薬局
d. 福祉施設，保健所，または訪問・介護系サービス

１．脳卒中地域連携パスの内容を確認することはありますか.

a. はい
b. いいえ

２．急性期病院または回復期病院からの情報提供で確認できている情報をすべて選んでください

a. 前医での服薬指導の内容
b. 認知機能
c. 患者/家族の理解度・アドヒアランス
d. アレルギー歴，副反応
e. 目標塩分摂取量
f. 目標総カロリー
g. 脂質異常症対策・指導内容
h. 耐糖能異常対策・指導内容
i. フレイル対策・指導内容
j. 目標血圧
k. 目標 LDL 値
l. 目標 TG 値
m. 目標 HbA1c 値
n. 直近のクレアチニン，クレアチニンクリアランス，eGFR
o. 直近の血圧の値
p. 直近の LDL の値
q. 直近の TG の値
r. 直近の HbA1c の値
s. 体重，体重の変化
t. 嚥下障害の有無，食事形態
u. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)

v. 介護保険・福祉サービスの状況

３．担当患者に指導している内容をすべて選んでください

a. 抗血栓薬について (出血リスクも含めて)
b. 抗血栓薬の見分け方
c. 抗てんかん薬について
d. 降圧薬について
e. 脂質異常治療薬について
f. 糖尿病治療薬について
g. 内服薬の用量について
h. 副反応について
i. 併用禁止薬について
j. 目標血圧
k. 目標 LDL
l. 目標 TG 値
m. 目標 HbA1c 値
m. 飲み忘れ対策，飲み忘れた時の対処法

４．急性期・回復期からの情報で，不足していると考えられるものをすべて記載してください．選択肢にない項目は直接記入してください.

a. 前医での服薬指導の内容
b. 認知機能
c. 患者/家族の理解度・アドヒアランス
d. アレルギー歴，副反応
e. 目標塩分摂取量
f. 目標総カロリー
g. 脂質異常症対策・指導内容
h. 耐糖能異常対策・指導内容
i. フレイル対策・指導内容
j. 目標血圧
k. 目標 LDL 値
l. 目標 TG 値
m. 目標 HbA1c 値
n. 直近のクレアチニン，クレアチニンクリアランス，eGFR
o. 直近の血圧の値
p. 直近の LDL の値
q. 直近の TG の値
r. 直近の HbA1c の値

s. 体重，体重の変化
t. 嚥下障害の有無，食事形態
u. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
v. 介護保険・福祉サービスの状況
w. その他 (自由記載)

５．患者さんの服薬指導の際に重視している，または参考にしたいのはどれですか？すべて選んでください
a. アドヒアランス，残薬数
b. 併用禁忌薬
c. 副反応
d. アレルギー歴
e. ポリファーマシー
f. 患者・家族の理解度
g. 出血の有無
h. 併用薬
i. 血圧値の推移
j. LDL コレステロール値の推移
k. TG 値の推移
l. HbA1c 値の推移
m. 腎機能の推移
n. 体重の推移
o. 認知機能
p. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
q. 嚥下障害の有無，食事形態
r. その他 (　　)

６．他の職種のサマリーや情報提供書で，参考にするものをすべて選んでください
a. 医師
b. 看護師
c. 理学療法士
d. 作業療法士
e. 言語聴覚士
f. 管理栄養士・栄養士
d. 医療ソーシャルワーカー

７．他の職種と共有したい (してほしい) と考える内容をすべて選んでください

a. 服薬指導の内容
b. ポリファーマシー
c. 患者・家族の理解度
d. アドヒアランス
e. 飲み忘れ対策，飲み忘れた時の対処法
f. その他 (自由記載)

８．申し送り時に作成するものをすべて選んでください.

a. 地域連携パスへの記載
b. 服薬指導内容に関する申し送り書式
c. その他 (自由記載)

９．地域全体で疾患管理プログラムを策定して情報共有するための課題についてご意見を記載してください.

回復期・維持期 (生活期) 医療機関および地域包括ケアに関わる多職種への調査フォーム

薬剤師のみなさまへ

０．現在の職場について

a. 回復期医療機関
b. 維持期医療機関
c. 地域の薬局
d. 福祉施設，保健所，または訪問・介護系サービス

１．脳卒中地域連携パスの内容を確認することはありますか.

a. はい
b. いいえ

２．急性期病院または回復期病院からの情報提供で確認できている情報をすべて選んでください

a. 前医での服薬指導の内容
b. 認知機能
c. 患者/家族の理解度・アドヒアランス
d. アレルギー歴，副反応
e. 目標塩分摂取量
f. 目標総カロリー
g. 脂質異常症対策・指導内容
h. 耐糖能異常対策・指導内容
i. フレイル対策・指導内容
j. 目標血圧
k. 目標 LDL 値
l. 目標 TG 値
m. 目標 HbA1c 値
n. 直近のクレアチニン，クレアチニンクリアランス，eGFR
o. 直近の血圧の値
p. 直近の LDL の値
q. 直近の TG の値
r. 直近の HbA1c の値
s. 体重，体重の変化
t. 嚥下障害の有無，食事形態
u. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)

v. 介護保険・福祉サービスの状況
w. 調剤の方法（一包化や粉砕の必要性など）
x. 入院時持参薬の変更点とその理由
y. 入院中に開始された薬剤の処方意図
z. 使用中の薬剤の監査時に必要な検査値の情報（例．ワルファリンの目標 PT-INR など）

３．担当患者に指導している内容をすべて選んでください
a. 抗血栓薬について (出血リスクも含めて)
b. 抗血栓薬の見分け方
c. 抗てんかん薬について
d. 降圧薬について
e. 脂質異常治療薬について
f. 糖尿病治療薬について
g. 内服薬の用量について
h. 副反応について
i. 併用禁止薬について
j. 目標血圧
k. 目標 LDL
l. 目標 TG 値
m. 目標 HbA1c 値
m. 飲み忘れ対策，飲み忘れた時の対処法
n. ポリファーマシーについて

４．急性期・回復期からの情報で，不足していると考えられるものをすべて記載してください．選択肢にない項目は直接記入してください．
a. 前医での服薬指導の内容
b. 認知機能
c. 患者/家族の理解度・アドヒアランス
d. アレルギー歴，副反応
e. 目標塩分摂取量
f. 目標総カロリー
g. 脂質異常症対策・指導内容
h. 耐糖能異常対策・指導内容
i. フレイル対策・指導内容
j. 目標血圧
k. 目標 LDL 値
l. 目標 TG 値
m. 目標 HbA1c 値

n. 直近のクレアチニン，クレアチニンクリアランス，eGFR
o. 直近の血圧の値
p. 直近の LDL の値
q. 直近の TG の値
r. 直近の HbA1c の値
s. 体重，体重の変化
t. 嚥下障害の有無，食事形態
u. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
v. 介護保険・福祉サービスの状況
w. 調剤の方法（一包化や粉砕の必要性など）
x. 入院時持参薬の変更点とその理由
y. 入院中に開始された薬剤の処方意図
z. 使用中の薬剤の監査時に必要な検査値の情報（例．ワルファリンの目標 PT-INR など）
aa. その他 (自由記載)

５．患者さんの服薬指導の際に重視している，または参考にしたいのはどれですか？すべて選んでください
a. アドヒアランス，残薬数
b. 併用禁忌薬
c. 副反応
d. アレルギー歴
e. ポリファーマシー
f. 患者・家族の理解度
g. 出血の有無
h. 併用薬
i. 血圧値の推移
j. LDL コレステロール値の推移
k. TG 値の推移
l. HbA1c 値の推移
m. 腎機能の推移
n. 体重の推移
o. 認知機能
p. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
q. 嚥下障害の有無，食事形態
r. 調剤の方法（一包化や粉砕の必要性など）

s. 入院時持参薬の変更点とその理由
t. 入院中に開始された薬剤の処方意図
u. 使用中の薬剤の監査時に必要な検査値の情報（例. ワルファリンの目標 PT-INR など）
v. その他 (　　)

６. 他の職種のサマリーや情報提供書で，参考にするものをすべて選んでください
a. 医師
b. 看護師
c. 理学療法士
d. 作業療法士
e. 言語聴覚士
f. 管理栄養士・栄養士
d. 医療ソーシャルワーカー

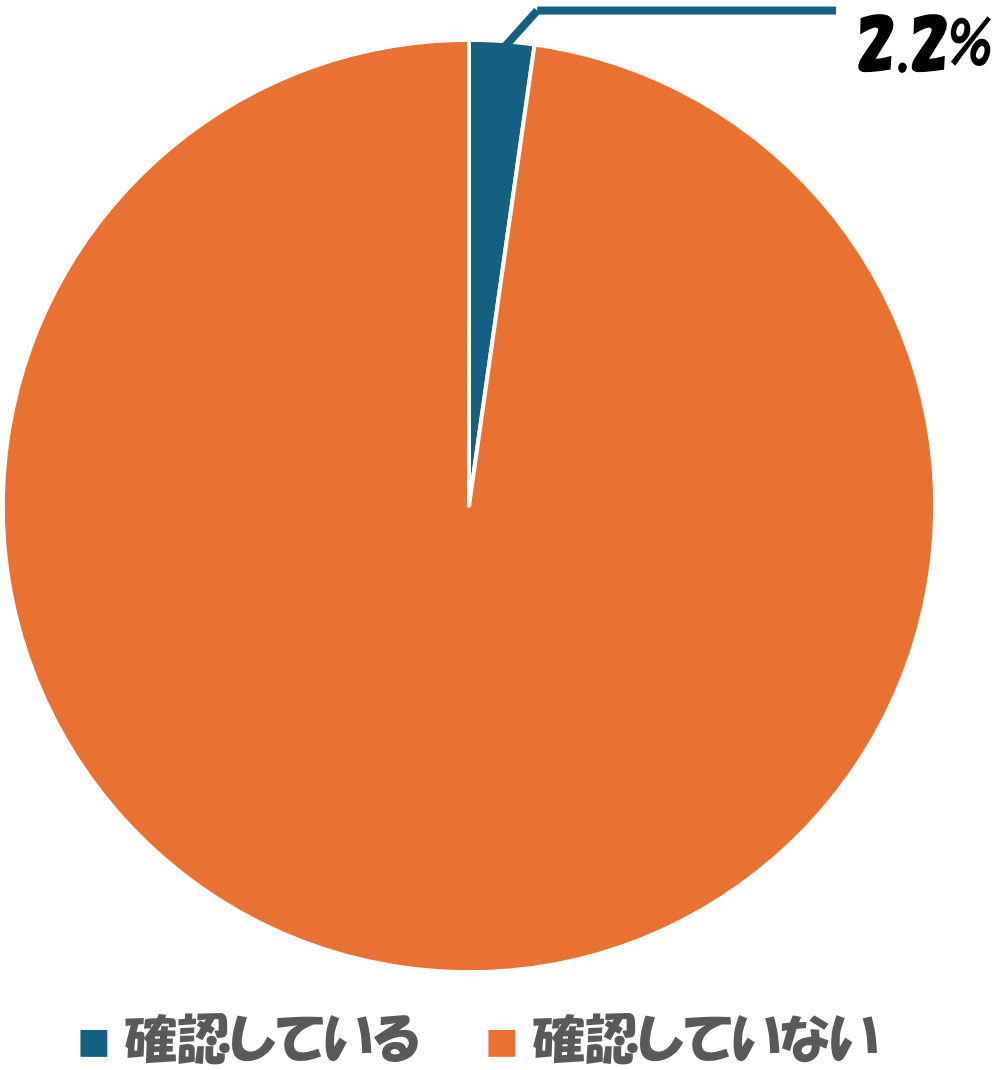
７. 他の職種と共有したい (してほしい) と考える内容をすべて選んでください
a. 服薬指導の内容
b. ポリファーマシー
c. 患者・家族の理解度
d. アドヒアランス
e. 飲み忘れ対策，飲み忘れた時の対処法
f. 調剤の方法（一包化や粉砕の必要性など）
g. 入院時持参薬の変更点とその理由
h. 入院中に開始された薬剤の処方意図
i. 使用中の薬剤の監査時に必要な検査値の情報（例. ワルファリンの目標 PT-INR など）
j. その他 (自由記載)

８. 申し送り時に作成するものをすべて選んでください.
a. 地域連携パスへの記載
b. 服薬指導内容に関する申し送り書式
c. 薬剤管理サマリー
d. お薬手帳への記載
e. その他 (自由記載)

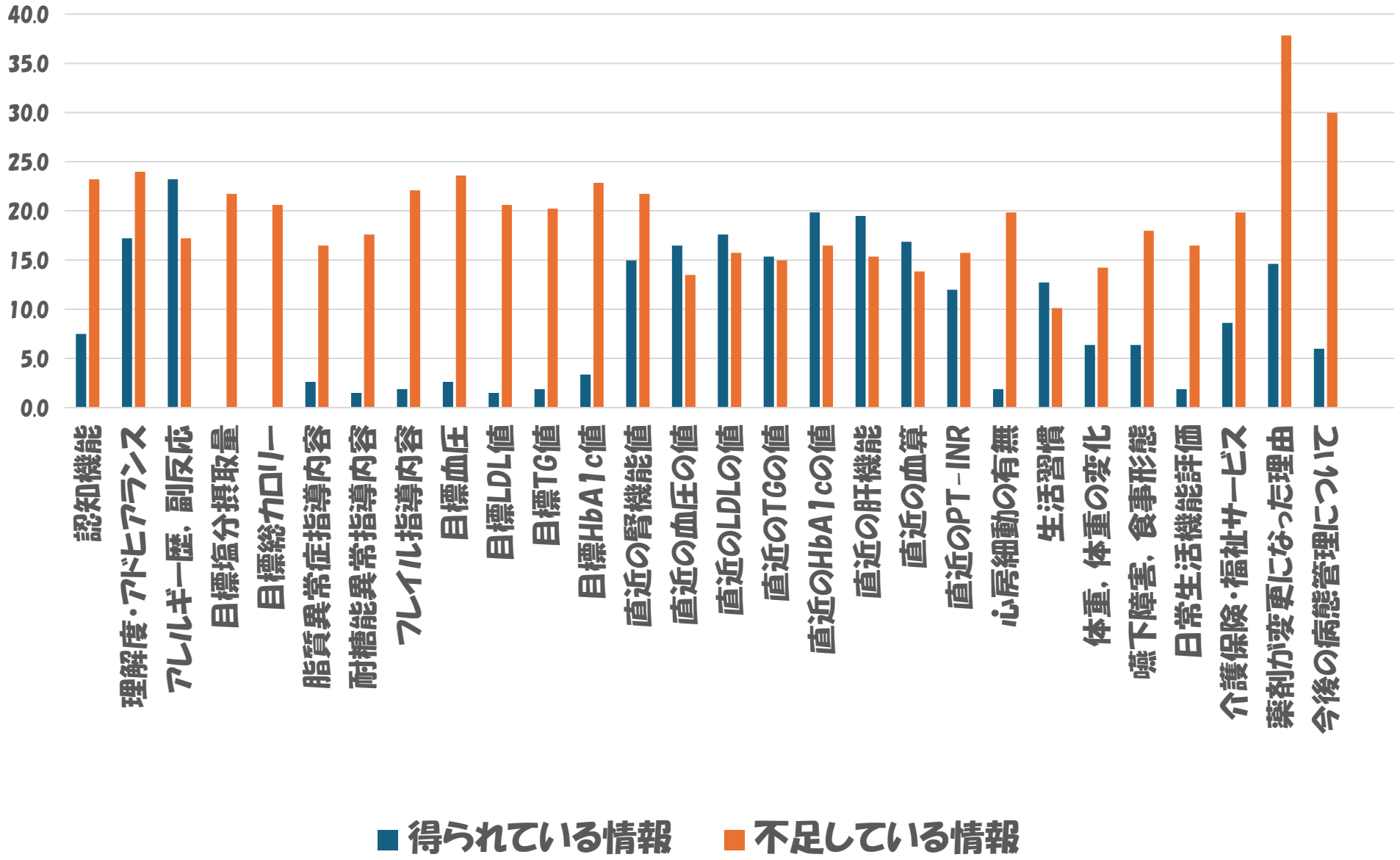
９. 地域全体で疾患管理プログラムを策定して情報共有するための課題についてご意見を記載してください.

地域の薬剤師への地域連実態調査

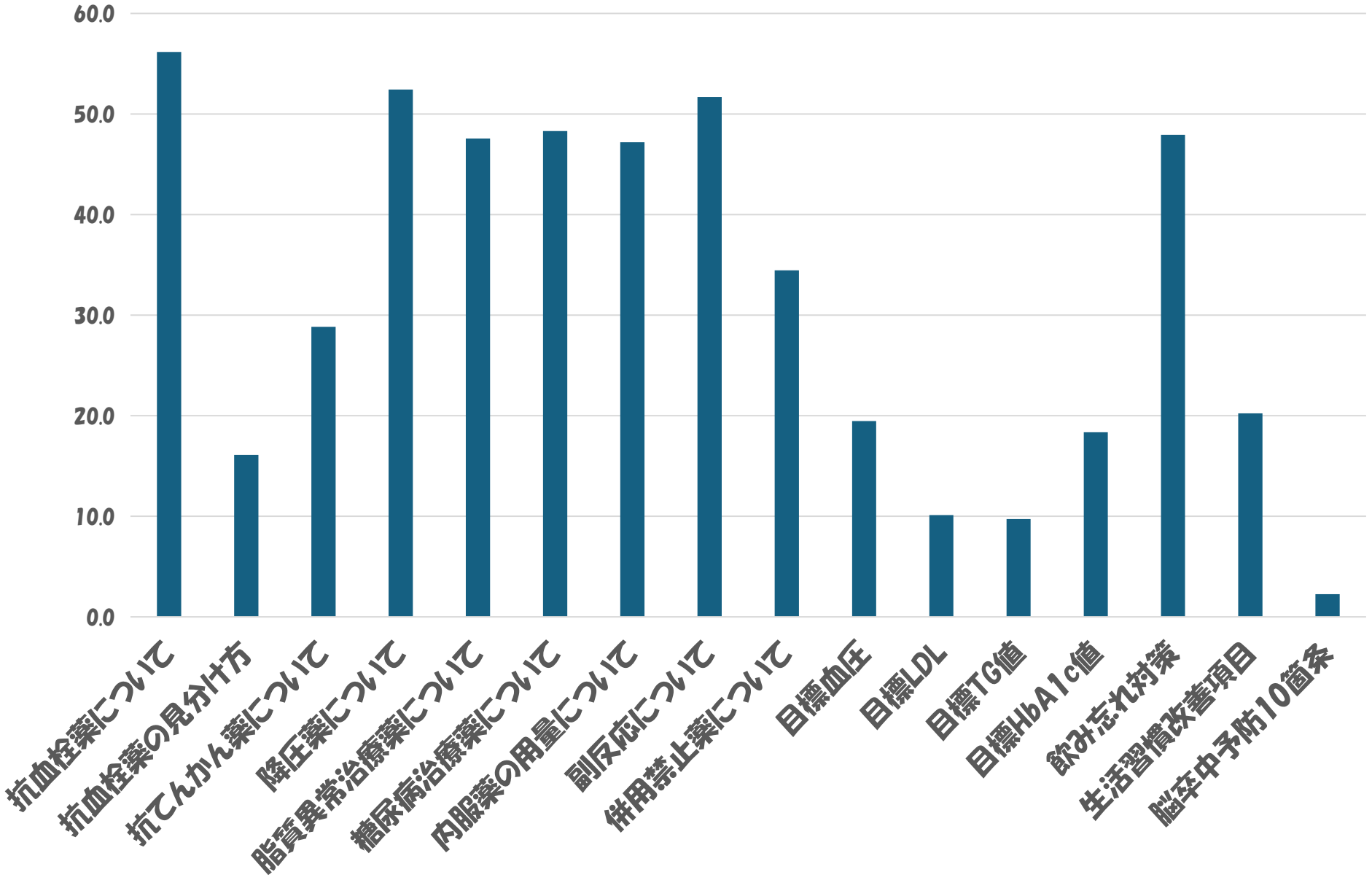
地域連携パスの確認



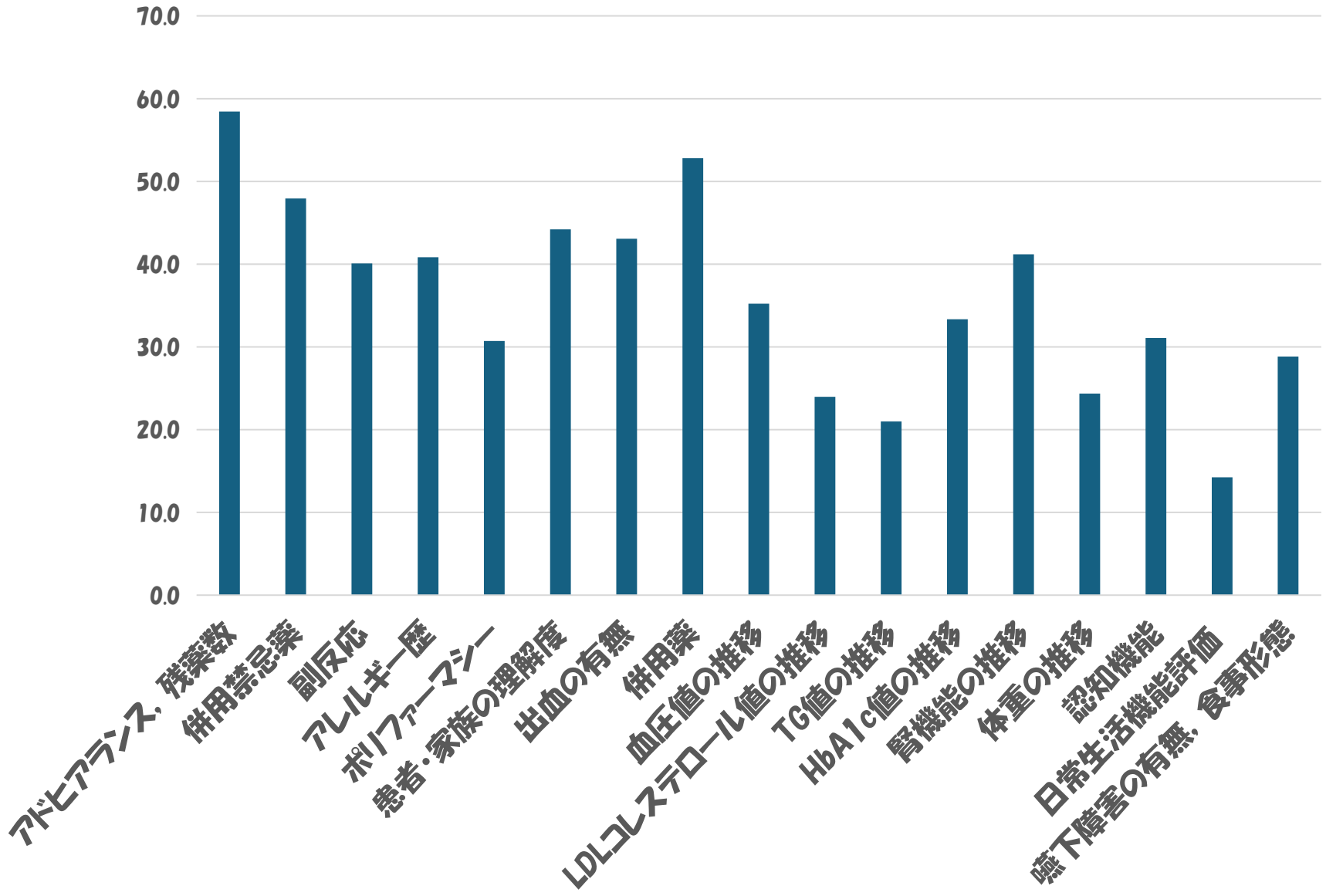
薬剤師が得られている情報・不足している情報



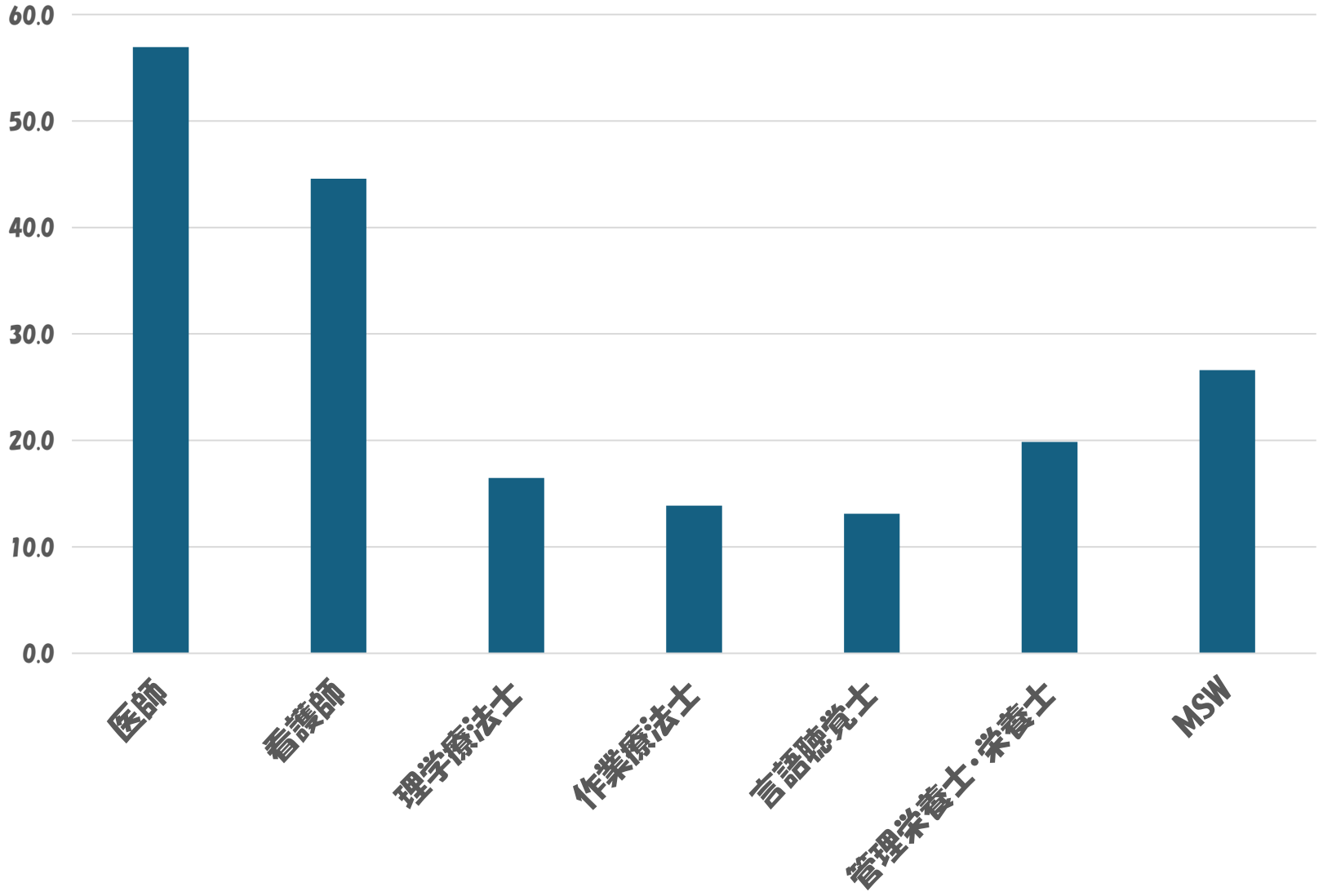
担当患者に指導している内容



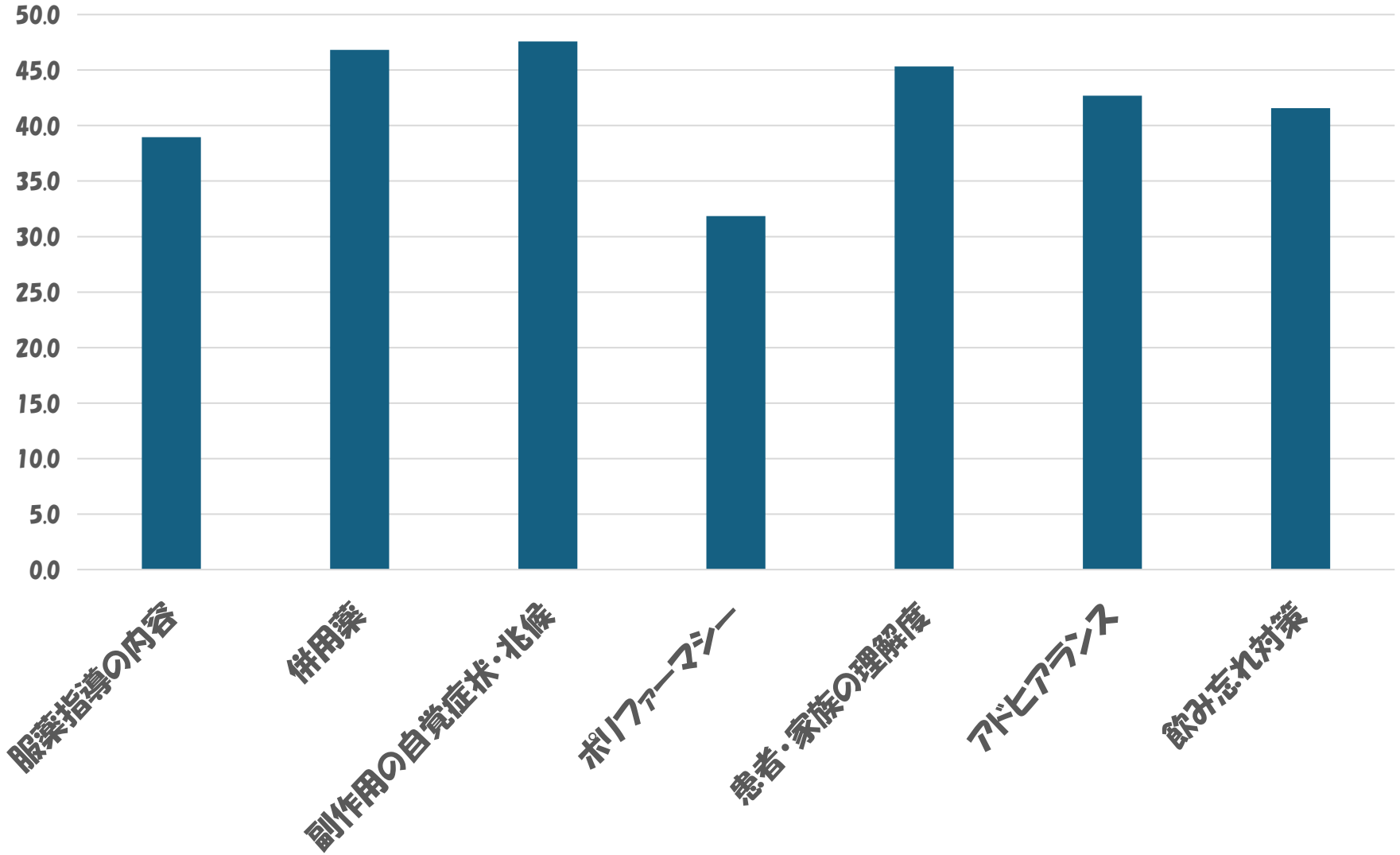
指導の際に重視している・参考にしたい情報



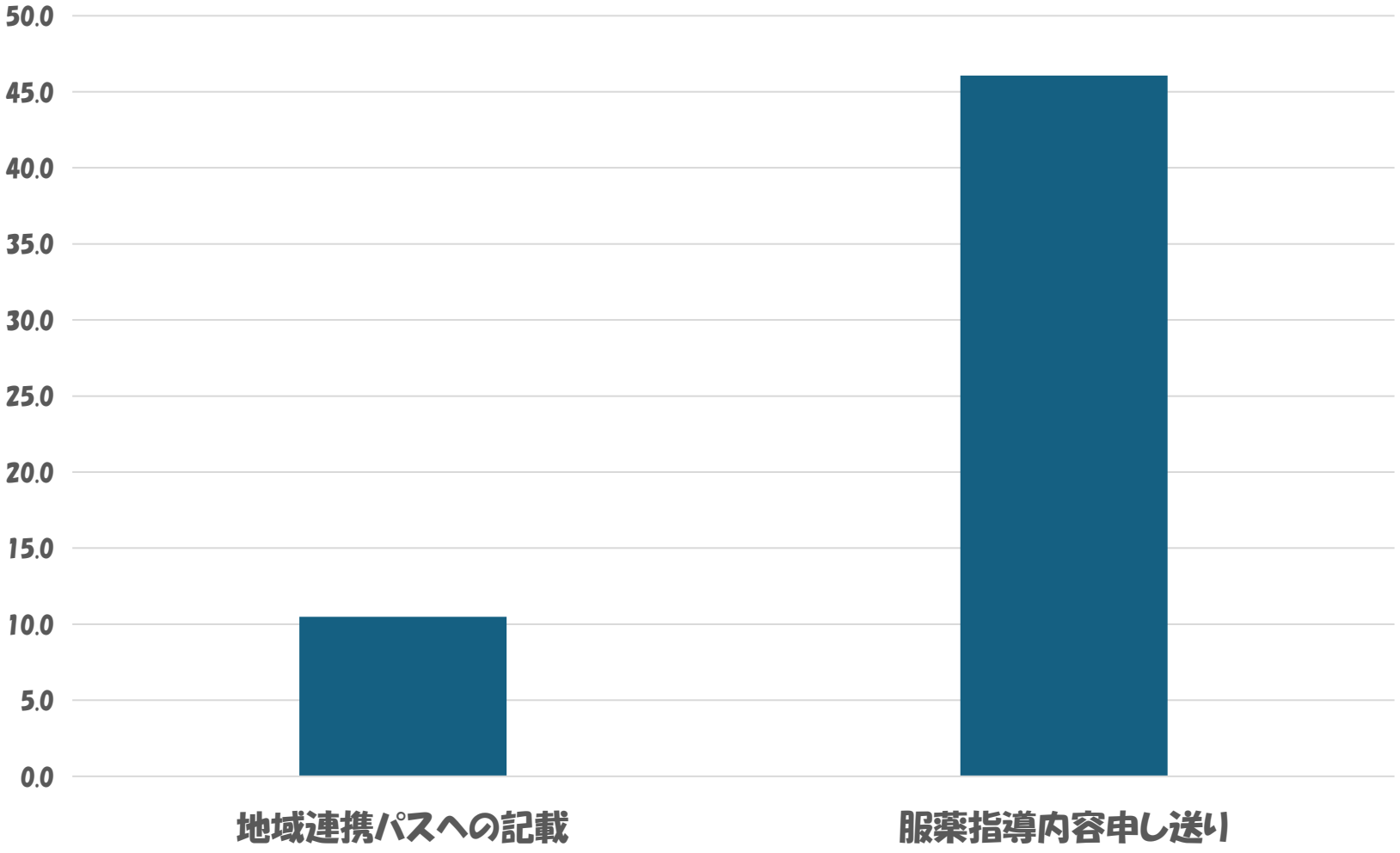
他職種のサマリー・情報提供書で参考にしたいもの



他職種共有したい/してほしい情報

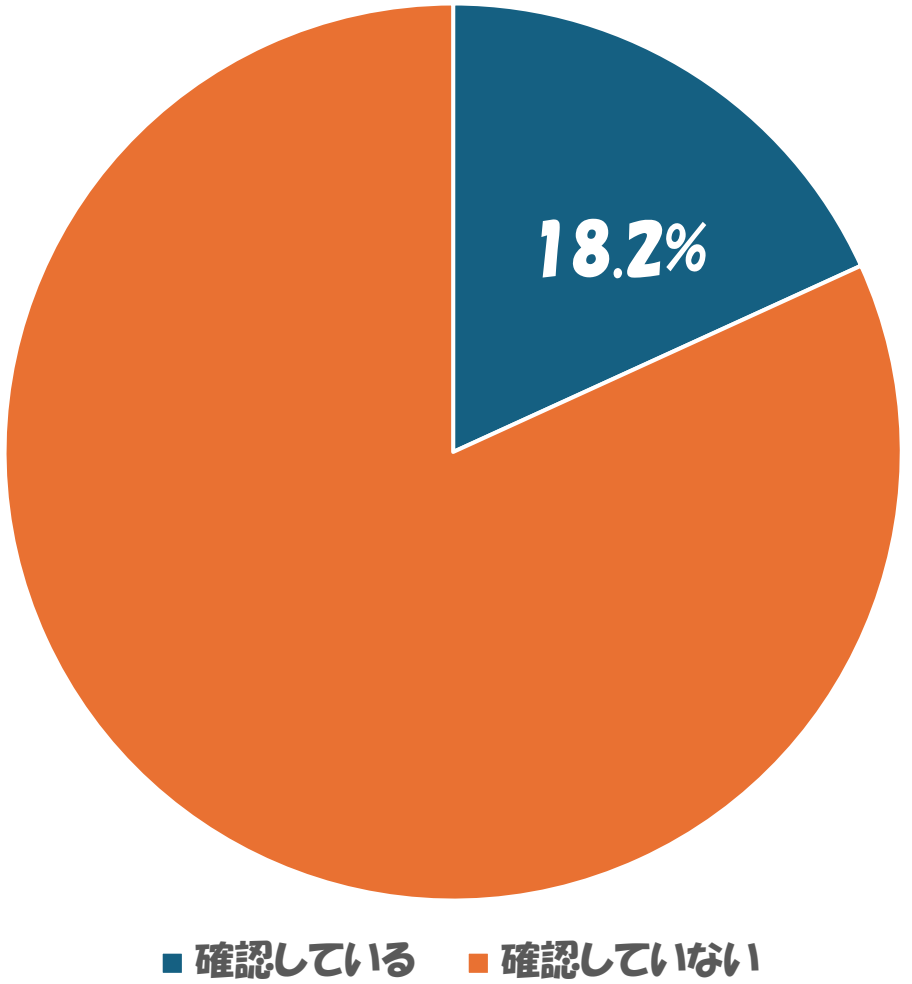


作成している情報共有ツール

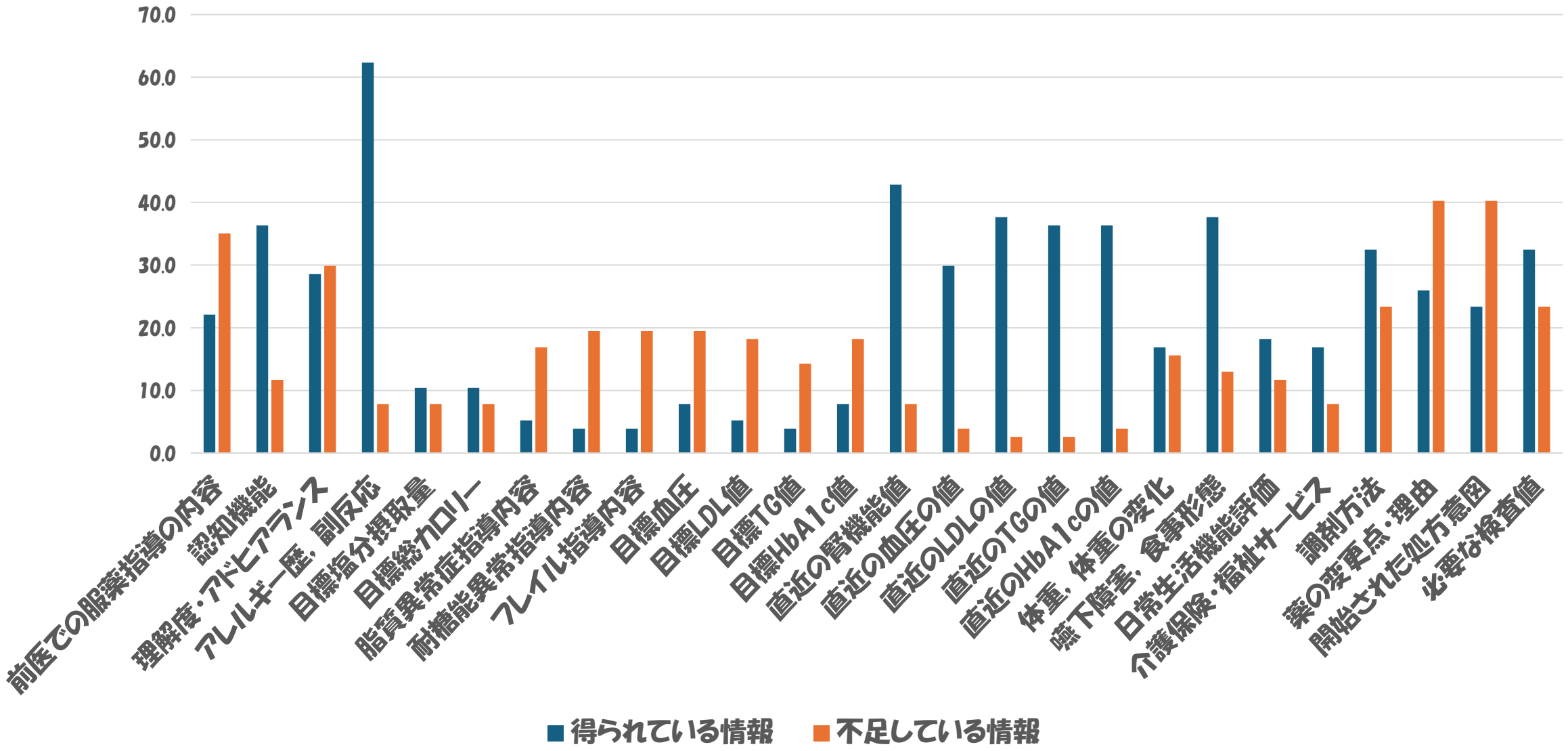


回復期・維持期病院の薬剤師への地域連実態調査

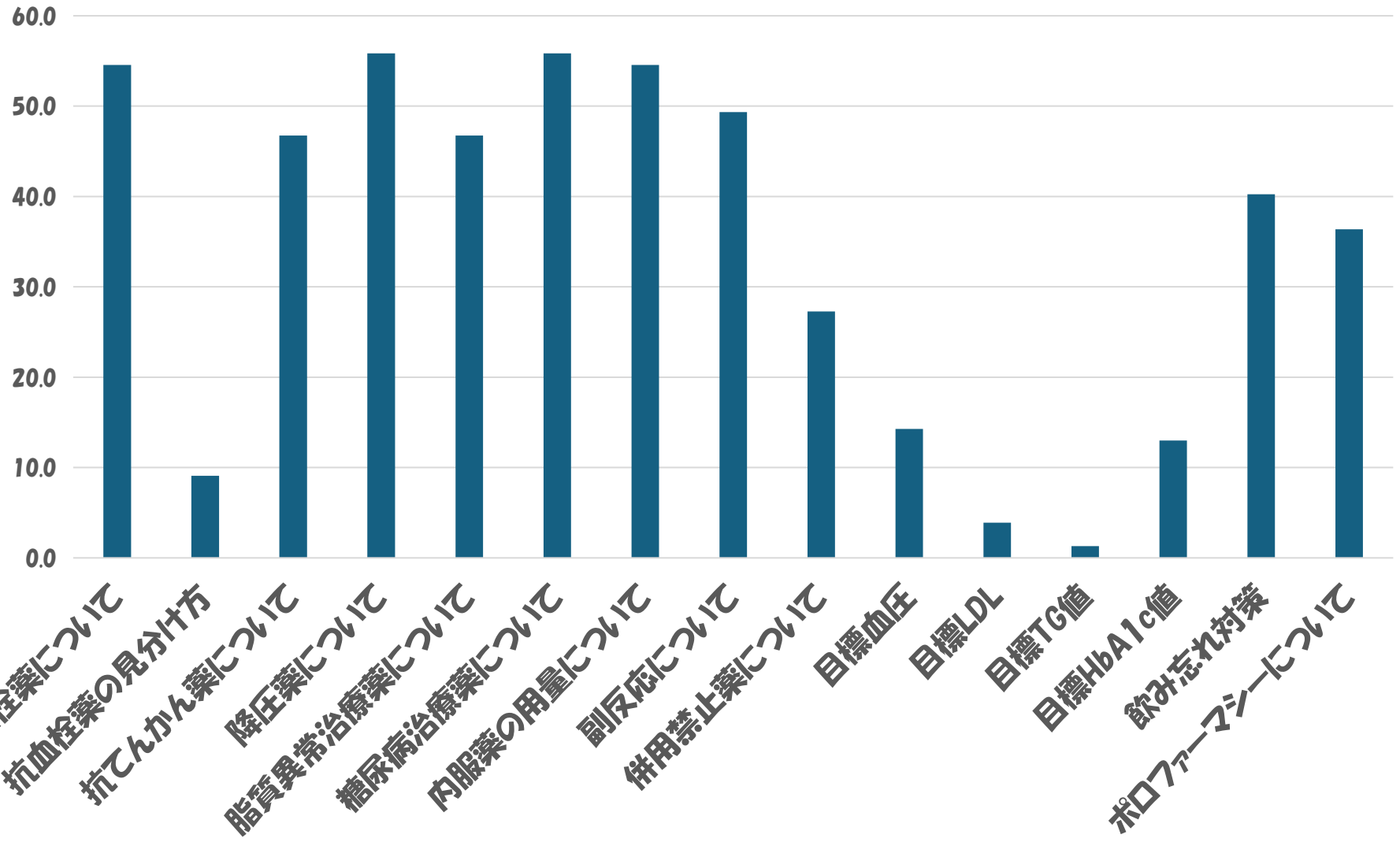
地域連携パスの確認



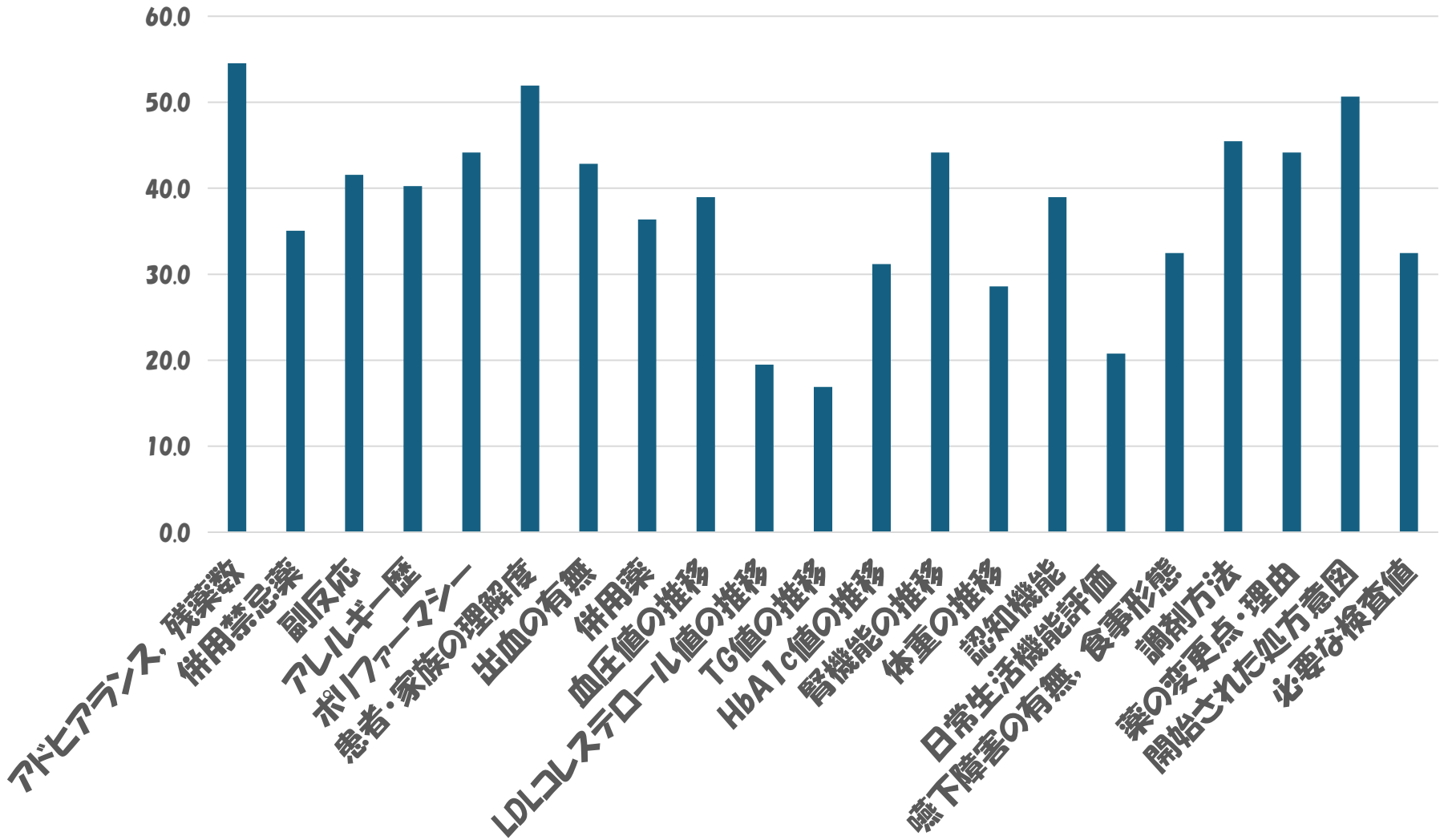
薬剤師が得られている情報・不足している情報



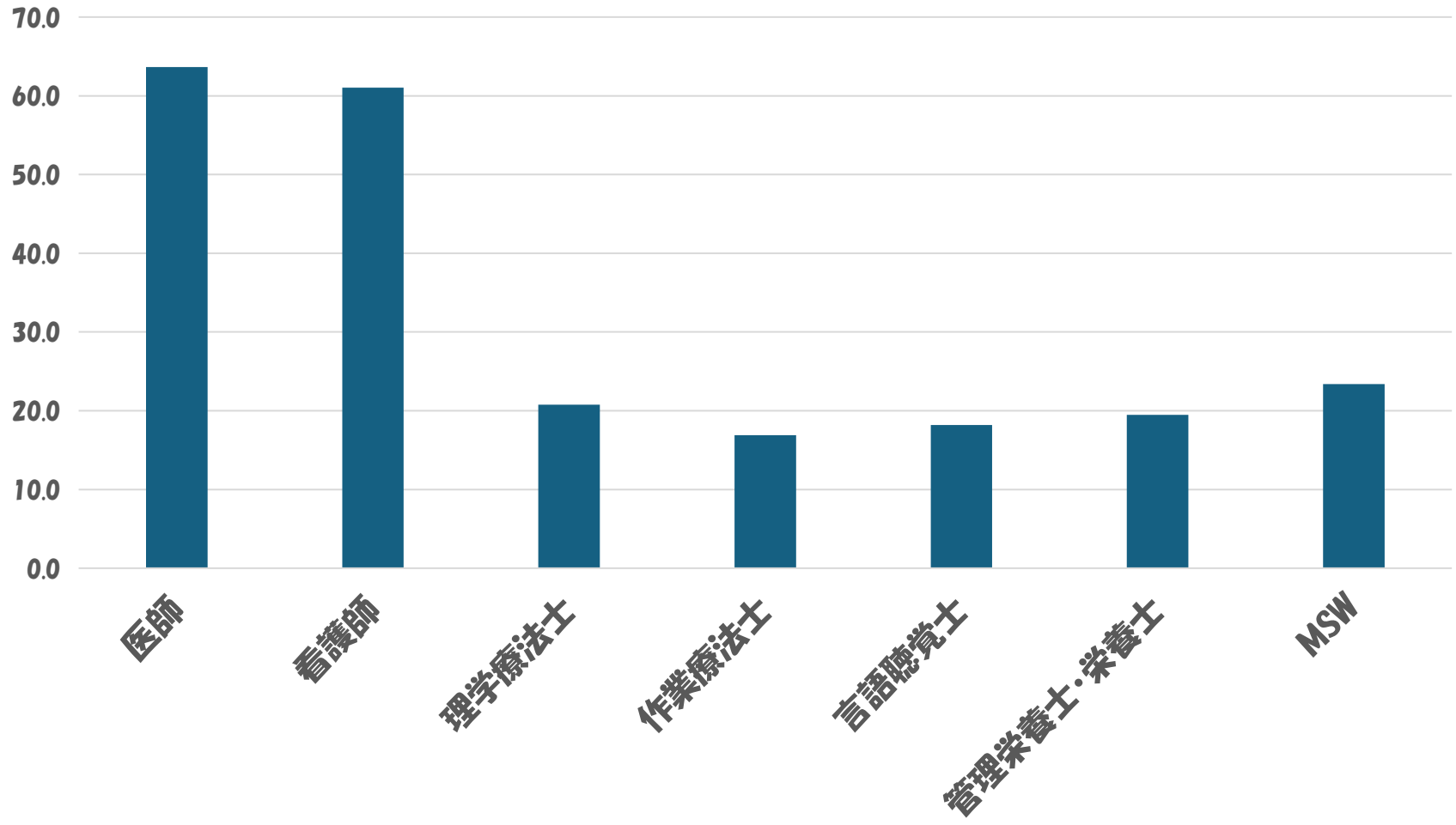
担当患者に指導している内容



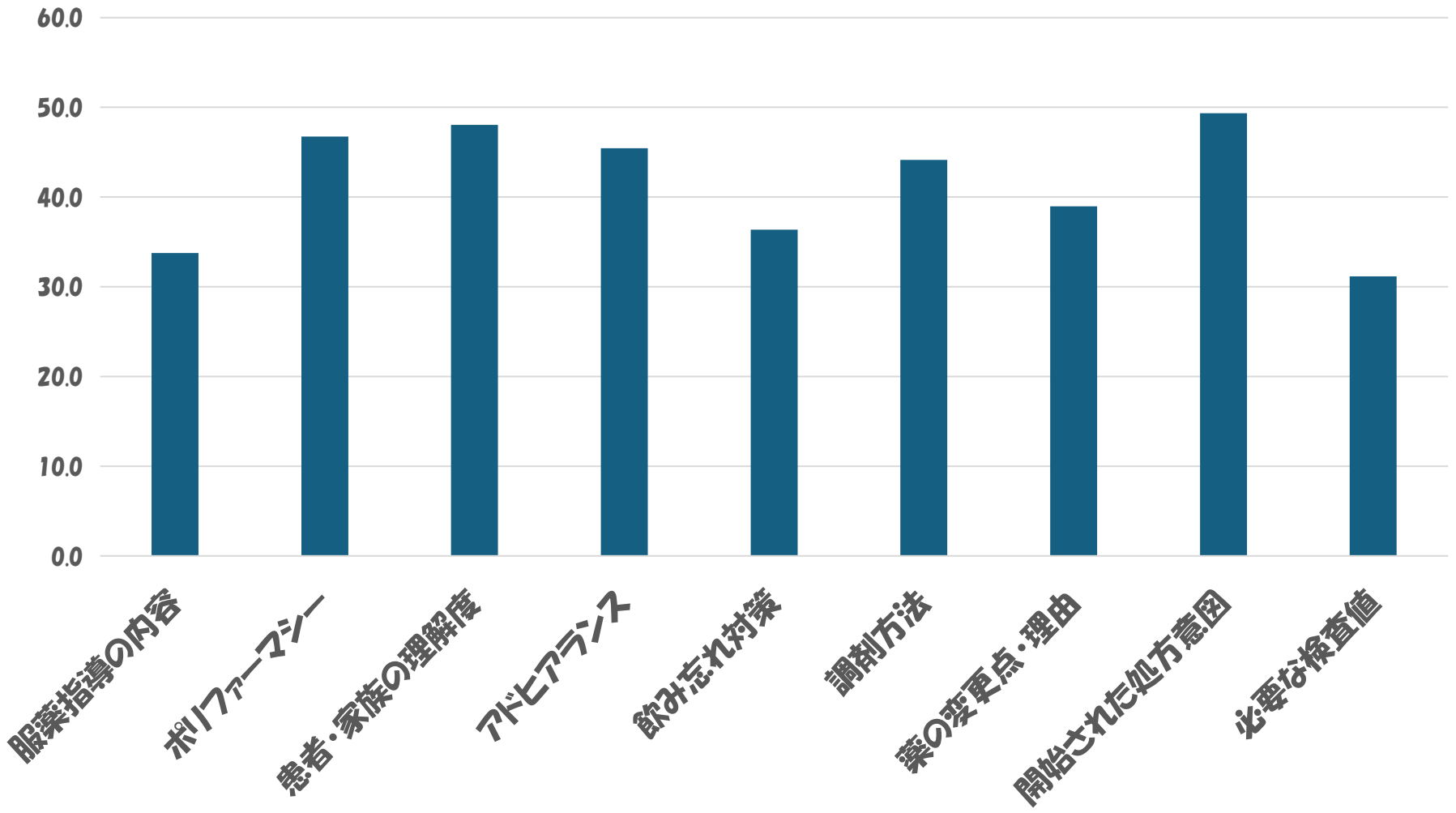
指導の際に重視している・参考にしたい情報



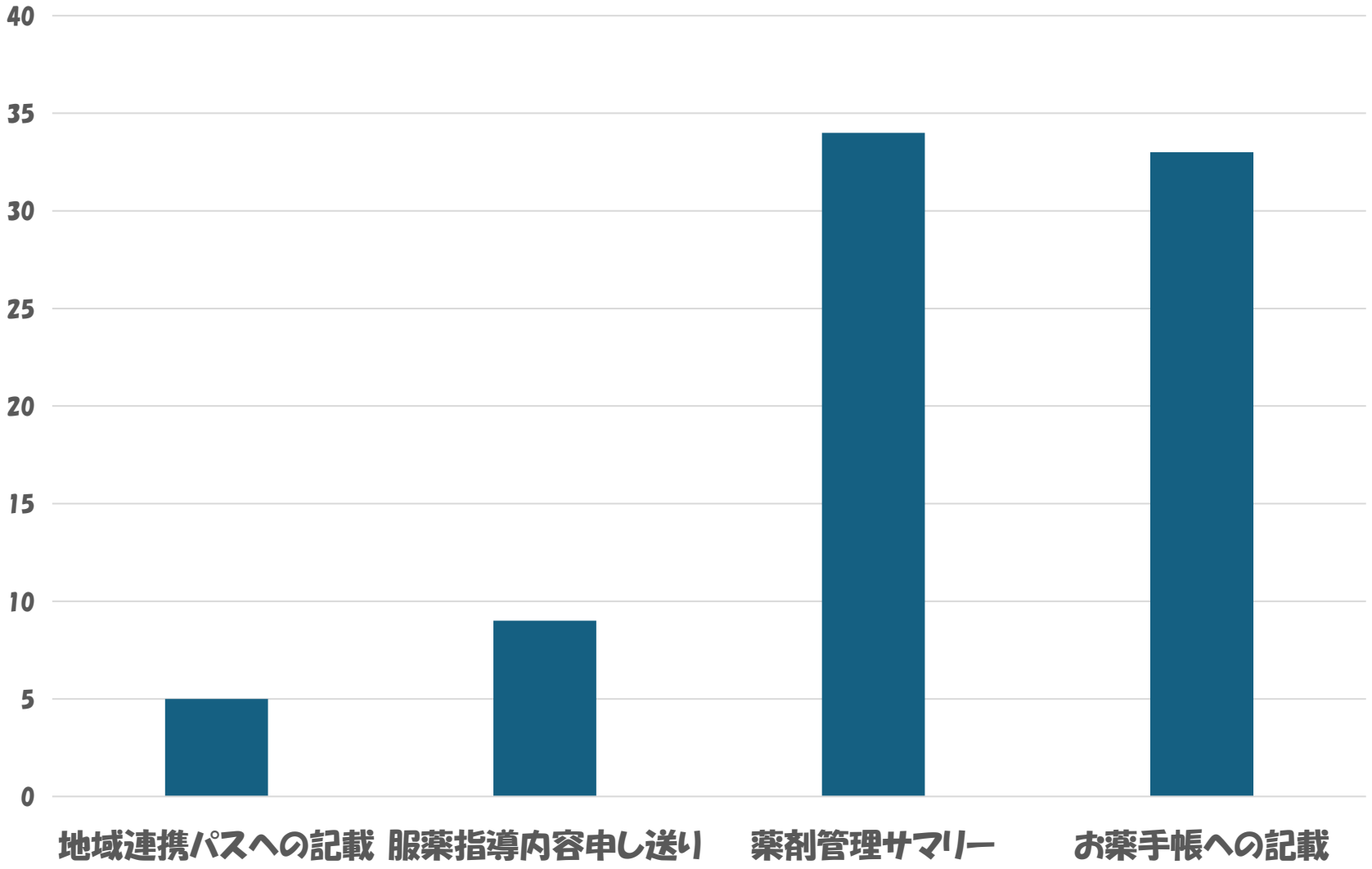
他職種のサマリー・情報提供書で参考にしたいもの



他職種に共有したい･してほしい情報



作成している情報共有ツール



回復期・維持期 (生活期) 医療機関および地域包括ケアに関わる多職種への調査フォーム

ケアマネジャーのみなさまへ

０．脳卒中地域連携パスの内容を確認することはありますか.

a. はい
b. いいえ

２．急性期病院または回復期病院からの情報提供で確認できている情報をすべて選んでください

a. 疾患名
b. 心疾患，がんなど併存疾患
c. 高血圧，脂質異常，糖尿病などの生活習慣病に関する治療内容や注意点
d. 疾患の予後や今後起こり得ることに関する説明内容
e. 栄養指導の内容
f. 服薬指導の内容
g. リハビリテーションの経過
h. 復職，復学，就労への希望
i. 患者・家族の将来に関する希望
j. 患者・家族の理解度
k. 障害の内容と程度
l. 失語症など高次脳機能障害の有無，内容
m. 認知機能
n. 目標塩分摂取量
o. 目標総カロリー
p. 脂質異常症対策・指導内容
q. 耐糖能異常対策・指導内容
r. フレイル対策・指導内容
s. 目標血圧
t. 目標 LDL 値
u. 目標 TG 値
v. 目標 HbA1c 値
w. 腎機能 (クレアチニン，クレアチニンクリアランス，eGFR)
x. 血圧の値
y. LDL の値
z. TG の値
aa. HbA1c の値
bb. 体重，体重の変化

cc. 嚥下障害の有無，食事形態，食事量，嗜好
dd. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
ee. 介護保険・福祉サービスの状況
ff. その他 (自由記載)

３．担当患者に接する際に重視している指標をすべて選んでください
a. 患者・家族の将来に関する希望
b. 患者・家族の理解度
c. 障害の内容と程度
d. 失語症など高次脳機能障害の有無，内容
e. 認知機能
f. 服薬状況，アドヒアランス
g. 嚥下障害の有無，食事形態，食事量，嗜好
h. リハビリテーションの必要度
i. 体重，体重の変化
j. 血圧値
k. LDL コレステロール値
l. TG 値
m. HbA1c 値
n. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)

４．急性期・回復期からの情報で，必要と思うけど不足していると考えられるものをすべて記載してください．選択肢にない項目は直接記入してください.
a. 疾患名
b. 心疾患，がんなど併存疾患
c. 高血圧，脂質異常，糖尿病などの生活習慣病に関すること
d. 疾患の予後や今後起こり得ることに関する説明内容
e. 栄養指導の内容
f. 服薬指導の内容
g. リハビリテーションの経過
h. 復職，復学，就労への希望
i. 患者・家族の将来に関する希望
j. 患者・家族の理解度
k. 障害の内容と程度
l. 失語症など高次脳機能障害の有無，内容
m. 認知機能

n. 目標塩分摂取量
o. 目標総カロリー
p. 脂質異常症対策・指導内容
q. 耐糖能異常対策・指導内容
r. フレイル対策・指導内容
s. 目標血圧
t. 目標 LDL 値
u. 目標 TG 値
v. 目標 HbA1c 値
w. 腎機能 (クレアチニン，クレアチニンクリアランス，eGFR)
x. 血圧の値
y. LDL の値
z. TG の値
aa. HbA1c の値
bb. 体重，体重の変化
cc. 嚥下障害の有無，食事形態，食事量，嗜好
dd. 日常生活機能評価 (modified Rankin Scale, Barthel Index, Functional Independence Measure などを含む)
ee. 介護保険・福祉サービスの状況
ff. その他 (自由記載)

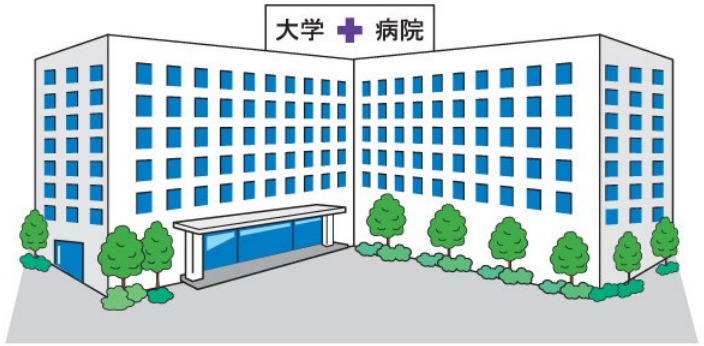
５．各職種のサマリーや情報提供書で，参考にするものをすべて選んでください
a. 医師
b. 看護師
c. 理学療法士
d. 作業療法士
e. 言語聴覚士
f. 管理栄養士・栄養士
g. 薬剤師
h. 医療ソーシャルワーカー

６．地域全体で疾患管理プログラムを策定して情報共有するための課題についてご意見を記載してください.

脳卒中診療において今後目指すべき回復期診療の検討及び回復期や維持期・生活期における診療体制の充実に資する臨床指標を確立させるための研究（24FA1019）

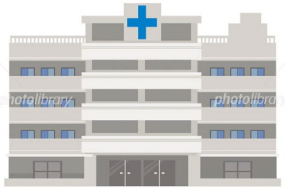
研究代表者
藤本茂

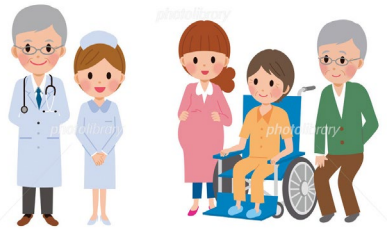
循環型双方性の
脳卒中地域連携パス
疾患管理プログラム



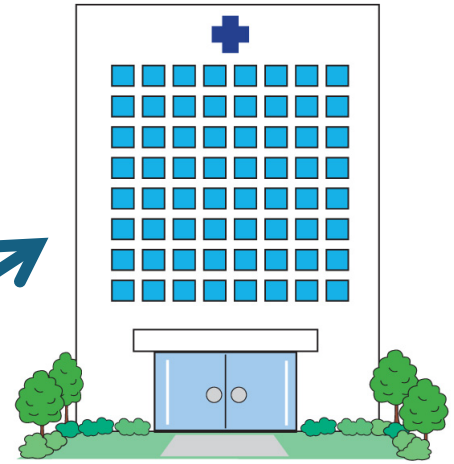
急性期医療機関
脳卒中センター
大学

地域包括ケア病棟





地域包括ケアシステム



回復期医療機関

福祉サービス
・在宅支援
・介護支援
・通院・通所支援
・服薬管理，栄養指導
・訪問リハビリテーション
・訪問診療，看護，介護
・就労支援
・終末期医療　など

循環型双方性の
脳卒中地域連携パス
疾患管理プログラム

在宅医療



かかりつけ医



維持期医療機関

再発予防
健康寿命延伸・フレイル予防
年齢調整死亡率の低下

現状と課題

・脳卒中地域連携パスには，統一した重要項目の設定がなされておらず，回復期医療機関以外の維持期（生活期）医療機関，地域包括ケアシステム，かかりつけ医への継続が不十分であり，急性期医療機関を含めた循環型のフィードバック機能が発揮できていないことも少なくない．

・様々な事情により急性期病院で開始された治療やリハビリテーションが継続できない，

・脳卒中患者のケアには，医師，看護師，医療ソーシャルワーカー，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，薬剤師，管理栄養士，ケアマネジャー，歯科医師，歯科衛生士，保健師など多くの職種が関わるが，各職種独自の目線での医療・介護・福祉の問題点の抽出，その共有と議論については十分になされていなかった．

研究の目的

・現在使われている脳卒中地域連携パスと急性期～回復期～維持期（生活期）の医療連携体制の現状と課題，各職種から見たシームレスな医療・介護・福祉連携に求められる情報，連携評価のための指標を明らかにする．

・回復期～維持期（生活期）医療機関で提供が可能な医療体制，脳卒中医療連携のために求められる疾患管理プログラムの内容と制度，それを達成するための課題を明らかにし，その解決策を検討する

・疾患管理プログラムのモデルの作成

研究の概要

1年目

地域連携パスの分析
・内容
・連携先
・転院時の問題点

アンケート調査
回復期，維持期（生活期），地域包括ケアにおける
・多職種による指導内容と課題
・治療継続の現状
・連携先に伝える項目
・リハビリテーションの現状と課題

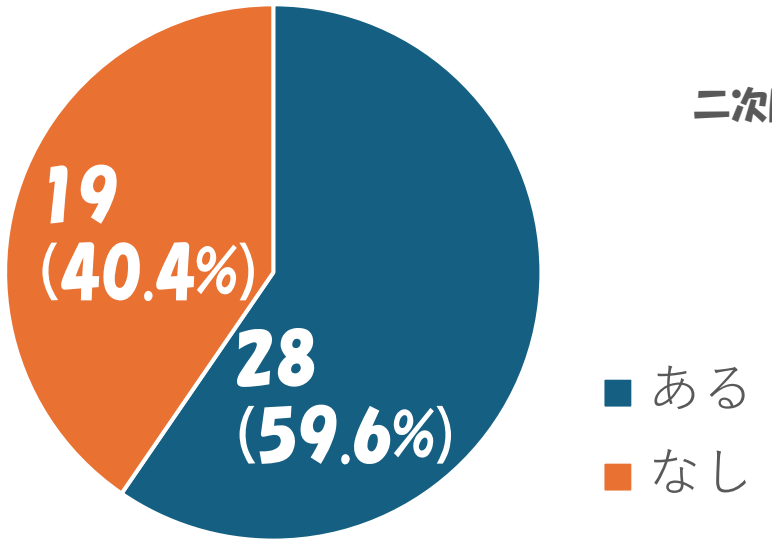
2年目

疾患管理プログラムに必要な情報，評価のための指標を検討

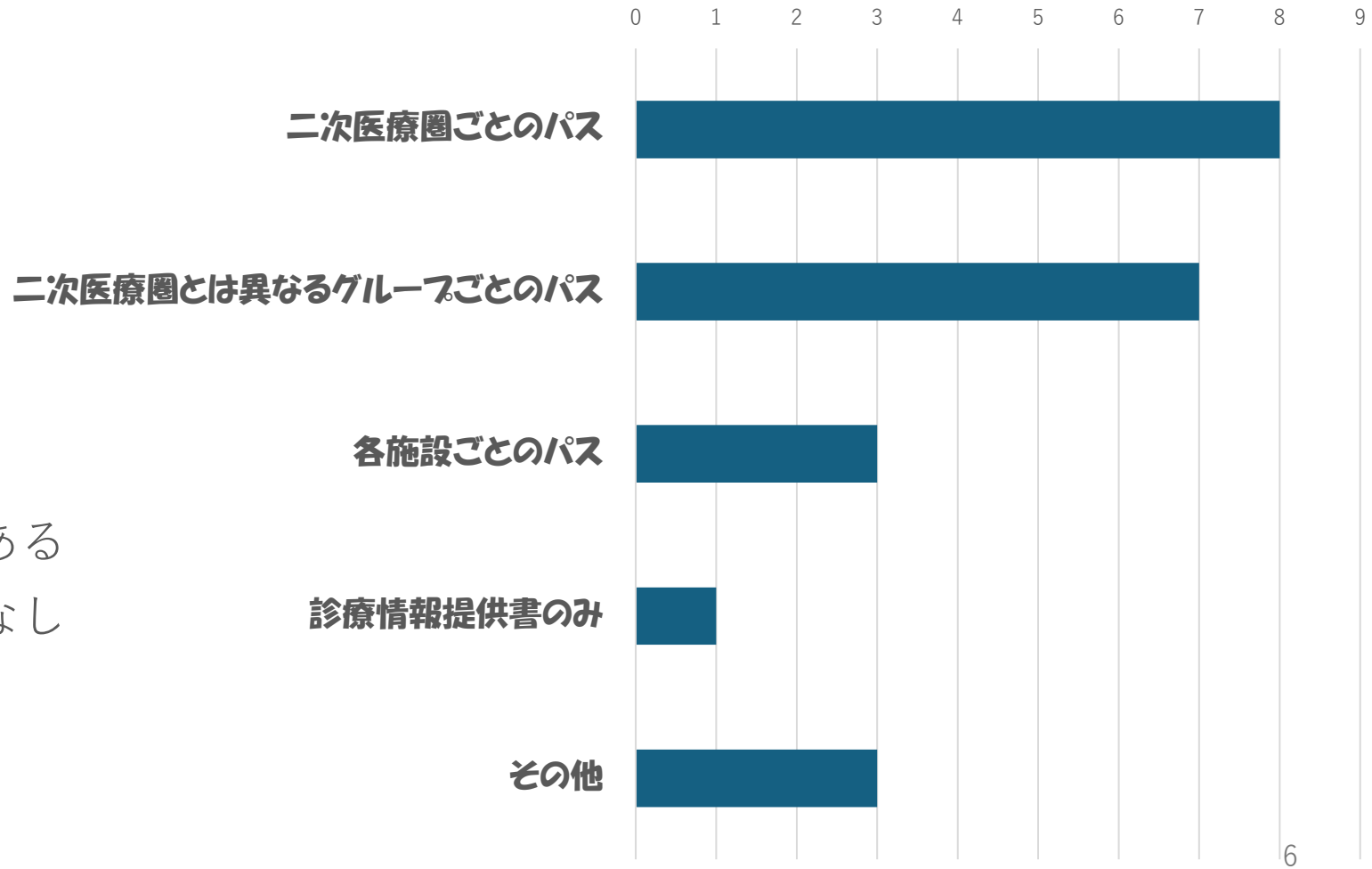
→ 疾患管理プログラムのモデル作成

脳卒中地域連携パスの状況

都道府県共通パス



都道府県共通パスがない場合



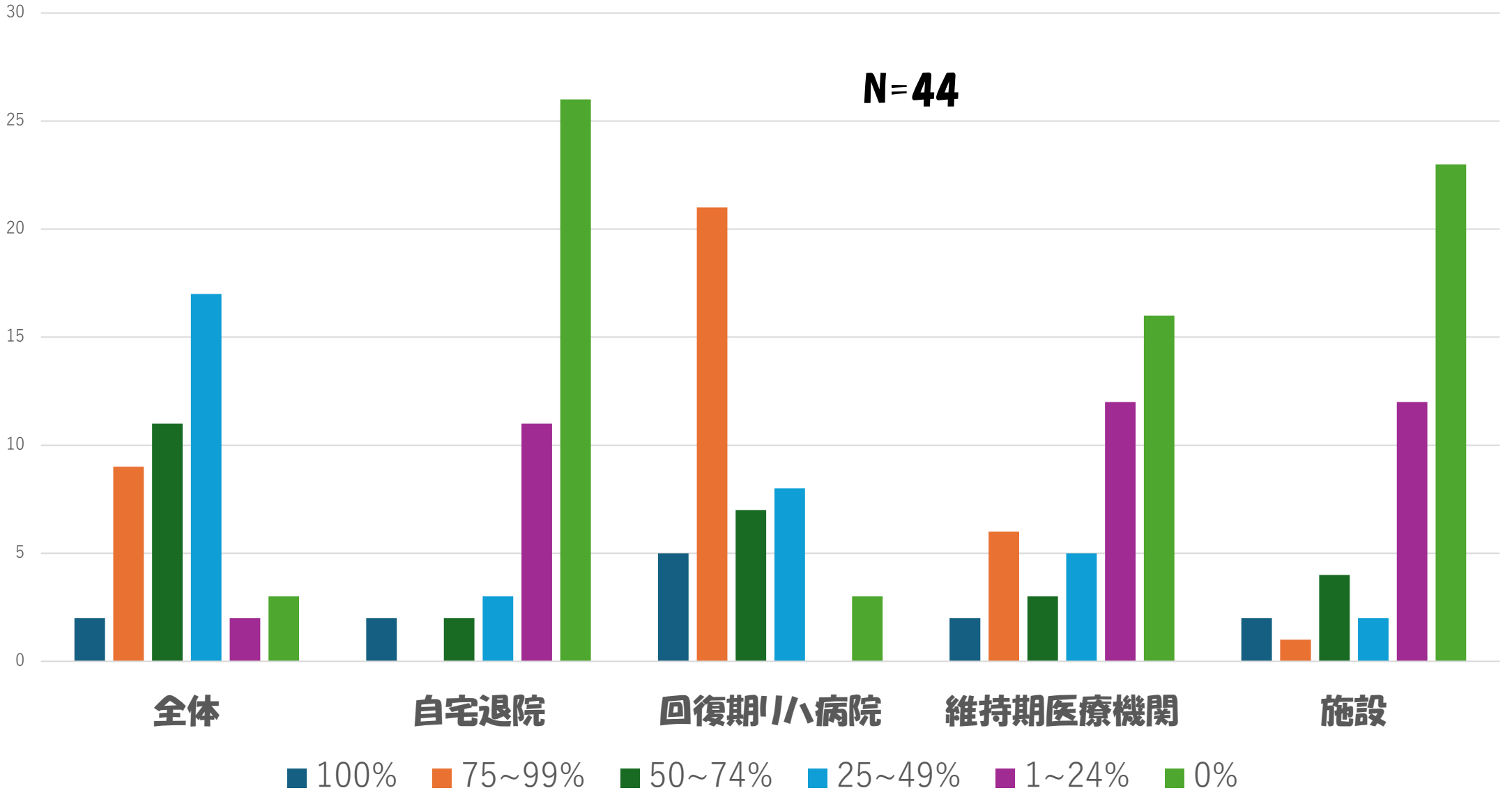
地域連携パスの作成にかかわる職種



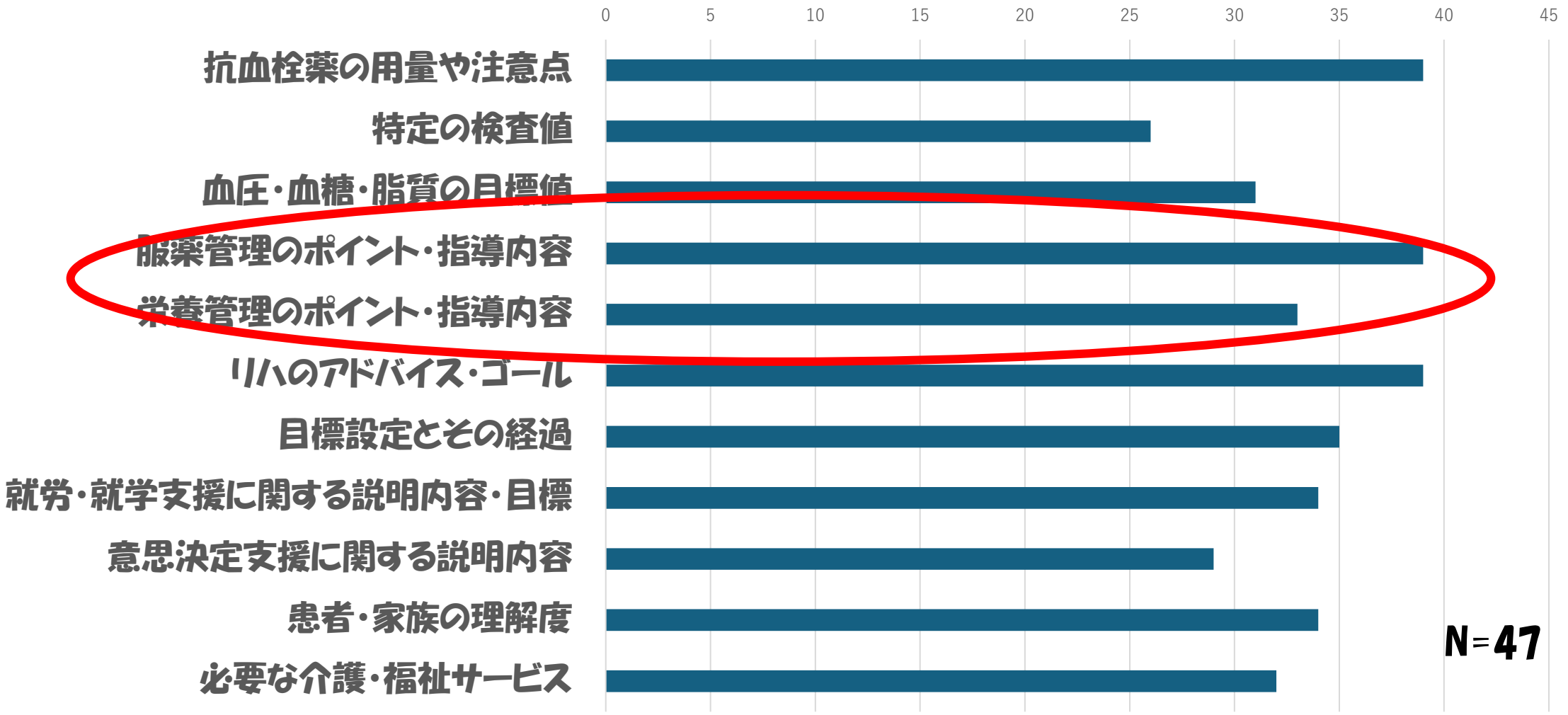
N=47

両立支援コーディネーター
8/47（17.8%）

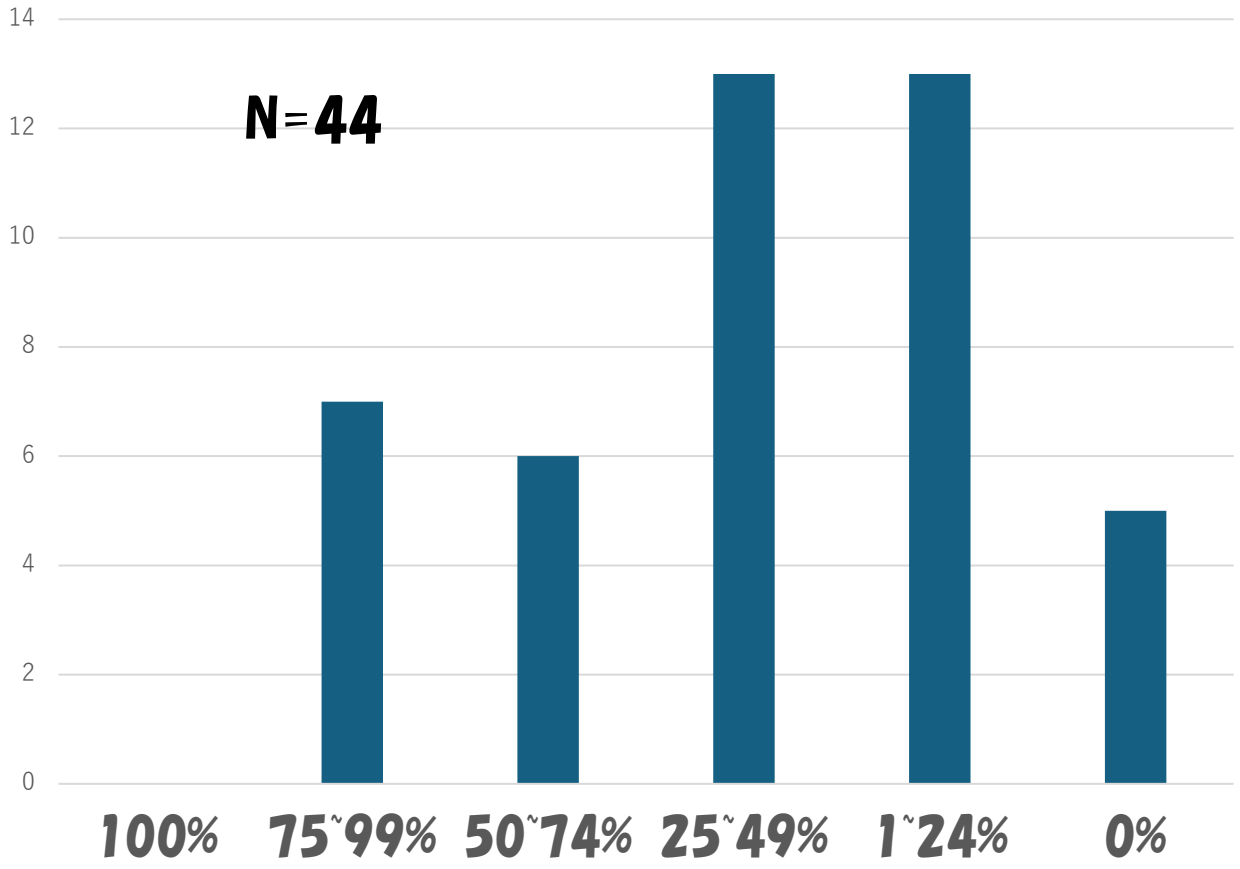
地域連携パスの退院先別利用率の分布



地域連携パスに盛り込むべきと考える項目



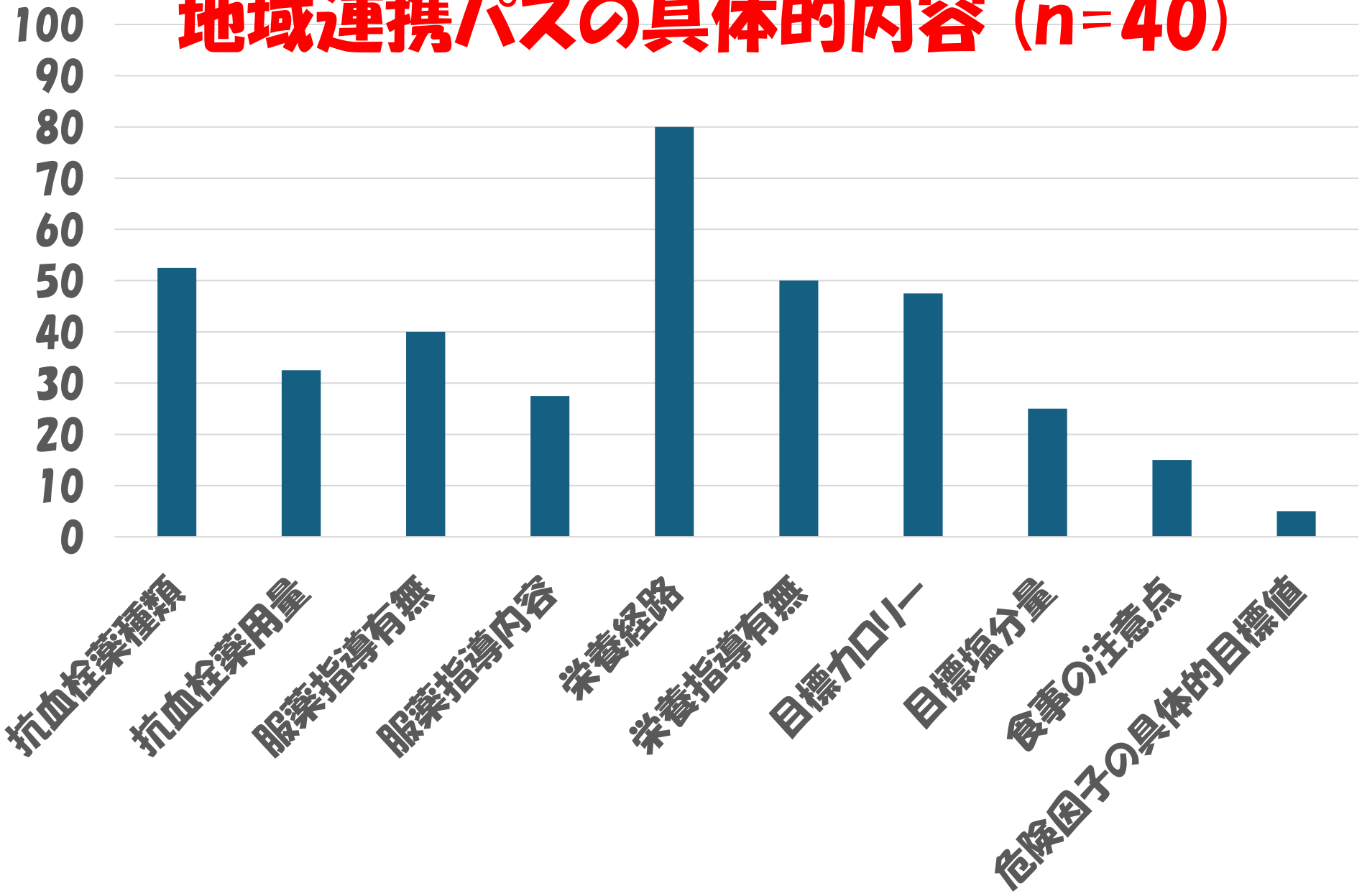
地域連携パスのフィードバック率の分布



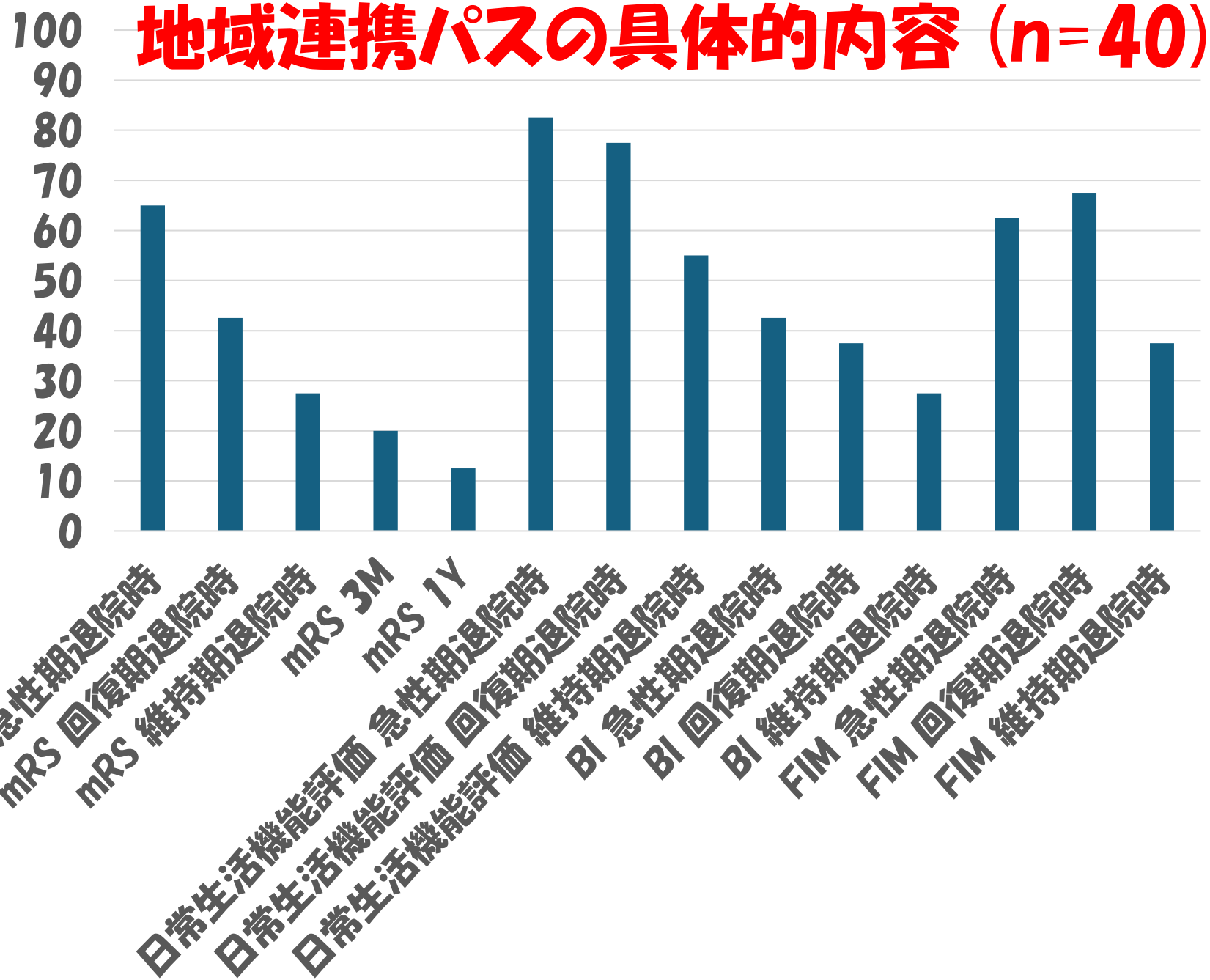
地域連携パスの現状・課題

- 共通パスは活用されている
- 回復期以降に活用されていない
- 循環型でなくフィードバックが少ない
- 多職種情報共有が不十分
- 盛り込むべき内容が反映されていない

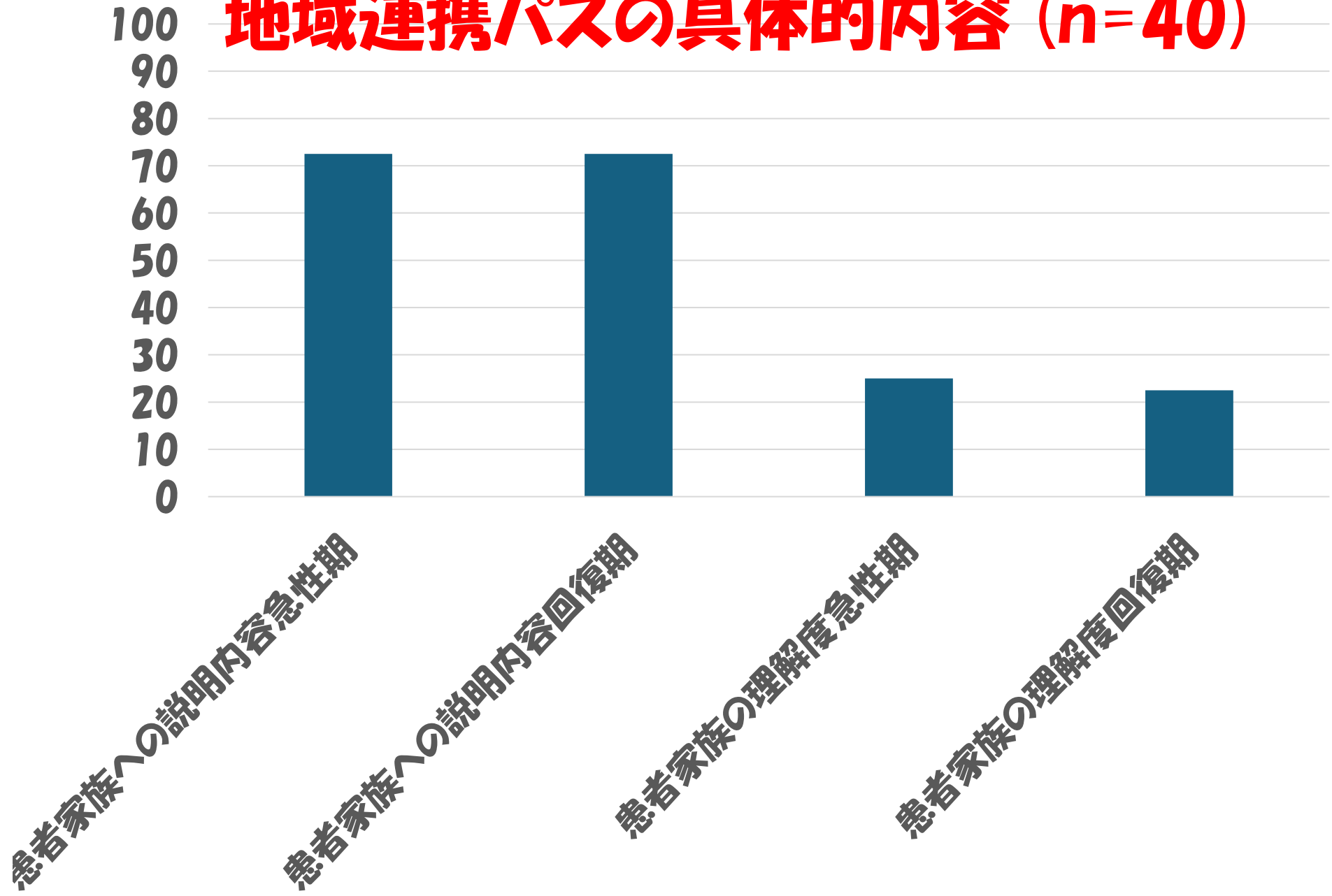
地域連携パスの具体的内容（n=40）



地域連携パスの具体的内容（n=40）



地域連携パスの具体的内容（n=40）



地域連携パスの具体的内容（n=40）

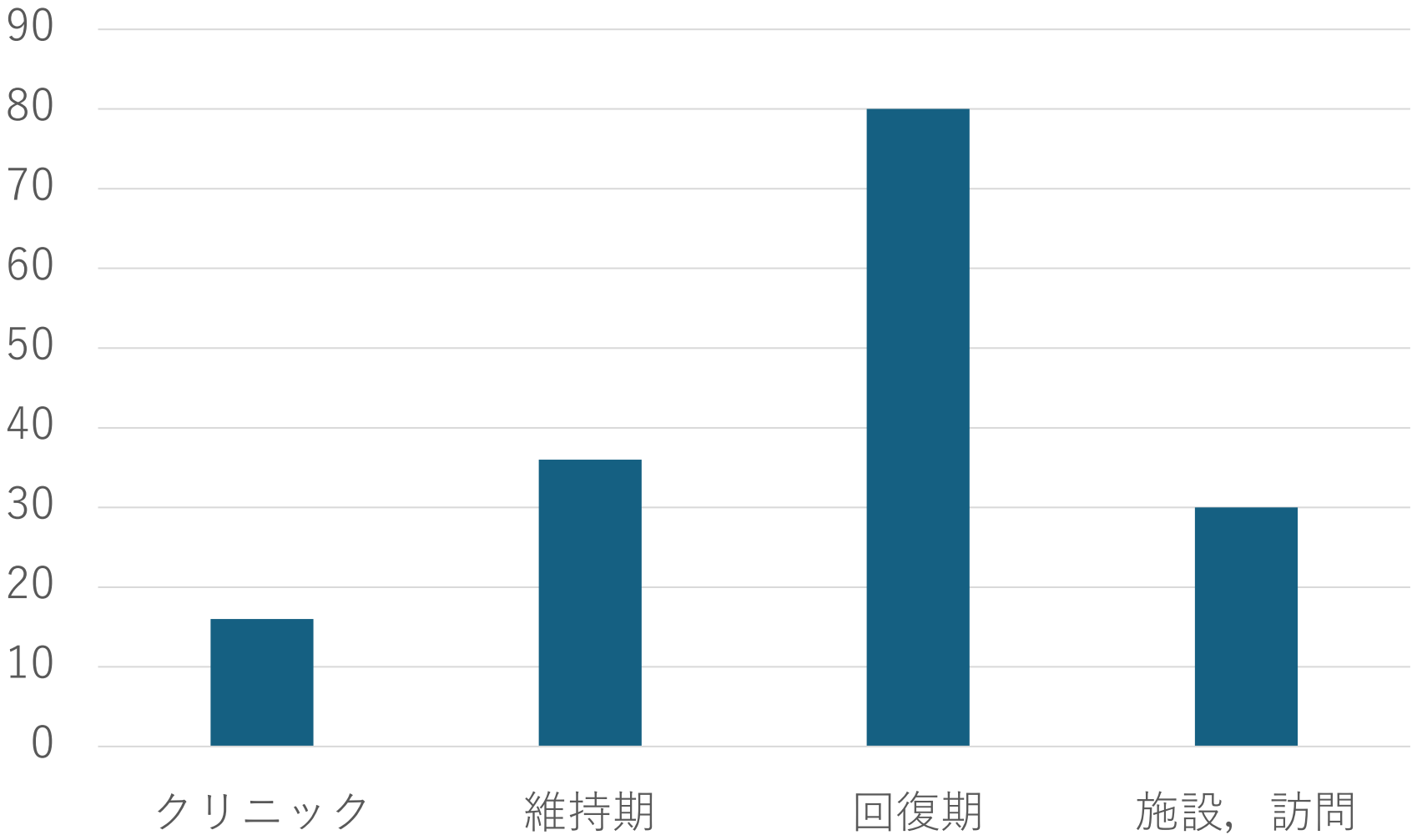
・盛り込むべき内容が反映されていない
・服薬，栄養指導の内容が反映されていない
・mRSの経過が反映されていない
・日常生活ゴール，就労支援，意思決定支援に関する情報が反映されていない
・説明に対する患者や家族の理解度や意思が反映されていない

疾患管理プログラムの重要性

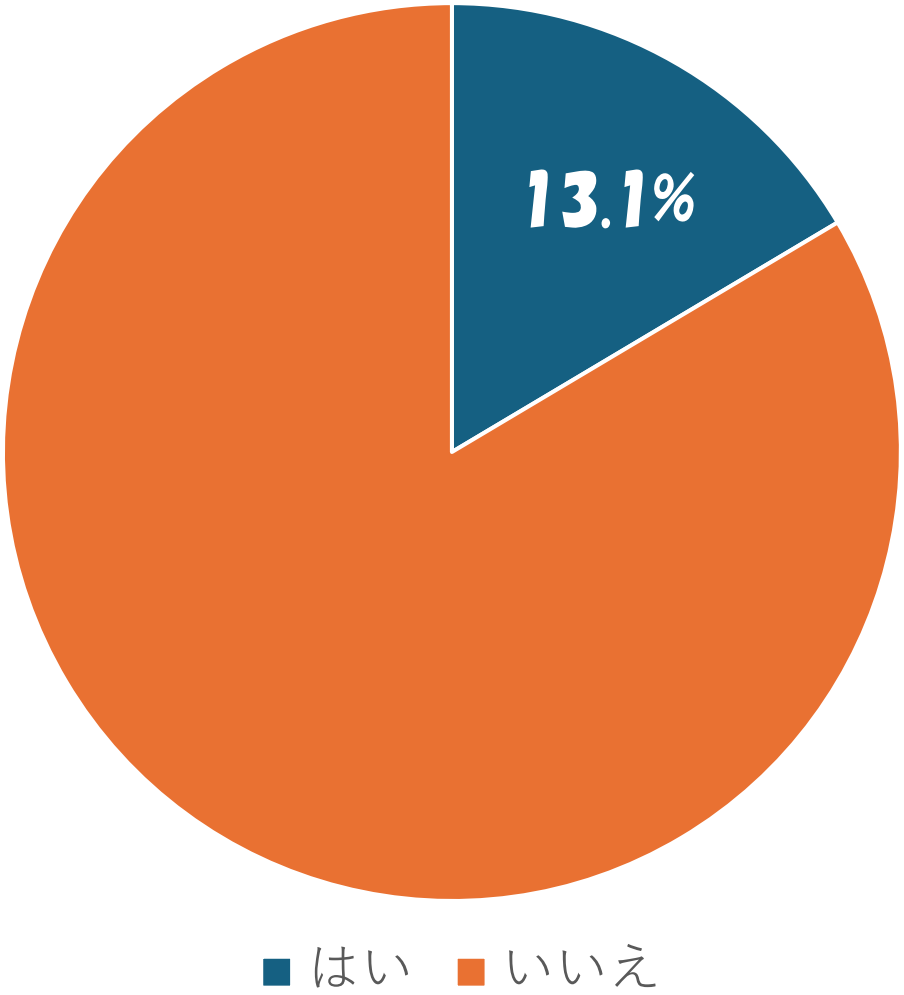
臨床アウトカム	介入タイプ(対象・レビュー等)	効果・エビデンス	エビデンス要点
再入院率	多職種による移行期ケア介入(31 RCT システマティックレビュー)	不確実／一貫性なし	多職種チーム介入は 機能状態・QOL改善が示される一方、再入院率低下には統計的に明確な効果は示されなかった。
再発(再発性脳卒中)	統合ケア介入 99研究メタ解析	減少の傾向あり	Integrated care 介入は 再発リスクを有意に低下させる
ADL(活動性日常動作)	多職種移行期ケア(31 RCT)	改善	チーム介入により 機能的状態(ADL)が改善。特に医師およびケアコーディネーターが関与した場合に効果が増強。
自立度(FIM等)	回復期リハの観察研究	改善関連の傾向	ADL自立度(FIM)が高いほどQOLにも良好な関連が観察される。これは多職種介入による教育・評価・介入が ADL向上に寄与する可能性を示唆。
QOL(生活の質)	多職種統合ケア 99研究メタ解析	有意改善	Integrated care はQOLの有意改善を示した。
精神・心理アウトカム	統合ケア 99研究メタ解析	抑うつの軽減	統合ケア介入で 軽度ながら抑うつ発生率が低下との報告あり。

管理栄養士・栄養士からみた
脳卒中地域連携の現状と課題

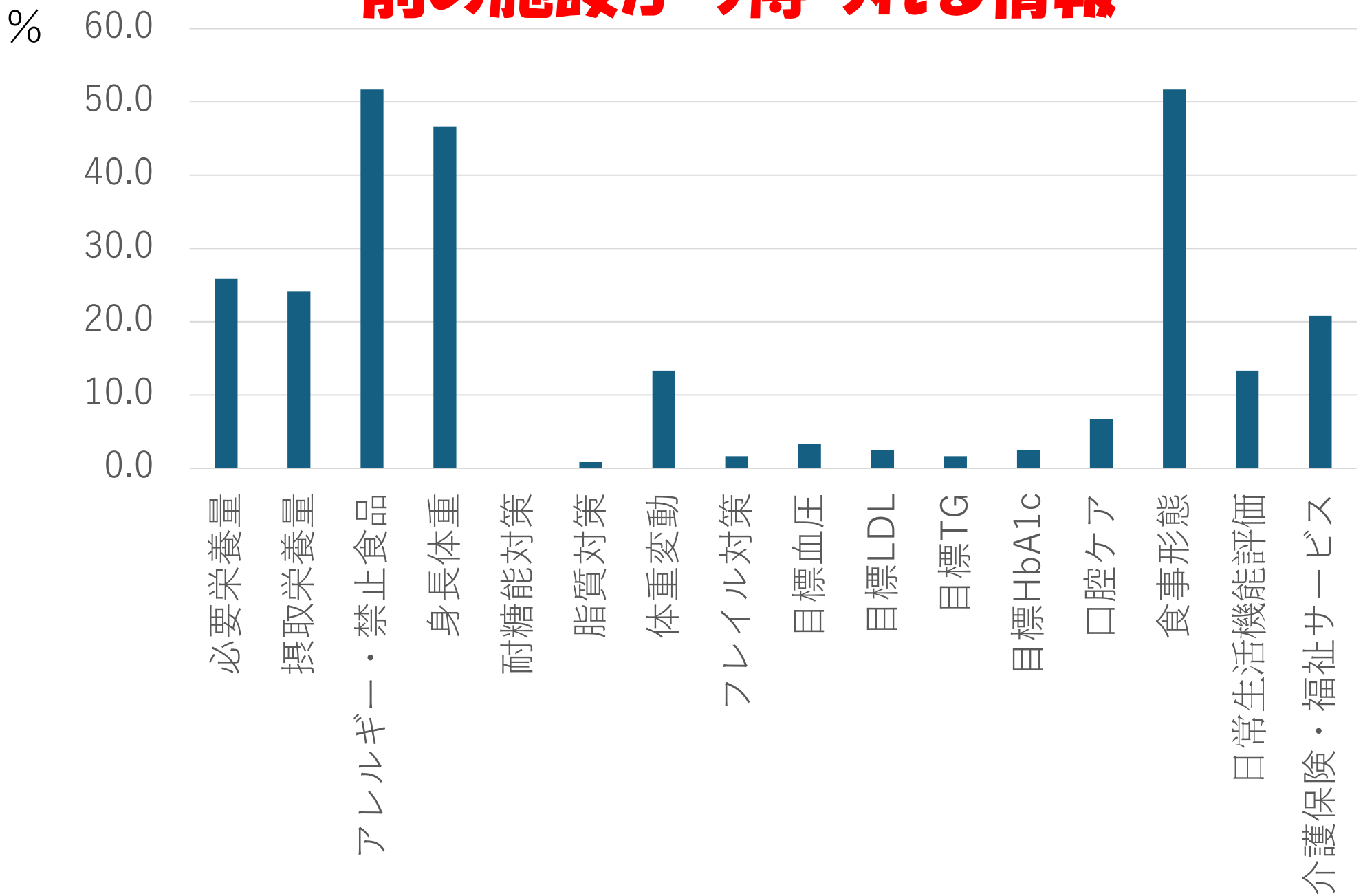
管理栄養士・栄養士の職場



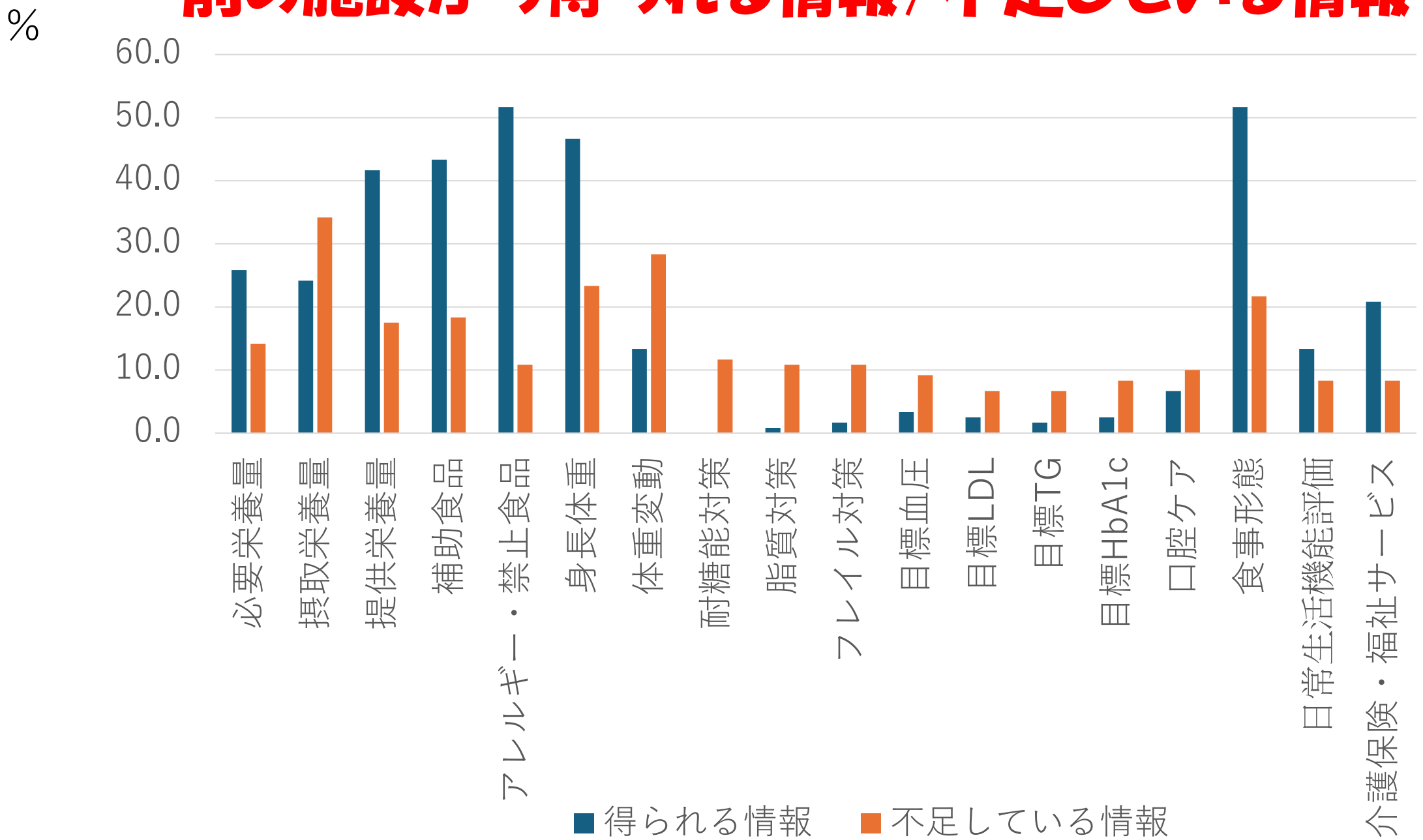
脳卒中地域連携パスの利用



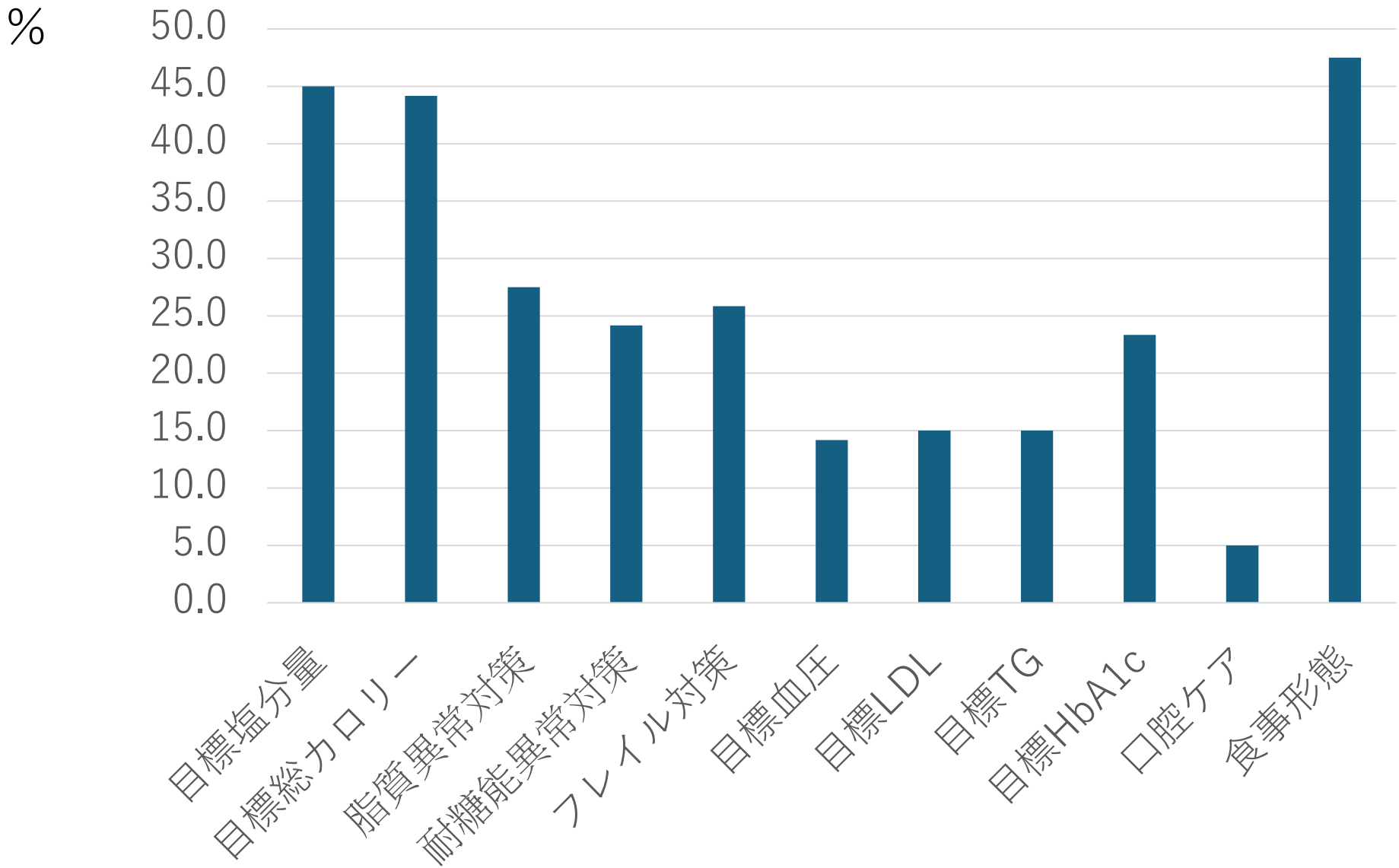
前の施設から得られる情報



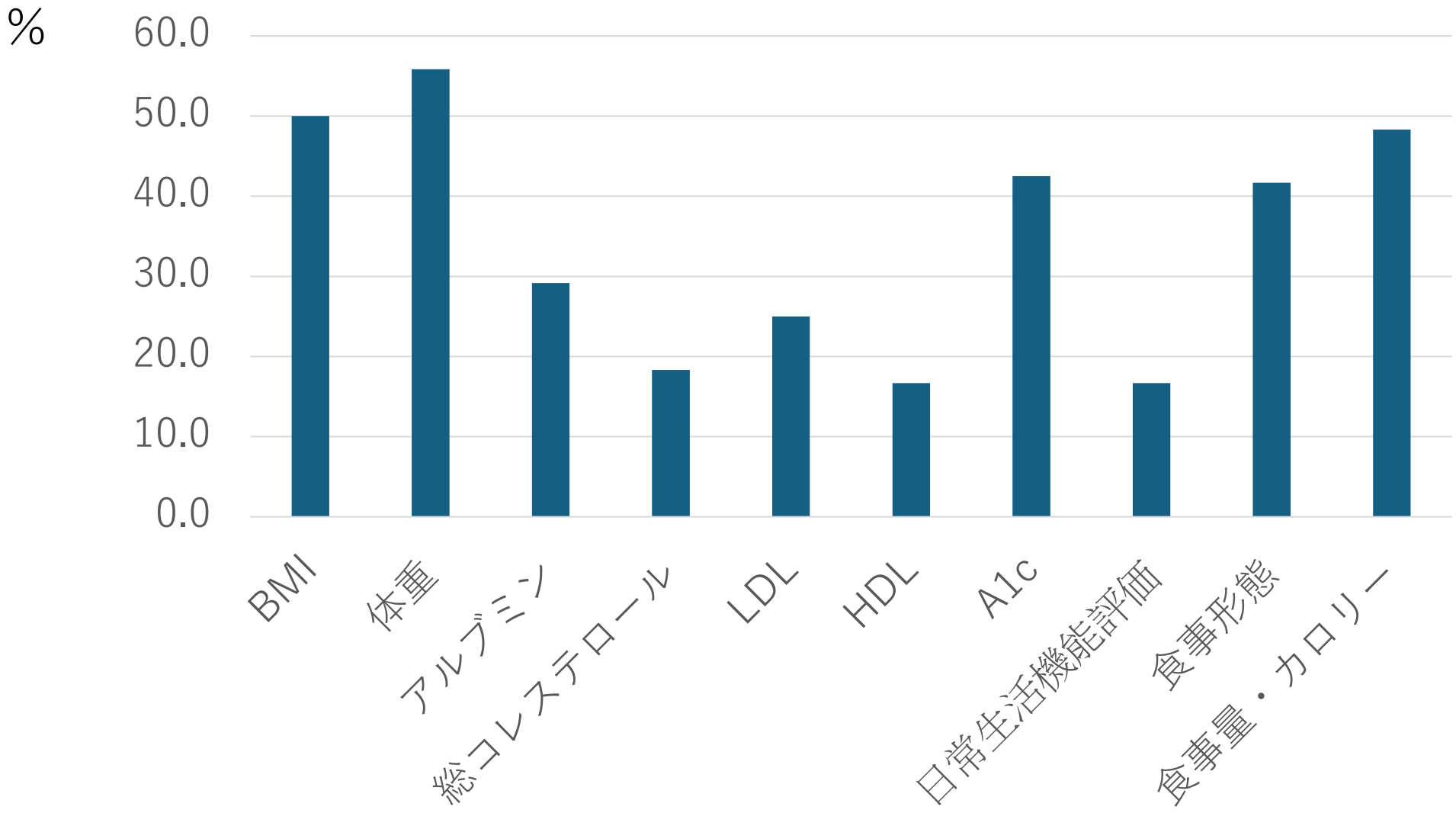
前の施設から得られる情報/不足している情報



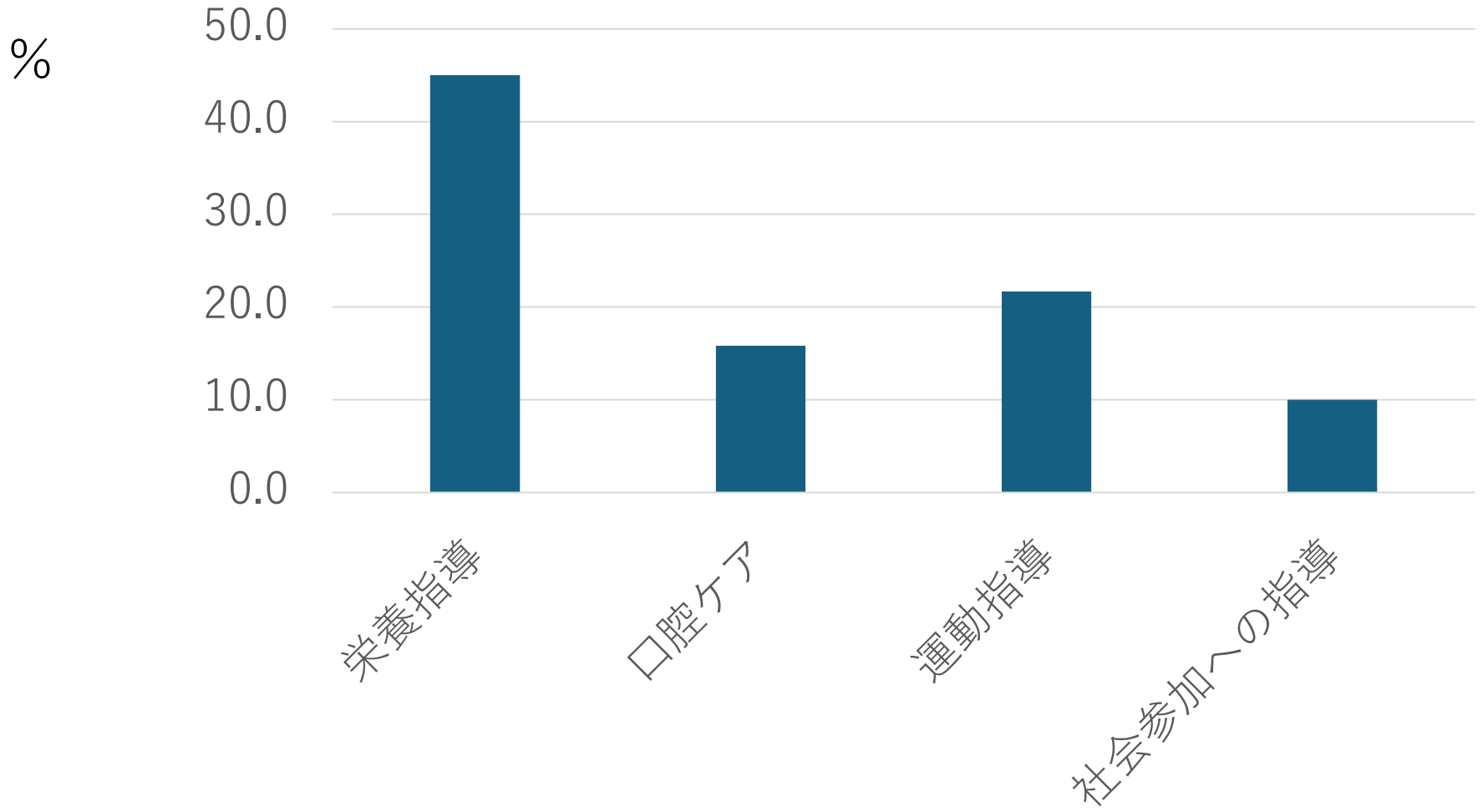
重視して指導している内容



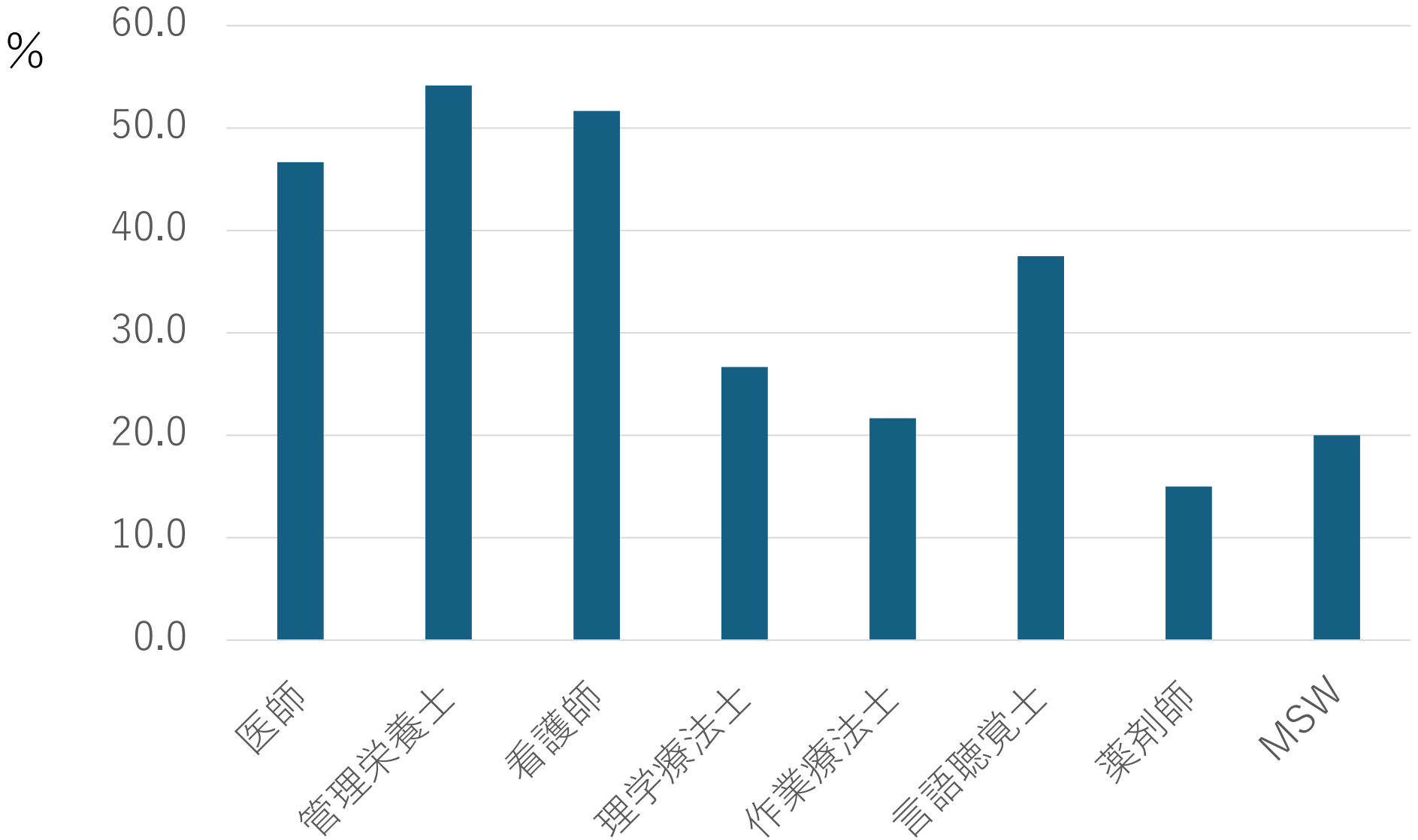
重視している指標


%
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
BMI
体重
アルブミン
総コレステロール
LDL
HDL
A1c
日常生活機能評価
食事形態
食事量・カロリー

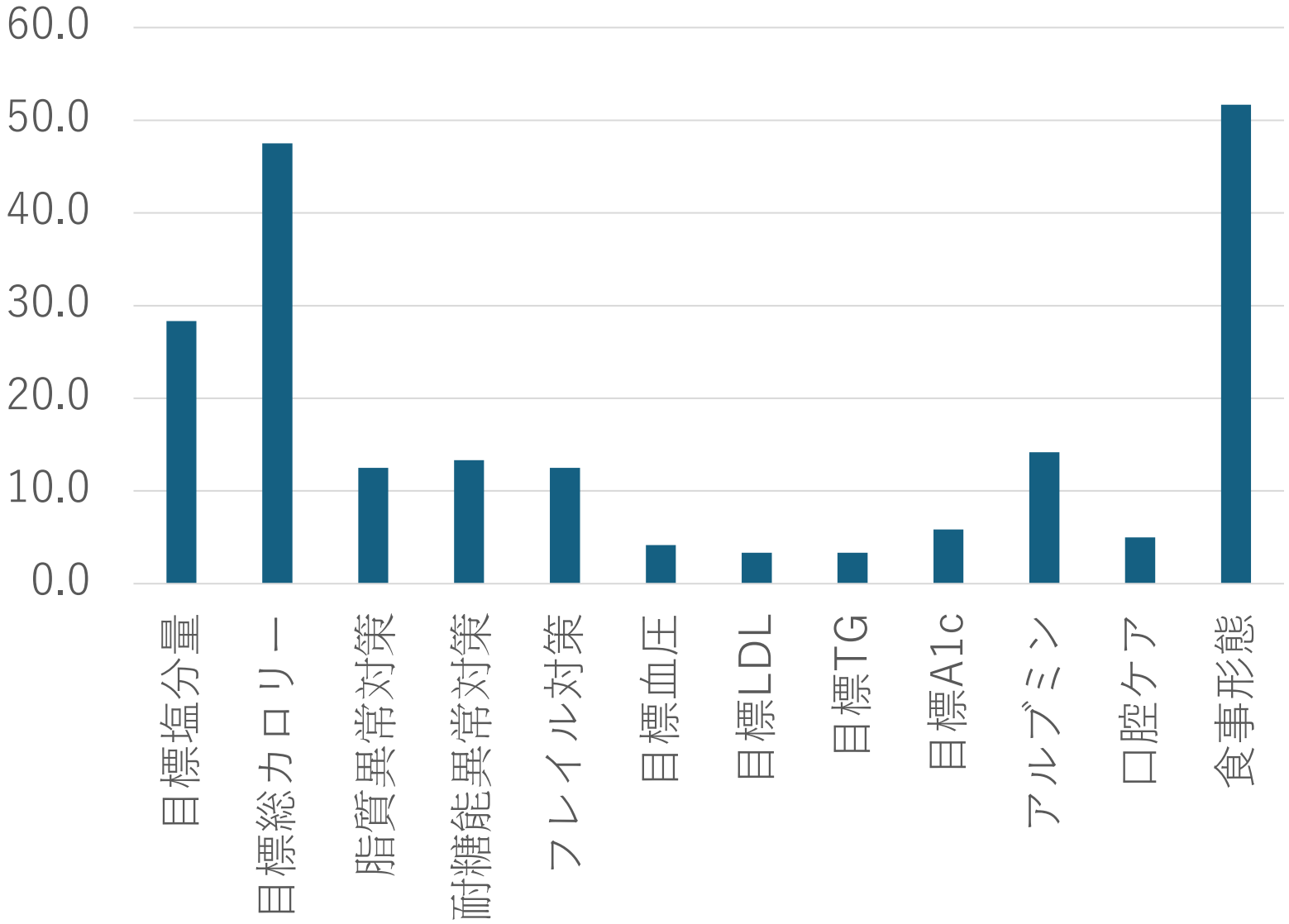
フレイル対策で実施していること



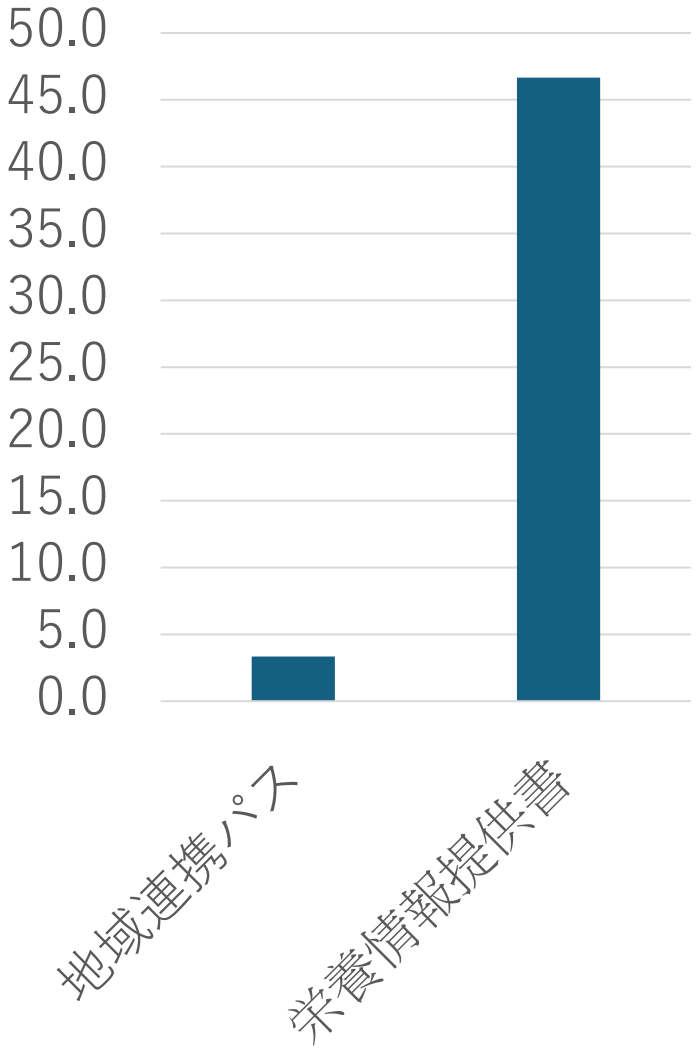
参考にする情報提供書


%
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
医師
管理栄養士
看護師
理学療法士
作業療法士
言語聴覚士
薬剤師
MSW

申し送る内容



申し送り方法



管理栄養士・栄養士から見た地域連携の課題

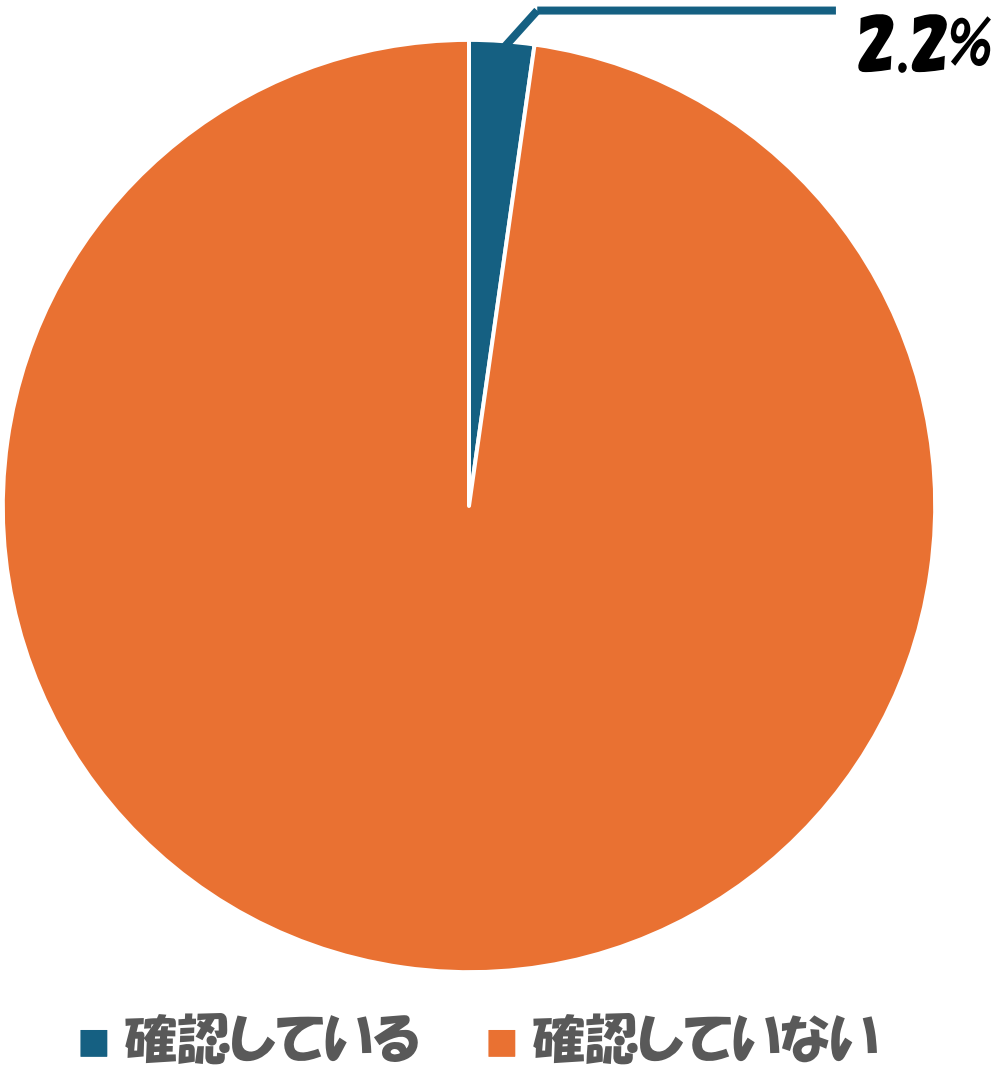
摂取（必要，提供）栄養量，食事形態，体重（変動）は管理栄養士・栄養士が重視している指標であり，実際に指導している項目でもあるが，地域連携の中で情報が不足している場合も少なくない．

BMI・体重，アルブミン値，HbA1c値は指標として重視される可能性があるが，必ずしも医療連携で繋がれていない．

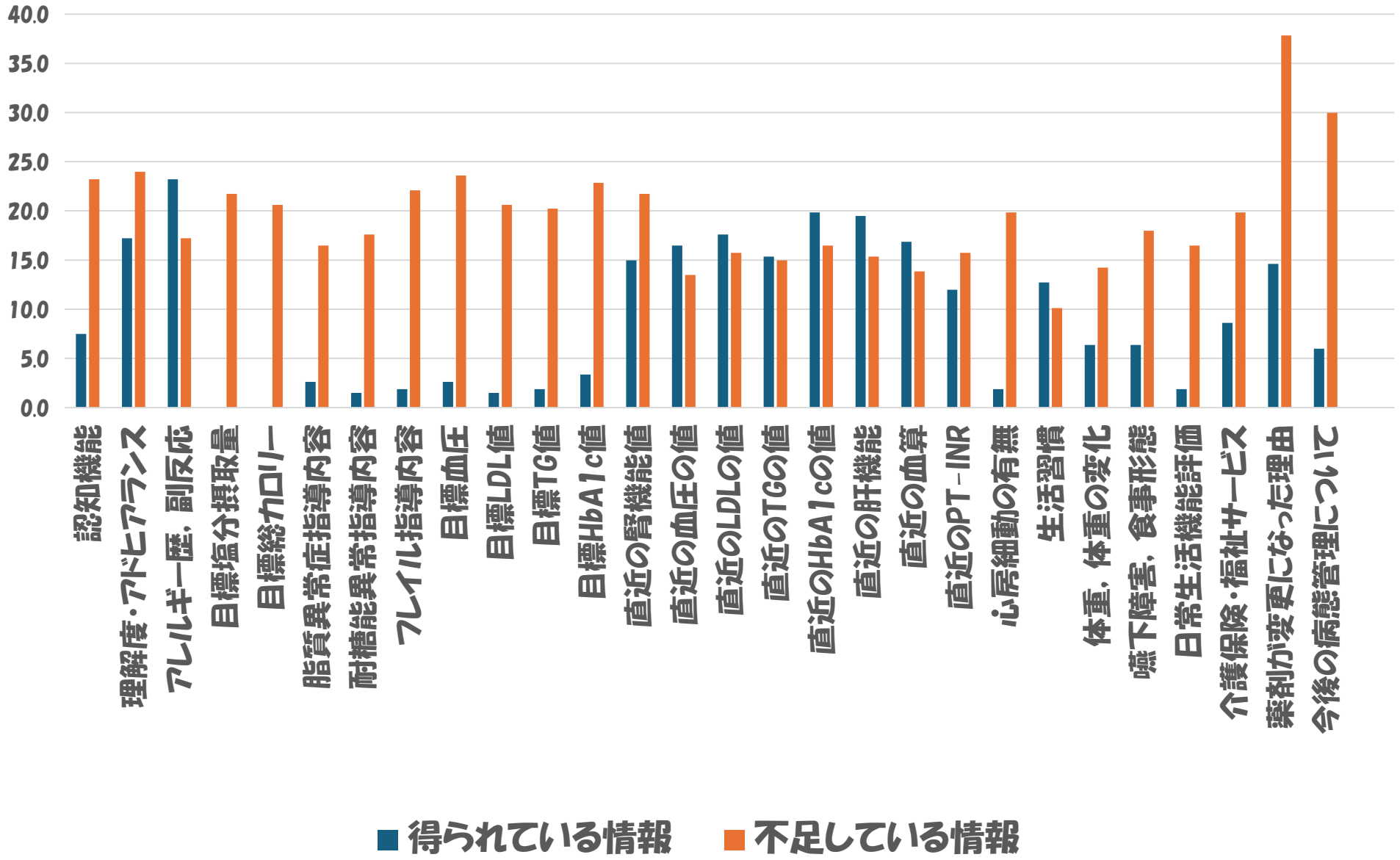
管理栄養士・栄養士は医師，看護師，言語聴覚士をはじめとした多職種の診療情報を参考にするが，それらの職種が高頻度に関わっている脳卒中地域連携パスへの関与が少ない．

地域の薬剤師への地域連実態調査

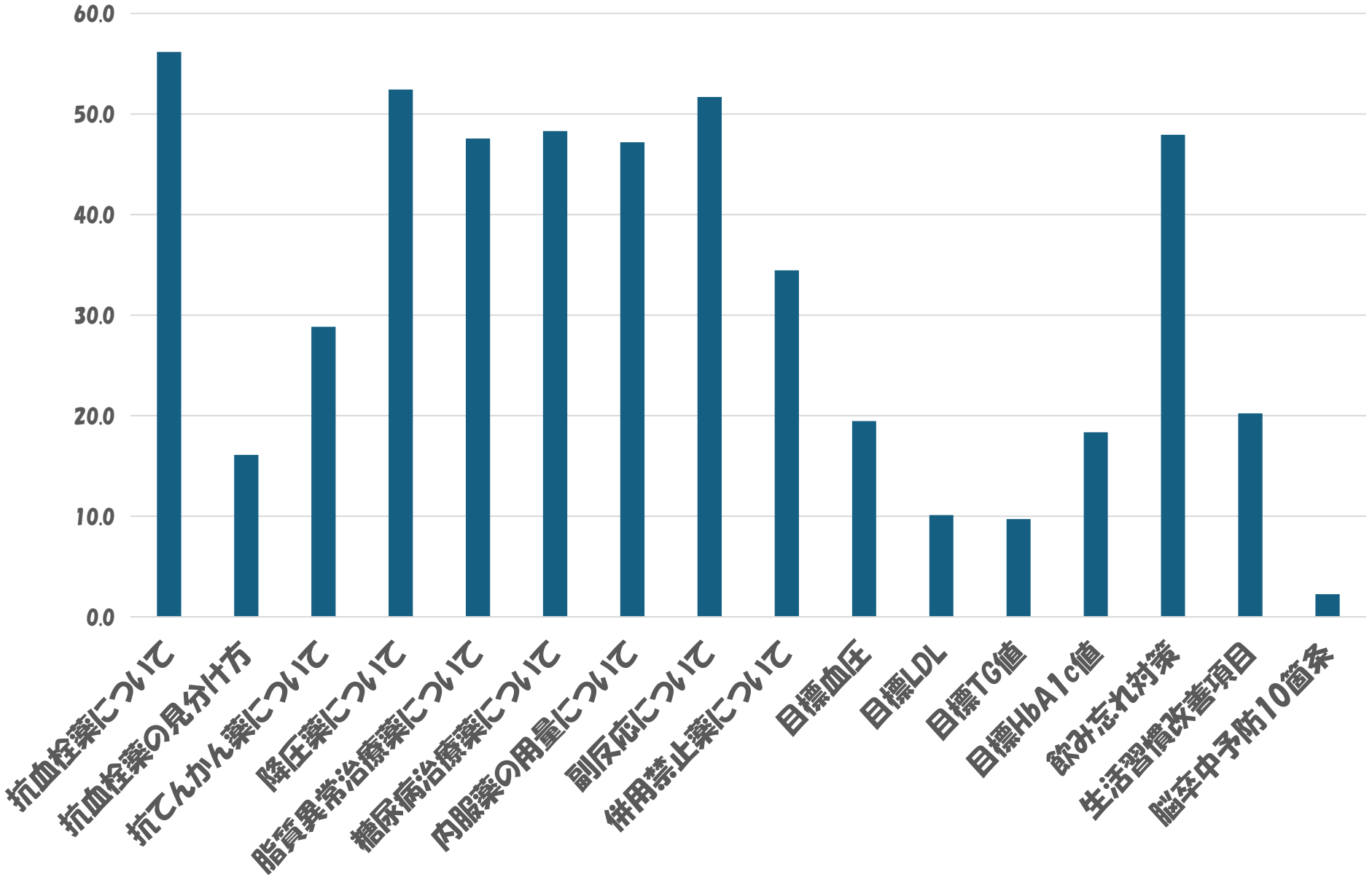
地域連携パスの確認



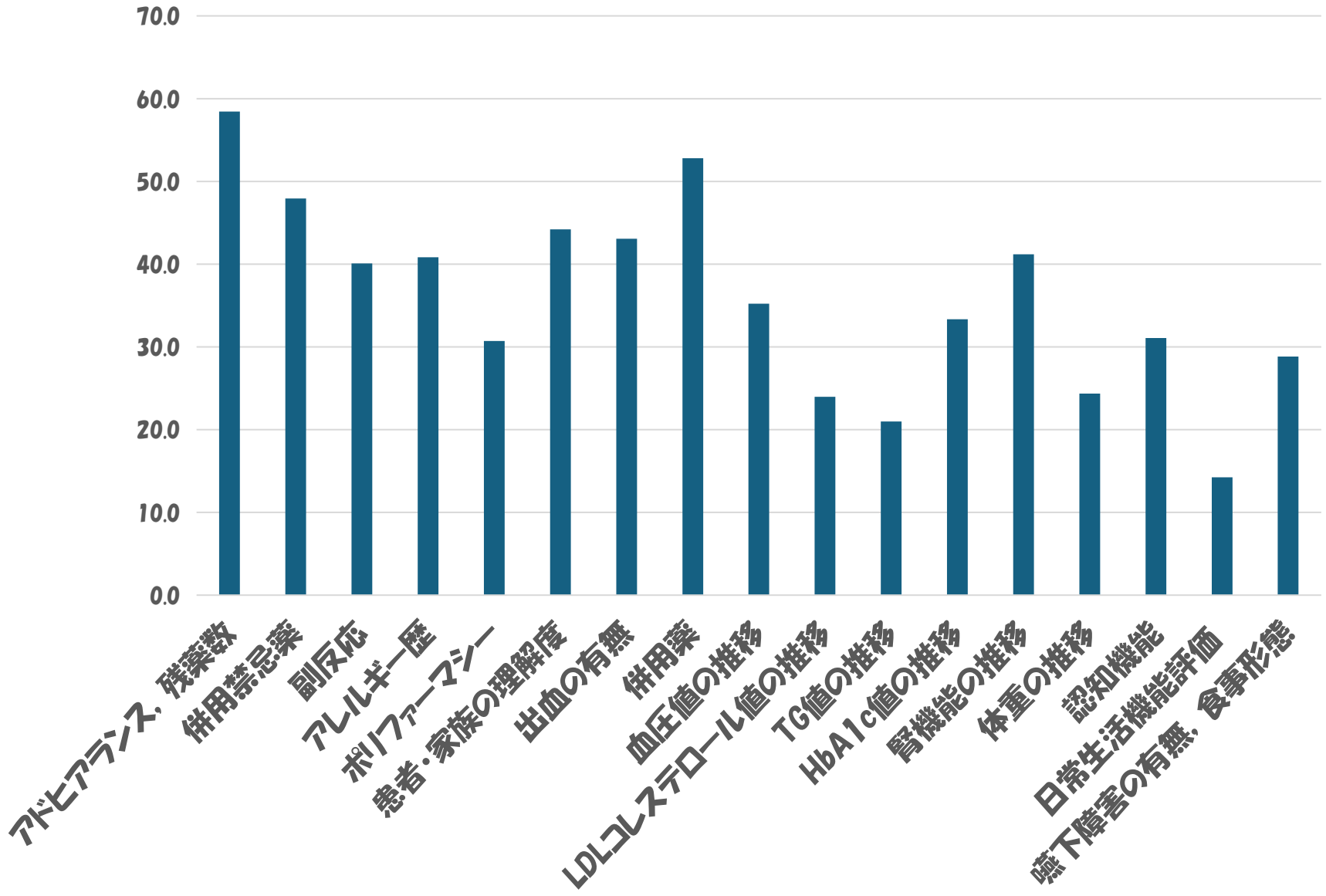
薬剤師が得られている情報・不足している情報



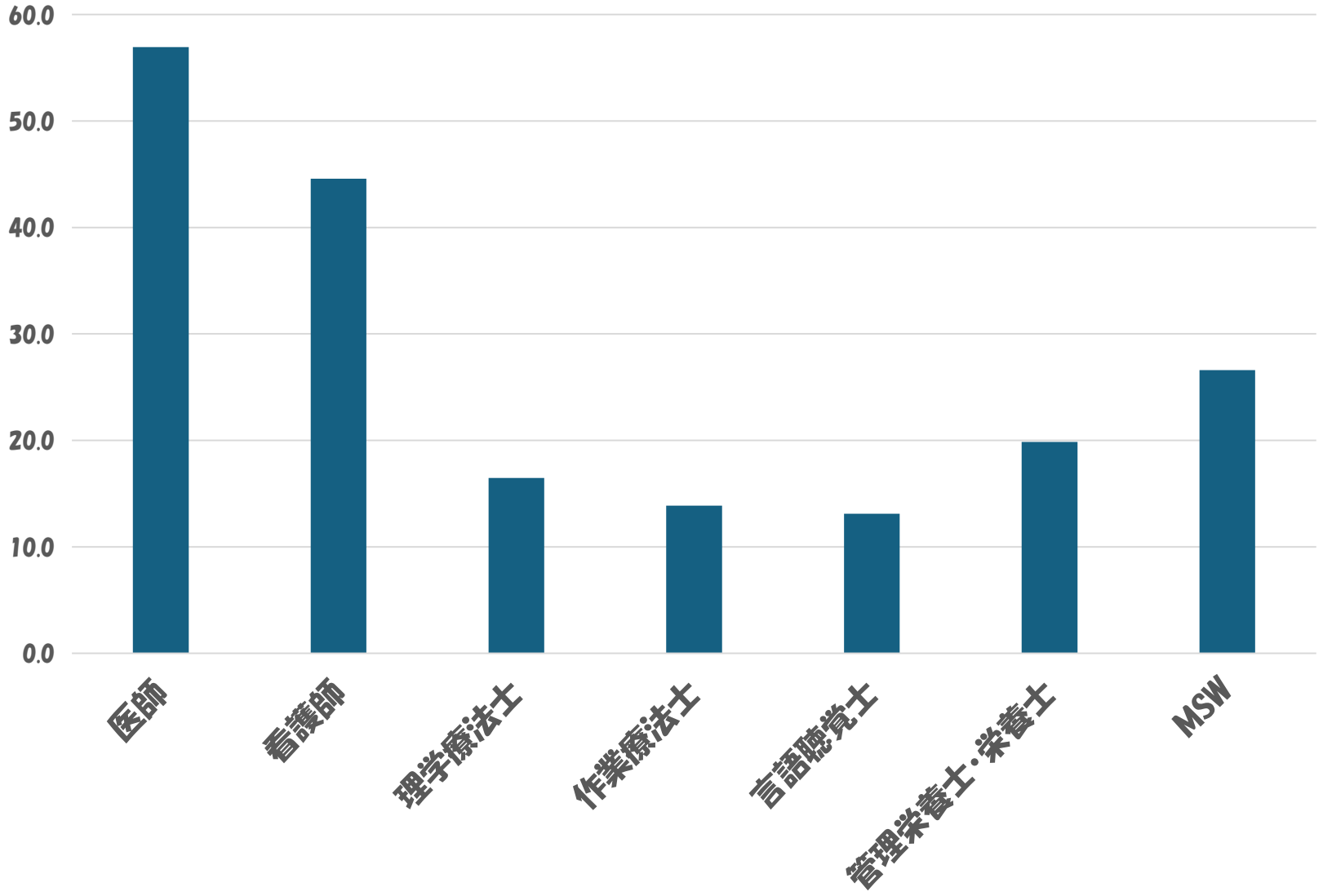
担当患者に指導している内容



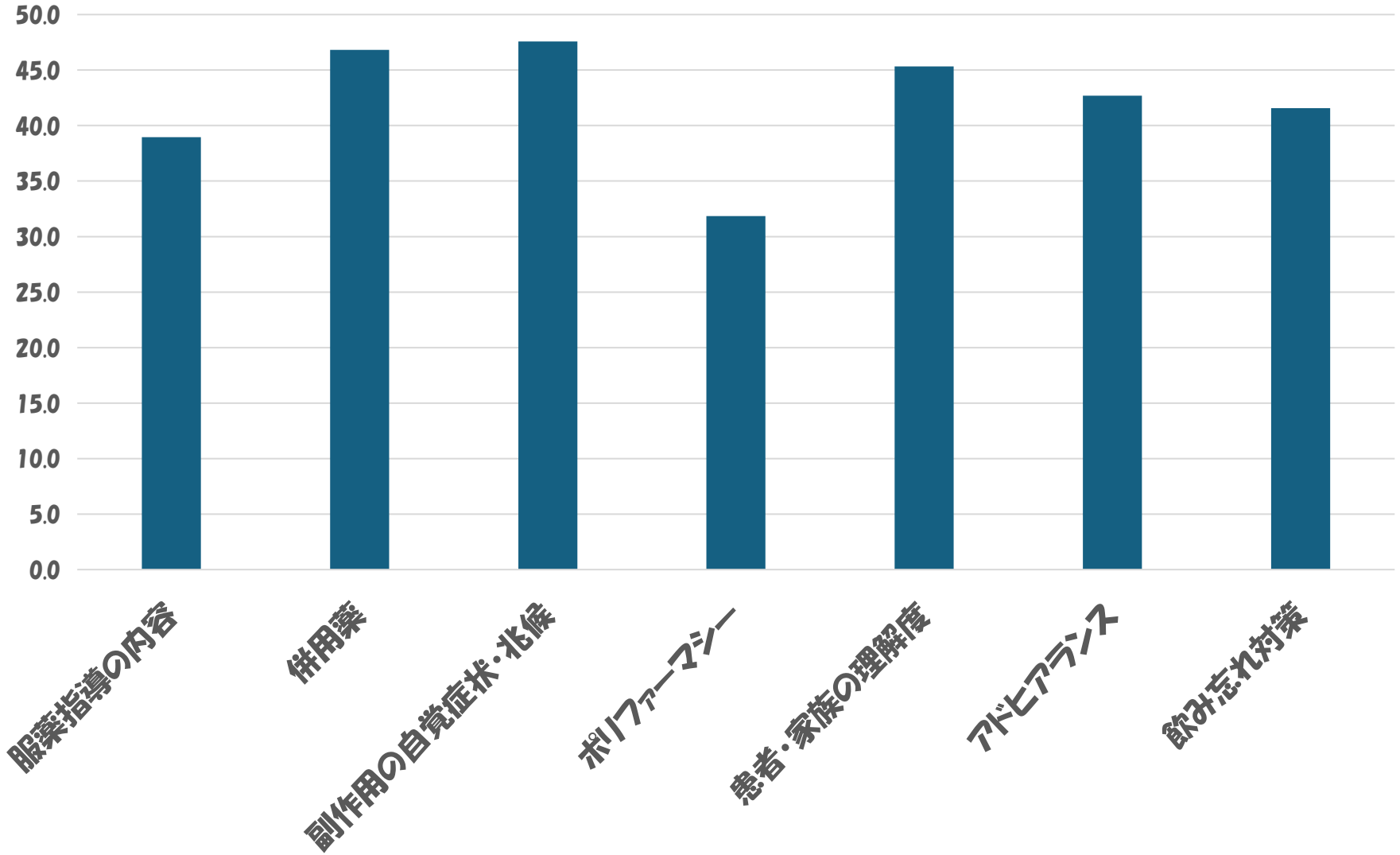
指導の際に重視している・参考にしたい情報



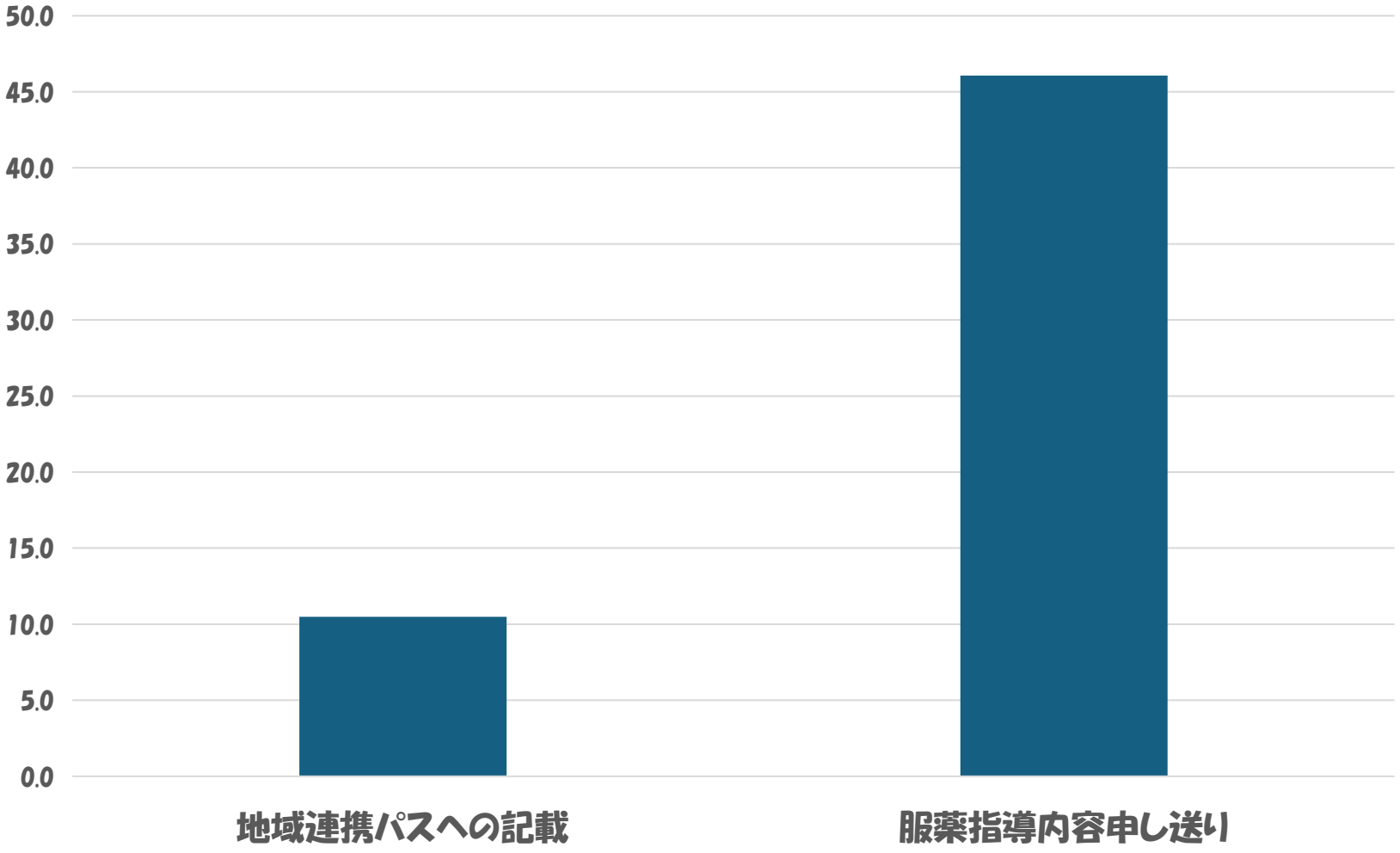
他職種のサマリー・情報提供書で参考にしたいもの



他職種共有したい/してほしい情報

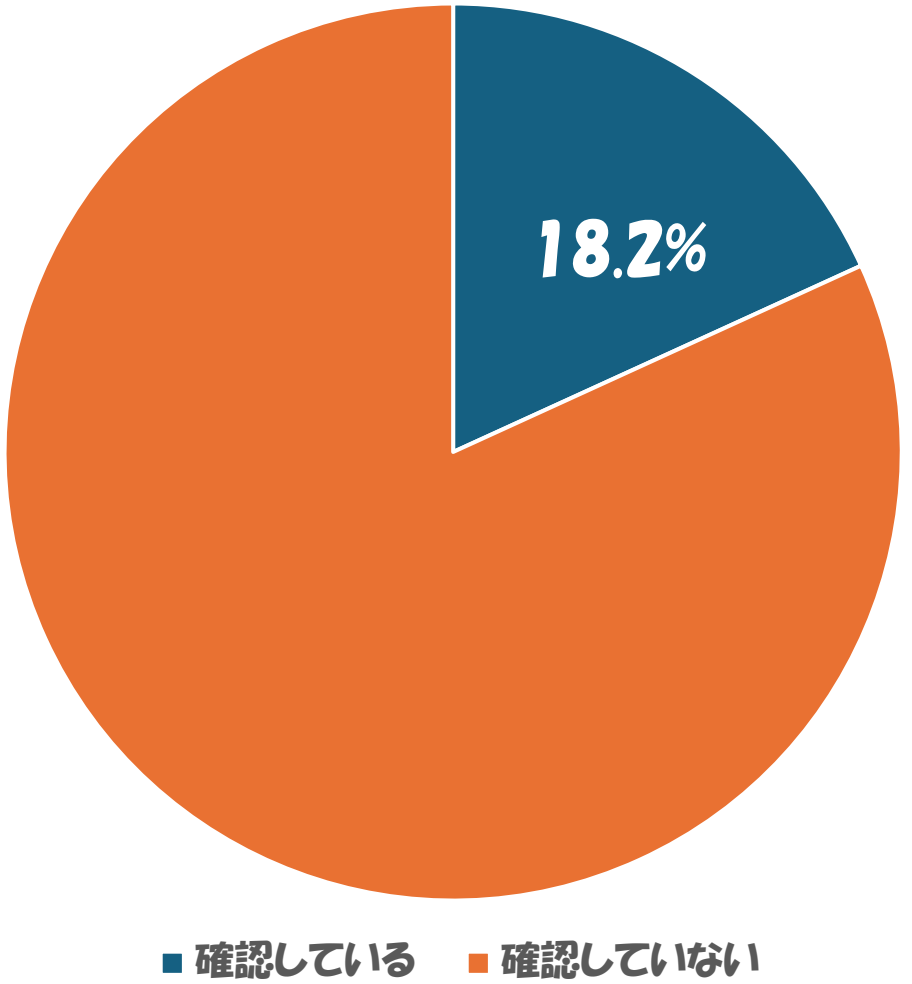


作成している情報共有ツール

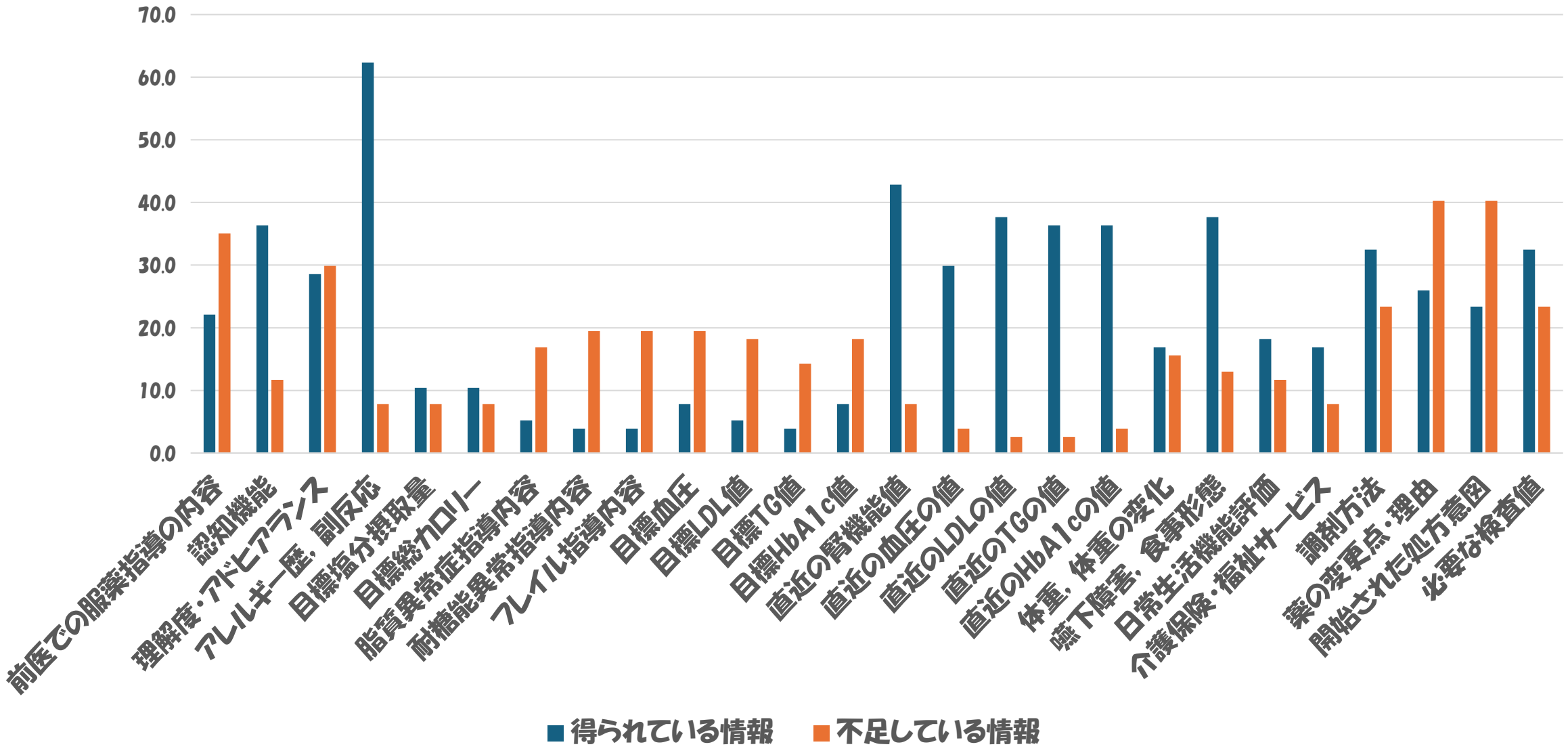


回復期・維持期病院の薬剤師への地域連実態調査

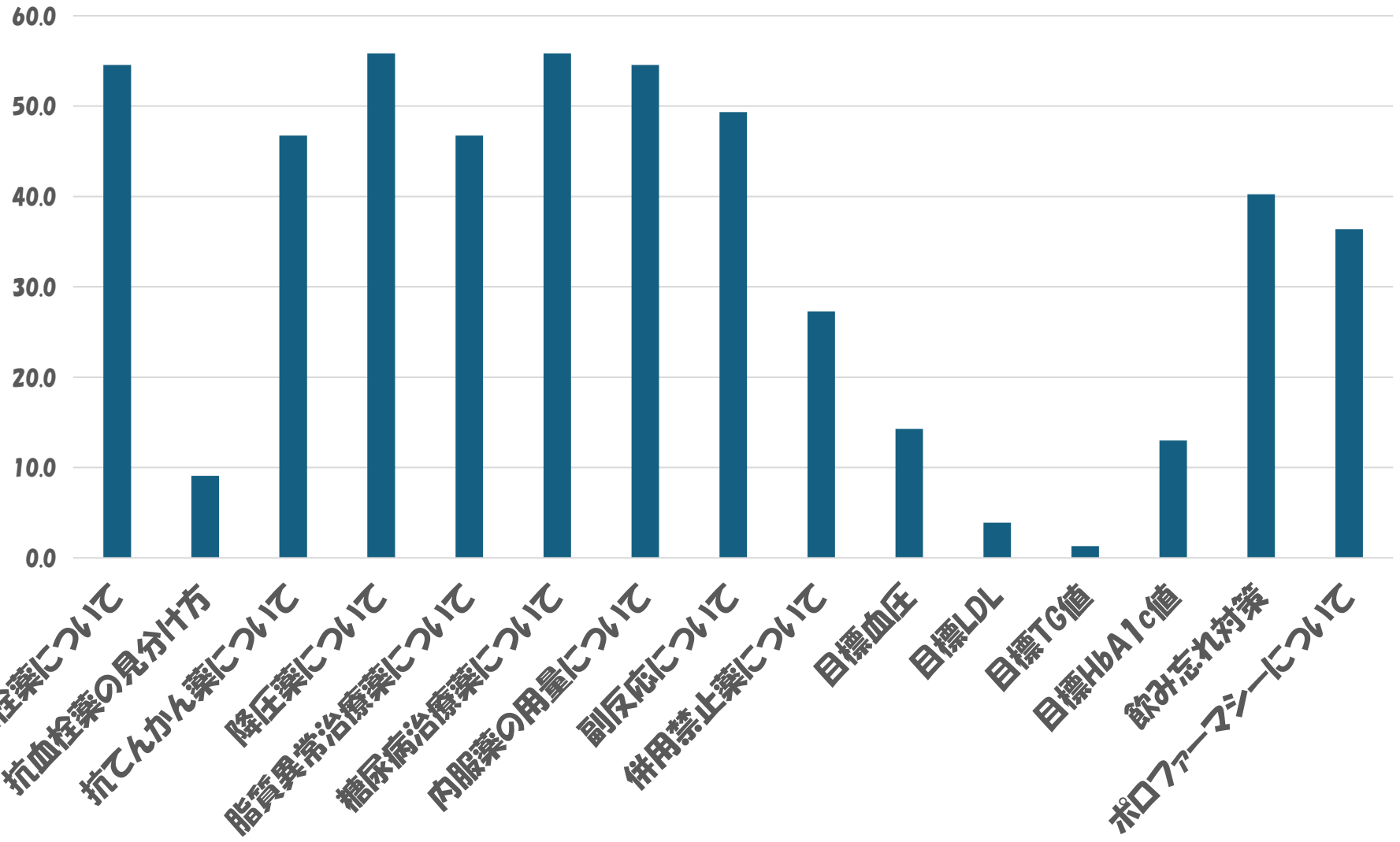
地域連携パスの確認



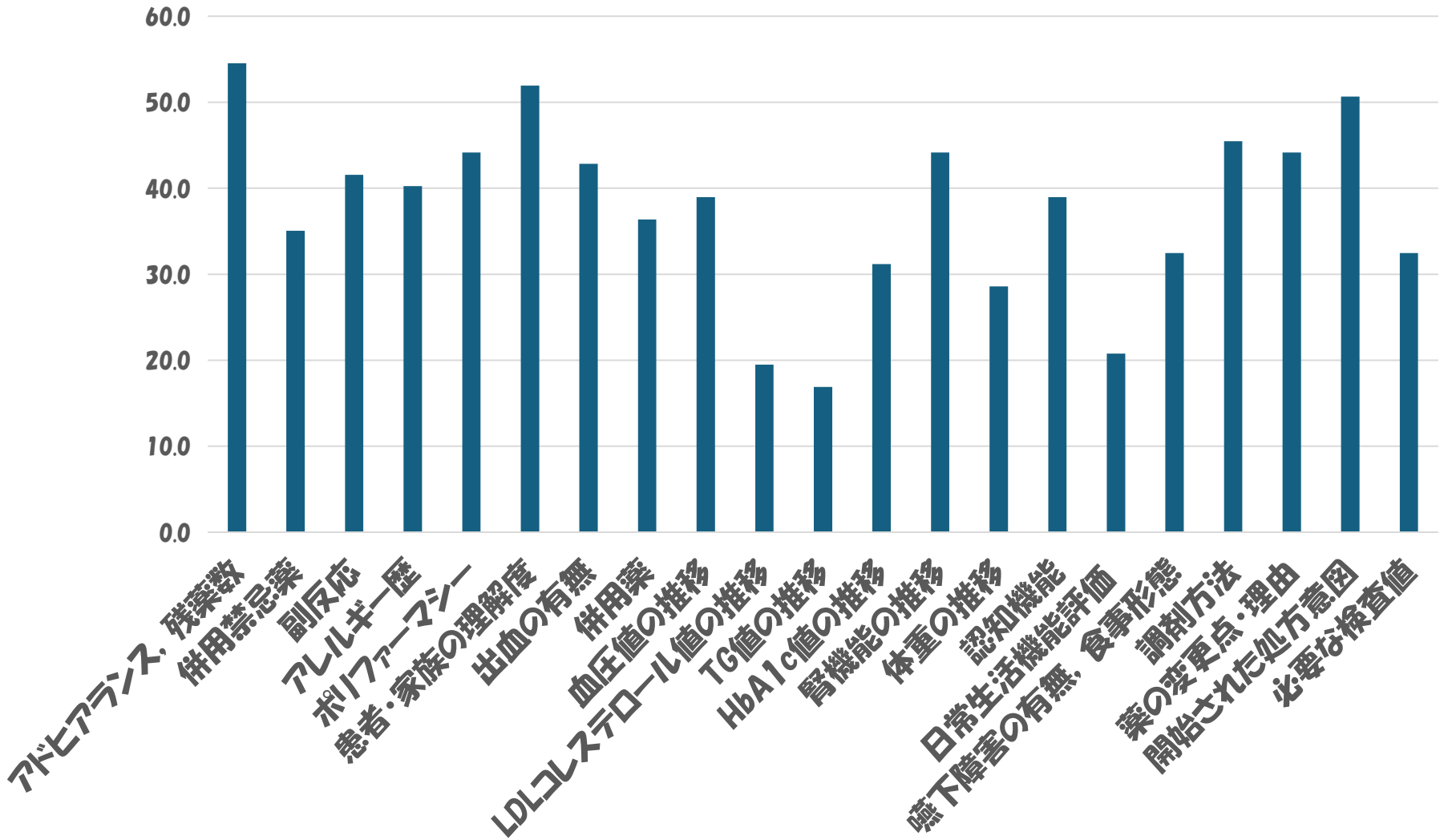
薬剤師が得られている情報・不足している情報



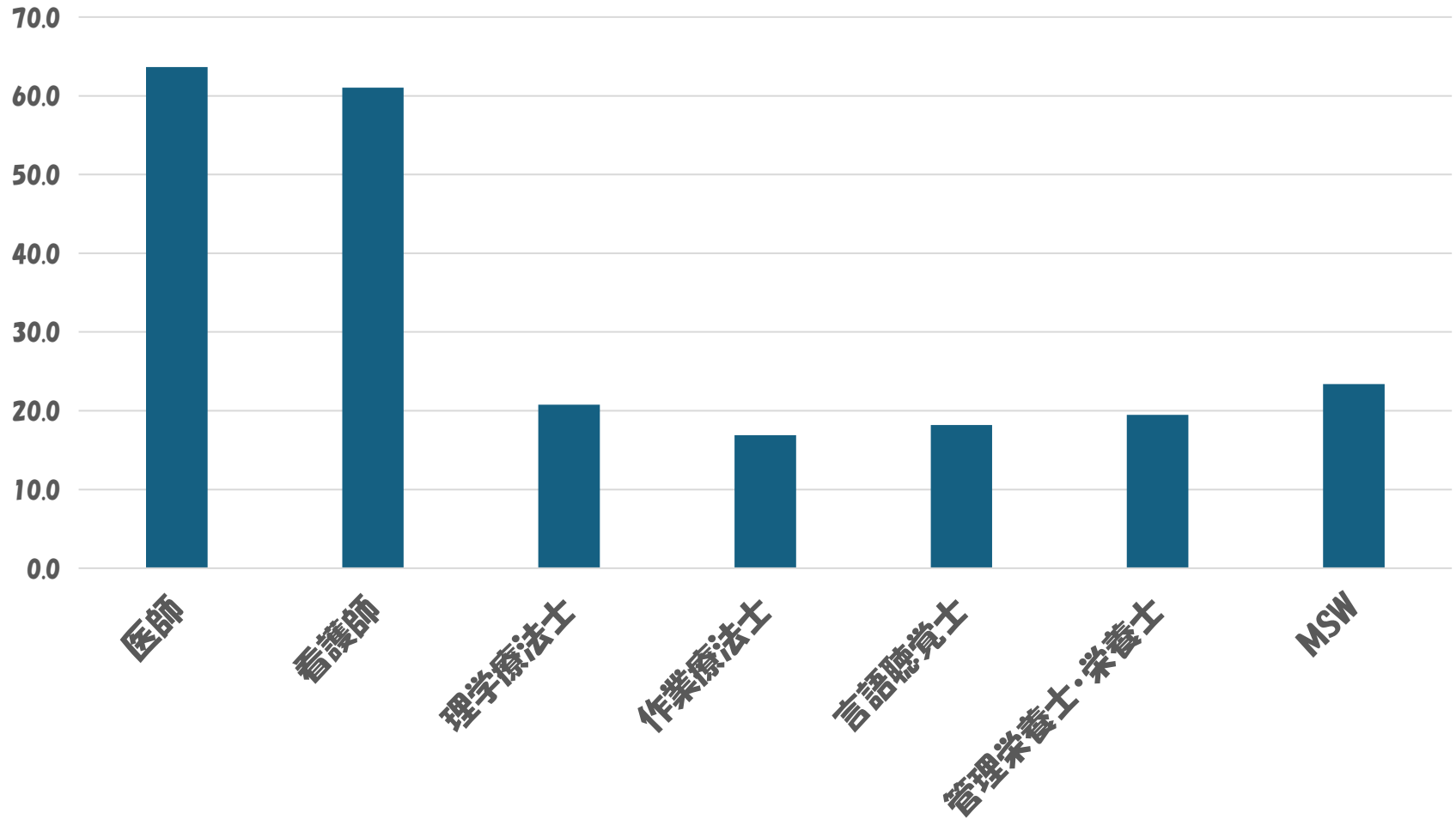
担当患者に指導している内容



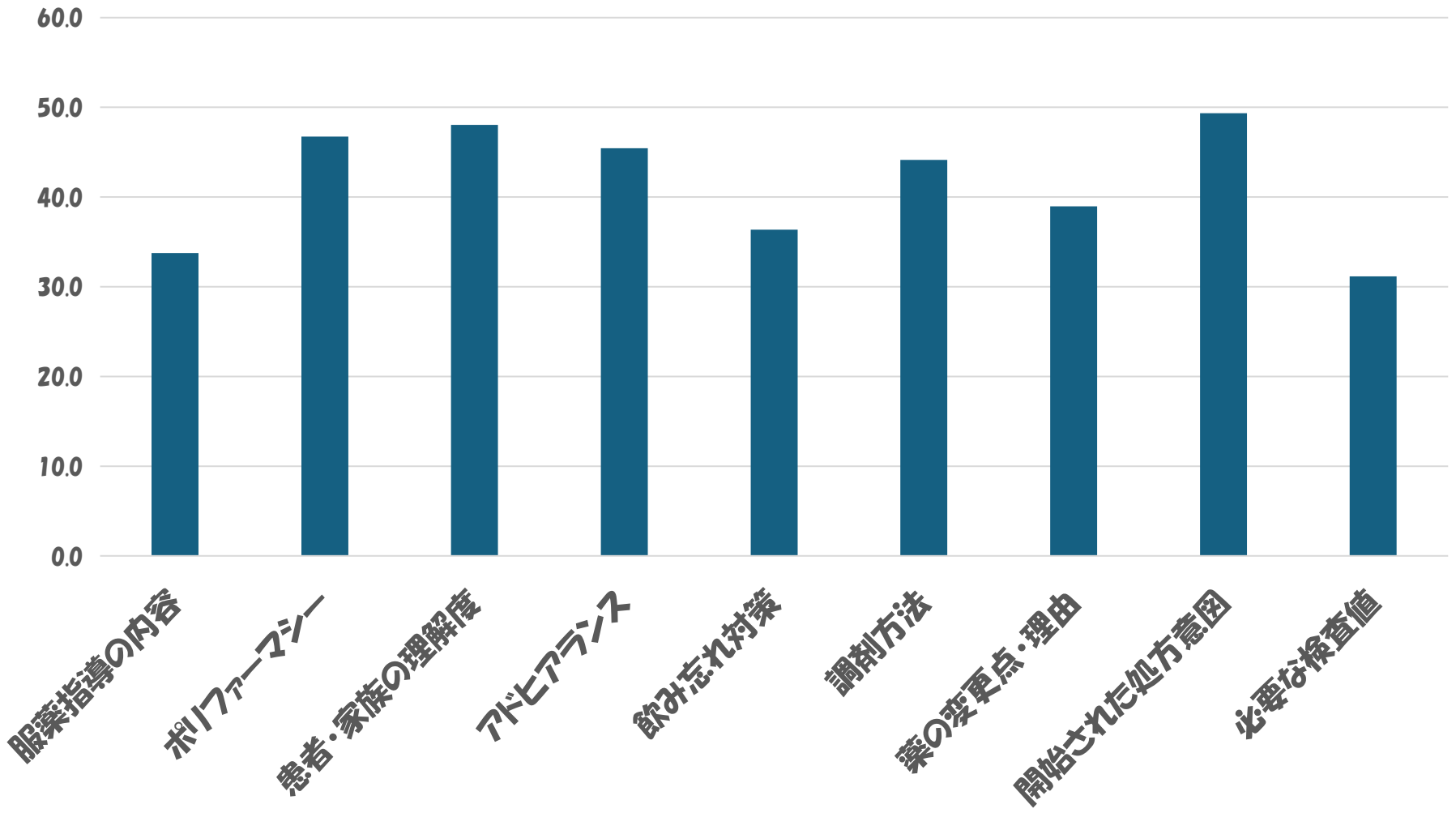
指導の際に重視している・参考にしたい情報



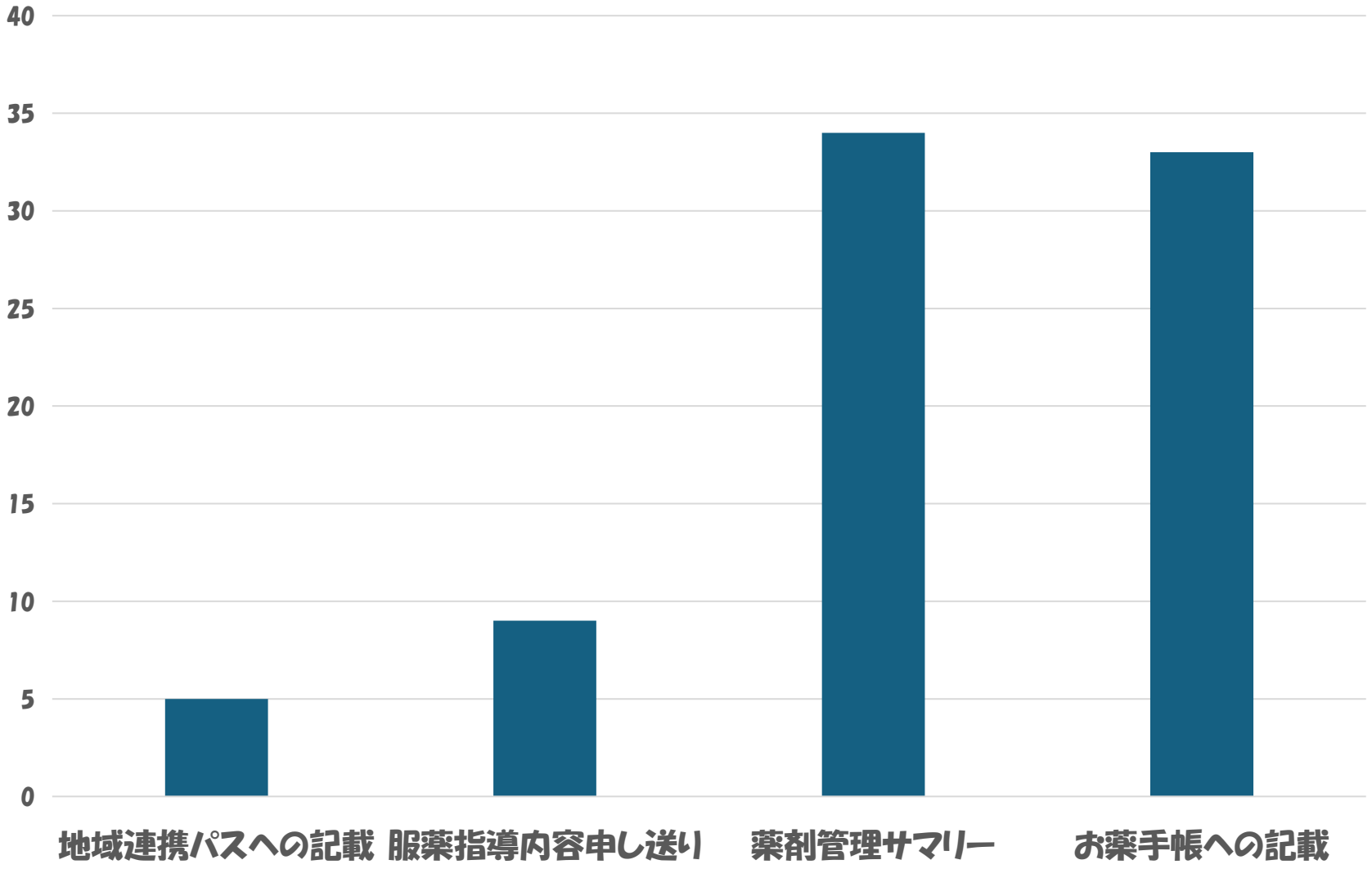
他職種のサマリー・情報提供書で参考にしたいもの



他職種に共有したい･してほしい情報



作成している情報共有ツール

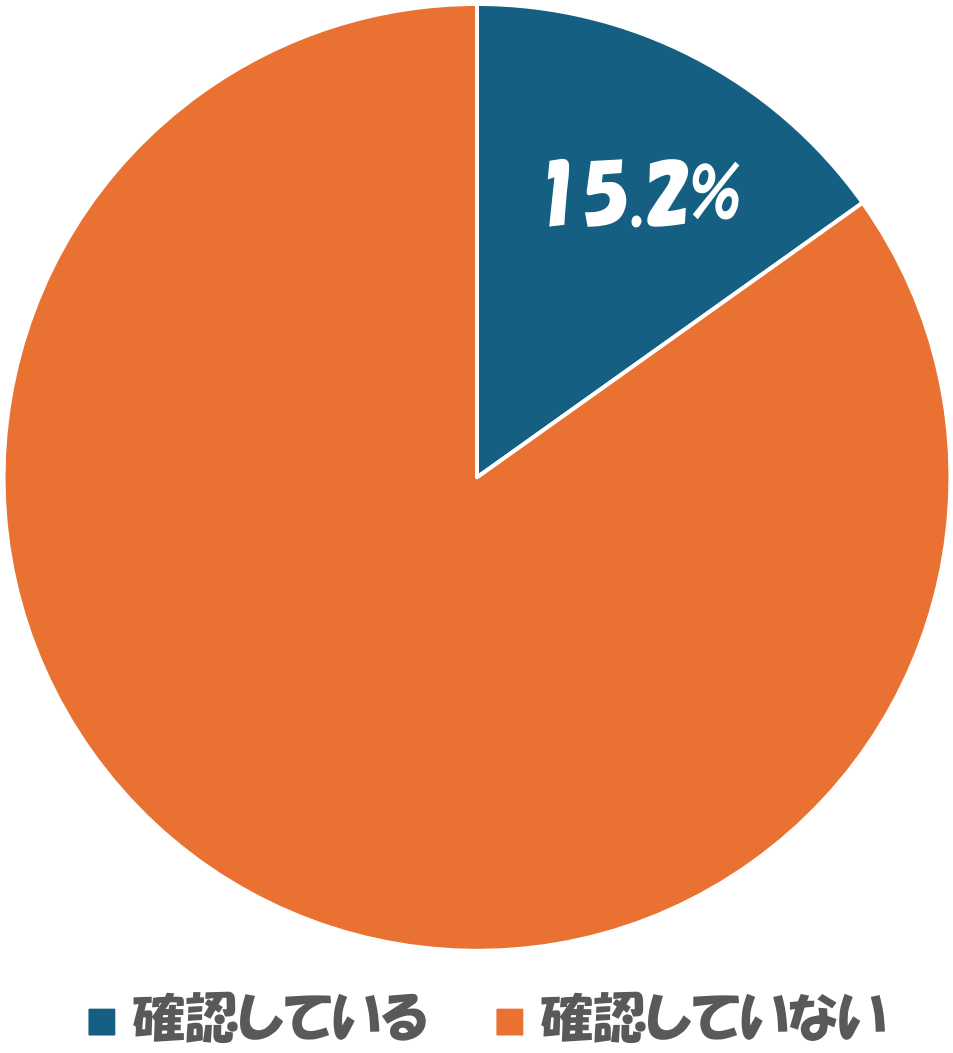


薬剤師から見た地域連携の課題

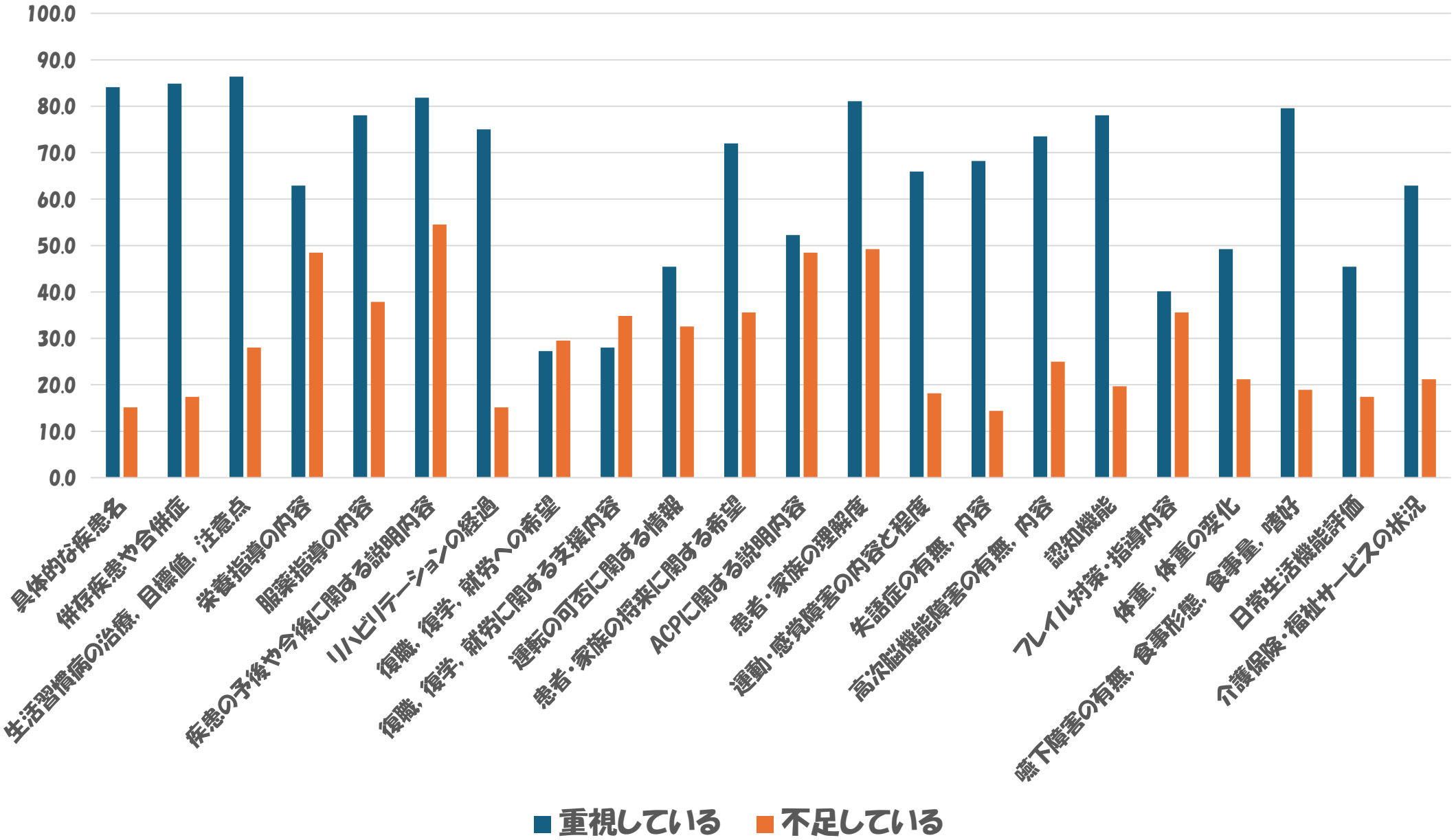
・薬剤師が不足していると訴える情報として，これまでの指導内容，内服薬変更の理由，今後の病態管理，リスク管理の目標値，認知機能，アドヒアランスや理解度の状況，などが挙げられた．
・併用薬，禁忌薬，アレルギー・副反応に関する情報は比較的得られており，重視されていた．
・医師や看護師のサマリーや情報提供書への関心が高かった．

地域のケアマネジャーへの地域連実態調査

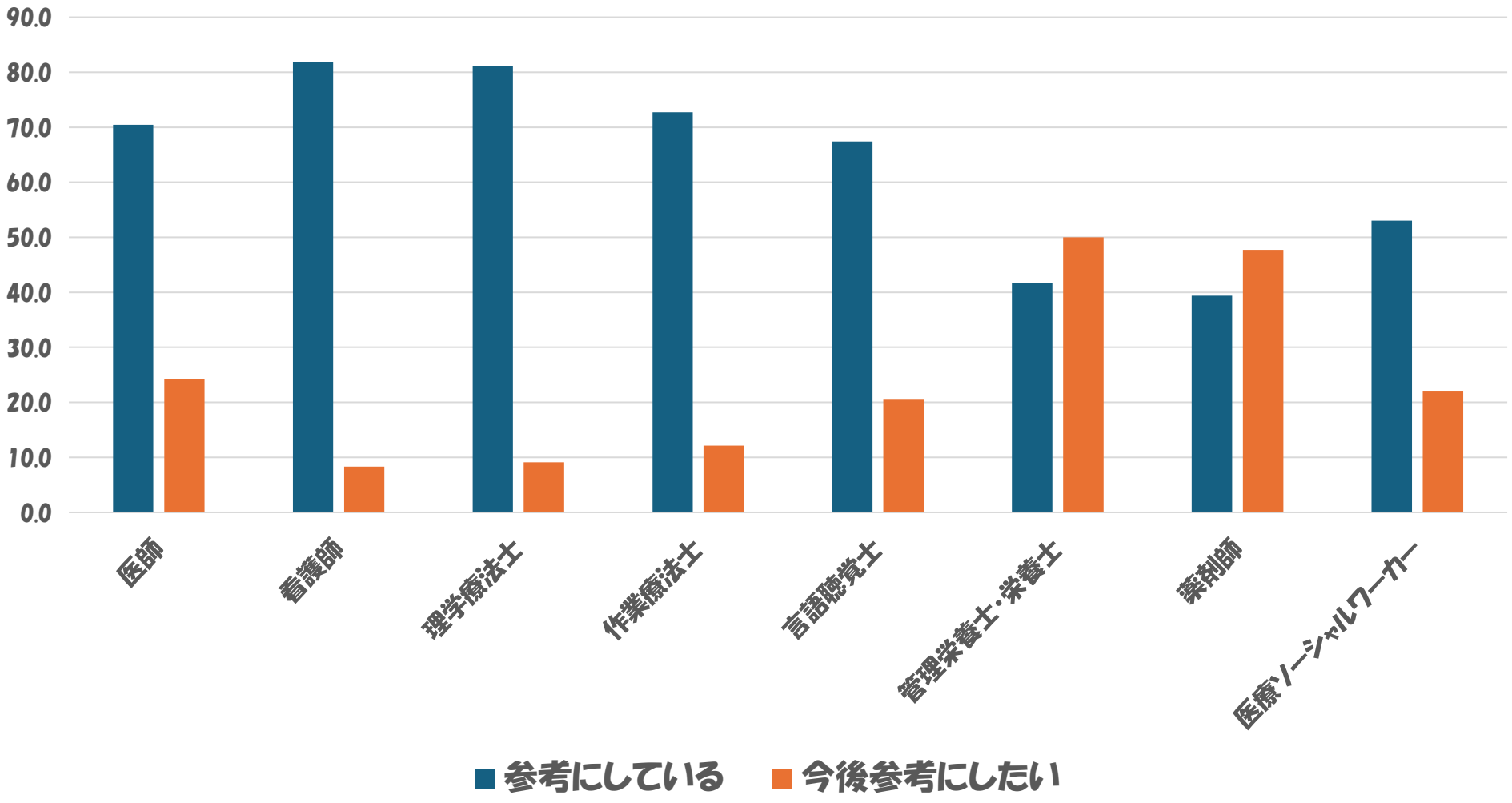
地域連携パスの確認



ケアマネジャーが重視している情報・不足している情報



ケアマネジャーが参考にしている/今後参考にしたい
サマリー・情報提供腫



ケアマネジャーから見た地域連携の課題

・栄養指導，服薬指導に関する情報が不足しており管理栄養士，薬剤師の情報提供書へのニーズが高い．

・疾患の予後や今後に関する内容，患者家族への説明内容，ACP，今後の希望に関する情報が不足している傾向がある．

疾患管理プログラム

基本情報
診断名
合併症，併存疾患
危険因子の目標値
必要な検査値（PT-INR，HbA1cなど）
抗血栓薬の種類，用量
失語症，高次脳機能障害について
嚥下障害，食事形態・栄養経路
患者・家族への説明内容，理解度，患者・家族の意思（運転，就労，ACP含む）
日常生活自立度およびその推移
疾患管理・ケアの目標・方針
体重の推移

目標・提供・摂取カロリー，塩分量
栄養指導

アレルギー，副反応
薬剤変更の理由
アドヒアランス状況
服薬指導

残り約2か月で

・疾患管理プログラムに盛り込むべき項目を選定し，
　モデルを作成

後継班へ

・疾患管理プログラム，リハビリテーションプログラムの
　確立，実装，ブラッシュアップ

別紙４

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					