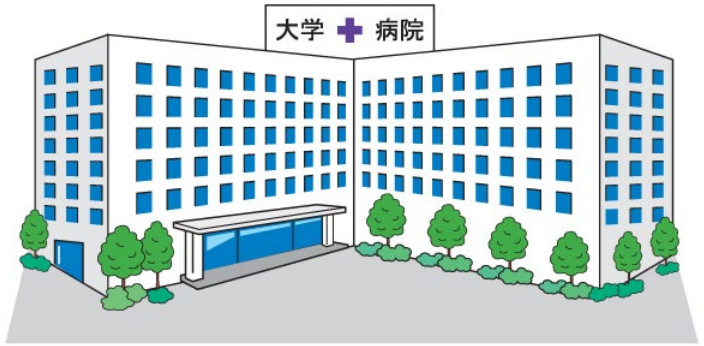
脳卒中診療において今後目指すべき回復期診療の検討及び回復期や維持期・生活期における診療体制の充実に資する臨床指標を確立させるための研究（24FA1019）

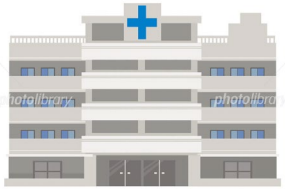
研究代表者
藤本茂

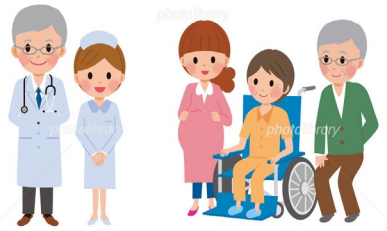
循環型双方性の
脳卒中地域連携パス
疾患管理プログラム



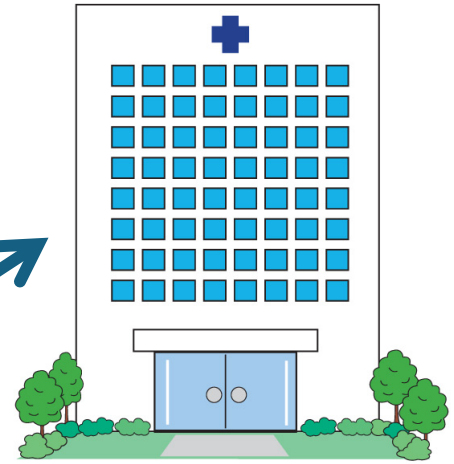
急性期医療機関
脳卒中センター
大学

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

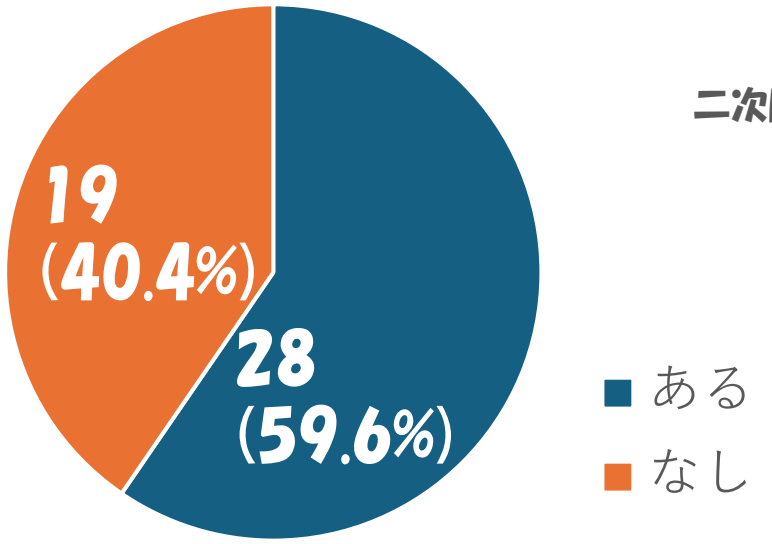
2年目

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

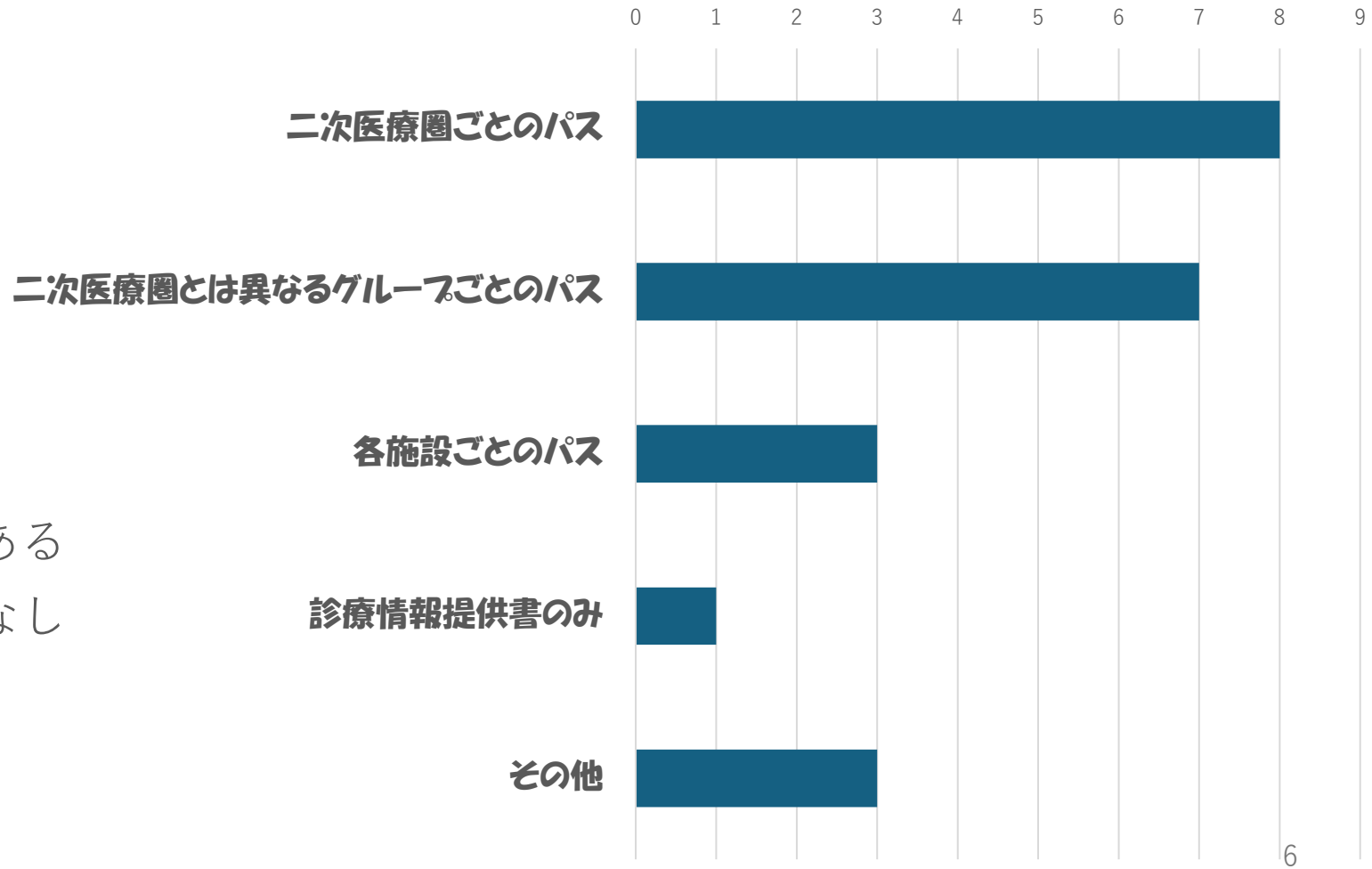
→ 疾患管理プログラムのモデル作成

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



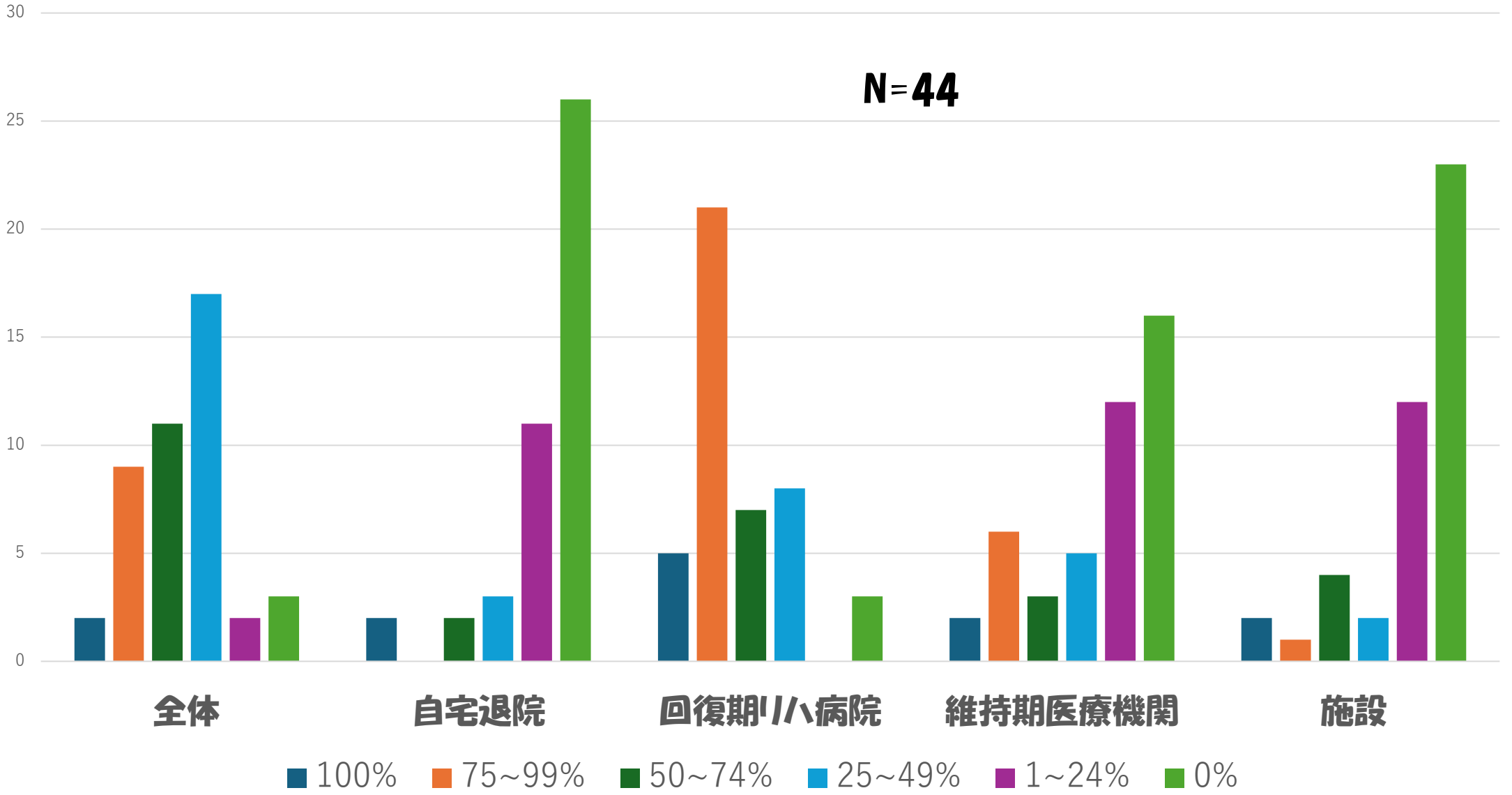
地域連携パスの作成にかかわる職種



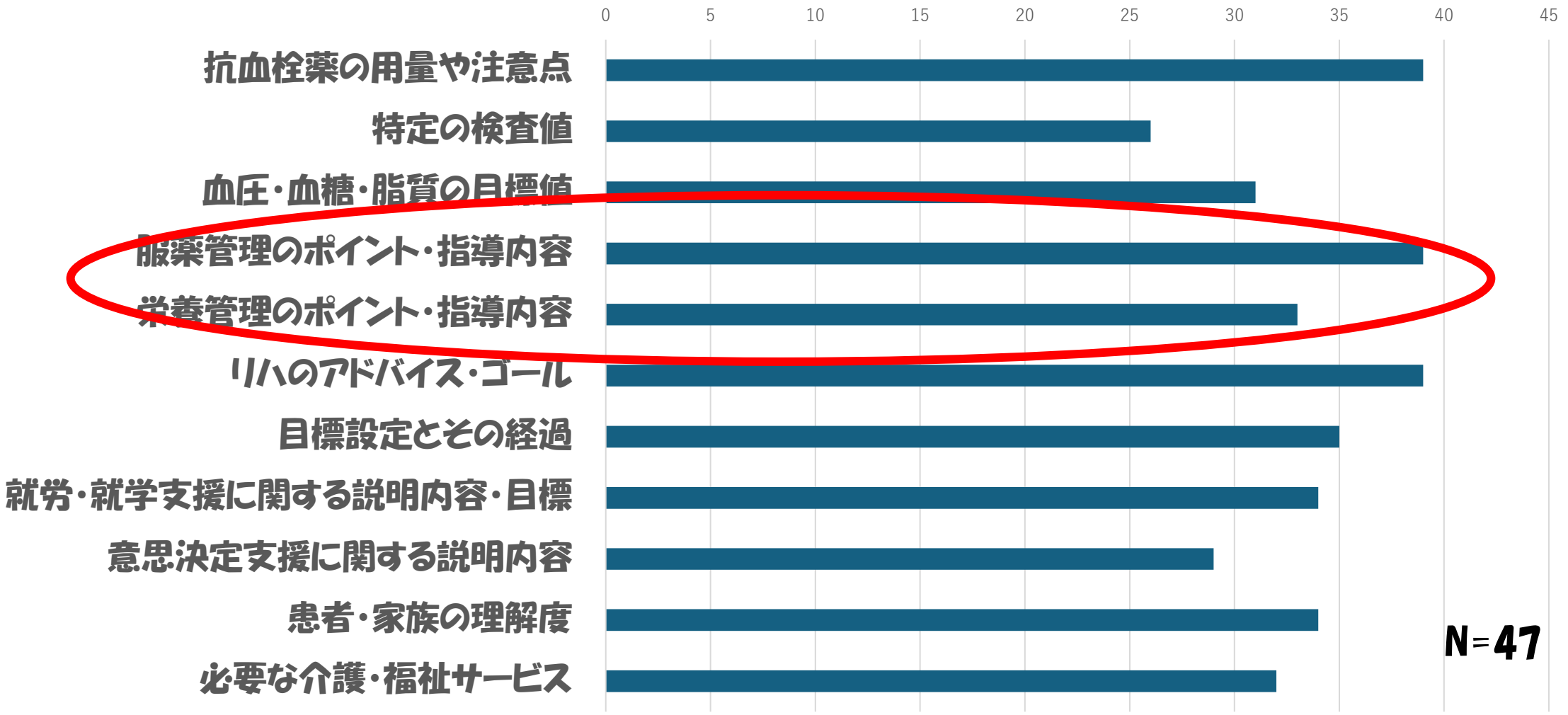
N=47

両立支援コーディネーター
8/47（17.8%）

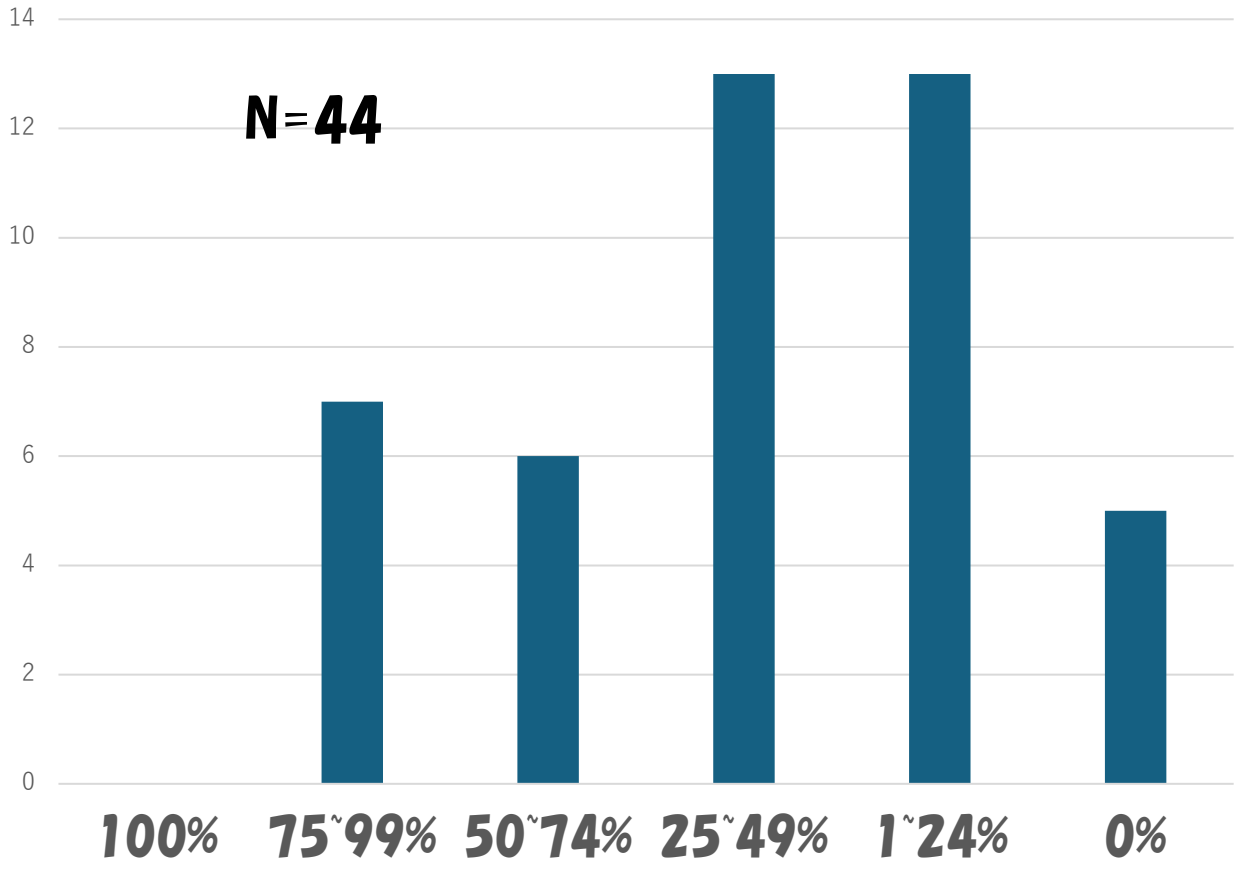
地域連携パスの退院先別利用率の分布



地域連携パスに盛り込むべきと考える項目



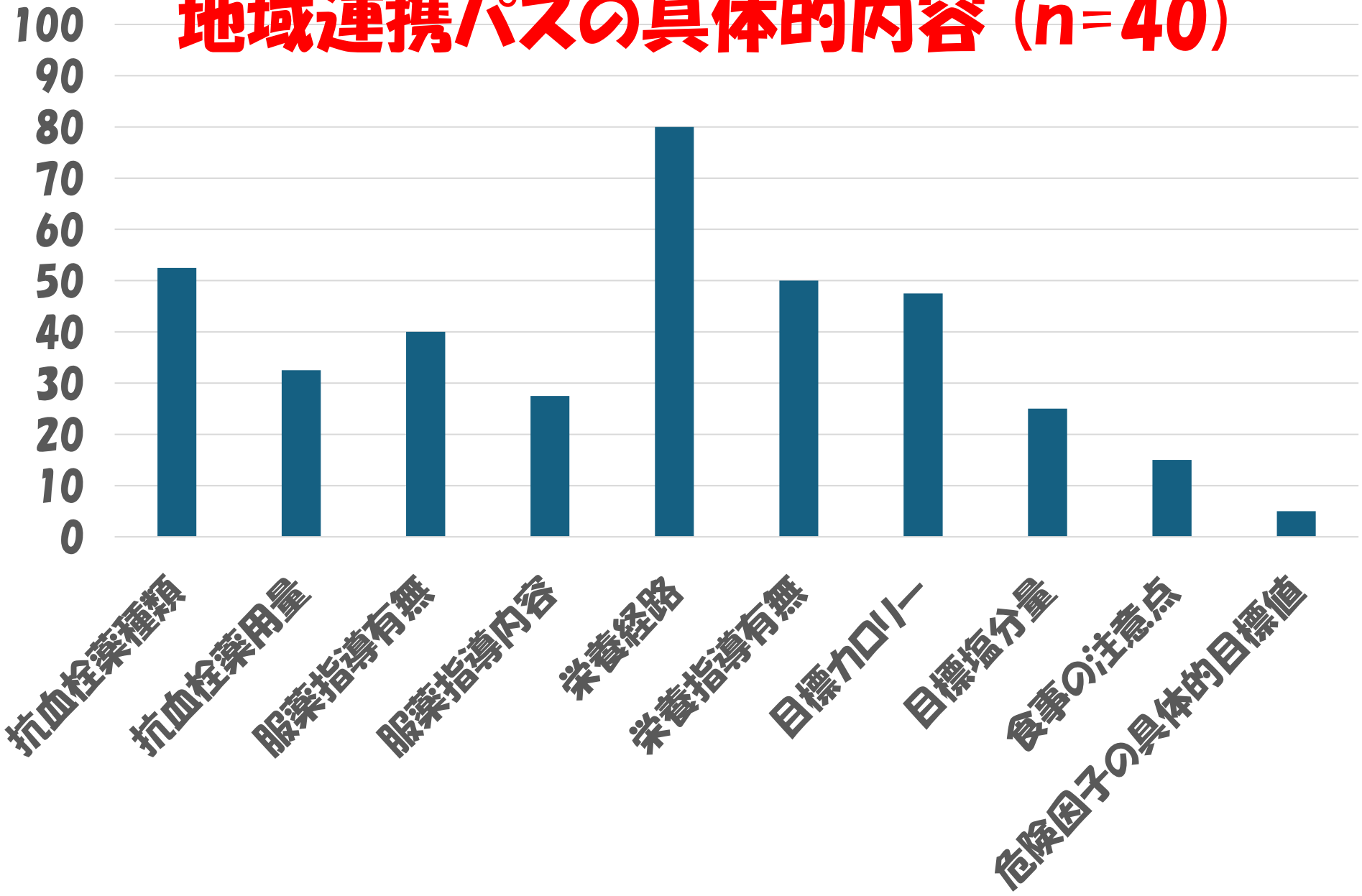
地域連携パスのフィードバック率の分布



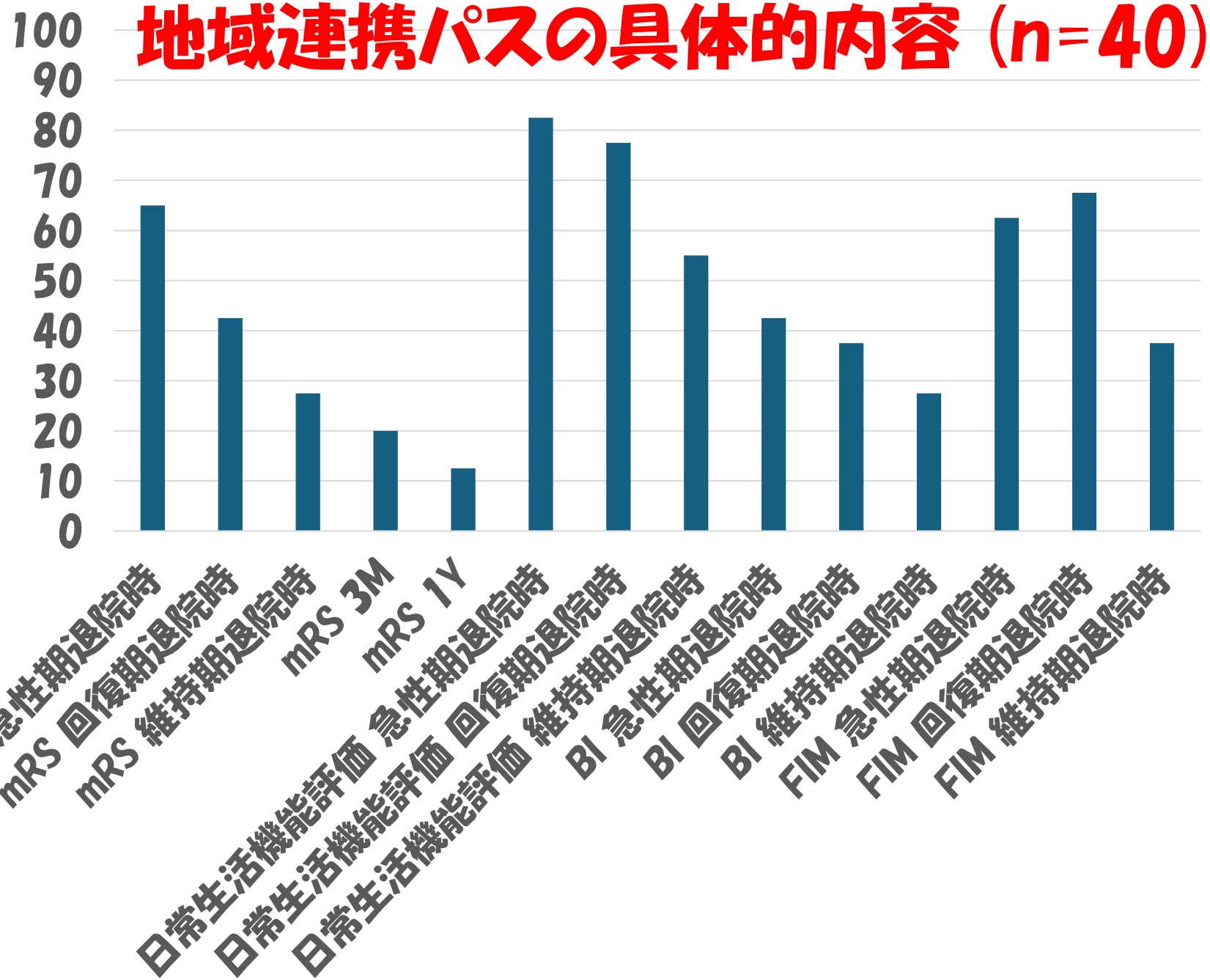
地域連携パスの現状・課題

- 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

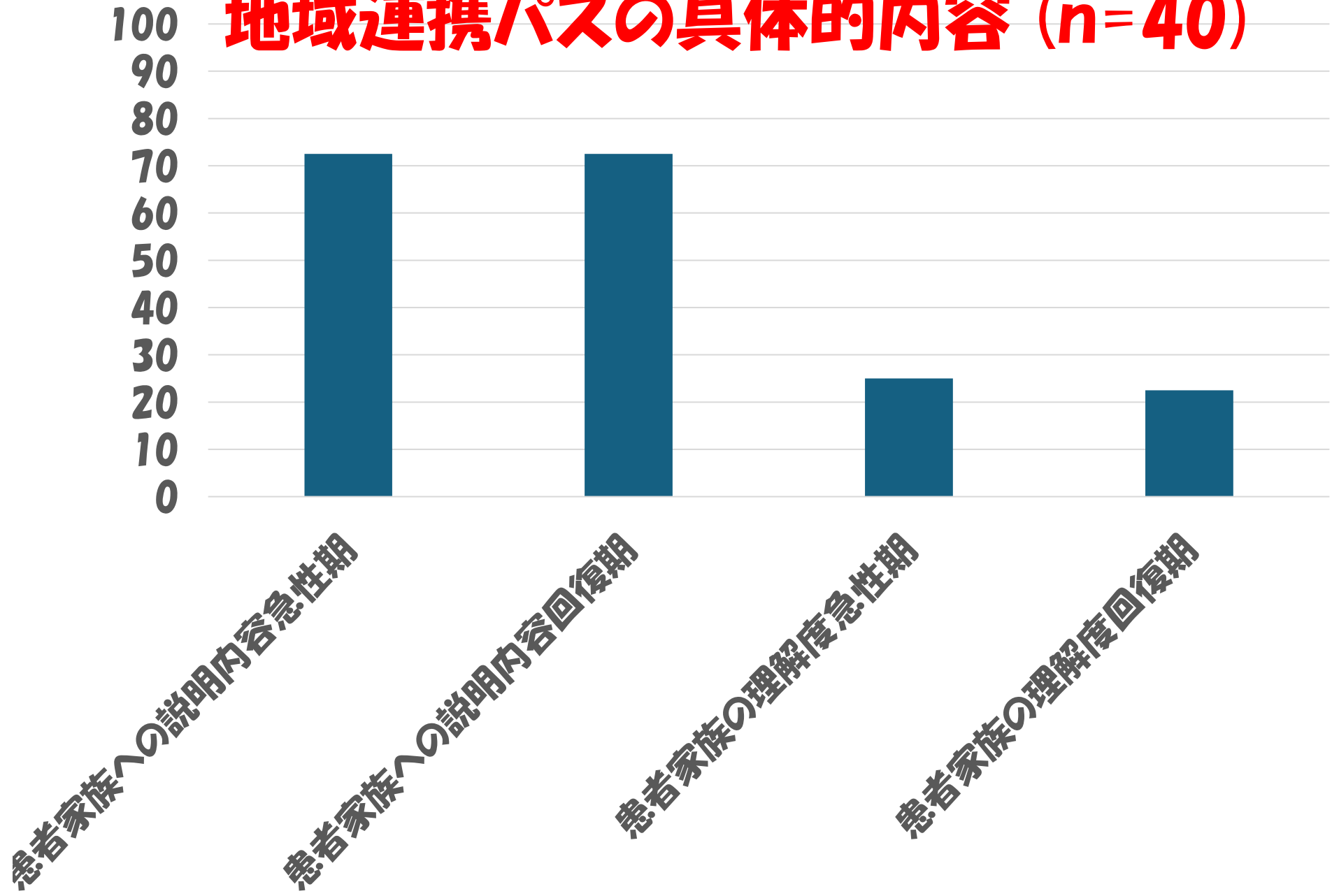
地域連携パスの具体的内容（n=40）



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）

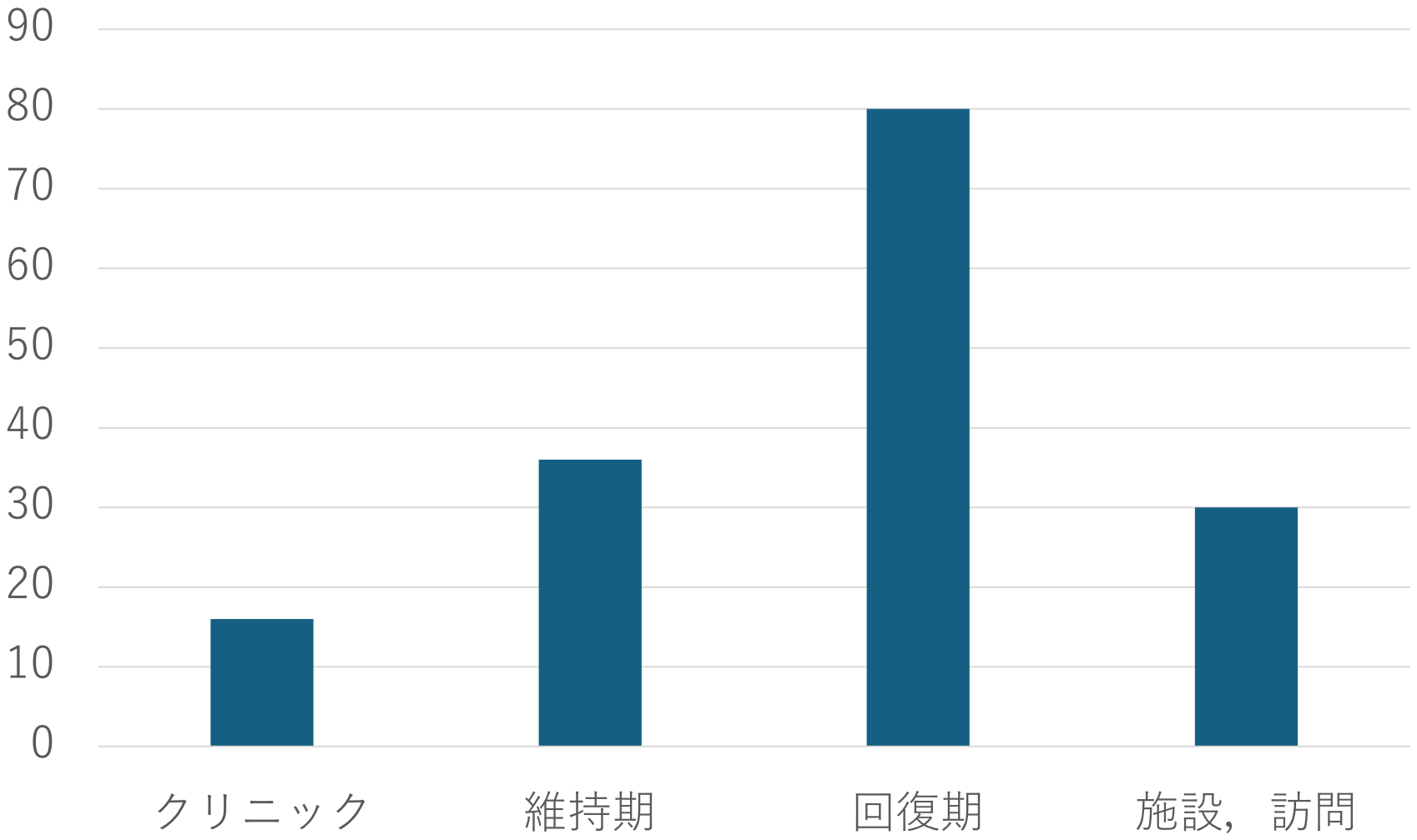
・盛り込むべき内容が反映されていない
・服薬，栄養指導の内容が反映されていない
・mRSの経過が反映されていない
・日常生活ゴール，就労支援，意思決定支援に関する情報が反映されていない
・説明に対する患者や家族の理解度や意思が反映されていない

疾患管理プログラムの重要性

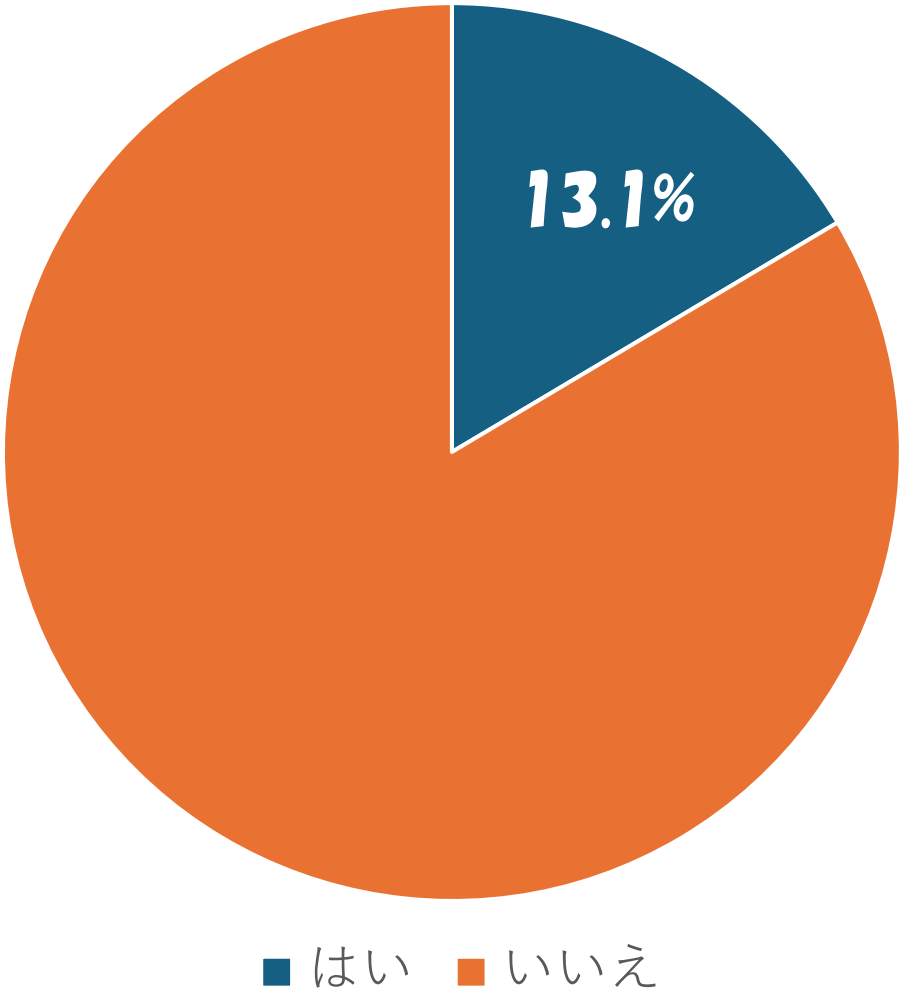
臨床アウトカム	介入タイプ(対象・レビュー等)	効果・エビデンス	エビデンス要点
再入院率	多職種による移行期ケア介入(31 RCT システマティックレビュー)	不確実／一貫性なし	多職種チーム介入は 機能状態・QOL改善が示される一方、再入院率低下には統計的に明確な効果は示されなかった。
再発(再発性脳卒中)	統合ケア介入 99研究メタ解析	減少の傾向あり	Integrated care 介入は 再発リスクを有意に低下させる
ADL(活動性日常動作)	多職種移行期ケア(31 RCT)	改善	チーム介入により 機能的状態(ADL)が改善。特に医師およびケアコーディネーターが関与した場合に効果が増強。
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

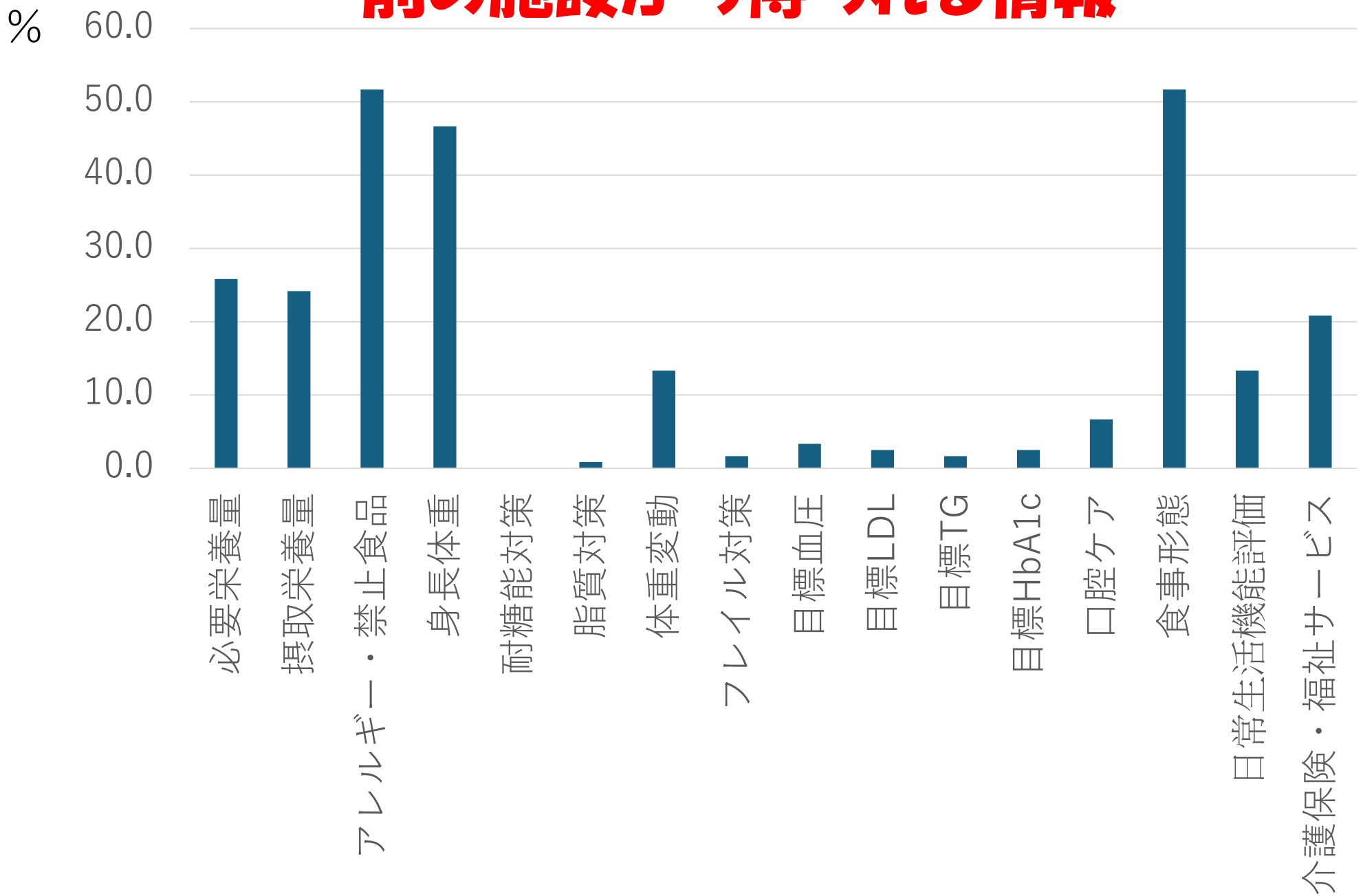
管理栄養士・栄養士の職場



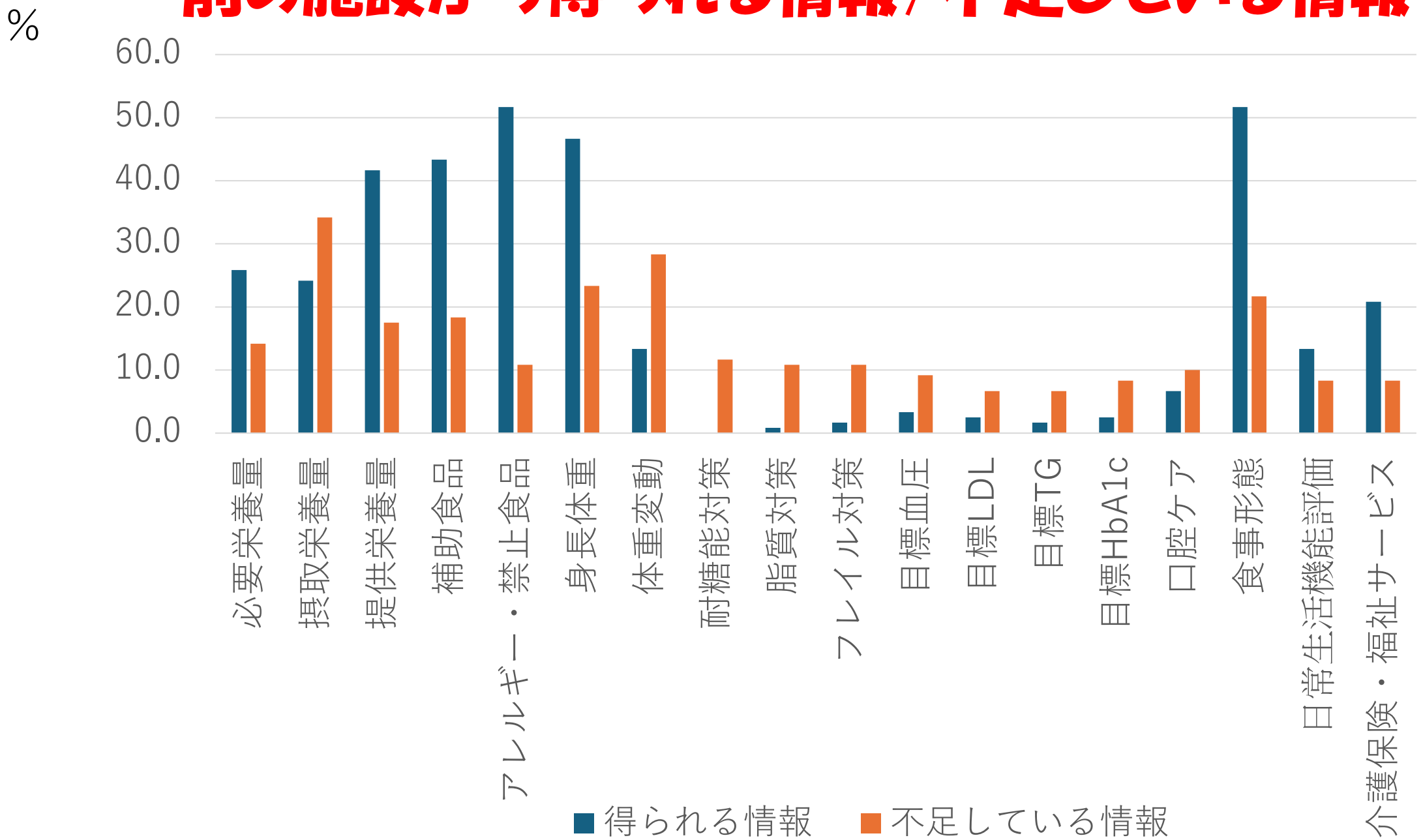
脳卒中地域連携パスの利用



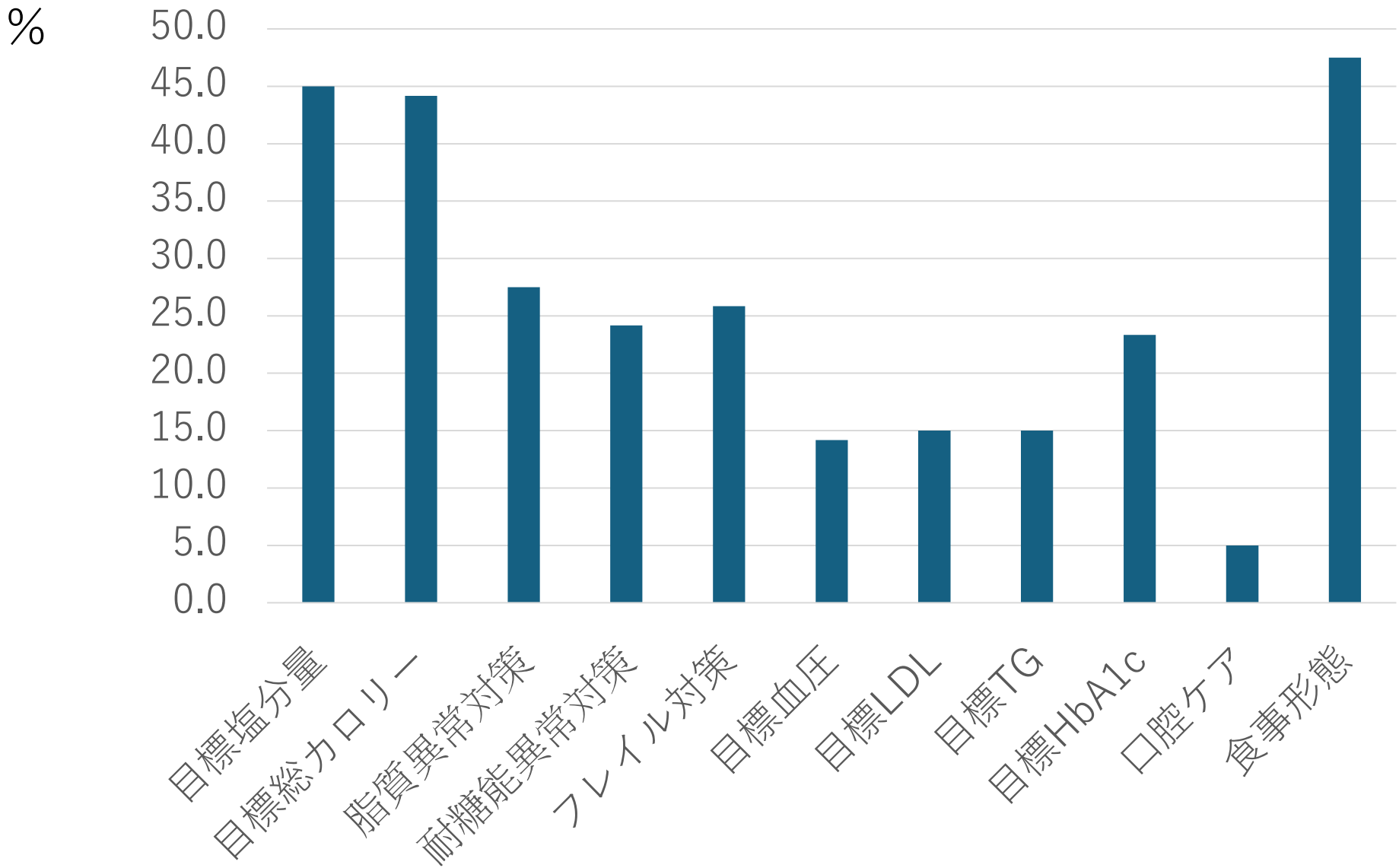
前の施設から得られる情報



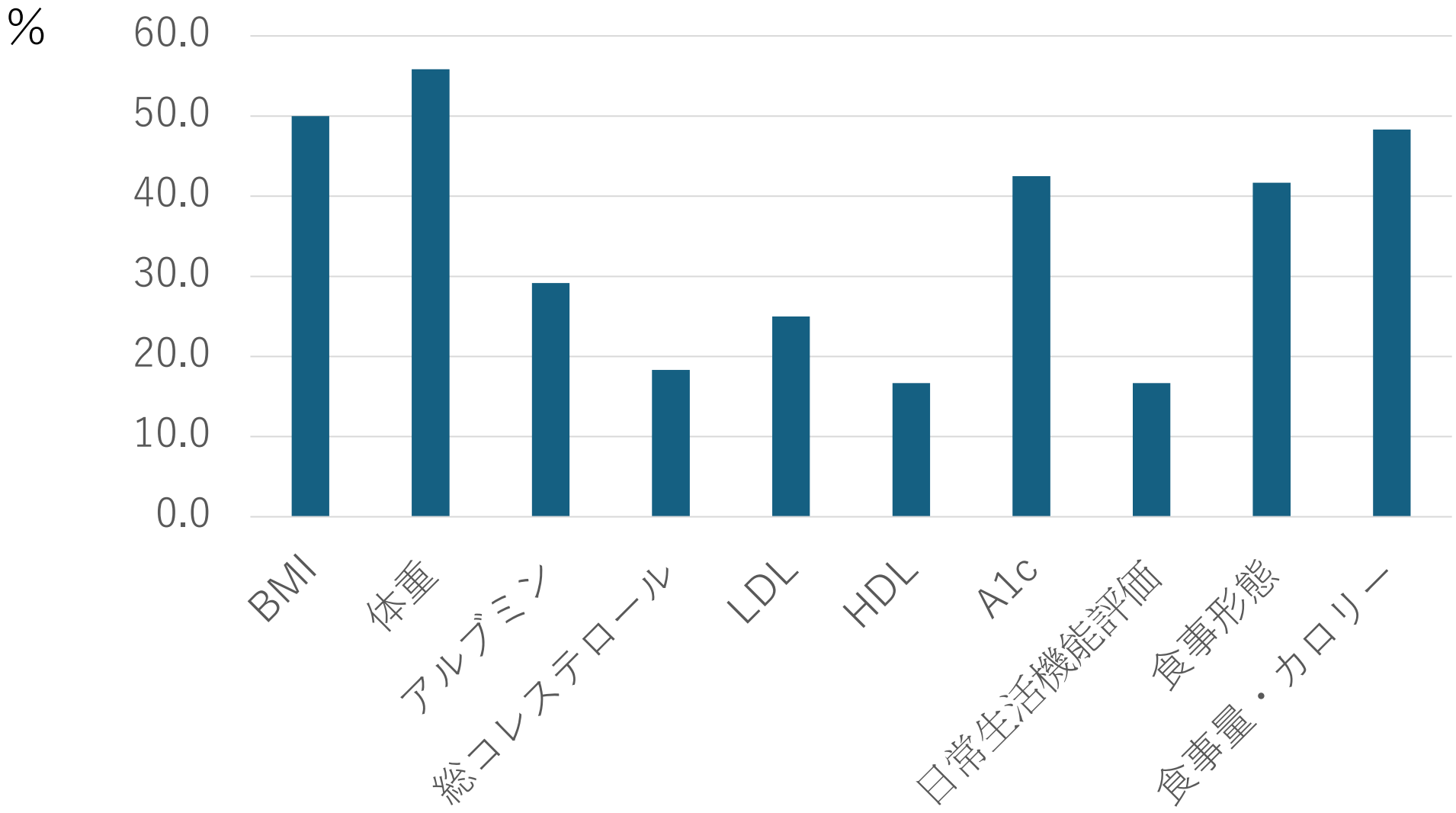
前の施設から得られる情報/不足している情報



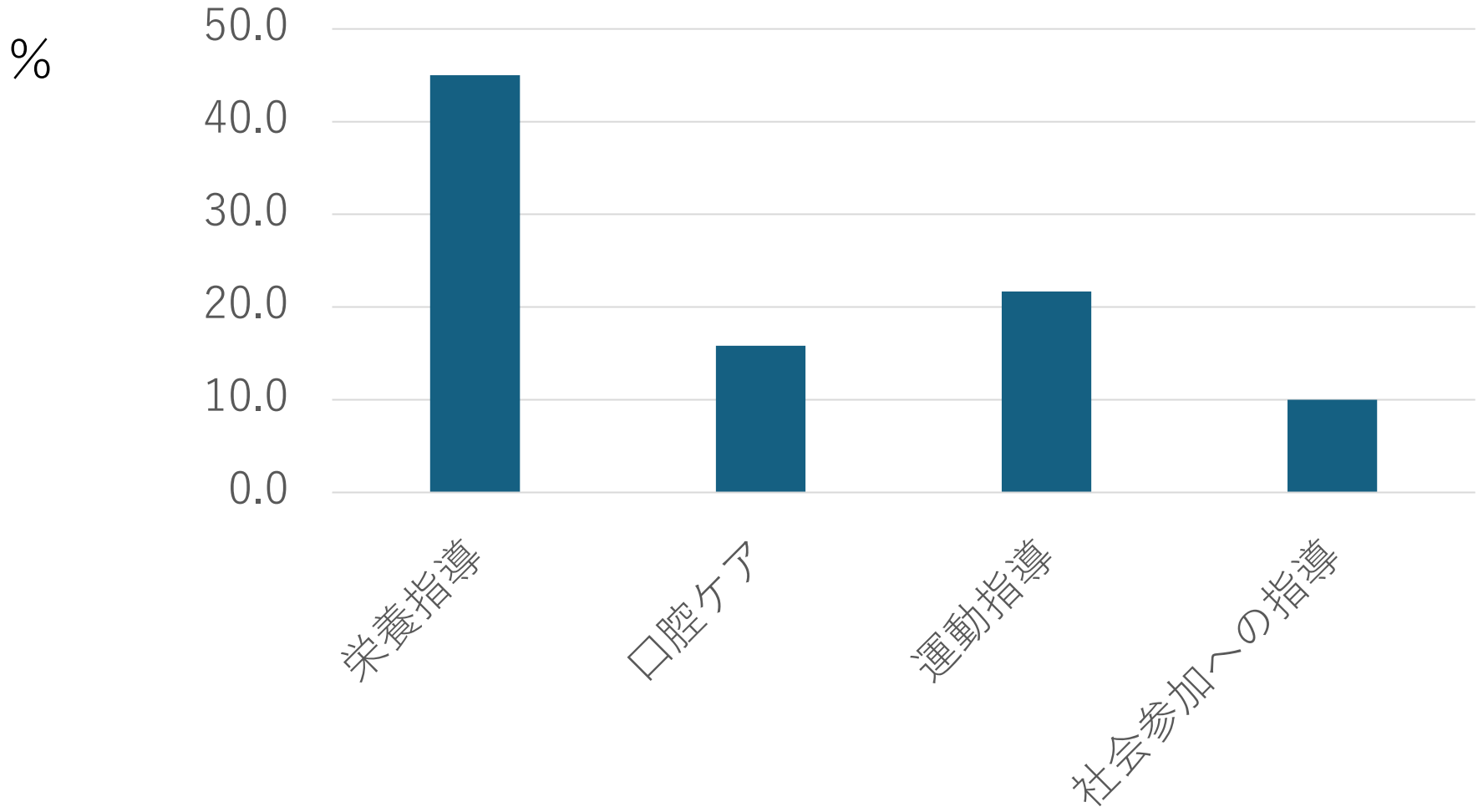
重視して指導している内容



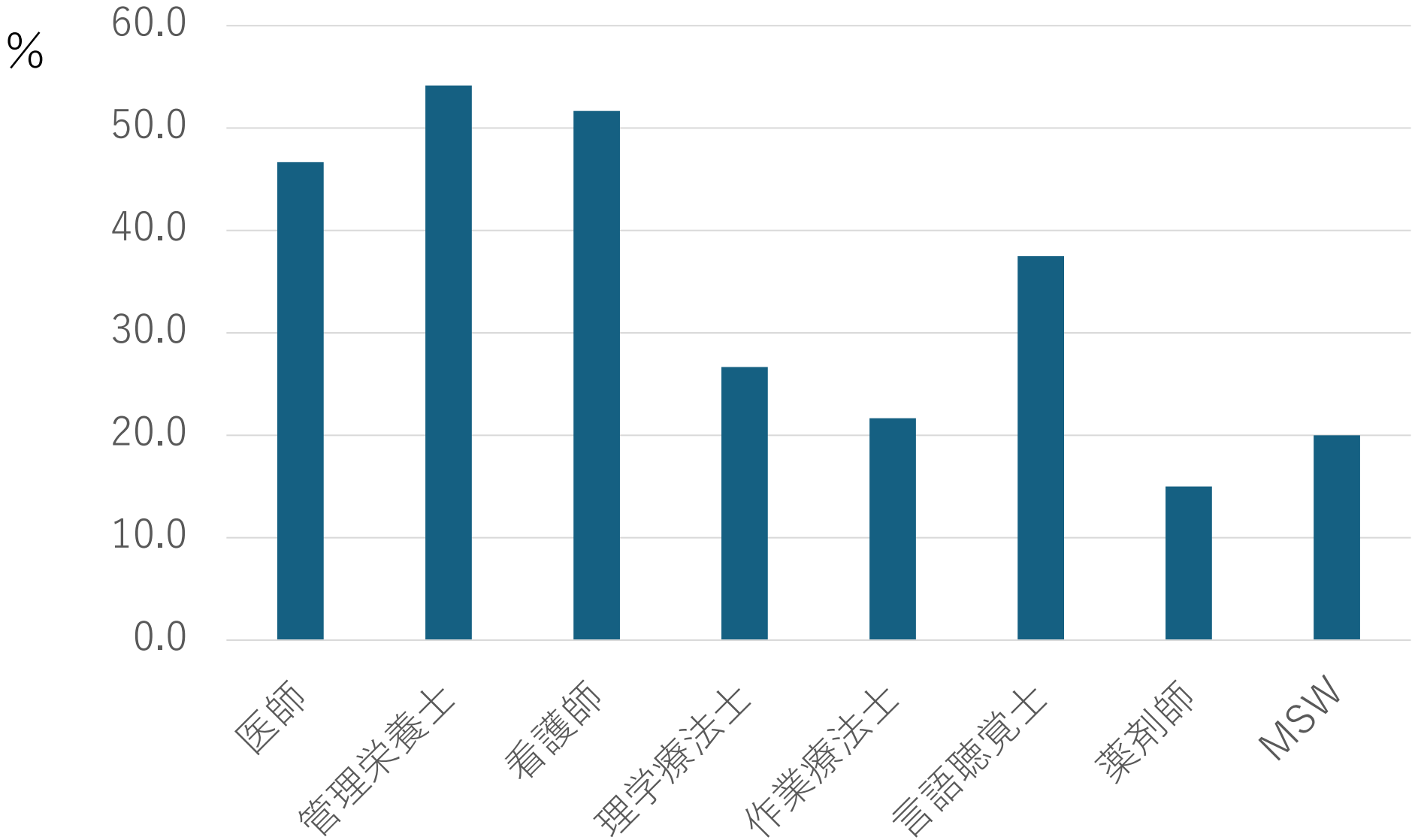
重視している指標


%
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

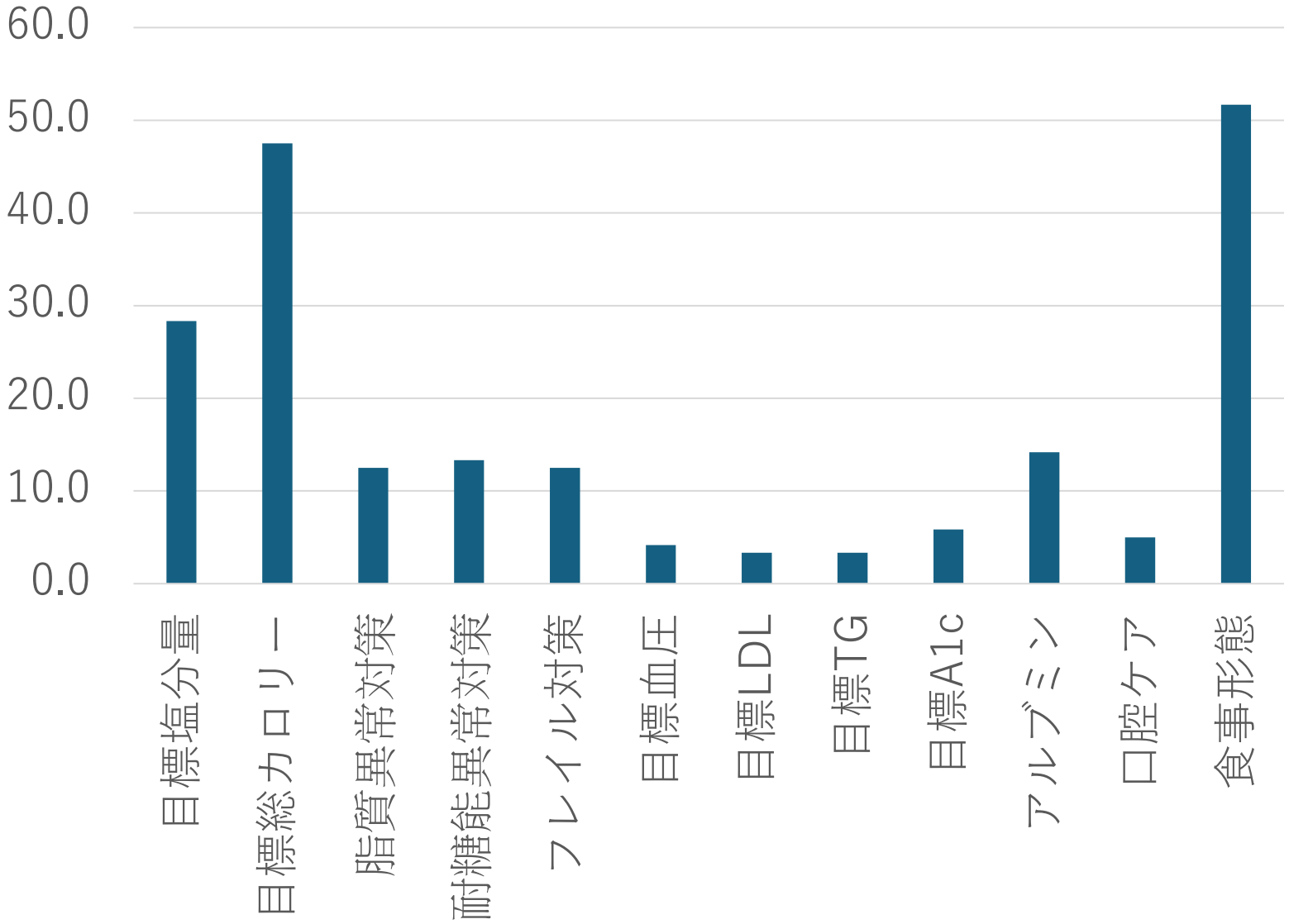
フレイル対策で実施していること



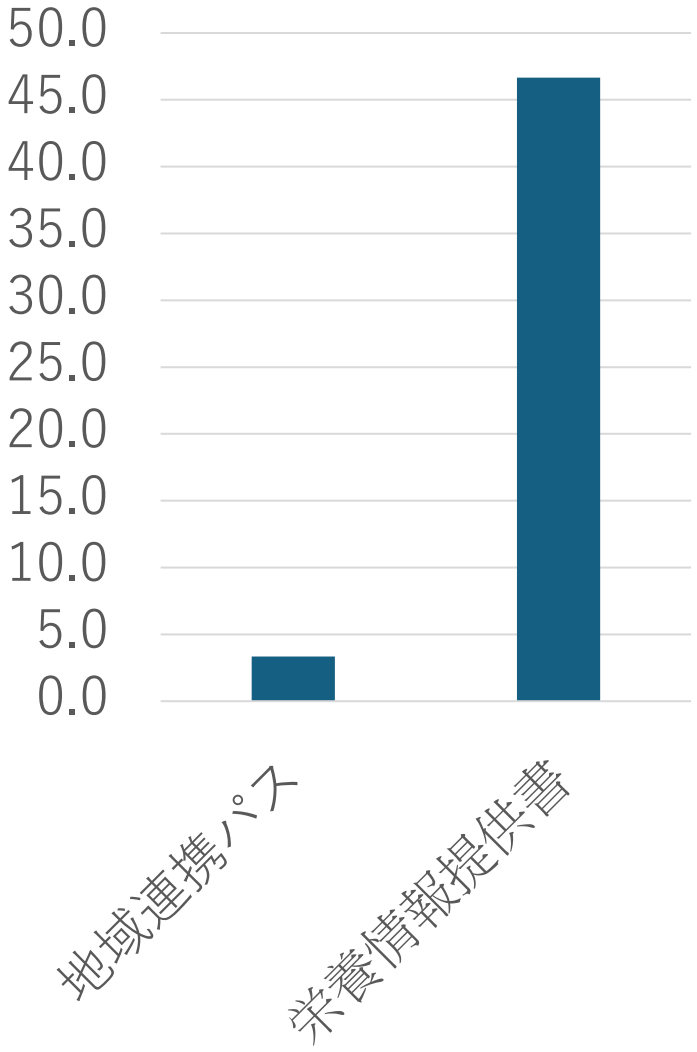
参考にする情報提供書


%
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

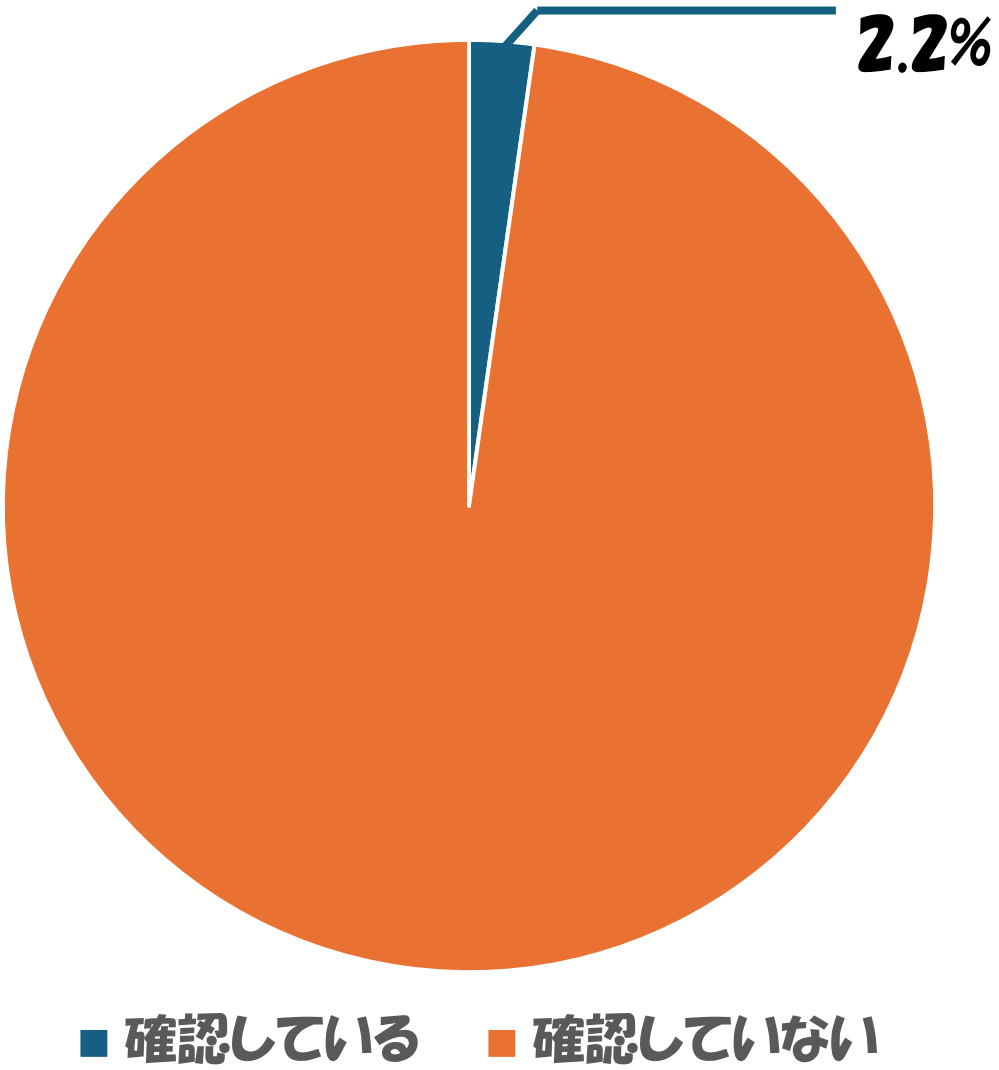
摂取（必要，提供）栄養量，食事形態，体重（変動）は管理栄養士・栄養士が重視している指標であり，実際に指導している項目でもあるが，地域連携の中で情報が不足している場合も少なくない．

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．

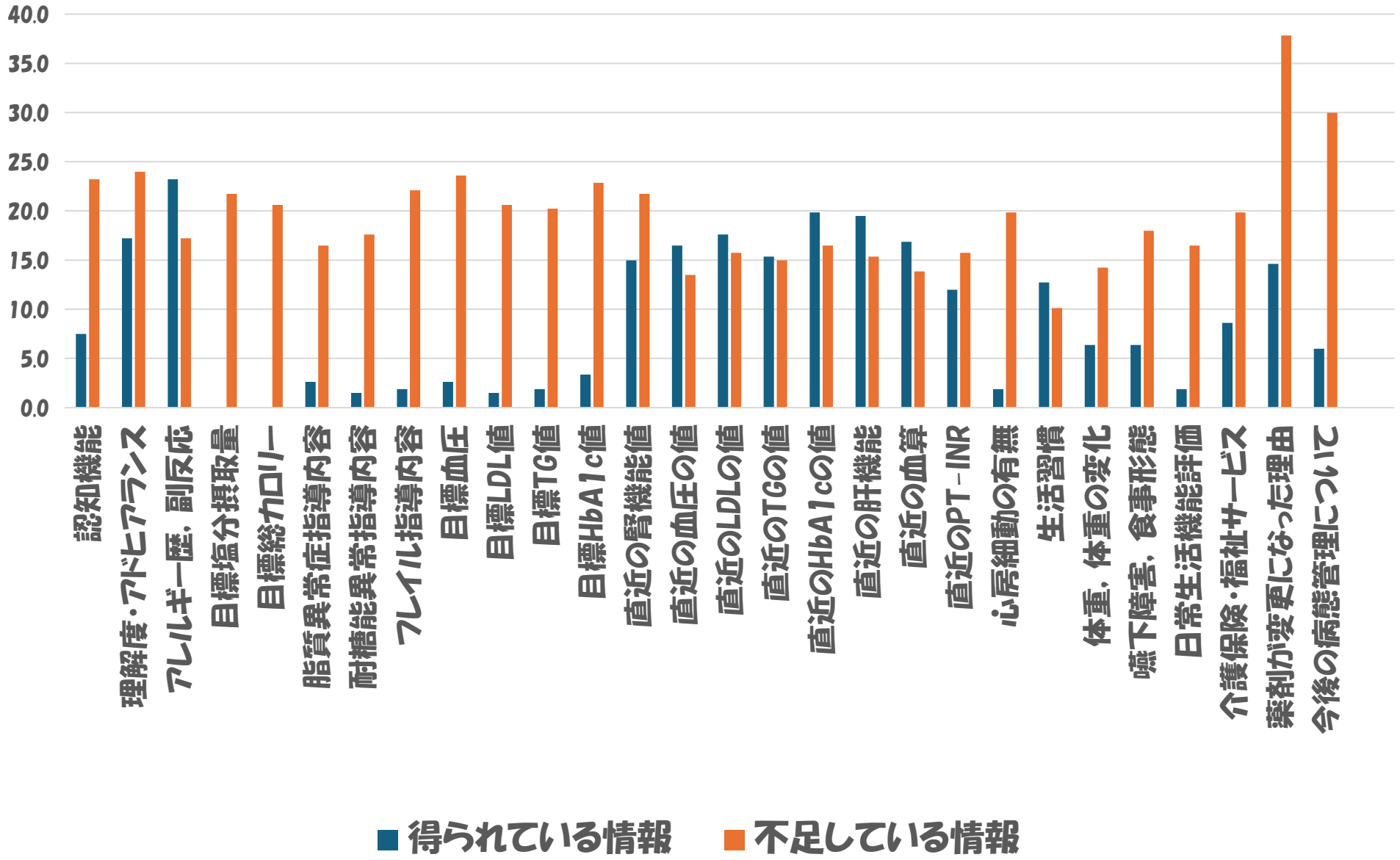
管理栄養士・栄養士は医師，看護師，言語聴覚士をはじめとした多職種の診療情報を参考にするが，それらの職種が高頻度に関わっている脳卒中地域連携パスへの関与が少ない．

地域の薬剤師への地域連実態調査

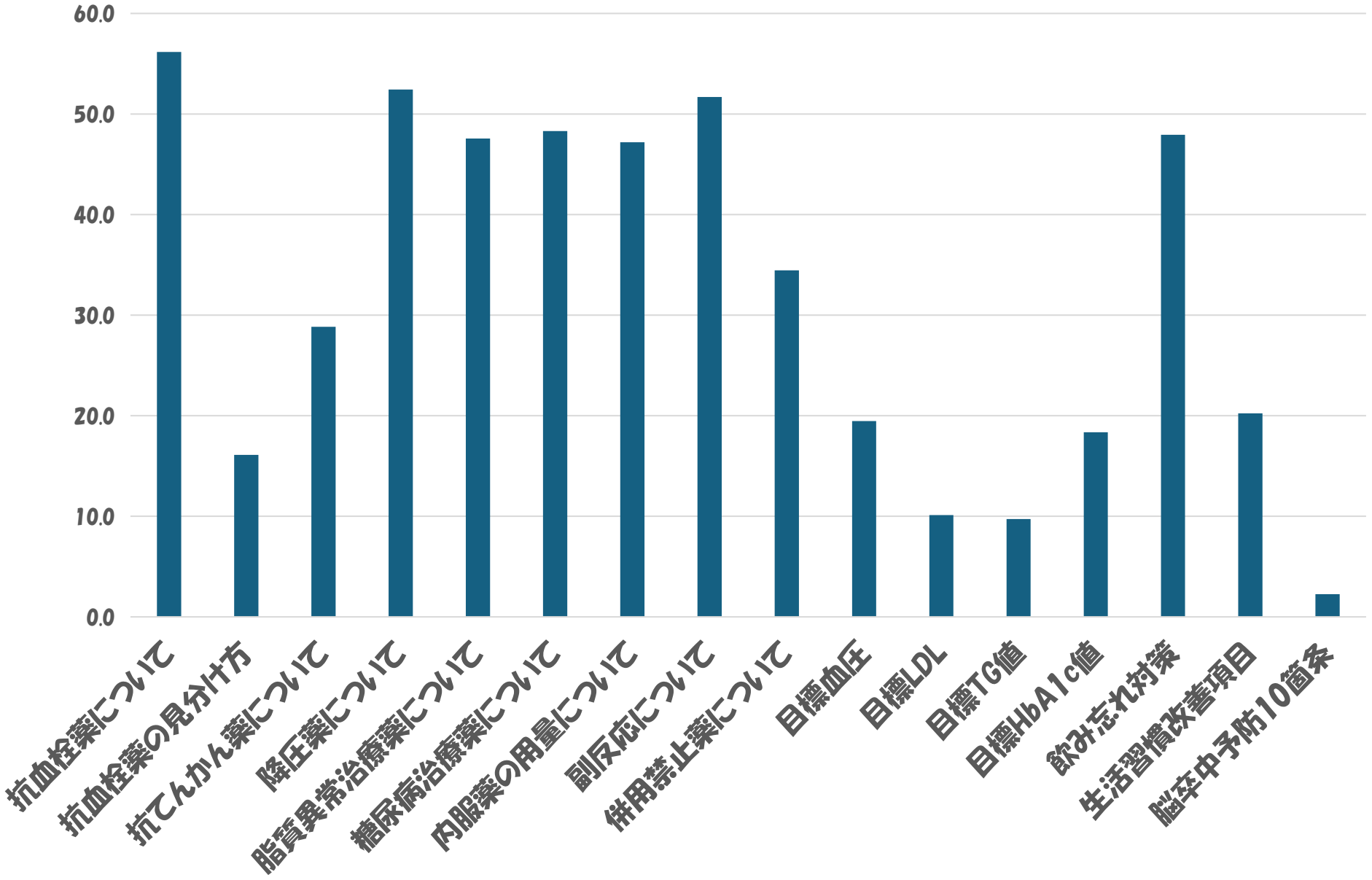
地域連携パスの確認



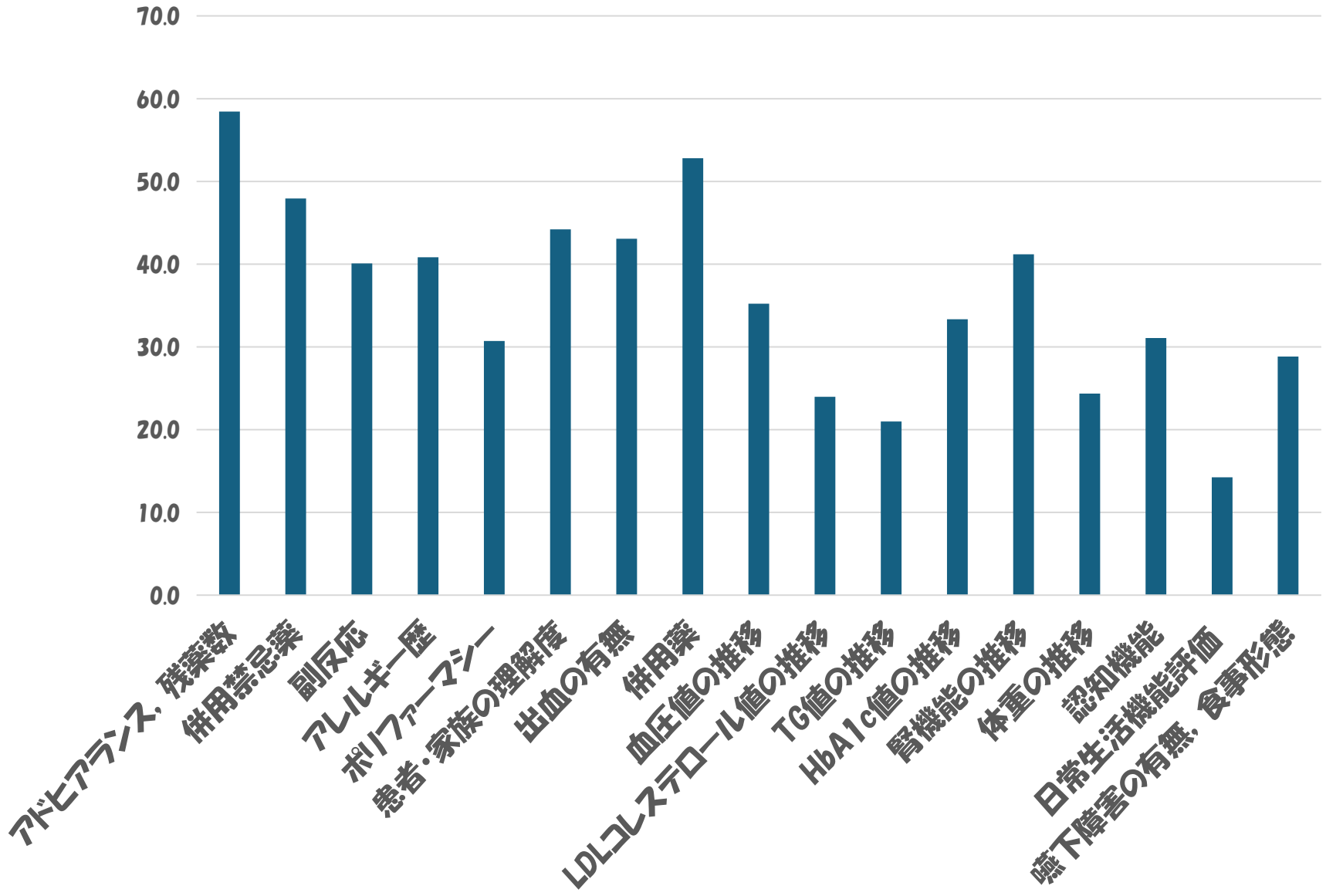
薬剤師が得られている情報・不足している情報



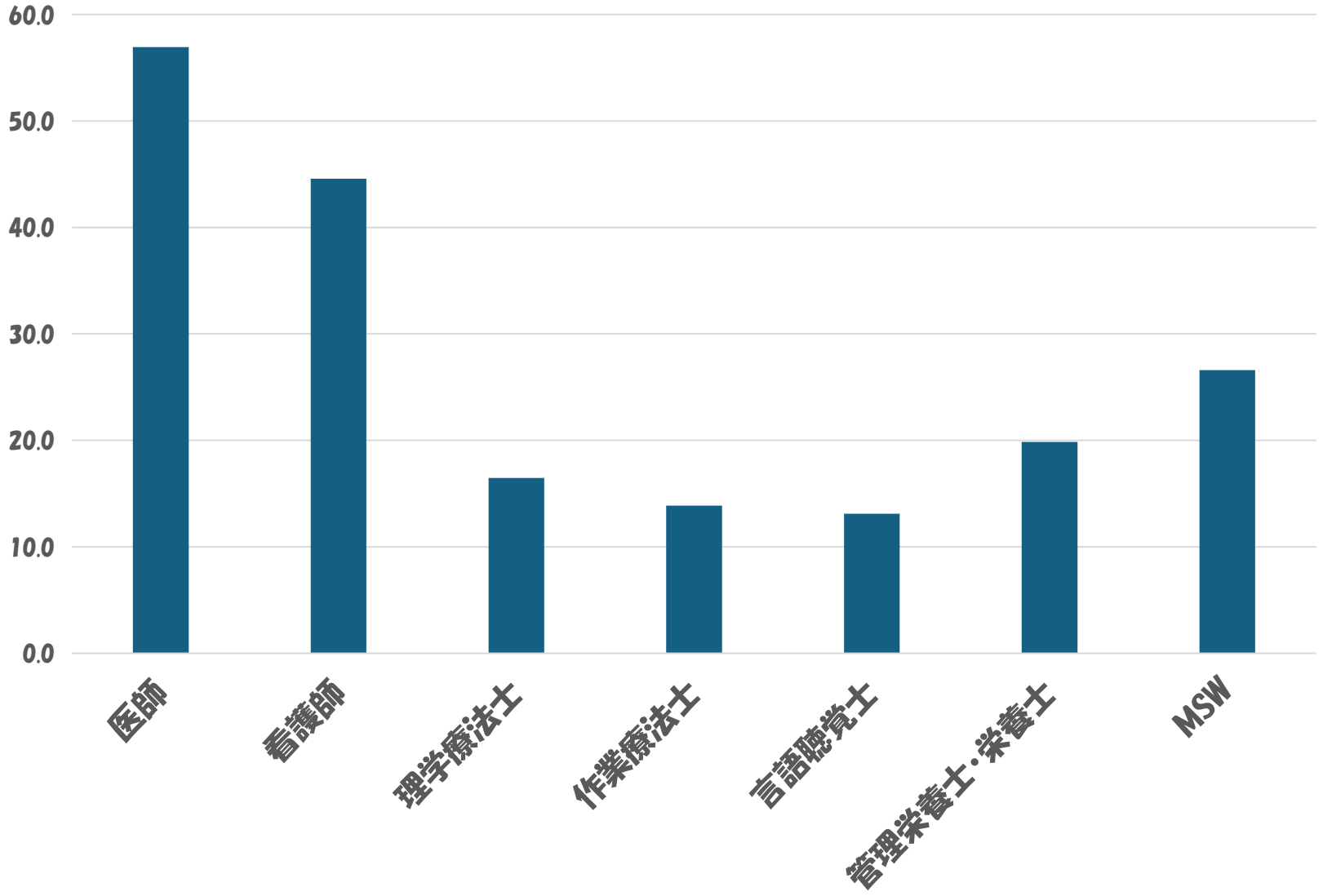
担当患者に指導している内容



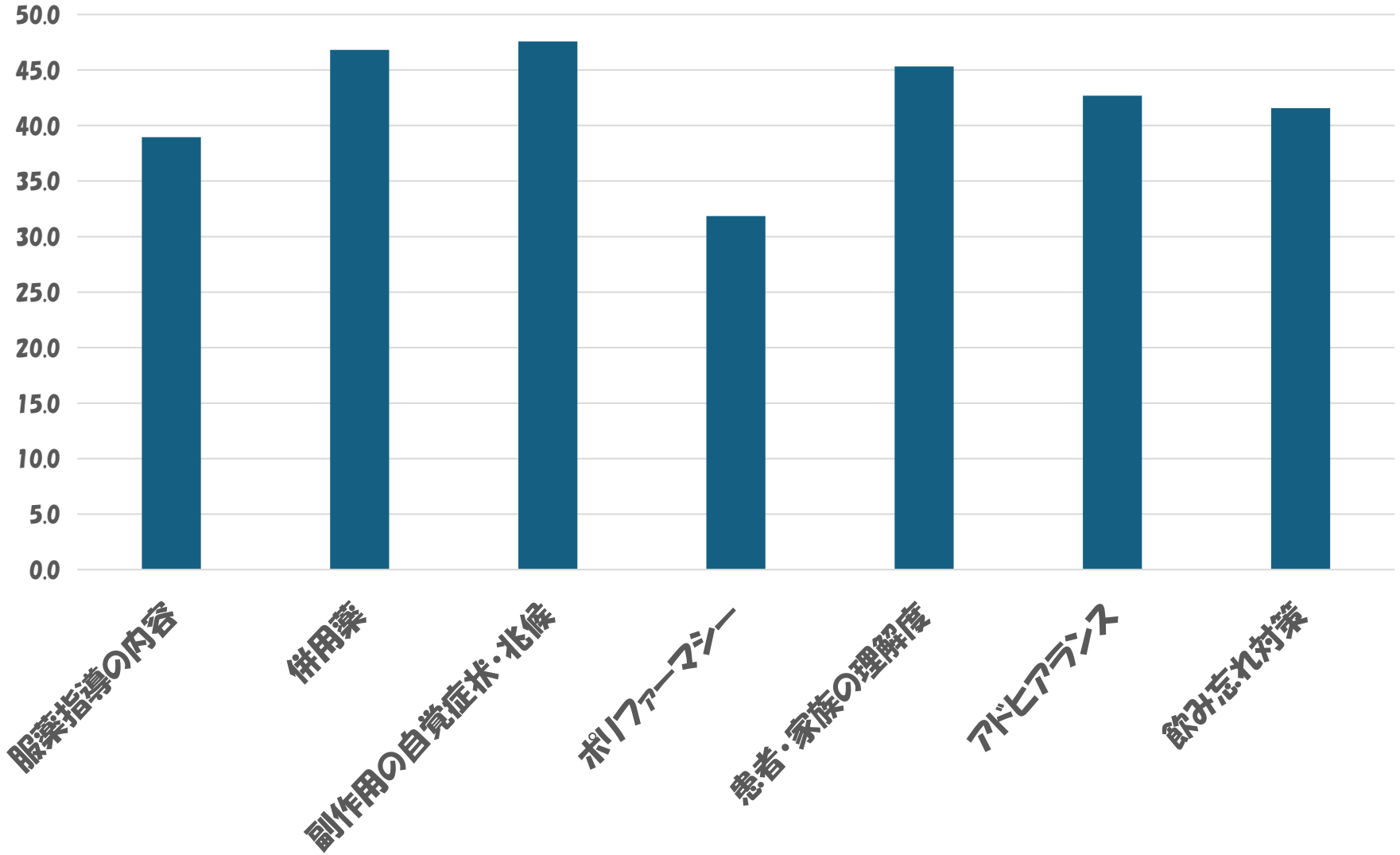
指導の際に重視している・参考にしたい情報



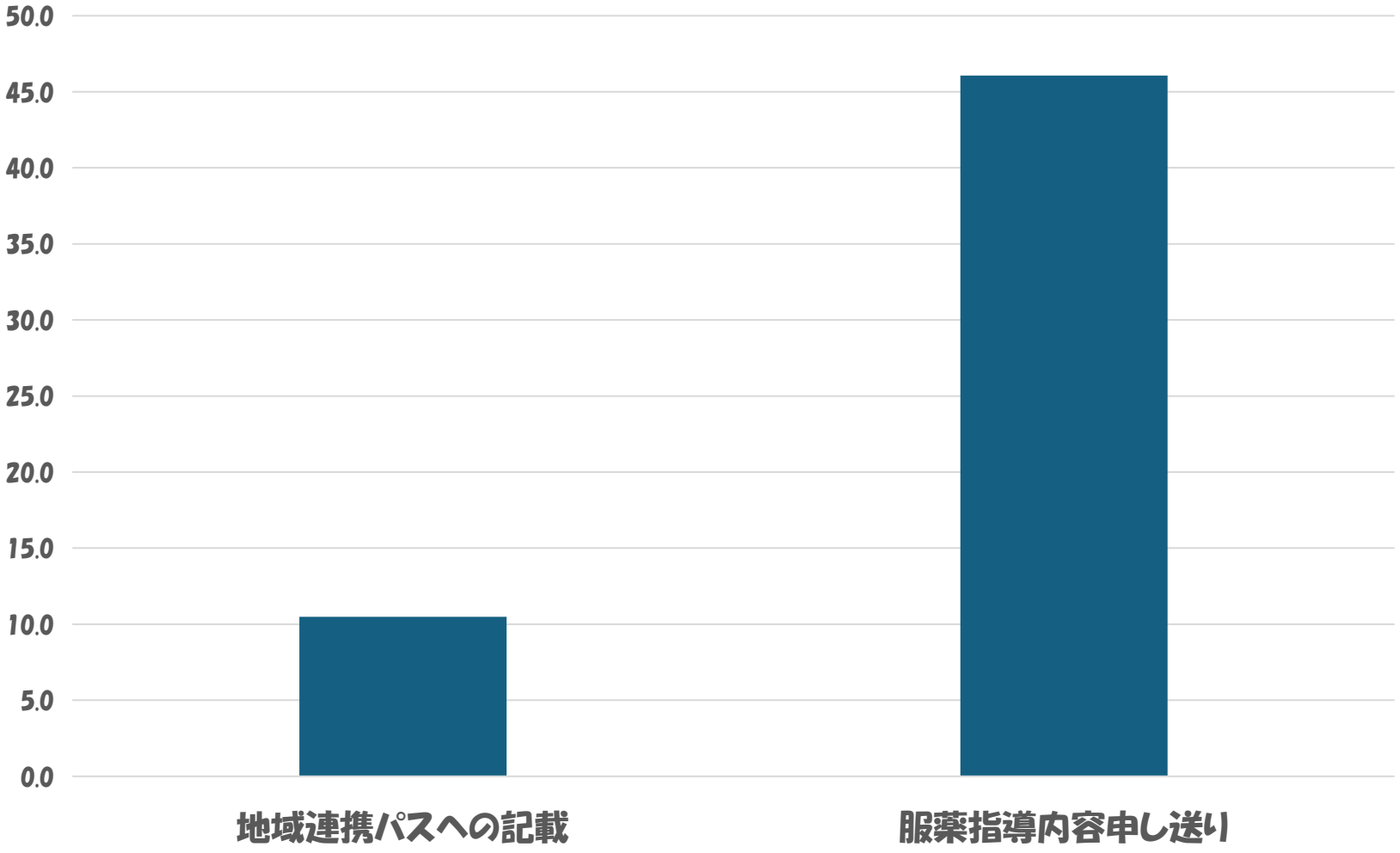
他職種のサマリー・情報提供書で参考にしたいもの



他職種共有したい/してほしい情報

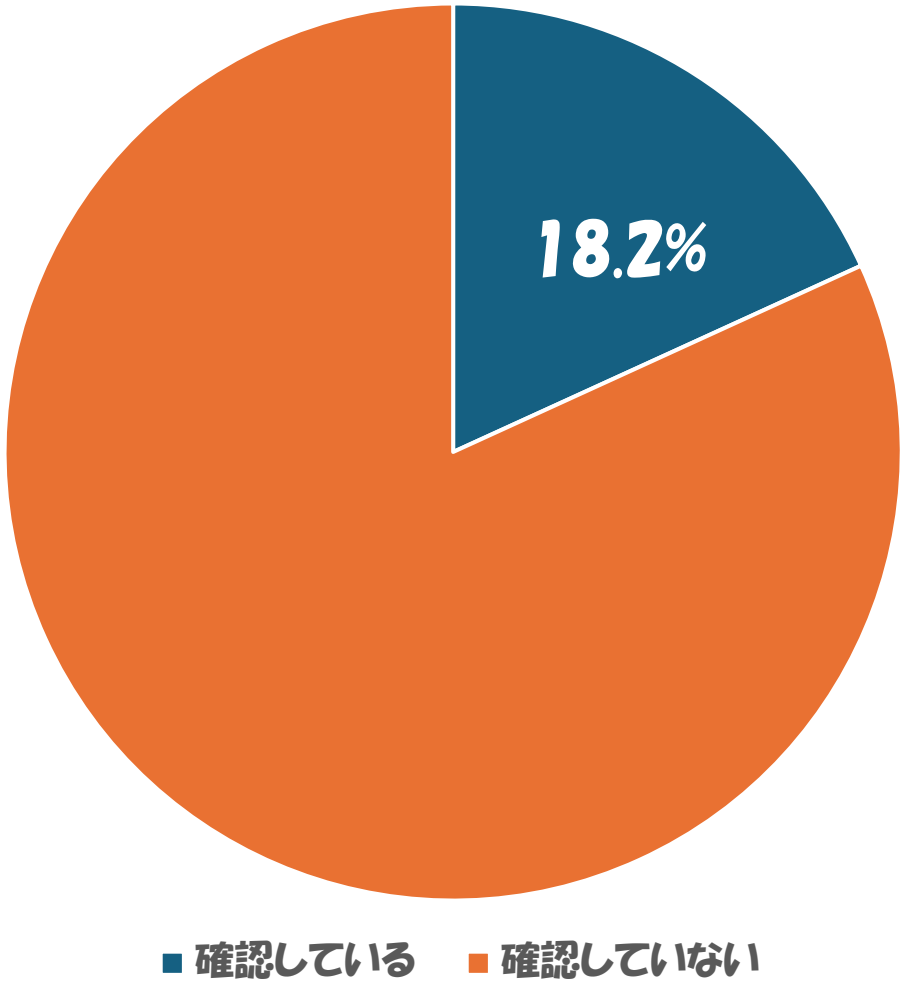


作成している情報共有ツール

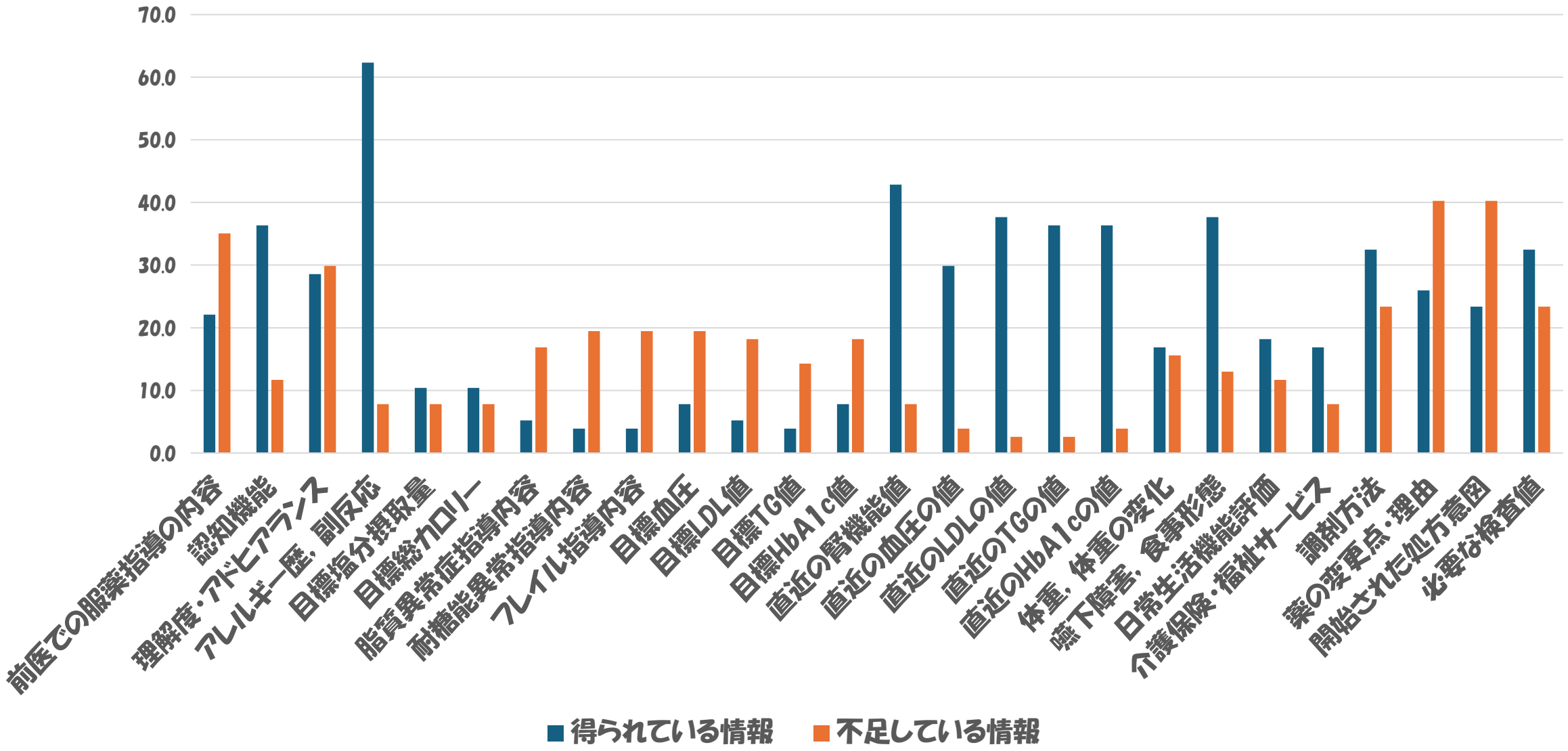


回復期・維持期病院の薬剤師への地域連実態調査

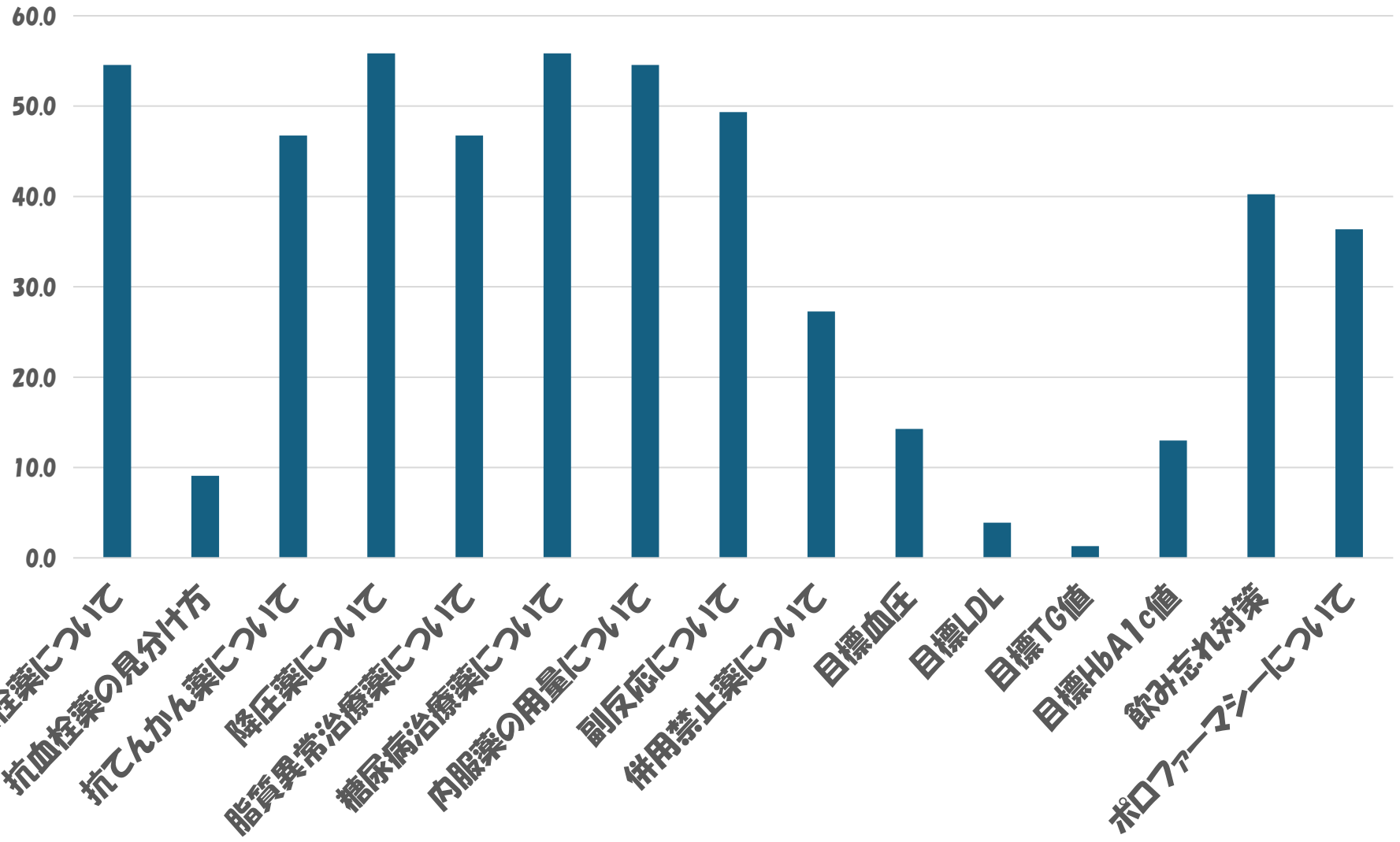
地域連携パスの確認



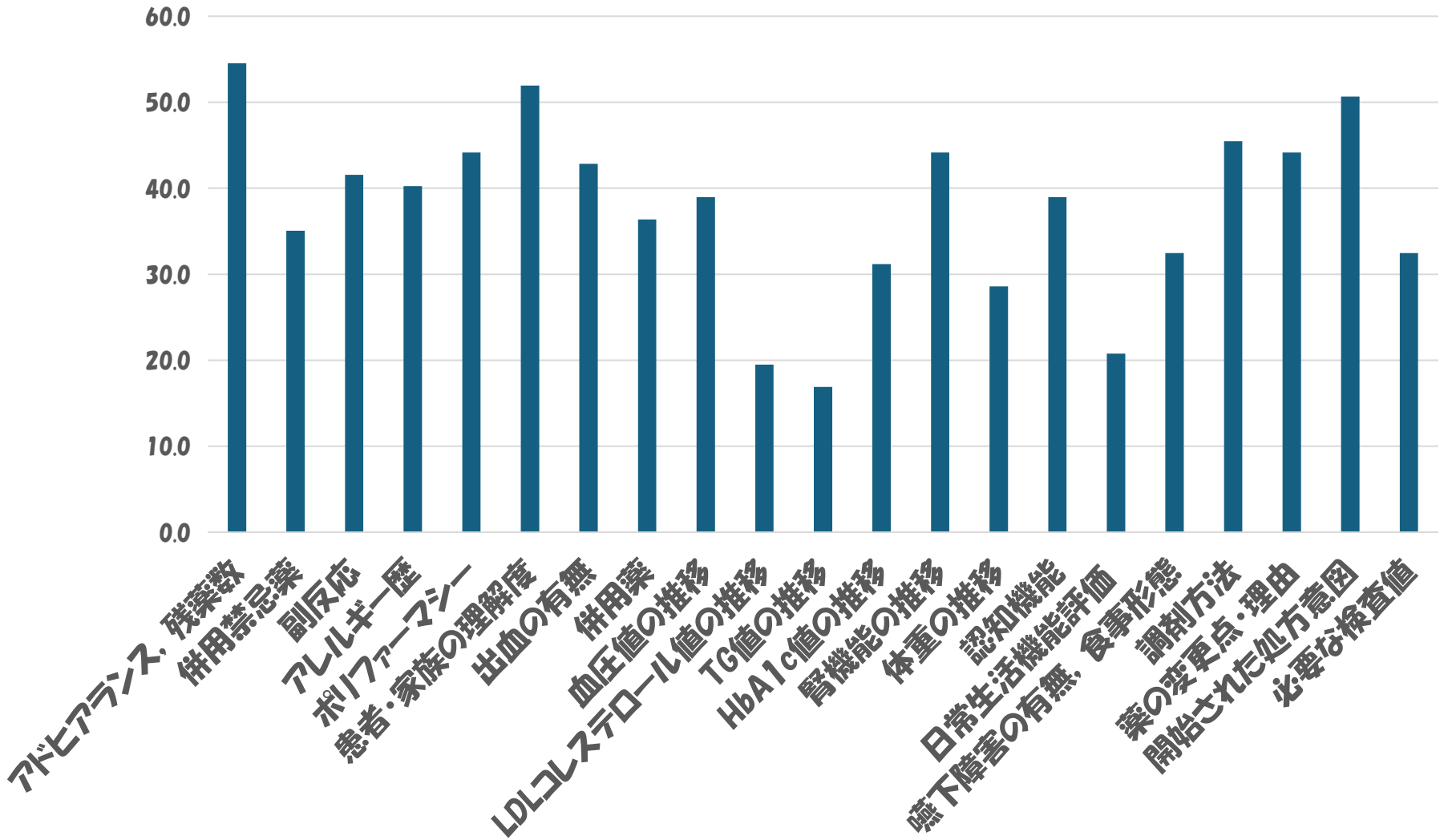
薬剤師が得られている情報・不足している情報



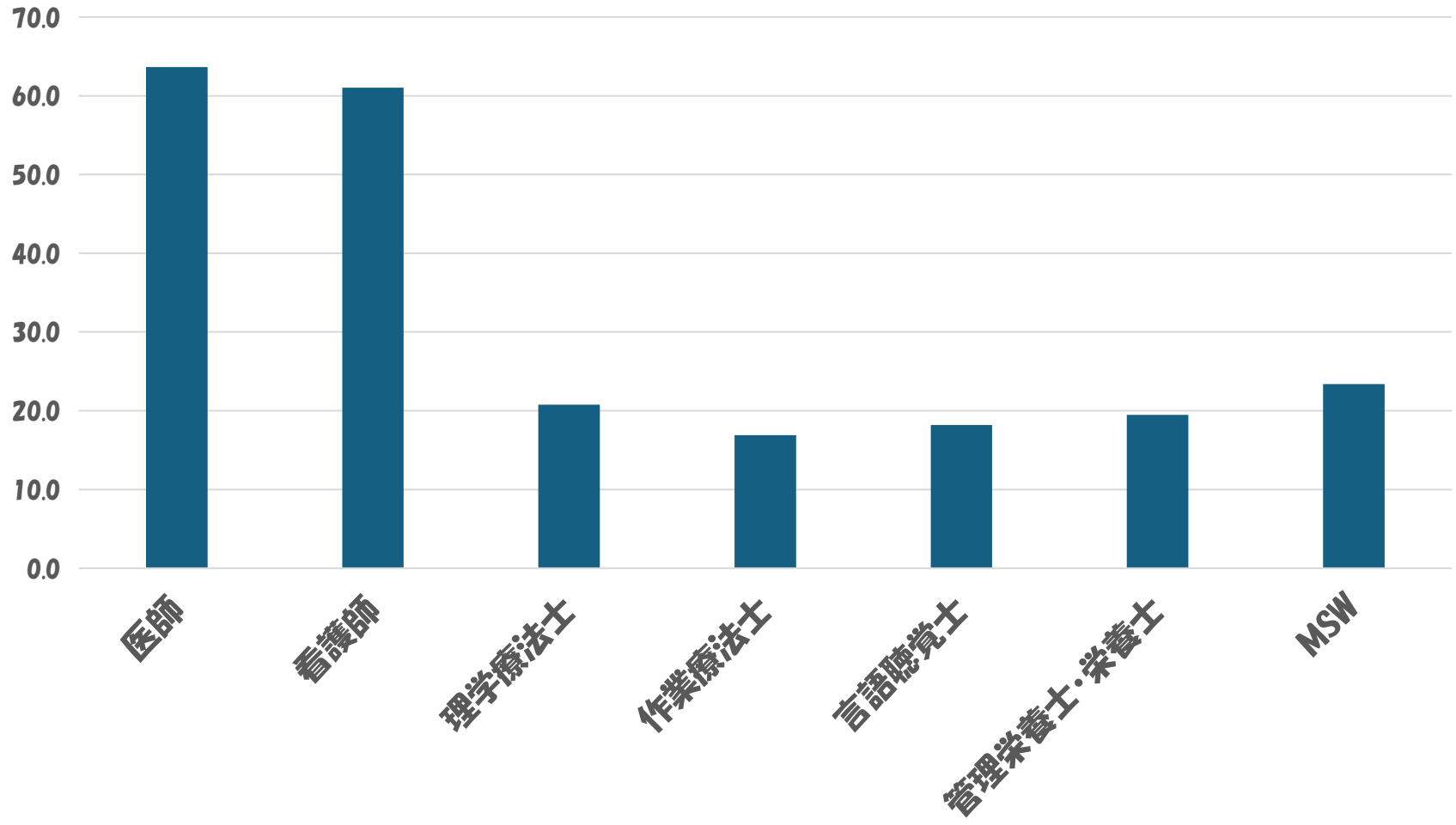
担当患者に指導している内容



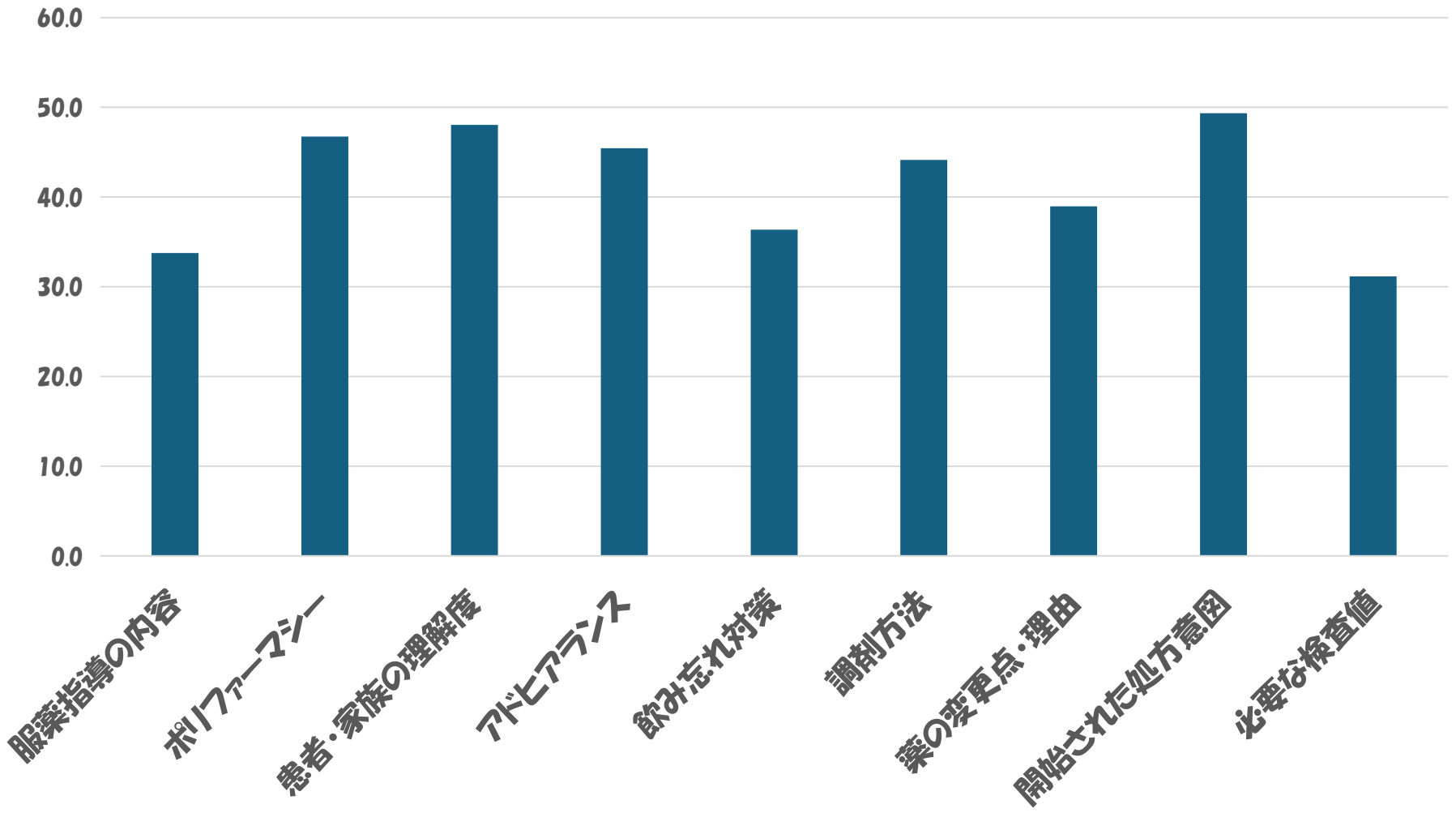
指導の際に重視している・参考にしたい情報



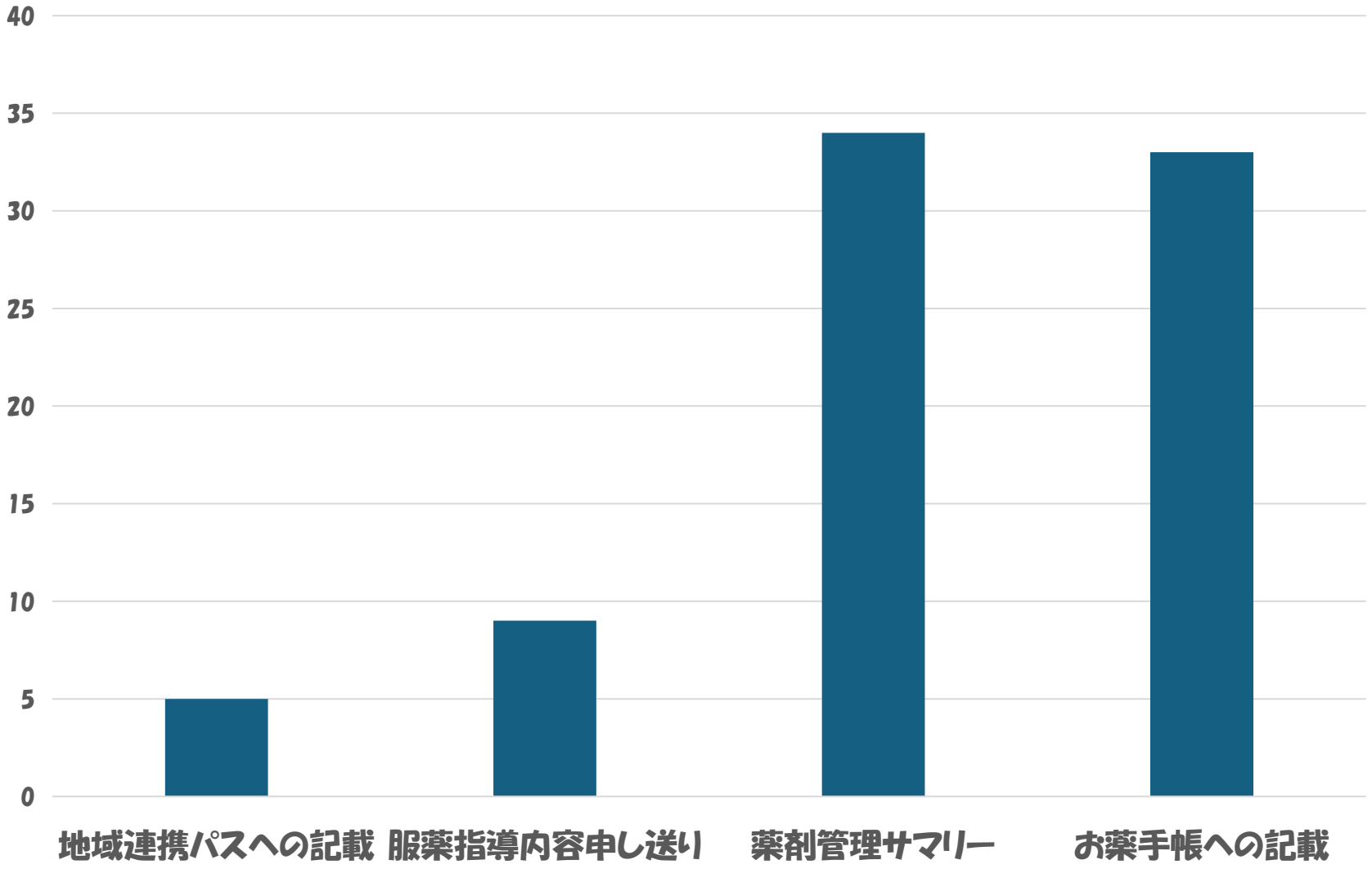
他職種のサマリー・情報提供書で参考にしたいもの



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

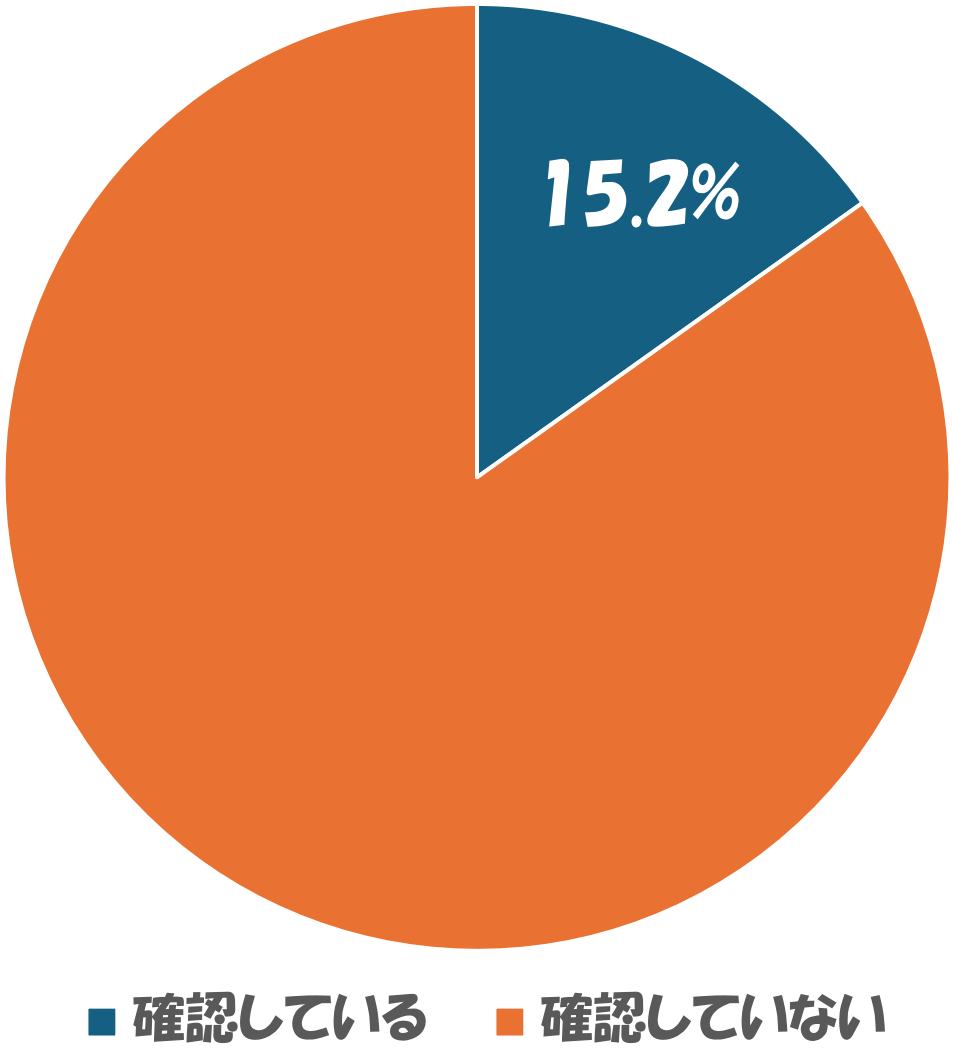


薬剤師から見た地域連携の課題

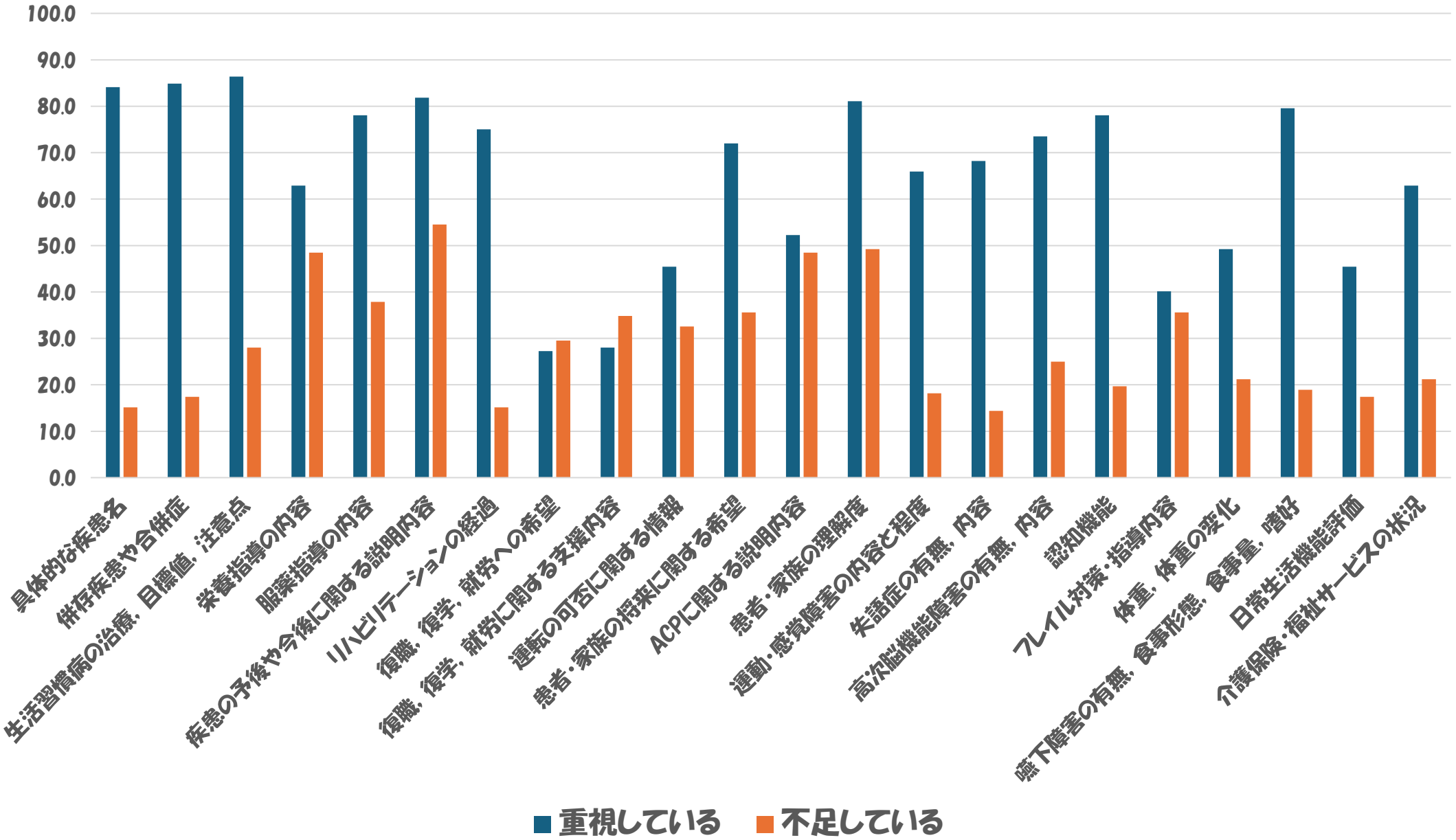
・薬剤師が不足していると訴える情報として，これまでの指導内容，内服薬変更の理由，今後の病態管理，リスク管理の目標値，認知機能，アドヒアランスや理解度の状況，などが挙げられた．
・併用薬，禁忌薬，アレルギー・副反応に関する情報は比較的得られており，重視されていた．
・医師や看護師のサマリーや情報提供書への関心が高かった．

地域のケアマネジャーへの地域連実態調査

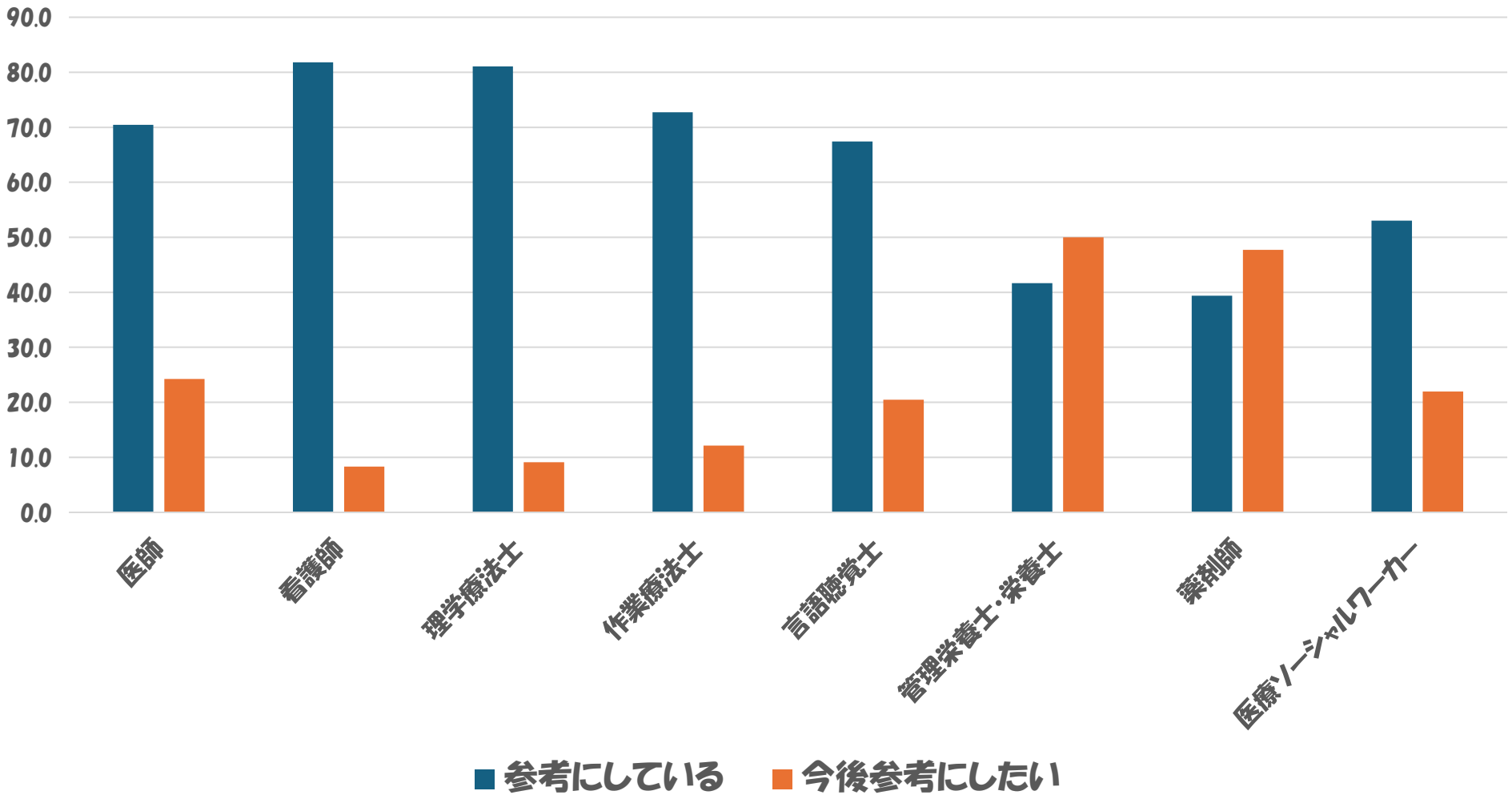
地域連携パスの確認



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