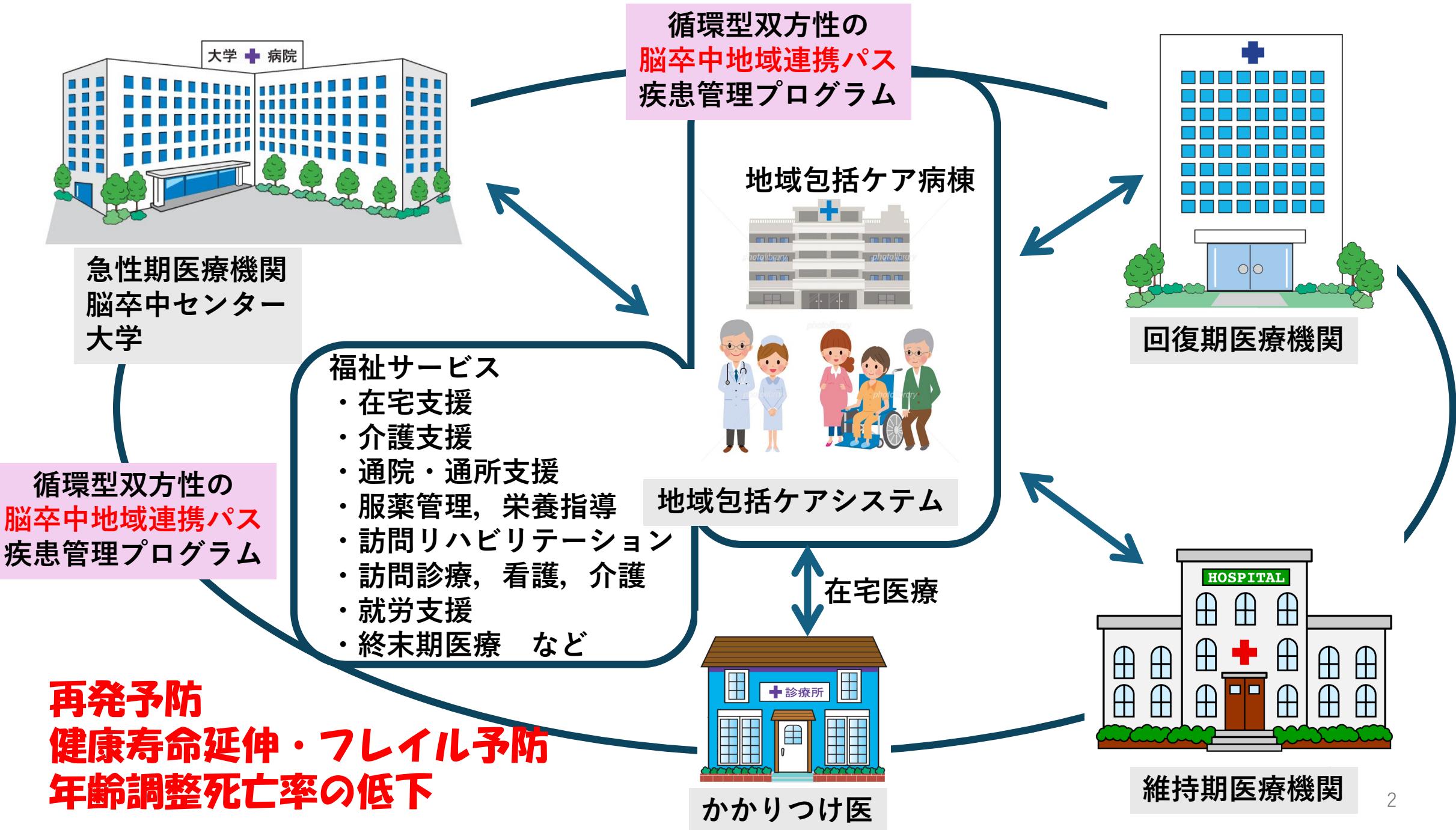


**脳卒中診療において今後目指すべき回復期診療の
検討及び回復期や維持期・生活期における診療体制の
充実に資する臨床指標を確立させるための研究
(24FA1019)**

脳卒中地域連携パスの現状と課題

**研究代表者
藤本茂**



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)

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)

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にとも少なくない。
- ・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

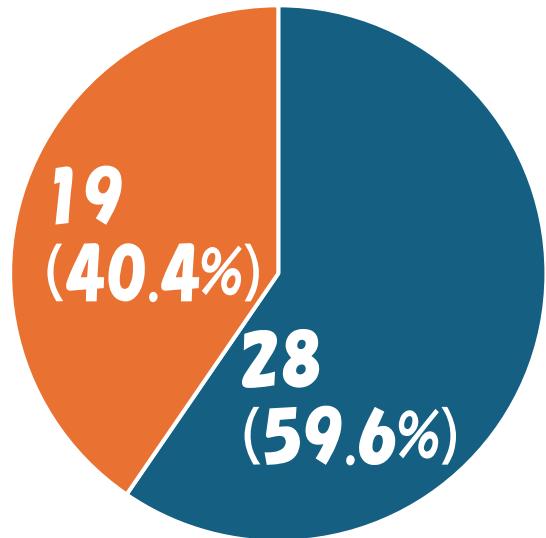
2年目

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

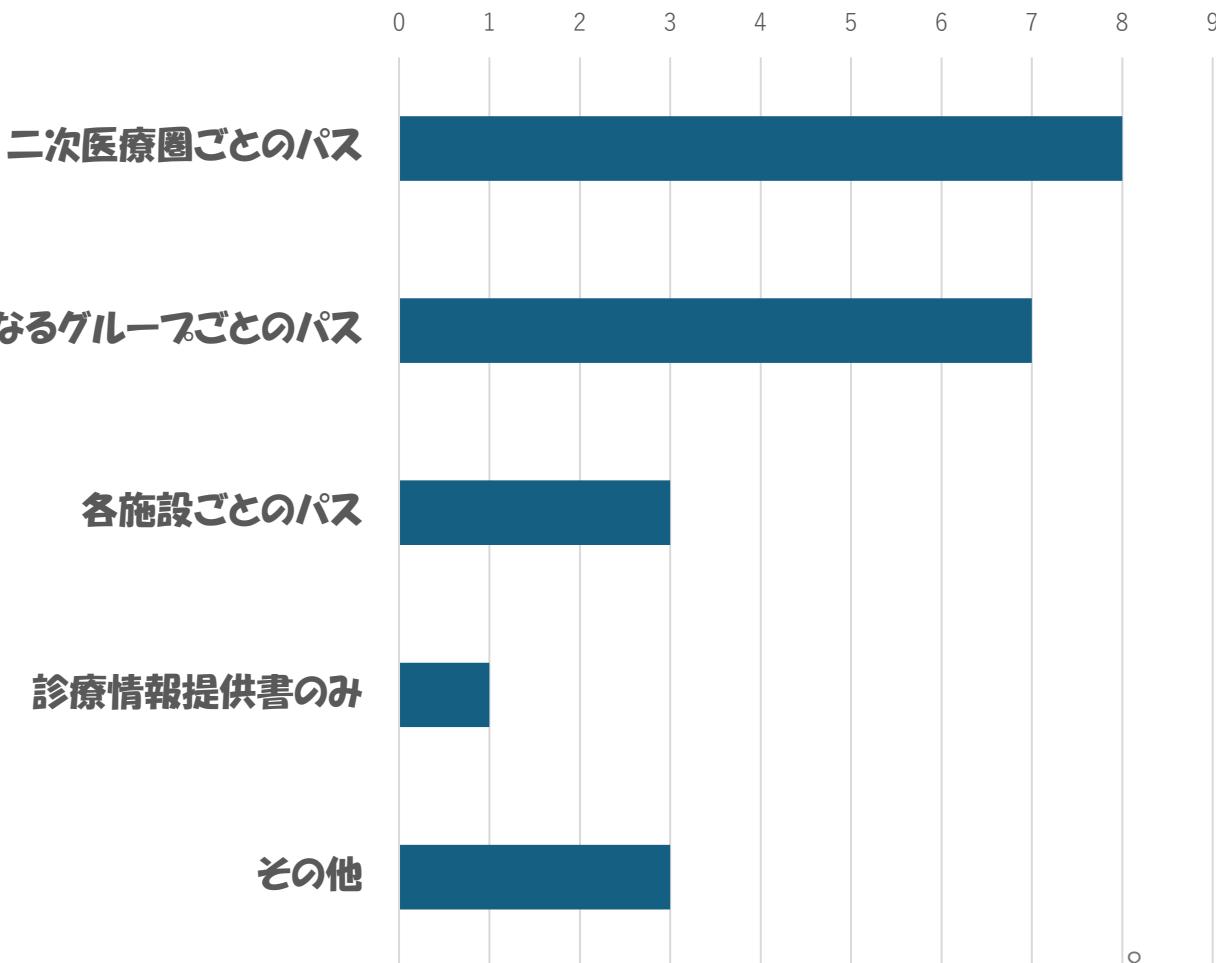
脳卒中地域連携パスの状況

都道府県共通パス

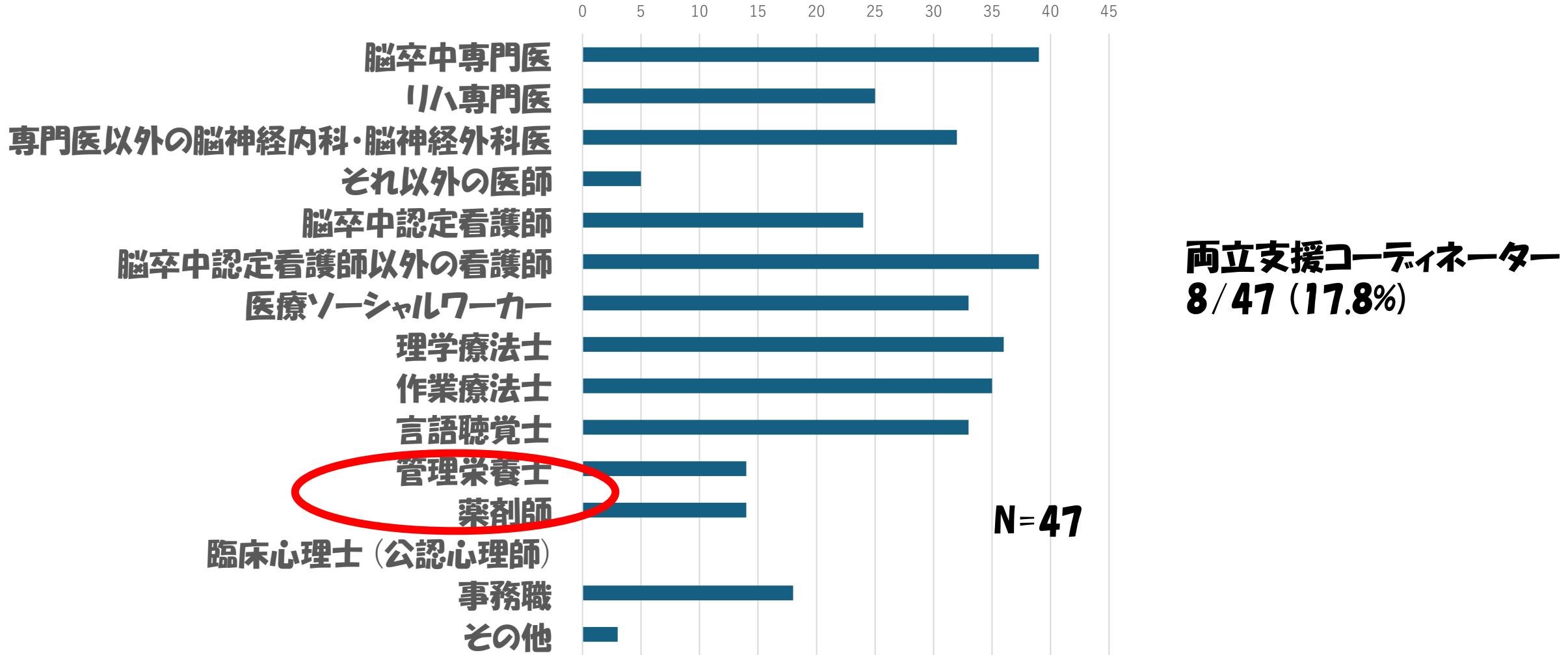


■ ある
■ なし

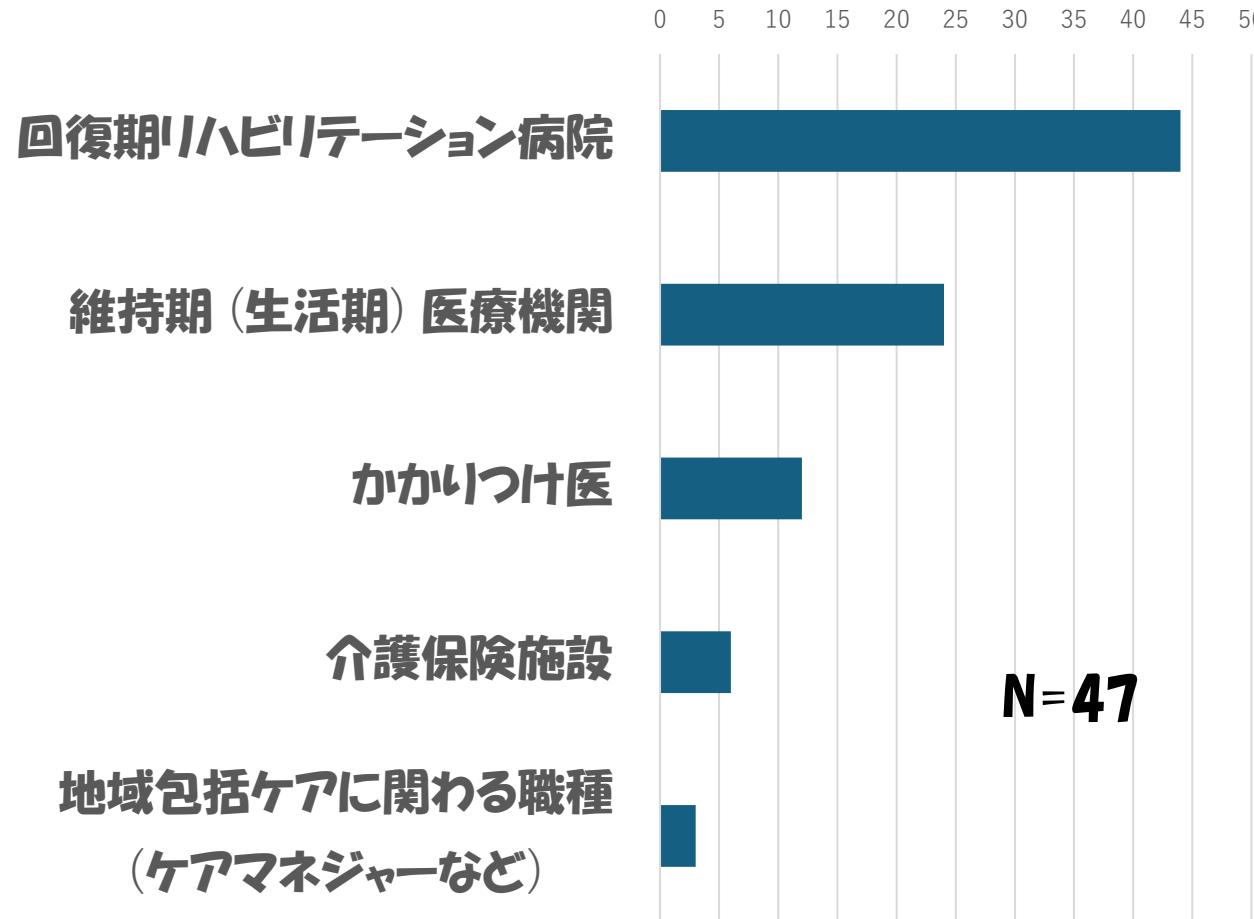
都道府県共通パスがない場合



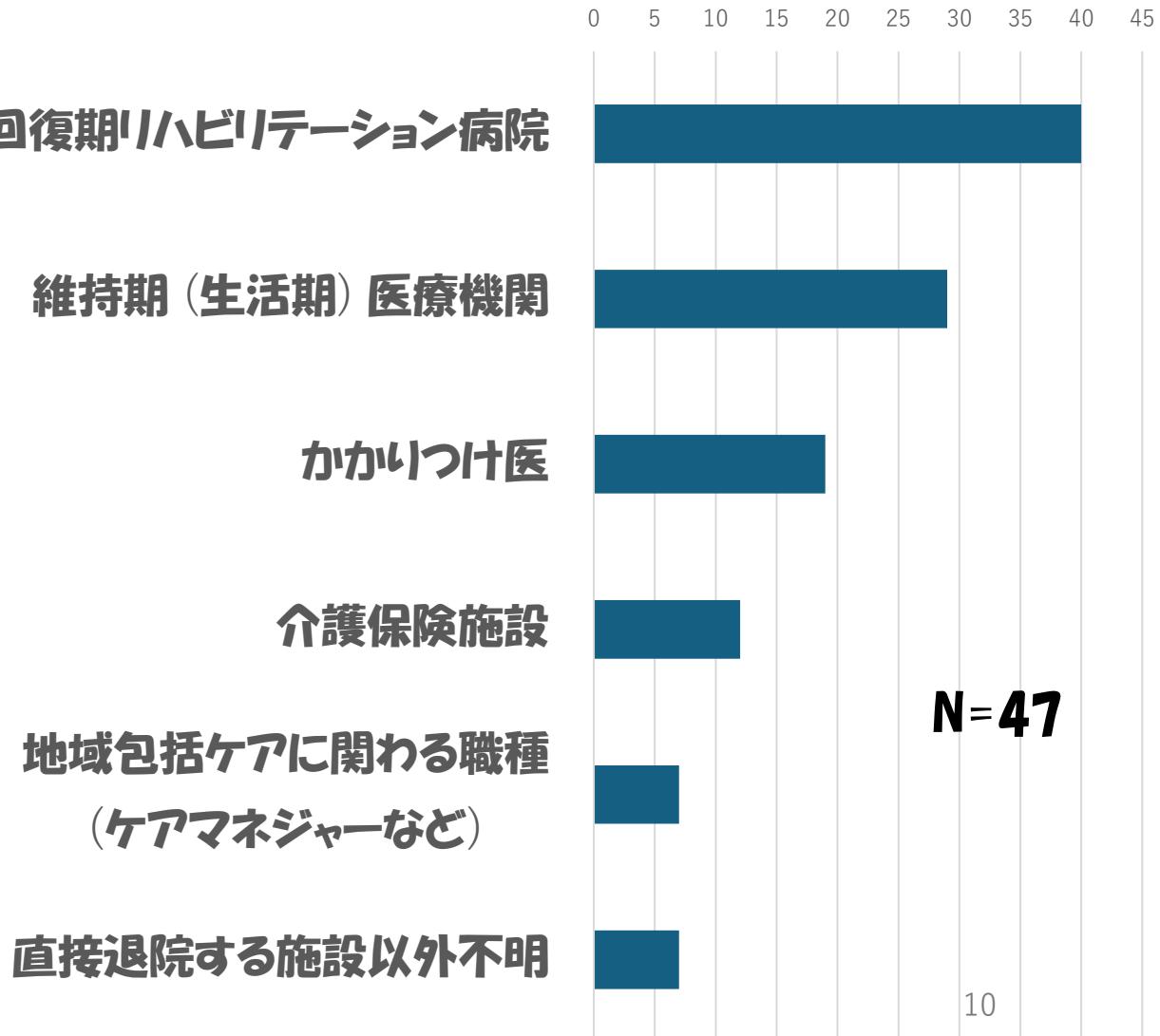
地域連携パスの作成にかかる職種



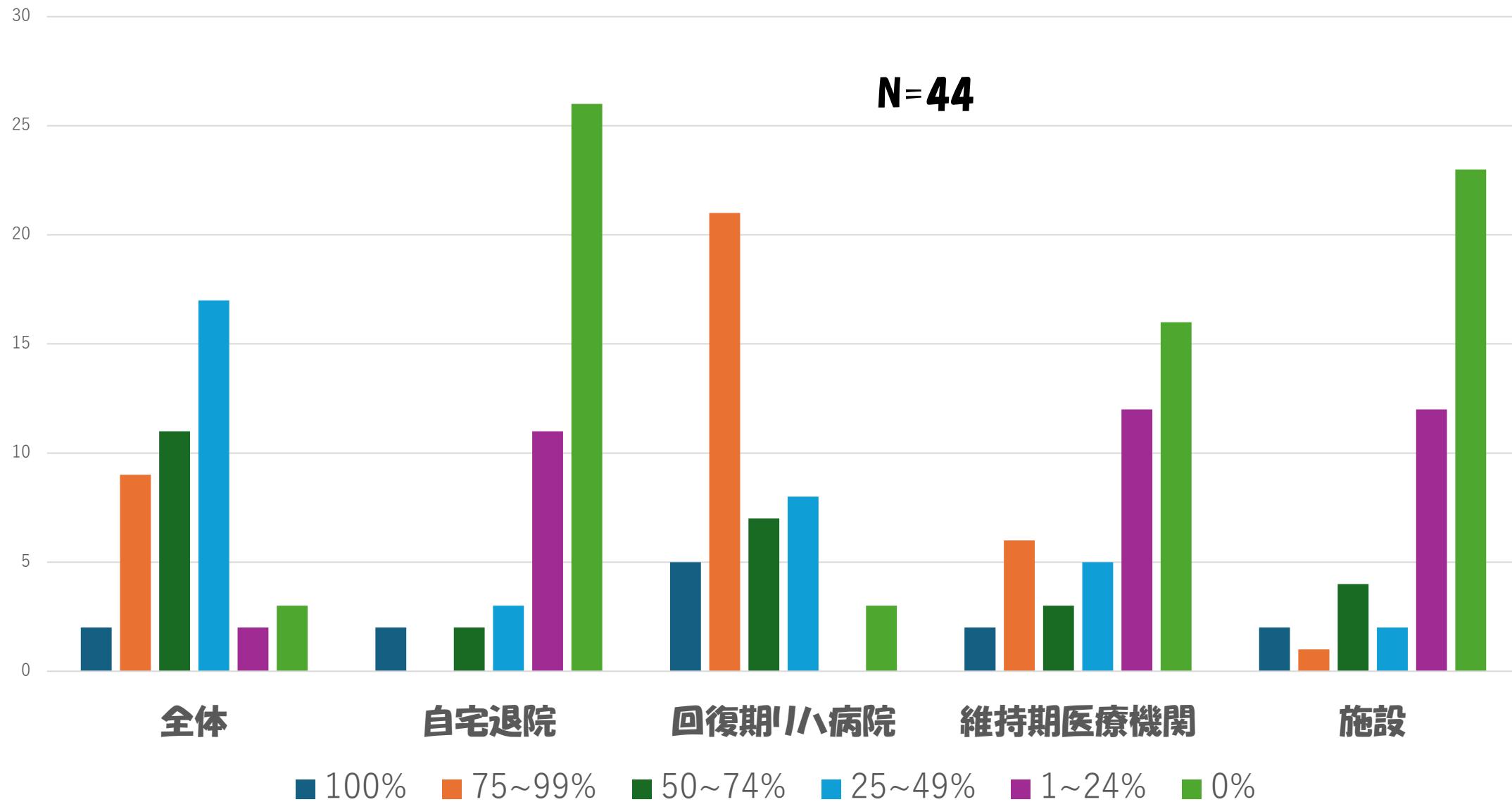
地域連携パスを 発出する連携先



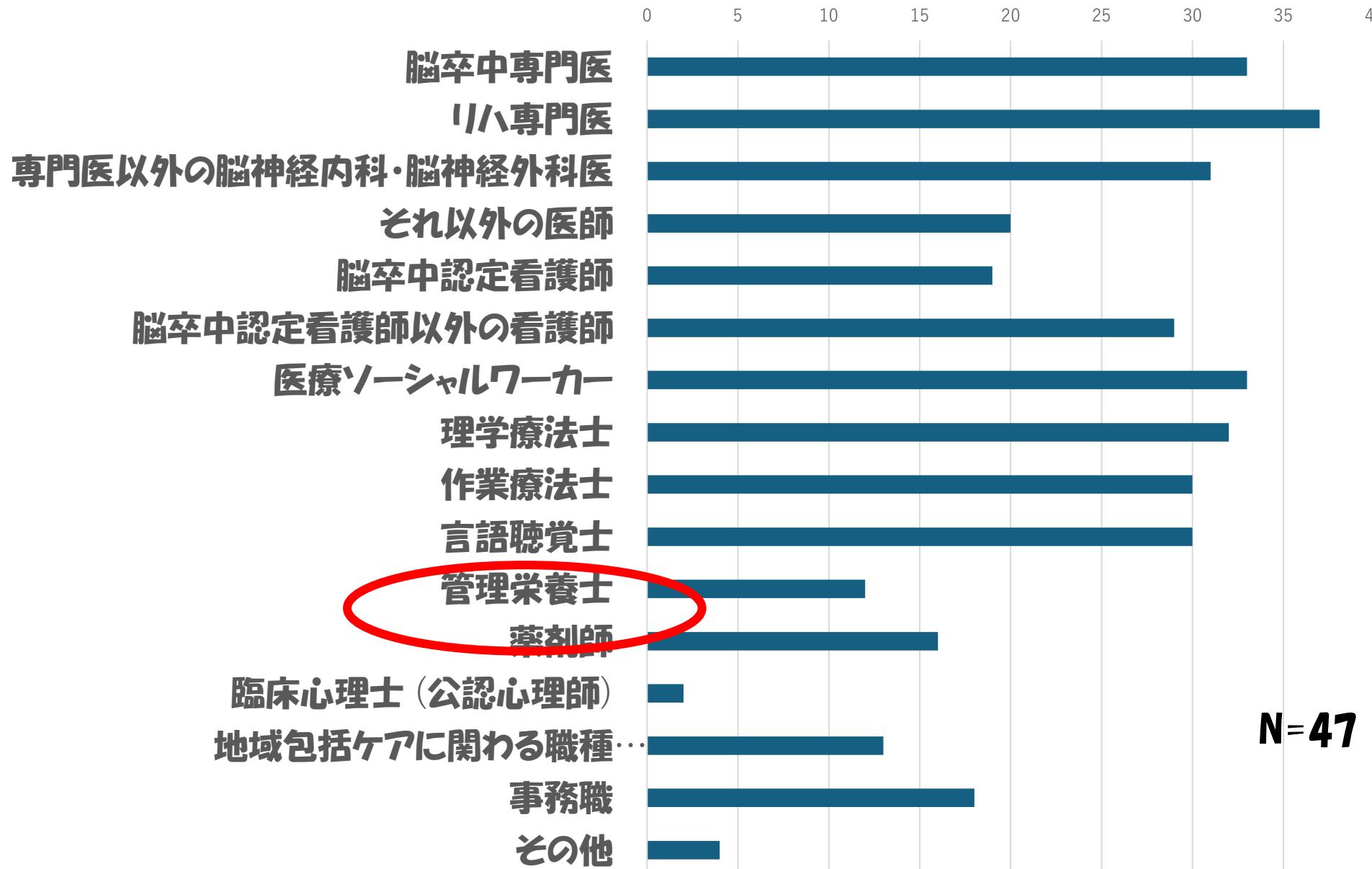
地域連携パスが どこまで繋がるか



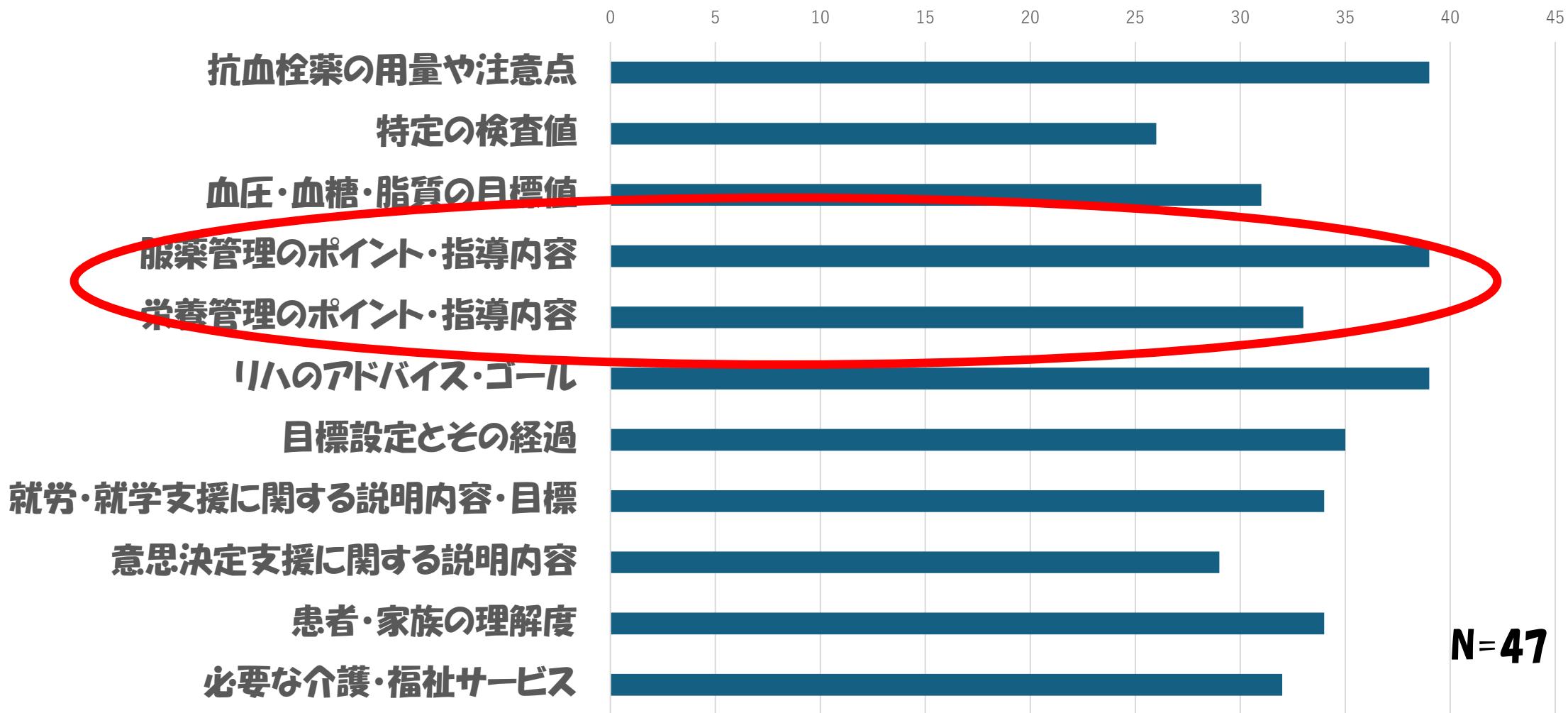
地域連携バスの退院先別利用率の分布



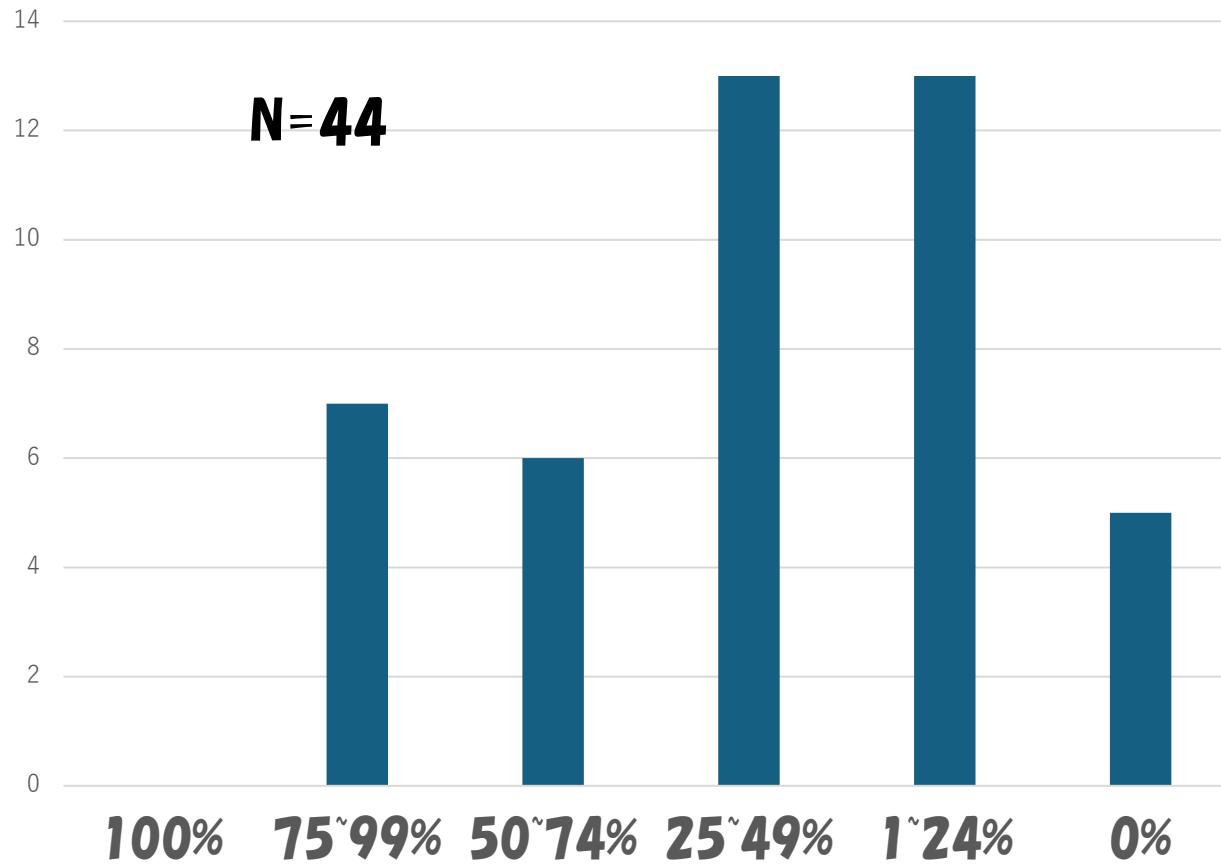
回復期、維持期（生活期）、地域包括ケアシステムで「脳卒中地域連携パス」の運用に関する、または「脳卒中地域連携パス」を利活用する職種



地域連携パスに盛り込むべきと考える項目



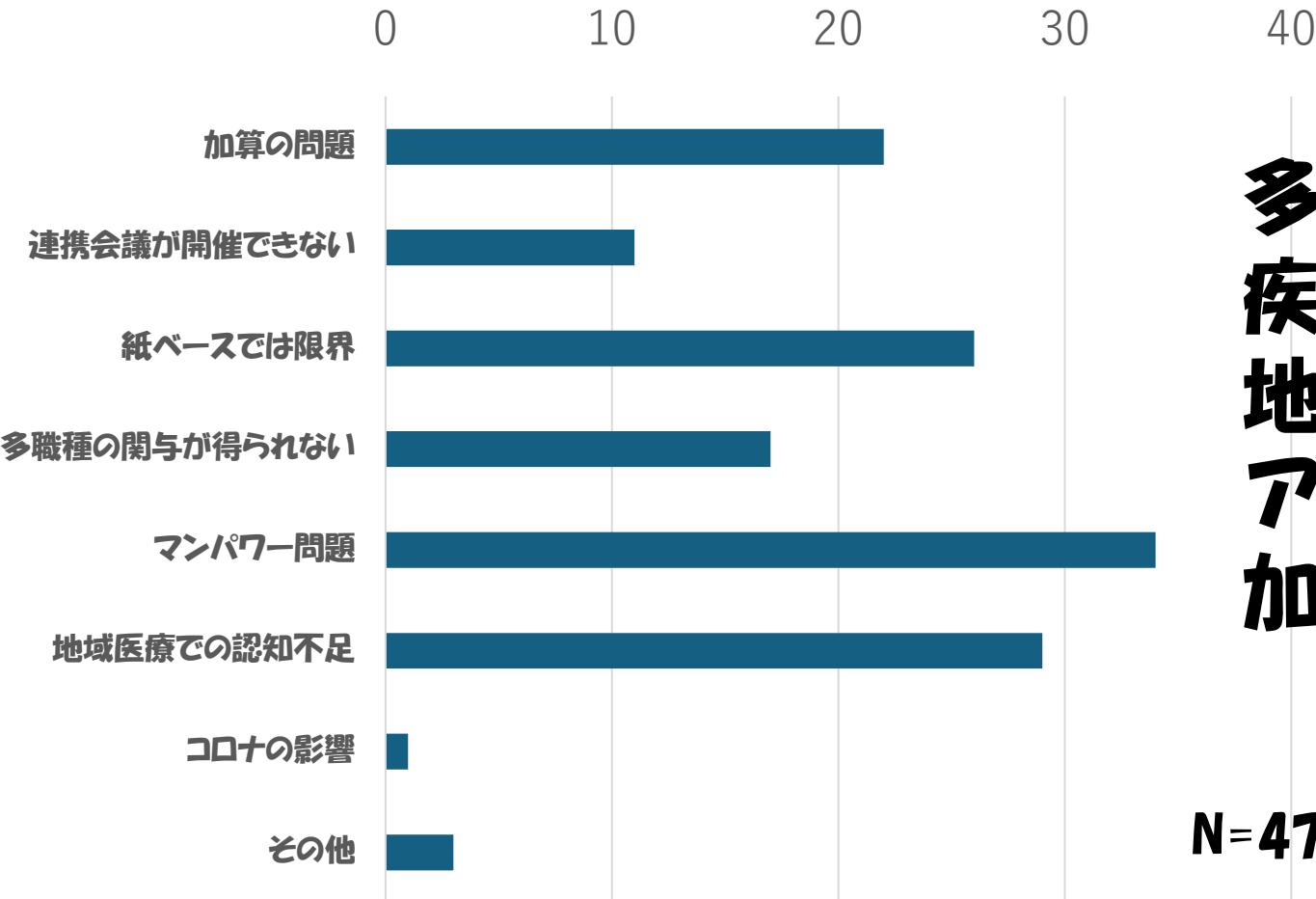
地域連携パスの フィードバック率の分布



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

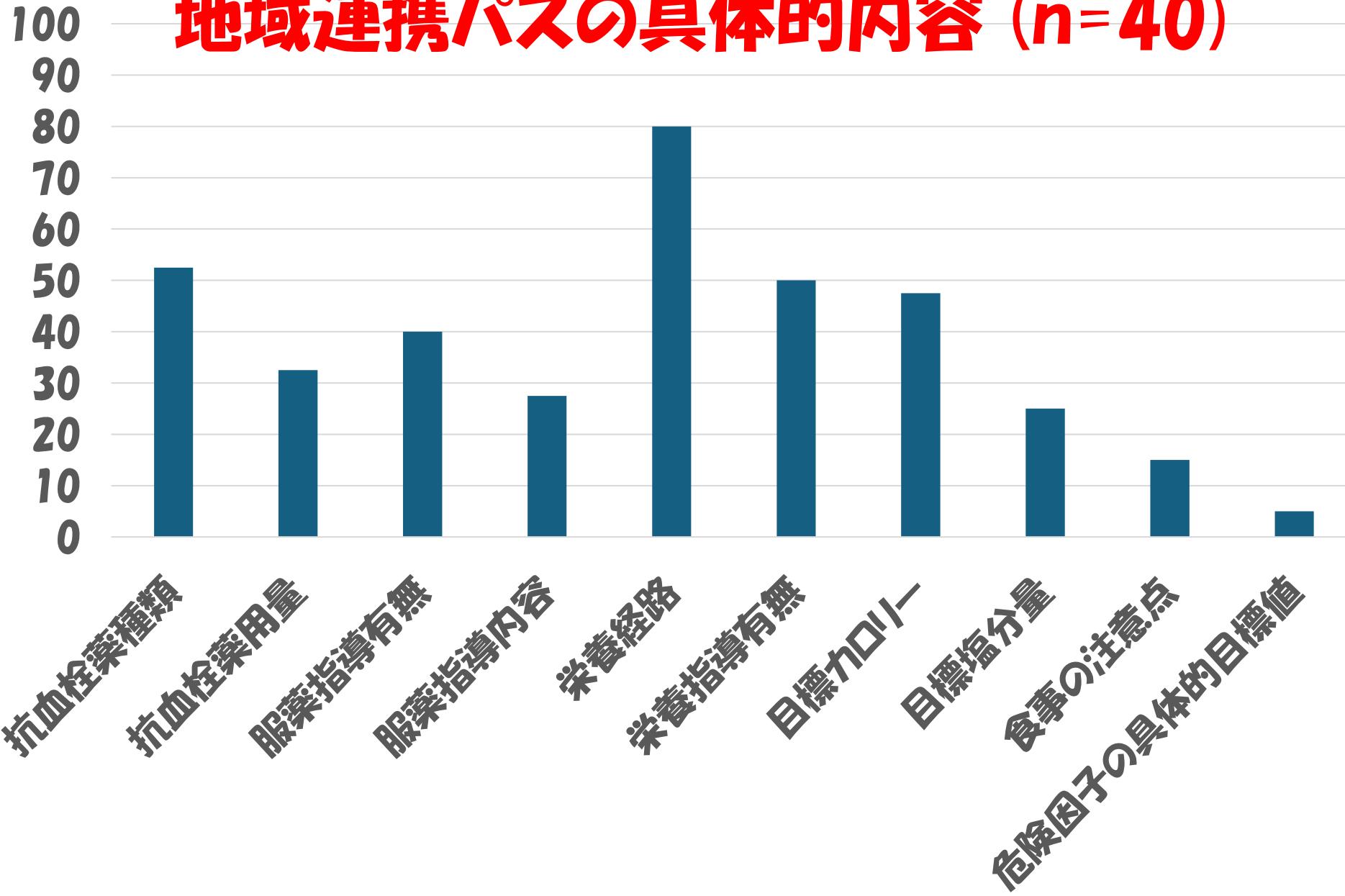
地域連携パスが循環し共有できない理由

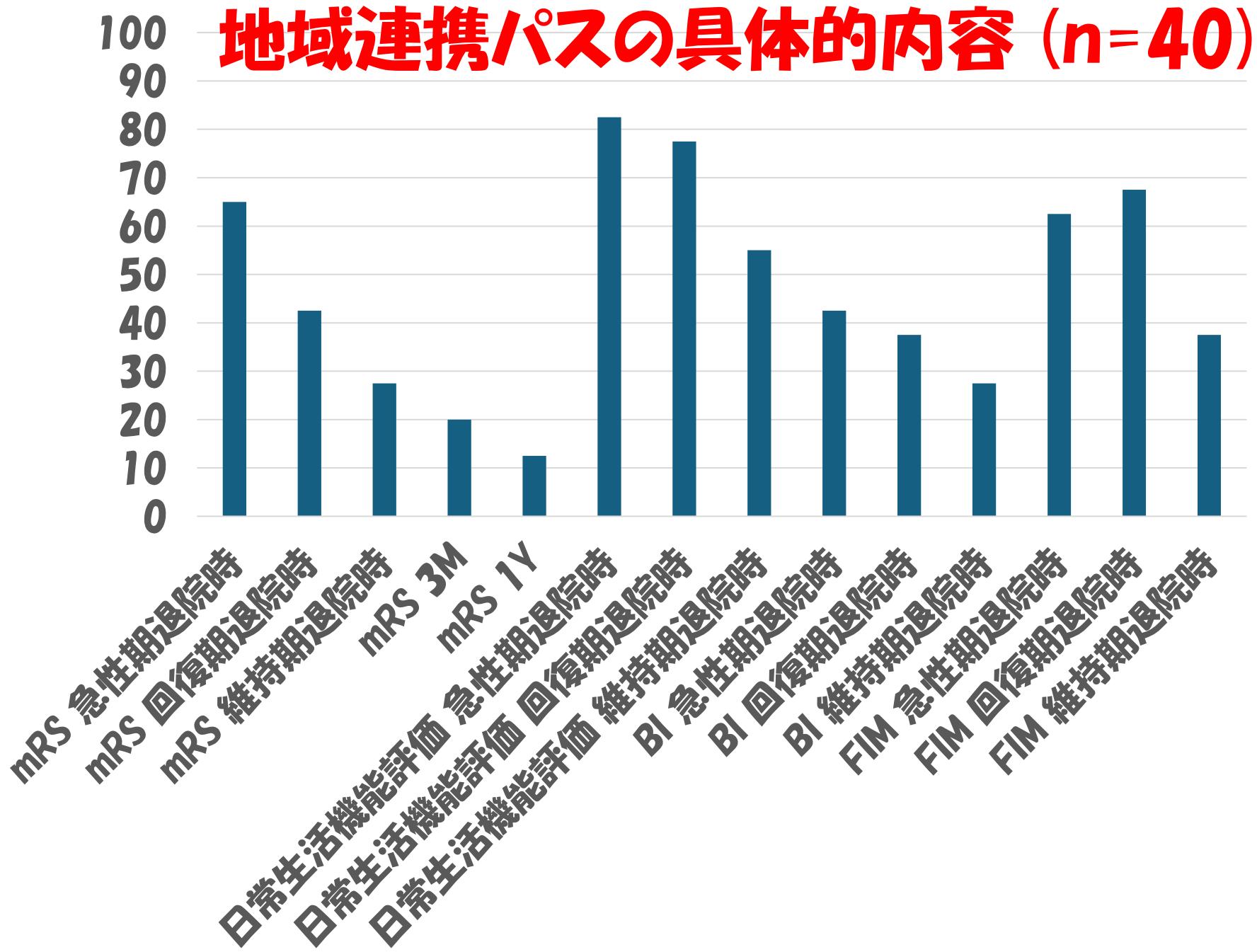


**多職種協働循環型
疾患管理プログラムの必要性
地域への周知
アフリ開発
加算**

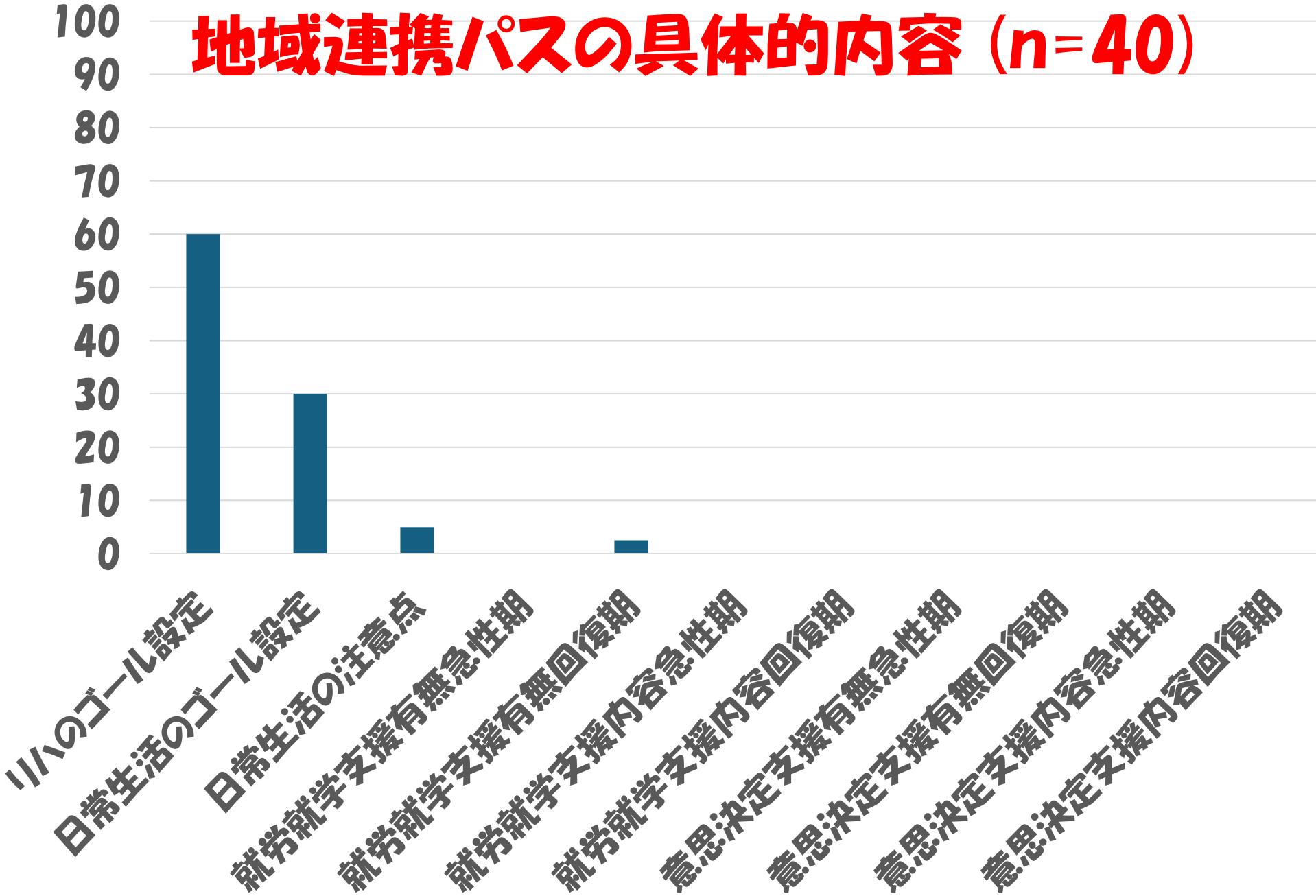
N=47

地域連携バスの具体的内容 (n=40)

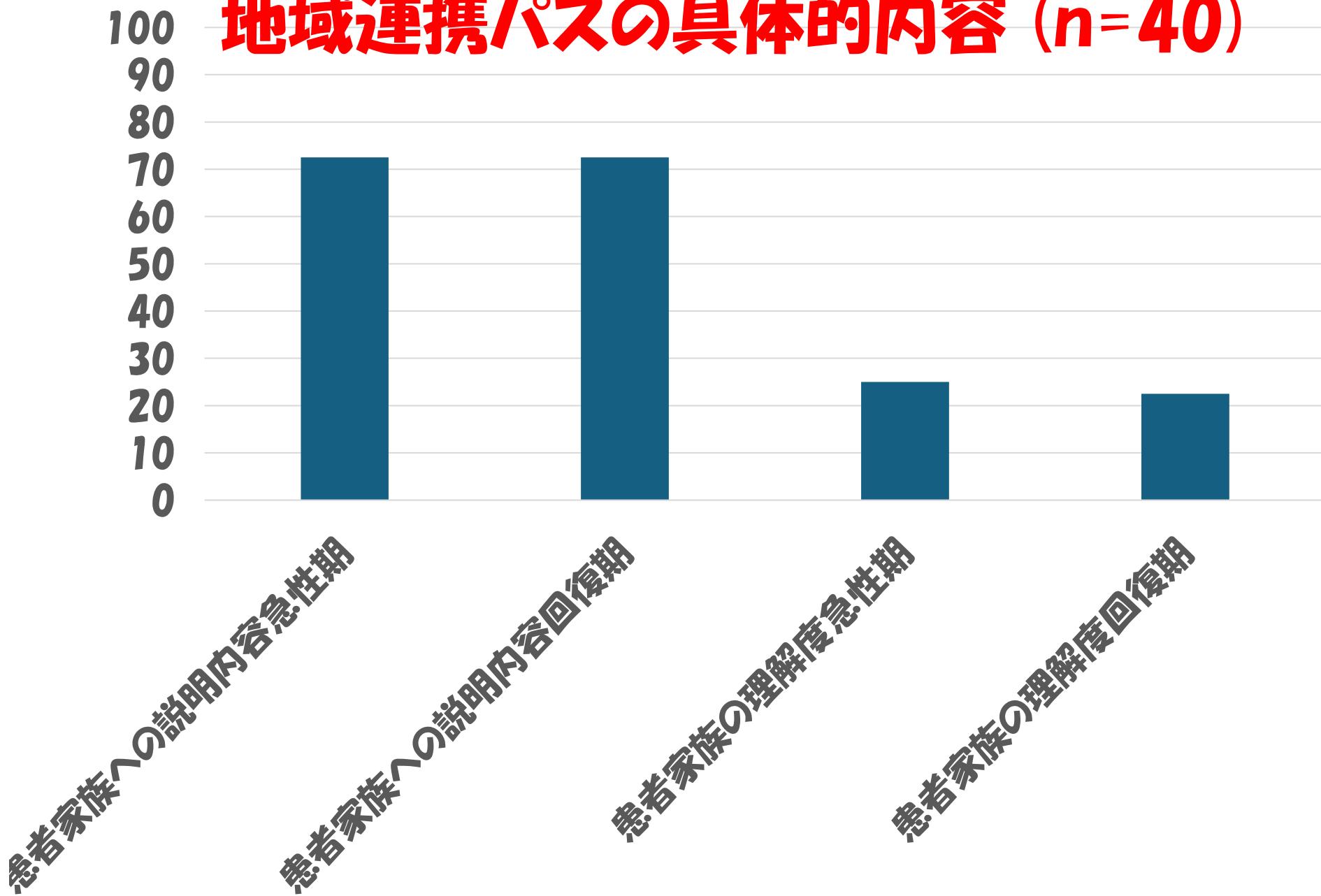




地域連携パスの具体的内容 (n=40)



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