

脳卒中地域連携パスの運用状況 —1年間の運用実績より—

 松山赤十字病院 リハビリテーション科
山下 淳一・定松 修一

同 脳神経外科
曾我部 貴士(MD)

目的

近年、医療を取り巻く社会情勢の変化により、在院日数の短縮・医療の機能分化が進み、一医療機関完結型の治療は困難になっている。当院では、急性期病院から回復期病院へのシームレスな治療を実践するために、平成18年6月より、回復期病棟を有する2病院と、脳卒中リハビリ用連携パスの運用を試験的に開始し、数回の合同会議を経て現在の書式に至っている。

そこで今回は、平成20年4月より7つの連携病院（3病院に回復期病棟あり）と正式に運用を開始した、脳卒中地域連携診療計画書（以下、連携パス）の一年間の運用状況について報告する。

患者番号
患者氏名

脳卒中地域連携診療計画書(脳卒中用連携パス)

Ver.4.2

項目	入院日	転入日	1週目	2週目	3週目	4週目	転出日	入院日	7月	8月	9月	10月	11月	12月
連携目標	<p>脳卒中発症から回復までの経過を把握し、適切な治療とケアを提供する。また、患者の生活の質を向上させることを目指す。</p>													
診療・処置	<p>急性期治療、リハビリテーション、生活指導、薬物療法、心理的ケア、栄養管理、褥瘡ケア、口腔ケア、排泄ケア、認知症ケア、在宅ケアの連携。</p>													
内服	<p>抗血小板薬、抗凝固薬、降圧薬、降糖薬、脂質異常薬、抗血栓薬、抗がん剤、免疫抑制剤、抗アレルギー薬、抗感染薬、抗がん剤、免疫抑制剤、抗アレルギー薬、抗感染薬。</p>													
注射・点滴	<p>抗血栓薬、抗がん剤、免疫抑制剤、抗アレルギー薬、抗感染薬、抗がん剤、免疫抑制剤、抗アレルギー薬、抗感染薬。</p>													
検査	<p>血液検査、尿検査、便検査、画像検査、脳神経検査、遺伝子検査、免疫学的検査、薬理学的検査、臨床検査、検査結果の共有と連携。</p>													
食事(栄養)	<p>栄養状態の評価、食事摂取量の確保、栄養指導、食事療法の実施、栄養状態のモニタリング、食事療法の評価と改善。</p>													
リハビリ/活動(支障)	<p>身体機能、認知機能、心理機能、社会機能の回復を目指す。個別化されたリハビリテーションプログラムを実施し、患者の自立と生活の質を向上させる。</p>													
清潔	<p>口腔ケア、褥瘡ケア、排泄ケア、皮膚ケア、感染予防、清潔な環境の維持、患者の清潔さを保つためのケア。</p>													
排泄	<p>排便習慣の改善、便秘の予防と治療、尿失禁の予防と治療、排泄ケアの提供、排泄ケアの評価と改善。</p>													
介護認定申請(有・無)	<p>介護認定申請の進捗確認、申請書類の提出、申請結果の通知と対応。</p>													
高支援・低介護	<p>患者の状態に応じた支援レベルの提供、介護サービスの連携と調整。</p>													
事業所	<p>地域連携事業所の連携、患者の生活の質を向上させるための取り組み。</p>													
予約サービス	<p>予約サービスの提供、患者の待ち時間を短縮するための取り組み。</p>													
医師(有)	<p>医師の連携と調整、患者の診療とケアの提供。</p>													
言語聴覚士/作業療法士/理学療法士/看護師/薬剤師/臨床検査技師/放射線技師/臨床工学士/臨床栄養士/臨床心理士/臨床社会福祉士/臨床検査技師/臨床工学士/臨床栄養士/臨床心理士/臨床社会福祉士	<p>多職種連携による患者のケアの提供、チーム医療の実現。</p>													
【医師の指示】	<p>医師の指示に基づき診療を実施し、患者の回復とケアを提供する。</p>													
【薬剤師の指示】	<p>薬剤師の指示に基づき薬物療法を実施し、患者の症状の改善とケアを提供する。</p>													
【看護師の指示】	<p>看護師の指示に基づき看護ケアを実施し、患者の生活の質を向上させる。</p>													
【理学療法士の指示】	<p>理学療法士の指示に基づきリハビリテーションを実施し、患者の身体機能の回復を目指す。</p>													
【作業療法士の指示】	<p>作業療法士の指示に基づき作業療法を実施し、患者の生活能力の向上を目指す。</p>													
【臨床心理士の指示】	<p>臨床心理士の指示に基づき心理的ケアを実施し、患者の心理的状態の改善を目指す。</p>													
【臨床社会福祉士の指示】	<p>臨床社会福祉士の指示に基づき社会福祉ケアを実施し、患者の社会的生活の向上を目指す。</p>													
【臨床検査技師の指示】	<p>臨床検査技師の指示に基づき検査を実施し、患者の診断と治療のサポートを提供する。</p>													
【臨床工学士の指示】	<p>臨床工学士の指示に基づき臨床工学ケアを実施し、患者の医療機器の管理とサポートを提供する。</p>													
【臨床栄養士の指示】	<p>臨床栄養士の指示に基づき栄養ケアを実施し、患者の栄養状態の改善とケアを提供する。</p>													
【臨床心理士の指示】	<p>臨床心理士の指示に基づき心理的ケアを実施し、患者の心理的状態の改善を目指す。</p>													
【臨床社会福祉士の指示】	<p>臨床社会福祉士の指示に基づき社会福祉ケアを実施し、患者の社会的生活の向上を目指す。</p>													

※ 転院先・退院時に本計画書の写し等を転院先や退院先へ連携してください。

患者番号 _____
 患者氏名 _____ 年齢()
 (診断名: _____)

脳卒中・地域連携診療計画書

Ver1.5

発症日: / 手術日: / 手術名:)

転院予定先(病院)

急性期病院				リハビリテーション施設(回復期病棟/リハビリ専門病院)				維持期病院・施設		転院先
経過 日	入院日	手術日	転院日	入院時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	1ヶ月	—	転院先
連絡目標	新たな症状がでないようにする。			リハビリに対し意欲的に取り組むことができる			転院に向けて不安なく受け入れが出来る。	転院に向けて不安なく受け入れが出来る。	転院に向けて不安なく受け入れが出来る。	生活目標の決定
治療・処置	医師の指示により治療を行います。副作用等ありましたら、ご連絡なくお申し出ください。			脳卒中再発予防、合併症の治療のための薬を服用します。			脳卒中再発予防のための薬			
内容	治療の薬をお持ちの方はお申し出ください。			状態にあわせて必要薬内服薬を開始します。			必要なお薬・処置を継続します			
注射・点滴	病状にあわせて、急性期治療を行います。			必要なお薬・処置を継続します			必要なお薬・処置を継続します			
検査	疾患の状況を調べる検査があります。検査については前日の夕方看護師が説明致します。検査結果の説明は主治医よりあります。			入院時検査を行います。状態によって必要な検査を追加します。			入院時検査を行います。状態によって必要な検査を追加します。			
食事(栄養)	状態に合わせて食事が出てきます。状態によっては管や点滴から栄養を取ることがあります。			状態に合わせて、食事内容、摂取方法を決めます。訓練の進捗に合わせて食事内容、摂取法を変更します。嚥下障害があれば、嚥下訓練を行います。			栄養摂取方法 (経口・経管・胃造)			
リハビリ・活動(安静度)	リハビリ料を受給し、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が担当します。本格的なリハビリが必要な場合、リハビリテーション施設連携のある病院(リハビリ専門病院)に転院となります。			転院前の機能を維持し、リハビリテーションが高を有します。リハビリに合わせた訓練を実施します			機能維持のためのリハビリが中心です			
清潔	状態に応じて身体を清潔に保ちます。入浴できない場合は看護師が身体をお拭きします。			状態にあわせて入浴動作を行います。自宅にあわせて入浴動作を訓練します。			状態に応じて身体を清潔に保ちます			
睡眠	ベッド上で寝ます。おしっこの管を入れることもあります。			状態にあわせてトイレでの状態を目指します。			状態にあわせてトイレでの状態を目指します。			
介護支援	介護支援あり・無し 要支援・要介護(半・要介護) ケアマネ()			退院・転院可能な状態になれば退院支援と今後の方針について主治医と看護師から説明があります			<input type="checkbox"/> 介護支援の状況、説明 <input type="checkbox"/> 介護支援の申請 <input type="checkbox"/> 家庭調査 <input type="checkbox"/> 家庭支援 <input type="checkbox"/> 外出・外出訓練 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳手続き <input type="checkbox"/> 介護保険をします <input type="checkbox"/> 退院時に利用可能なサービスを確認します			
患者様及びご家族への説明・指導、その他	疾患・治療・入院生活について説明いたします。			症状の変化があれば、主治医より説明いたします。			説明等ありましたら、ご連絡なくお申し出ください。			
退院時情報	紹介医(あり・なし) ()			退院日 平成 年 月 日			退院日 平成 年 月 日			
	※患者様署名 _____			主治医 看護師			病院			
	バス公示日 平成 年 月 日 松山赤十字病院 脳卒中・脳神経センター									

※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変われるものです。 ※2 入院期間については現時点で予想されるものです。症状の急変・進行・悪化もありません。

対象と方法

平成20年4月から平成21年3月の間に、リハビリ科を受診した脳神経疾患患者299名のうち



連携パス対象外疾患・死亡退院例を除外した219名



自宅退院例84名を除外した**転院例135名**を対象

性別: 男性62名・女性73名

年齢: 35~91歳(平均年齢73.34±11.61歳)

疾患: 脳梗塞88名・脳出血38名・くも膜下出血9名

方法は、連携パス使用の有無・入院期間・転帰時FIM・mRS等について調査した

結果

連携パス使用例: 103名 (76.3%)

性別: 男性49名・女性54名

年齢: 35~91歳 (平均年齢72.46±11.57歳)

疾患: 脳梗塞66名 (64.1%)・脳出血30名 (29.1%)

・くも膜下出血7名 (6.8%)

入院期間: 10~82 (平均32.10±14.80日)

連携パス非使用例: 32名 (23.7%)

性別: 男性13名・女性19名

年齢: 49~91歳 (平均年齢76.15±11.29歳)

疾患: 脳梗塞22名 (68.8%)・脳出血8名 (25.0%)

・くも膜下出血2名 (6.2%)

入院期間: 9~152 (平均34.15±26.87日)

結果

連携パス使用例: 103名 (76.3%)

- ① FIM 110点以上: 10名 (5.2%)
mRS0: 1名・I: 5名・II: 1名・III: 3名
- ② FIM 80点以上109点以下: 23名 (27.6%)
mRS I: 2名・II: 2名・III: 4名・IV: 15名
- ③ FIM 80点未満: 70名 (67.2%)
mRS II: 1名・III: 3名・IV: 25名・V: 31名

連携パス非使用例: 32名 (23.7%)

- ① FIM 110点以上: 0名 (0%)
- ② FIM 80点以上109点以下: 5名 (5.9%)
mRS III 2名・IV: 3名
- ③ FIM 80点未満: 27名 (94.1%)
mRS III: 1名・IV: 9名・V: 17名

考察

連携パスを作成するにあたって

1. 紹介状として併用できるものが望ましい
(記載内容の標準化と情報の共有)
2. 入院後の経過記録が簡単に記入できるものがよい
3. FIMとmRSにより、予後および入院期間の予測を試みたい
4. 連携病院退院後に、転院後の身体機能の変化を知りたい
5. 連携病院への紹介率の増加及び家庭復帰率の向上

考察

1年間の運用状況より

1. 転院例の約80%が連携パスを使用し連携病院（96%が回復期病棟を有する3病院）へ転院（試験運用中は、転院例の61%が連携病院へ）



回復期の患者に、集中的なリハビリを施行しれていることが推測される
(シームレスな治療)

考察

2. 連携パス使用例と非使用例において、年齢及び入院期間等の調査項目に有意差は認められなかった



非使用例は、FIM80点未満でmRSIV・Vの患者が94%であり、最初から長期入院が可能な療養病床を有する病院へ転院

考察

今後の課題

1. FIM及びmRS評価の基準(判断)の統一化
2. 返却された連携パスをもとに、定期的なカンファレンス
3. 全入院期間の短縮についての評価



予後予測および入院期間の設定の妥当性
若い職員のスキルアップ
(地域完結型病院の弱点)



さらに使いやすい連携パスへの改訂

まとめ

1. 脳卒中地域連携診療計画書の1年間の運用状況について調査した。
2. 転院例の約80%が連携病院へ転院し、その約96%の患者が回復期病棟への転院であった。
3. 年齢や当院での入院期間に統計的有意差は認められなかったが、重症例は最初から長期入院可能な病院へ転院する傾向が見られた。
4. 今後は、返却された連携パスをもとに、定期的なカンファレンスを行い、職員のスキルアップに役立てたい。
5. シームレスな治療を行うことで、入院期間の短縮や自宅退院率が改善されているか検討する必要がある。