

2008年12月3日

第3回印旛脳卒中地域連携パス講演会

The 3rd Meeting of Inba Clinical Pathway for local Stroke network (InCliPS)

議事録



文責：日本医科大学千葉北総病院脳神経センター三品雅洋

世話人会

印旛地区に限らず広範囲からご参加いただくようになったので、次回より本会の名称を、「千葉北脳卒中地域連携パス研究会」に変更する。

千葉県で検討中の統一パスの完成が見込まれるので、その運用方法により、本会の運営も臨機応変に変更する。発展的解消もあり得る。世話人のメンバーも今後変更していく。

次回は2009年7月に開催予定。県統一パスの状況がわかり次第、世話人会を開催し、日時・テーマなどは決定する。

講演

司会：日本医科大学千葉北総病院脳神経外科教授小林士郎先生

日本医科大学千葉北総病院脳神経センター三品雅洋より、「千葉県統一パスの進行状況」というタイトルで、県統一パスの今後の見通しと、InCliPSも県統一パスに移行する予定であることが発表された。

新八千代病院副理事長荒井泰助先生からは、「脳卒中地域連携パス～回復期の立場から～」というタイトルで、千葉県の地域リハビリテーションの実情が解説された。脳卒中地域連携パス導入後、発症から入院までの期間が32.4日→29.9日、回復期病棟在院期間が99.9日→89.6日、入院相談から入院日までの期間が14.6日→13.5日と、効果が出ている

ことが示された。また、回復期側は、抗血小板薬や抗凝固薬の選択理由やMRI所見の詳細が知りたい、という他地域のアンケートが示された。

宍戸内科医院副院長宍戸英樹先生からは、「脳卒中地域連携パス～かかりつけ医の立場から～」というタイトルで、在宅医療の現状と佐倉市での試みについて講演があった。重症になればなるほどかかりつけ医の役割が増すこと、在宅医療の経験の有無でかかりつけ医の意識が異なること、現在の医療資源では限界があり医療従事者だけではなく市民全体の支援が必要であること、回復期施設終了後もリハビリテーションが継続できるような連携が必要であること、などが解説された。

総合討論

司会：新八千代病院荒井泰助副理事長

パネリスト：宍戸内科医院宍戸英樹副院長、新八千代病院兼村三千彦副院長、新八千代病院リハビリテーション科塩崎善隆主任、新八千代病院仁井田利絵師長、日本医科大学千葉北総病院佐々木優子係長、日本医科大学千葉北総病院リハビリテーション科原行弘教授

1) リハビリテーションの現場で、パスはどのように生かされているか？

- ・連携パス作成は面倒、しかし、これまでは転院後の情報がなかったが、パスによるフィードバックがあり、全体が見えてくる。（原）
- ・急性期病院入院時に、脳卒中治療のスケジュールが記載されている患者パスを渡すことにより、転院の方向が示せる。入院時と退院時に評価スケールを付けることにより、看護師の意識が向上した。（佐々木）
- ・回復期に転院直後から急性期病院での治療をスムーズに継続できるようになった。これまでの診療情報提供書や看護サマリーなどでは、情報不足だった。（仁井田）
- ・転院時の患者の評価の際、イメージがつかみやすい。（塩崎）
- ・医師と看護師には有用である。しかし、リハビリテーション・スタッフにはどうか？リハビリテーション・サマリーの方が細かいところまで記載されている。情報漏れがないことがメリットである。例えば、診療情報提供書に糖尿病患者のインスリン療法のことが記載されてなく、トラブルがあった。（兼村）
- ・まだパスは1例なのでよくわからない。在宅医療は1施設で完結するわけではなく、各業種がチームとして運用するには便利なツール。（宍戸）

2) 印旛脳卒中地域連携パスの項目で、本当に必要な項目は何か？他に欲しい情報は？

- ・ADLの情報が最小限であろう。急性期のリハビリテーションの内容は膨大で、リハビリテーションの情報をパスのみで伝達するのは困難である。リハビリテーション・サマリーを使用すべき。（原）
- ・嚥下訓練の内容は、直接訓練・間接訓練の実施の有無をチェックするのみ、これで不足はないか？（佐々木） 転院後再評価しリハビリテーションの見通しを立てるので、特に詳細は必要としない。それよりも、食事の形態・カロリーなど、転院直後にお出しすべき食事の内容が必要。（仁井田） 歯科の嚥下専門医が新たに評価するので、問題な

し。(荒井・兼村) 転院後最初の食事がわかればとりあえず問題ない。(フロア：船橋市立リハビリテーション病院梅津博道院長) 次回の会では摂食の専門家をお呼びして講演いただくのはどうか。(荒井)

- 抗血小板剤の選択理由が知りたい。またワーファリンでは開始時期と増減の経過、PT-INRの経過が知りたい。転院時のPT-INRが5くらいのことがあった。(兼村) 血液生化学的検査はパスの項目から外し、主なデータはコピーすることで対応するか？(三品)
- ADLの目標設定はもう少し何とかならないか。患者への説明のところは「リハビリテーションが必要」としか書かれていないことが多い。90日入院していると患者と家族の思いも変わってくるが、予後を楽観視している方は現状に不満足、「急性期では治ると言われた」と。(兼村) 回診では、あきらめない・あせらない・明日に向かって頑張ろう、と伝えている。(小林) 予後をビシッと行ってしまうと、落ち込んでしまう。回復期で徐々に伝えてもいいのでは。(原) モチベーションを落とすという側面は確かにある。しかし、ご本人ではなくご家族には正確に伝えてほしい。(兼村)
- NIHSSは役に立っていない。mRSは4~5の幅が広い。維持期での指標は簡単な方がいい。(兼村)

3) 急性期から維持期、回復期から維持期の連携における問題点とパスの役割

- パスに、生活の部分が入ってくるのは歓迎。介護のスタッフがいかに関わりやすいかが重要。維持期のリハビリテーションはマンパワー不足。(宍戸)
- 食事に対する希望・思いが強く、ご本人・家族と現実のギャップがある。(宍戸)
- 予後の情報がきちんと伝わっていない。
- 今後は在宅医療を望んでいないのに在宅医療を強いられる患者が増えるのでは。(宍戸)

会議終了後の感想のまとめ

- パネルディスカッションは盛り上がった。時間が足りない。
- 結局医師中心の議論になってしまった。看護師・リハビリテーションスタッフにもっと発言を求めたい。看護師の分科会、リハスタッフの分科会、医療連携など事務方の分科会を作った方がいいのではないか。
- 最初に日本医科大学千葉北総病院の会議室でやった会議(2008年1月9日の会議)のような感じがよかった。講演会形式では、お話を聞いて、「なるほど」と思って終わり。結局パスの中身についての細かい議論ができていない。
- 日本医科大学千葉北総病院の脳外科医が参加できない(今回は手術でほとんど欠席)。一度も連携パスの説明を受けていないから、まずは医局で議論したい。
- 小林先生は「小林の3A」の話をしてしたが、現場のムンテラはそんな話はしていない。家族には、死亡の可能性も含め厳しい予後を説明している。麻痺が治るなんて言う説明はしたことがない。患者ならびにご家族がもっと理解できるようなパンフレットのようなものが必要ではないか。

- 製薬メーカーが主催の会というのは問題ではないか。診療報酬が絡む会議だし。県の事業になったらどうするのか。
- 連携パスはわかったから、脳神経センターは治療のパスを作ってください。
- InCliPSに参加するかは、県のパスの状況を見てきめます。