

の積極的な介入を行うことを重視している。このような手法は、住民の健康増進ならびに医療保険財政の削減につながることから、自治体や健保組合にとって、取り組むべき課題と考えられる。各医療機関にとっては、医療従事者や医療機関の役割分担・連携方法が明確にされると自院の医療機器や設備保有の目安にすることもでき、医療現場ベースでの取り組みの動機付けとすることができる。民間企業(製薬会社や民間シンクタンクなど)が診療ガイドラインの開発や健康アウトカムの評価といった部分において参画することもできる。現段階では、行政や健保組合、企業、地域基幹病院といったところを管理者として、それぞれのニーズに合わせて疾病管理モデルが導入されつつあるところであり、こういった取り組みが、ITの発展などに支えられながら大きくなっていくことが期待されている。

【脳卒中診療の連携モデル】

脳卒中は本邦の高齢者医療費の第一位、要介護原因の第一位であり、死因でも第三位に入っている。脳卒中診療について、急性期から維持期にいたる切れ目のない診療体制、特にリハビリテーション体制を整備することは、限られた社会資源の中で患者の生活機能とQOLを高め、医療経済へのマイナス影響・社会の介護負担を軽減するために不可欠である。

一方、脳卒中は、疾病管理モデルを適応するのに適した疾患といえる。発症そのものは急性であるが、リスクファクターとして高血圧や糖尿病があったり、発症後、長期にわたってリハビリテーションを必要としたりする点から、経過全体は慢性疾患に近いものと

捉えられ、患者数も多い。急性期治療からリハビリテーションまで含めた診療ガイドラインがあり、介入プログラムは類型化されている。患者のADLなどを数値化する方法は複数考案されており、介入効果を臨床インディケータで見るができる疾患でもある。

さらに、急性期診療は主に神経内科や脳神経外科、回復期診療は主にリハビリテーション科と複数診療科にわたる治療が必要であり、現状でもすでに各時期の診療が別々の医療施設で行われることが多いため、複数診療科・複数医療施設が情報を交換しながらそれぞれの患者の診療に当たることには利点が多い。したがって、疾病管理モデルに基づいた地域における診療連携体制を確立し、おのこの患者が最適な医療施設で治療を受けることができるようにすることが望まれるのである。なお、元来の疾病管理の考え方においては発症予防も重要視され、予防に関する要素も診療連携範囲に含まれることが望ましいが、ここまで含むと範囲が大変広くなるので、当初は発症後の診療における連携を目指すということになる。

【診療連携クリニカルパス】

すでに文中で触れている“クリニカルパス(以下‘パス’)”の診療連携ツールとしての側面についてもまとめておく。一般的には、クリニカルパスは、横軸に入院からの経過時間、縦軸に治療・ケア行為を列記した表で、おのこの医療施設が、その都合に合わせて自施設内での使用を目的に作成するものである。医療スタッフ用のパスと同時に患者用のパスも用意され、医療者同士のみならず、医療者-患者間における医療の透明

化・情報の共有化に役立っている。当初の目的とされた医療資源の節約に加え、診療が標準化されて医療の質が向上、スタッフ間のチームワークも向上し、さらに患者に対するインフォームドコンセントが充実して患者満足度が向上することが明らかとなってきた。

脳卒中のように、複数診療施設における医療行為の連鎖が治療効果に関係する場合は、診療経過全体が見渡せるような診療連携クリニカルパスを作成し、施設間で共有することが有効と考えられ、実際に取り組みが始まっている。それぞれの施設が診療内容を透明化し、転院先での経過、及び最終的なゴールを予想してパスを作成する。転院に際しては、患者を紹介する施設、およびされる施設の双方が当該患者の転院までの治療内容をパスの記載内容によって正確に把握し、同じゴールを目指して診療を続けることで、無駄も洩れもない医療が提供されると考えられる。ただ、転院先での回復に予想されたより時間がかかったような場合には、患者・家族が転院先施設に不信を抱く原因ともなりえるので、達成内容と達成までの期間を記載する際には注意が必要である。この点に関しては、急性期施設における機能予後の正確な予想が重要となる。

【本研究事業における診療連携】

本研究では、これまで実効性のある診療連携が確立していなかった大都市圏における診療実態と連携構築上の阻害要因の実証的分析、IT を活用したリハニーズと資源のマッチングシステムの開発および急性期からの一貫したリハ医療提供体制の実現に

よる患者の生活機能、在宅復帰率の向上を目的としている。ある特定の地域で、ある特定の疾患や病態について、関係する医療従事者と医療機関が連携して行う地域プログラムを構築するという疾病管理モデルの考え方は、まさに本研究の目的に合致するものである。これまでに整備されてきた脳卒中診療ガイドラインをもとに、本研究により構築されるITを活用した診療連携ネットワーク（「リハナビ東京」）を利用して地域内の各脳卒中診療施設が情報を共有し、診療連携クリニカルパスを整備して、患者が最適な診療を継続的に受けられるようにすることが望まれる。

【文献】

- 1) 新たな医療連携の実践-その現状と方策-(編集:武藤正樹)、株式会社じほう、東京、p3-p14、2001.
- 2) 疾病管理(監訳:池上直己)、株式会社じほう、東京、2001.

分担研究報告

1.脳卒中診療連携体制構築に関する現状の把握

2)わが国における脳卒中診療連携の現状

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

辻 哲也、里宇明元

【研究要旨】

脳卒中医療体制は大きな変革期を迎えている。医療施設の機能分化にともなう問題を克服するためには、医療施設の連携を強化し急性期から維持期まで切れ目のない診療体制を確立することが必須である。そのためには、各施設間での親密な協力関係を構築し、意識、情報、評価方法の共有を行い、施設間を短期間で移動する患者・家族に対し、合理的な説明が行われ、理解と同意のもとに治療・ケアが進むような体制づくりが必要となる。その際に各病期の施設を切れ目なく繋ぐツールが連携パスである。今後は今まで以上に全国的に多くの連携パスが試みられることは間違いなく、また、現在進行中の大型プロジェクトもいくつかあり、それらの成果を見守っていきたい。

1. はじめに

我が国における脳卒中医療体制は大きな変革期を迎えている。すなわち、クリニカルパスの導入による多職種チーム医療、血栓溶解療法・血管内治療などの急性期の治療法の開発、救急医療体制の整備、医療施設の病期別の機能分化、脳卒中治療ガイドラインの確立、脳卒中専門医制度の整備などが急速に進んでいる¹⁾。

医療制度上も、2000年に「回復期リハビリテーション病棟入院料」が新たに設けられ、地域による差はまだ大きい。急速に回復期施設が整備されつつある。また、急性期の多角的なチーム医療を推進すべく、2006年の診療報酬改訂で発症から14日以内の脳卒中患者を対象に、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」が新設され、医療施設の病期による機能分化は確実に進んでいる。脳卒中診療は急性期・回復期・維持期といった病期によって治療方法が異なるため、医療スタッフや医療機器など人的・物的資源の効率的な運用のためには医療施設の機能分化は不可避であり、医療施設の機能分化は、医療制度上の後押しを受けて、欧米諸国と同様に我が国においてもこの傾向はさらに加速されるであろう²⁾。

しかし、医療を受ける患者やその家族にとっては施設の移動、すなわち転院は大きな負担である。せっかく確立された担当医・看護師などの医療スタッフ

との信頼関係を再構築する必要があり、入院手続きなど事務処理を再度行わなければならない。また、転院先が希望と一致しない可能性もあり、精神的にも不安は大きい。また、医療施設の側でも、例えば回復期施設に転院する場合には、転院先をスムーズに確保できないと、転院まで待機入院の期間が長くなってしまい、医学的にはその間にいわゆる廃用症候群に陥り、回復期リハビリテーションを行っても思うように機能回復が進まない可能性や、施設にとってもその間は新たな入院がとれない。また、転院先の回復期施設では、転院元の急性期施設と患者情報の共有がうまくできていないと大きなトラブルを生じる可能性もある。例えば上肢の運動麻痺の予後について、回復期施設の担当医が急性期施設担当医と異なった見解を患者とその家族に伝えた場合などである。

このような、機能分化にともなう問題を克服するためには、各々の医療施設の連携を強化し、急性期から維持期まで切れ目のない脳卒中診療体制を確立することが必須であり、そのためのツールが脳卒中連携パスである。医療行政上も、2005年4月の診療報酬改定で大腿骨頸部骨折に対して、地域連携診療計画管理料が新設され、今後、脳卒中を含む疾患に適応疾患が拡大されることが予想される。また、2006年6月に「良質な医療を提供する体制の

確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案(医療制度改革法案)」が成立し、その中で「医療機能の分化と連携」がこれから目指す医療の大きな柱の1つとして示され、連携パスの普及等を通じて医療機能の分化と連携を図ろうとする医療行政上の施策とあいまって、各地域で脳卒中の地域連携に関する取り組みが急速に進んできている。

本章では我が国の脳卒中急性期・回復期から維持期に至る診療において、医療・福祉施設の連携の動向について具体的に解説する。

2. わが国における脳卒中診療の流れ

表1はリハビリテーションの観点からみた脳卒中診療の流れである。施設間の連携を強化し、急性期・回復期・維持期の切れ目のない脳卒中診療体制を確立するためには、各施設間での親密な協力関係を構築し、意識、情報、評価方法などの共有を行い、施設間を移動する患者・家族に対し、短期間で施設を移動していくことに関して合理的な説明が行われ、理解と同意のもとに治療・ケアが進むような体制づくりが必要となる³⁾。その際に各病期の施設を切れ目なく繋ぐツールが連携パスである。

3. わが国における脳卒中連携パスの試み

わが国において展開されつつある脳卒中の連携パスの試みについて、地域

完結型および大都市圏での例に分けて、代表的なものをいくつか紹介する。

3-1. 地域完結型の例

●香川県中讃・西讃地域での試み⁴⁾

香川県中讃・西讃地域の急性期病院、回復期リハビリテーション病院、維持期(介護保険施設、在宅支援センター)、県健康福祉部所属の多職種スタッフから構成される「かがわシームレス研究会」(40施設、205名)による試みである。エクセルベースによる連携パス(全体連携図(オーバービューパス)、急性期病院、連携施設、在宅依頼書のシート)を作成し、各シートは共通のリハビリテーションステップ(基本動作・歩行能力をもとにしたリハビリテーションの経過表)と共通の評価法から構成される。転院先施設に印刷されたシートを送付し、情報共有を行う。

●熊本市とその周辺地域での試み⁵⁾

熊本市とその周辺地域の5急性期病院、13回復期リハビリテーション病院による取り組みである。現在は先行トライアルとして5急性期病院と1回復期病院で運用されている。急性期施設の負担を増やさないために、既存のファイルメーカープロをベースとした回復期のクリニカルパスに急性期情報を付加する形で作成された。すなわち、急性期には紙ベースで書式が統一された診療情報提供書の記載を行い、転院後に回復期において急性期の情報を入力する。

また、全体連携図(オーバービューパス)を構築、ADLや移動能力によって回復期の入院適応やリハビリテーションプログラムのコース選択を行う。ファイルメーカープロをベースとし、CD もしくは印刷して、各施設での情報共有を行う。

●山梨県全域での試み

「山梨脳卒中研究会」による山梨県全体での取り組みである。急性期・回復期・維持期の評価や治療の内容が、A3 用紙1枚に網羅されている。急性期治療内容、急性期入院時・退院時所見、回復期リハビリテーションの内容、回復期入院時・退院時所見を各病期のスタッフが分担して記載するようになっている。意識、運動麻痺、歩行、発語、食事、排泄等はステップアップ時にチェックする。エクセルベースでCDもしくは印刷して、各施設で情報共有を行う。

●宮城県全域での試み⁶⁾

「宮城県脳卒中研究会議」(約 40 施設参加)による仙台市を中心とした宮城県全体での取り組みである。我が国で初めてのオンラインシステムとして宮城県脳卒中ネットワーク「スマイルネットみやぎ」を構築、急性期・回復期・維持期の各施設の患者情報、治療経過、画像はデータベース化され、転院支援機能としてネットワーク上に個々の患者情報を公開することにより、転院申込から受入まで可能である。また、医療従事者だけでなく、患者自らが自身の

医療情報にアクセス可能という特徴もある。

以上の4地域の試みにおいては、参加する地域の規模や施設数は様々ではあるが、連携パス作成の課程は、いずれも、急性期・回復期・維持期の多職種スタッフ(場合によって医療行政スタッフも)から構成される連携パス研究会を立ち上げ、各施設の役割分担を理解し、急性期から維持期までの患者の紹介・逆紹介の流れを再確認した上で、全体連携図(オーバービューパス)を構築し、共通の評価法にもとづいた患者情報の共有化・一元管理(データベース化)するとい流れを経ている。宮城を除いては、完全にオンライン化はされておらず、紙やCDなどのメディアを活用せざるを得ない状態ではあるが、最終目標は全体連携図(オーバービューパス)をもとにして、ITによる患者情報のデータベース化(イントラネットによる情報ネットワークシステム)であることも一致している。

この他、ラクナ梗塞などの軽症例を対象に、県全体での取り組みとして、急性期・回復期・維持期の青森県内の約100施設(八戸・下北地域)が参加している連携パス(急性期・回復期・維持期を同一のクリニカルパスで連結)の取り組みも始まっている⁷⁾。

また、経済産業省委託事業「脳卒中医療を対象とする閉域型地域医療情報連携システムの構築と実証事業」に

においては、全国の脳卒中治療のエキスパートがワーキンググループに参加し、多くの議論の末、連携パスが完成した⁹⁾。ITを活用してイントラネット主体のネットワークシステムが構築された後、名古屋地域の急性期・回復期・維持期の約 30 施設において検証作業が予定されており、今後の動向が注目される。

3-2. 大都市圏での例

首都圏のような大都市圏では地方都市と比べて、1)人口規模がはるかに大きい、2)昼間の労働人口が多く、患者の居住地が広域的で二次医療圏に必ずしも一致しない、3)同一医療圏内に大学病院を含め多くの急性期病院が存在する一方、回復期・維持期のリハ資源が乏しく、需要と供給の不均衡がある、などの問題があり、地域完結型モデルを直ちに適用することはできない。

いまだ大都市圏における連携パスのモデルはない状況であるが、厚生労働省長寿科学研究事業「大都市圏脳卒中診療連携体制の構築－ニーズと資源のマッチング用データベースを用いたリハビリテーション医療連携システムの開発と効果の実証－」では、ITを活用し、大学病院、地域基幹病院、地域リハ支援センター、回復期リハ病院、介護保険施設、在宅リハ資源を網羅する脳卒中診療ネットワークを構築する試みが新たに始まった⁹⁾。患者・家族へのアンケート調査を通じて大都市圏における脳卒中の診療実態と連

携の阻害要因を分析した上で、リハ資源データベース「リハナビ東京」や連携用マッチングシステムを開発する予定である。地域完結型のように参加施設が一堂に会することのできない大都市圏におけるモデルとして注目される。

一方では、北海道砂川市のように脳卒中専門病院の病床数は少なく、回復期リハビリテーション病院も存在しない地域においては、砂川市立病院脳神経センターから地域の医療機関にラクナ梗塞などの軽症例を発症早期に逆紹介する形の連携パスが試みられている¹⁰⁾。これは、僻地型の1つのモデルといえるであろう。

4. 終わりに

本章では、わが国における脳卒中の連携パスの動向について述べた。脳卒中においては、急性期・回復期・維持期でアプローチの仕方が異なるため、大腿骨頸部骨折のような同一の時系列に沿ったクリニカルパスをベースとした連携パスの作成は困難である。また、大都市圏や僻地医療のような特殊性をもっていたり、連携の中心的役割を担う回復期施設の数の不足など地域性の違いによる難しさがあったりする。しかし、各地で展開されている連携パスの取り組みにおいて、脳卒中の連携パスの実態が少しずつ浮き彫りになりつつある。今後は今まで以上に全国的に多くの連携パスが試みられることは間違いなく、また、現在進行中の大型プロジェクトもいくつかあり、それらの成果にも

期待していきたい。

【文献】

- 1) 正門由久: 各種疾患・障害の動向
脳卒中のリハビリテーション.リハビリ
テーション医学白書委員会(編):リハ
ビリテーション白書,pp140-147,日本リ
ハビリテーション医学会,2003
- 2) 辻哲也: インターベンション時代の
脳卒中学上巻(改訂第2版) リハビリ
テーション医学その他の動向—機能
評価とリハビリテーションの進め方—.
日本臨床増刊(通巻)901:753-763,
,2006
- 3) 渡辺進,橋本洋一郎:脳卒中ネットワ
ーク.日本リハビリテーション病院・施
設協会,急性期・回復期リハビリテー
ション検討委員会(編):脳卒中急性期
のリハビリテーション rt-PA 時代のブ
レインアタック戦略,pp278-282,南江堂
,2006
- 4) 横山良樹,前原孝:脳卒中地域連携
パス. 藤本俊一郎(編):地域連携クリ
ティカルパス—脳卒中・大腿骨頸部
骨折・NST,pp57-65,メディカルレビュ
ー社,2006
- 5) 時里香,徳永誠,三宮克彦,桑田稔文,
中島雪彦,桂賢一,渡邊進,橋本洋一郎,
中西亮二,辻哲也,山永裕明:入院時
FIM で在院日数を複数設定した脳卒
中連携クリティカルパスを作成するた
めの基礎調査.総合リハビリテーショ
ン 35, 2007(印刷中).
- 6) スマイルネットみやぎコンソーシアム

ホームページ

URL:

[http://www.smilenet-miyagi.biz/index
.htm](http://www.smilenet-miyagi.biz/index.htm)

- 7) 青森県ホームページ 保健・医療・
福祉包括ケア推進のページ 地域連
携パス

URL:

[http://www.pref.aomori.lg.jp/c-care/
path/path.htm](http://www.pref.aomori.lg.jp/c-care/path/path.htm)

- 8) 首相官邸ホームページ 政策会議
等の活動 高度情報通信ネットワー
ク社会推進戦略本部(IT戦略本部)医
療評価委員会 東海地区における連
携医療確立に向けての取り組み

URL:

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/i
ryou/dai3/siryou2_1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/iryou/dai3/siryou2_1.pdf)

- 9) 厚生労働省ホームページ 研究事
業 長寿科学総合研究事業採択課題
一覧

URL:

[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkyu
uiigyoku/hojokin-gaiyo06/02-03-01.ht
ml](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkyuuiigyoku/hojokin-gaiyo06/02-03-01.html)

- 10) 高橋明,齋藤正樹:地域連携パス事
例 1 地域連携パスを用いた脳卒中
診療におけるネットワークの形成. 病
院新時代(通巻)25, 7-9,2006

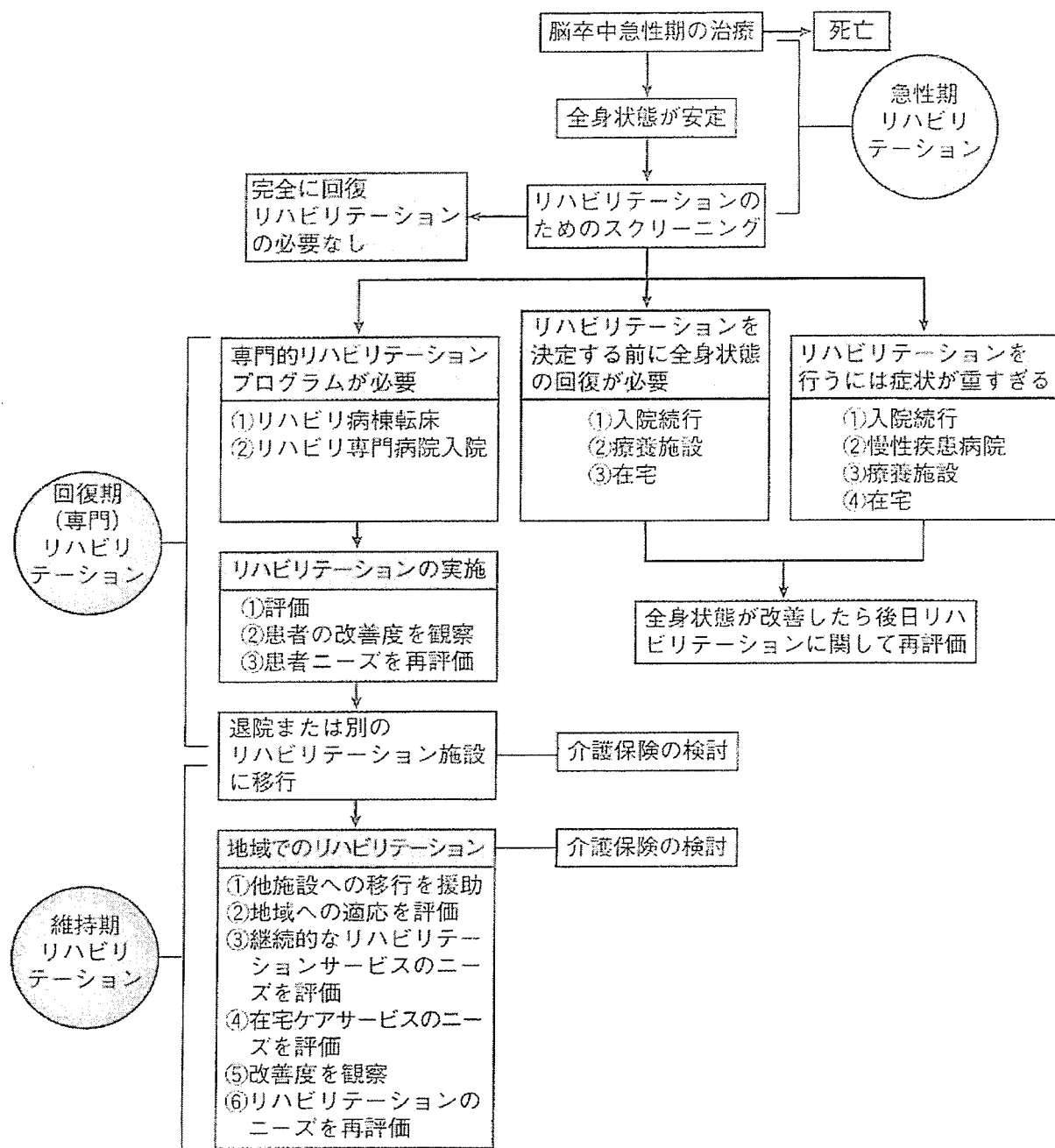


図 1 : 脳 卒 中 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン の 流 れ (文 献 1 から 引 用)

Ⅱ. 分担研究報告

1. 脳卒中診療連携体制構築に関する現状の把握

2) 行政の立場からみた脳卒中診療連携

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課長

山岸徳男

【研究要旨】

地域において、限られた医療資源を効果的・効率的に活用し、1人でも多くの都民が、より身近な地域で、症状に応じたより適切な治療を受けられるようにするためには、特定の疾病（例えば、脳卒中、糖尿病など）ごとに、外来診療から専門的な入院医療、在宅療養・介護に至るまで、各地域の実状に応じた医療機能の役割分担と連携のシステム（地域医療システム）を構築する必要がある。このため、都では、平成15年度から、二次保健医療圏ごとに、「疾病別医療連携」に取り組んでいる。

平成19年2月現在、東京都内において、島しょを除く12の二次保健医療圏のうち、疾病別医療連携に取り組んでいるのは、9圏域である。このうち、対象疾病として脳卒中を選定した圏域は、区部では2圏域、多摩地区では3圏域であり、都全体では5圏域となる。

脳卒中医療連携の各圏域共通の具体的な取組内容としては、①医療機能・技術・設備等の基準の設定、②予防法・対処法・治療法等の普及啓発、などがある。

脳卒中医療連携は、①「脳卒中医療連携リスト」の活用による患者の予後の改善、②住民や医療関係者への普及啓発による発症予防、医療関係者の資質向上、患者への適時・適切な医療の提供、③長期的にみた要介護者の抑制への貢献、などの効果が期待されている。

脳卒中医療連携の今後の課題としては、①脳卒中医療連携の取組みの拡大、②「地域リハビリテーション支援センター」との連携強化、③地域連携パスの普及拡大、④地域の実状に応じた連携策の創意工夫、などがある。（なお、課題の認識等は私見）

【都における医療連携の取組み】

東京都内には、わが国を代表する大学病院をはじめ高度医療を提供する大病院から、地域に密着した身近な医療を提供する診療所に至るまで、多様な機能・規模の医療機関が存在する。

人口10万対の病院数・病院病床総数・一般病床数を全国値と比較すると、都内(病院数 5.4、病院病床総数 1,047.6、一般病床数 671.4、数値は平成16年10月1日現在、以下同じ)は、いずれも全国値(病院数 7.1、病院病床総数 1,277.8、一般病床数 714.4)を下回っているが、区部の一般病床数(728.8)に限っては全国値を上回っている。

療養病床数についても、都内(159.4)は全国(273.7)を下回っており、特に区部(127.7)は、極端に少ない。

これは、また、都内の急性期医療の機能を担う特定機能病院、公立病院、比較的大規模な民間病院などが区部に集中する傾向にある一方、慢性期医療の機能を担う療養病床が多摩地区に偏在している、都内の病院機能の地域的偏りをもあらわしている。

他方、一般診療所については、都内(総数 98.5、区部 110.7)は全国(76.0)を大きく上回っている。(1)

このような地域により固有の事情を抱える医療資源の現状を踏まえ、限られた資源を効果的・効率的に活用し、都民に適切な医療を提供するためには、それぞれの地域において、

- ①健康管理や初期医療、慢性期の療養管理などのプライマリケアを担う診療所などの「かかりつけ医」(一次医療機関)
- ②高度な検査機器や入院治療機能をもつ病院(二次医療機関)

③特定機能病院などの高度先進医療機能をもつ病院(三次医療機関)

が、それぞれ患者を紹介したり共同で診療にあたったりするなど、医療機能の役割分担と連携のシステム(地域医療システム)を構築する必要があることが認識された。

このため都では、平成6年度から、病院と診療所との機能の分担と連携の強化のため、患者紹介や専門的医療機器の相互利用などを進める「医療機能連携推進事業」を、二次保健医療圏ごとに地区医師会に委託して実施するとともに、平成7年度からは、区市町村への補助事業として、「かかりつけ医療機能推進事業」に着手した。

さらに、平成12年度からは、この2つの事業を二次保健医療圏単位で一体的に推進するため、「地域医療システム化推進事業」を実施することとした。

この事業は、圏域内の区市町村、地区三師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会)、中核病院、学識経験者、住民代表等をメンバーとする「地域医療システム化推進協議会」を設置し、各地域の実状に応じた医療連携システムのあり方を検討し、かかりつけ医の普及啓発や医療情報マップの作成などに取り組むものである。

この事業を実施した結果、具体的な課題として、二次保健医療圏における医療連携システムのあり方が、疾病によってかなり異なることが認識されるに至った。

このため、平成15年度から、二次保健医療圏ごとに、新たに「疾病別医療連携」に取り組むこととしたものである。

【疾病別医療連携】

疾病別医療連携は、1人でも多くの都民

が、より身近な地域で、症状に応じたより適切な治療を受けられるようにするため、特定の疾病(例えば、脳卒中、糖尿病など)ごとに、外来診療から専門的な入院医療、在宅療養・介護に至るまで、各地域の実状に応じた効果的・効率的な医療提供体制を構築しようとするものである。

その推進の大まかな手順は、

- ①対象疾病の選定
- ②圏域内の地区三師会、中核病院、保健所、対象疾患の専門家等をメンバーとする協議組織の設置
- ③医療機能・技術・設備等の基準の設定
- ④疾病別医療連携リストの作成・活用
- ⑤連携ガイドライン(統一的判断基準)の作成
- ⑥都民・医療従事者への普及啓発

である。
②の協議組織に関しては、既存の地域医療システム化推進協議会を活用した圏域と、新たな検討会を設置した圏域とがあった。

しかし、いずれにせよ、協議組織を活用し、そこで対象疾患の選定等を行うこと(新たな検討会を設置する場合は、その前段階の連絡会で選定)、協議組織の運営を対象疾患の中核病院または地区医師会に委託すること、がこの疾病別医療連携の特色である。

【脳卒中医療連携の取組状況】

平成19年2月現在、東京都内において、島しょを除く12の二次保健医療圏のうち、疾病別医療連携に取り組んでいるのは、区部4圏域、多摩地区5圏域の計9圏域である。

このうち、対象疾病として脳卒中を選定し

た圏域は、区部では、既に3年間の実施期間を終了した1圏域を含め、

- ①区中央部(千代田区・中央区・港区・文京区・台東区、平成16年度～)
- ②区東北部(荒川区・足立区・葛飾区、15年度～17年度で終了)

の2圏域である。

多摩地区では、対象疾患名を脳血管疾患としている1圏域を含め、

- ①西多摩(青梅市・福生市・羽村市・あきる野市・瑞穂町・日の出町・檜原村・奥多摩町、17年度～)
- ②南多摩(八王子市・町田市・日野市・多摩市・稲城市、脳血管疾患、17年度～)
- ③北多摩西部(立川市・昭島市・国分寺市・国立市・東大和市・武蔵村山市、17年度～)

の3圏域であり、都全体では5圏域となる。

ちなみに、対象疾患としては、脳卒中に次いで多いのは、4圏域で取り組まれている糖尿病である。

脳卒中医療連携の具体的な取組内容の詳細は、圏域ごとに異なる。

しかし、以下に挙げるような事例は、各圏域で、ある程度共通して取り組まれている。

- ① 医療機能・技術・設備等の基準の設定
地区三師会・中核病院・保健所等で構成される協議組織において、患者の状態に応じて必要となる医療機能・技術・設備等について、協議のうえ基準を設定する。

この基準に基づいて、圏域内で医療資源調査を実施する。さらに先進的な圏域では、調査結果を基に「脳卒中医療連携リスト」を作成している。

- ② 予防法・対処法・治療法等の普及啓発

住民に予防法や対処法を普及啓発するとともに、医療関係者に治療法やリハビリに関する講習会を実施している。

【脳卒中医療連携に期待される効果】

脳卒中医療連携の取組みは、都内の多くの圏域では、まだその緒についたばかりであるが、次のような効果が期待されている。

まず、医療機能・技術・設備等の基準が設定され、「脳卒中医療連携リスト」が活用されることにより、患者の症状に応じた適時・適切な医療内容（治療法、リハビリ等）や医療機関が選択でき、予後の改善につながることを期待される。

また、住民への普及啓発による発症予防のほか、医療関係者への普及啓発により、医療関係者の資質の向上、これによる患者への適時・適切な医療の提供、予後の改善が期待できる。

さらには、長期的にみれば、要介護者の抑制にも貢献することが期待される。

【脳卒中医療連携の今後の課題】

脳卒中医療連携の目的は、1人でも多くの都民が、より身近な地域で、症状に応じたより適切な脳卒中の治療を受けられるようにすること、である。

この目的に基づき、東京都内の脳卒中医療連携をさらに拡充するには、以下のような課題が存在すると思われる。

①脳卒中医療連携の取組みの拡大

現在、4圏域で取り組まれているが、未実施の圏域において、1つでも多く、新たに脳卒中医療連携に取り組まれることを期待してやまない。

②「地域リハビリ支援センター」との連携強

化

東京都では、地域のリハビリテーションに対する支援拠点として、平成13年度から、二次保健医療圏ごとに「地域リハビリテーション支援センター」を指定してきた。今年度で、島しょを除く12の医療圏すべてにセンターの指定が完了したところである。

センターの役割は、地域のリハビリ従事者への研修・援助の実施、地域の相談機関・関係機関への支援、連絡会・事例検討会の開催などである。脳卒中医療連携における中核病院の役割と似通う部分も多く、中核病院とセンターとの連携の強化や、両者を同一の病院とすることなどが課題と考えられる。

③地域連携パスの普及拡大

急性期の治療・リハビリ→回復期リハビリ→維持期リハビリへと、切れ目のない強固な連携体制を構築するためには、地域連携パスの効果的な活用が有益と考えられる。

都内の地域リハビリテーション支援センターの中にも、脳卒中の地域連携パスの作成・利用に着手し、効果をあげているセンターがある。また、昨年4月の診療報酬改定により算定対象疾患として認められた「大腿骨頸部骨折」に加え、脳卒中の地域連携パスも報酬算定上、評価されることが望ましい。

④地域の実状に応じた連携策の創意工夫

都内の地域リハビリテーション支援センターの中には、連携マップやリハビリ手帳の作成・利用など、ユニークな取組みに着手し、効果をあげているセンターもある。

リハビリ等の地域の社会資源に関しては、都内においても場所によりかなりの差異があり、それぞれの地域の実状に応じた連携

策の創意工夫が課題である。

（なお、課題の認識等は、あくまでも私見であることを申し添える。）

(1)東京都福祉保健局編集発行「東京都の医療施設」[平成16年医療施設(動態)調査・病院報告結果報告書]平成18年3月

【文献・資料】

Ⅱ 分担研究報告

1.脳卒中診療連携体制構築に関する現状の把握

4) 医師会の立場からみた脳卒中診療連携

東京都医師会

安藤高朗

【研究要旨】

都民が我々医療人に求められていることは、安全で安心な医療、質の高い医療、わかりやすい医療である。都民の「誰も」が「身近な地域」で「症状に応じた」適切な医療が受けられるよう、二次医療圏ごとに、患者の疾病(主に生活習慣病)や状況に応じた医療連携を促進し、プライマリケア(外来診療)から専門的な入院医療、退院後のフォローに至るまで、身近な地域で対応できる効率的な医療提供体制の構築が必要である。

東京医師会では東京都と平成15年度より「地域医療システム化推進事業」として疾患別医療連携に取り組んでいる。今回は日本人の死因の第3位、要介護原因の第1位であり、総患者数は137万人と言われる脳卒中の医療連携について、東京都医師会の立場から考察する。もともとこの事業は、平成7年度～平成13年度に実施された「かかりつけ医機能推進事業」と平成6年～平成16年に実施された「医療機能連携推進事業」を受け継いだものである。「かかりつけ医機能推進事業」では、かかりつけ医の役割を明確化し、住民への普及啓発を図った。「医療機能連携推進事業」では、病院と診療所の機能分担と連携を図るため、患者紹介や専門的な医療技術、医療機器の相互利用を推進した。そして平成12年度から「地域医療システム化推進事業」を実施している。二次医療圏単位で一体的に推進するため、二次医療圏ごとに協議会を設置し、医療提供のあり方を協議し、かかりつけ医の普及啓発や医療情報マップの作成、参加者間の意見交換や情報提供などの取り組みを図っている。脳卒中に関しては、区中央部、区東北部、南多摩、北多摩西部、西多摩の5地区での内容について報告する。

【取組例】

1. 区中央部保健医療圏

区中央部保健医療圏では、千代田区医師会、神田医師会、中央区医師会、日本橋医師会、港区医師会、文京区医師会、小石川医師会、下谷医師会、浅草医師会の連携にて実施している。高度先進医療、救命救急医療等の急性期医療を中心とした大学病院等の大規模病院が集積する地域であり、急性期の医療機能と資源は豊富に存在するが、病床数過剰の圏域である。しかしながら、慢性期医療や回復期を中心とするリハビリテーションを提供するなど、急性期治療後の在宅へ復帰するまでの医療機関や、介護福祉系の施設は他圏域と比較して少ない。医科・歯科の診療所、薬局の数は他圏域と比較して多いが、都心部という地域性から、昼間人口が夜間人口の約5倍であるなど、患者は在住者より在勤者が多く含まれる。一方、医療機関側もいわゆる「ビル診」と呼ばれる医師が居住しない診療所も多い。本事業は平成16年度からの継続事業であり、平成16年度は脳卒中医療連携に必要な医療機関情報と患者受入基準（急性期）の検討を行い、17年度は引続き、回復期、維持期に関する基準の検討を行うとともに、脳卒中医療提供体制に関するアンケート調査を圏域内の全医療機関を対象に行った。18年度は、脳卒中医療連携リストの作成、脳卒中医療連携リスト配付先の検討、脳卒中医療連携リストの管理・更新及び活用方

法の検討、区民、医療機関及び救急隊への普及啓発の方法等を検討している。

2. 北多摩西部保健医療圏

北多摩西部保健医療圏では立川市医師会、国分寺市医師会、東大和市医師会、昭島市医師会、国立市医師会、武蔵村山市医師会の連携にて実施している。心疾患の年齢調整死亡率が圏域内で第1位であり、都の死亡率より高い。主要疾病別死亡数も圏域内第1位である。脳卒中は、年齢調整死亡率が圏域内第2位であり、主要疾病別死亡数も第2位である。三次救急病院が1カ所、二次救急病院が15カ所あるが、救急患者は必ずしも圏域内の病院に搬送されているわけではない。脳卒中の急性期について圏域内の医療状況・連携状況を把握し、疾病別、状況別のガイドラインを作成し、ガイドラインに基づき、医療従事者や救急隊、住民に対して研修会を実施し、普及啓発を図る。具体的には、医療連携推進のためのアンケート調査、医療連携のあり方を検討するための基礎資料とするため、圏域内の医療機関にアンケート調査を実施、疾病別・状況別に適宜適切な連携ができるようにガイドラインを作成し、医療従事者・救急隊・住民への普及啓発として、リーフレットの作成や講習会の開催などを検討している。

3. 区東北部保健医療圏

区東北部保健医療圏は東部地域病院を中心として実施している。平成15年度

末より、地区医師会、中核病院の医療連携室担当者を中心とした連絡会を開催し、圏域内の課題を整理し、平成16年度は地区医師会、中核病院、各区保健所で構成する疾病別医療連携検討会に移行した。17年度より脳卒中ネットワーク(仮称)の構築・試行、区民や医療関係者への脳卒中の対処法・治療法の普及啓発などの取組を行ってきた。

4. 西多摩保健医療圏

西多摩保健医療圏は西多摩医師会にて実施している。当該地域の面積は都全体の約26%を占めるが、人口については約3.2%を占めるにとどまり、人口減少や高齢化が目立つ町村をかかえている。医療資源については、精神科病床は多いが一般病床や一般診療所数については、都の平均を下回っており、しかも地域的偏在が見られる。疾病別死亡順位の上位の3位は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順となっている。平成17年度より医療資源把握のための調査、連携方法を検討、医療連携リストの検討、地域連携パス(患者情報シート)の検討、医療連携の普及活動を図った。今後は地域内における脳卒中に係る医療資源間の連携リストと地域内共通の患者情報シートを作成する。

5. 南多摩

南多摩保健医療圏は、八王子市医師

会、多摩医師会、町田市医師会、日野市医師会、稲城市医師会の連携にて、永生病院を事務局として実施している。南多摩保健医療圏は療養病床や精神科病床の非常に多い地域である。脳血管疾患におけるリハビリテーション医療に関しては、患者の状況に応じた医療連携を促進し、急性期から回復期、維持期に至る地域での効率的な医療提供体制の構築を図るため、連絡協議会開催、各種アンケート調査の実施、連携リストの作成、情報の共有化を図っている。具体的には、急性期における脳血管疾患急性期治療指針の計画策定と予後予測の想定を基に、回復期(亜急性期)を経て、維持期(慢性期)まで、連携体制を構築する。

6. その他

東京都医師会は、東京都リハビリテーション病院の指定管理者であり、区東部保健医療圏の地域リハビリテーション支援センター機能を担っている。東京都の東京都リハビリテーション協議会部会等に参加している。東京都医師会の病院委員会において会長諮問事項「東京都におけるあるべき医療計画—さらにきめの細かい医療連携をめざして—」として、先に述べた北多摩保健医療圏の脳卒中医療連携について報告している。脳卒中医療連携に関しては、東京都地域ケア整備構想検討委員会でも十分議論される必要がある。東京都医師会と東京都福祉保健局の意見交換会も開催しており、地域連

携、リハビリテーション、ターミナルケア、療養病床に関して考えをまとめてきた。在宅療養支援機能としては、患者急変時後方支援病床確保事業、在宅療養・調整相談事業、在宅医療指導医師の活用、人材育成機能を充実させようとしている。そのため東京都は医療保健政策区市町村包括補助事業に平成19年度予算として総額25億円を獲得している。

【課題】高齢化の進展による医療や介護のニーズの増大

生活習慣病対策

身近な地域で安心して暮らすことのできる医療提供体制の整備

・地域の中核病院の医療連携室間のネットワークの強化

・患者の疾病(主にがん・糖尿病・心疾患などの生活習慣病)や状況(急性期・亜急性期・慢性

期)に応じた地域で対応できる効率的な医療提供体制の構築

・介護に至るまで、地域で対応できる効率的な医療提供体制の構築

疾病別・状態別に適時適切な連携ができるような統一的判断基準(連携ガイドライン)の作成

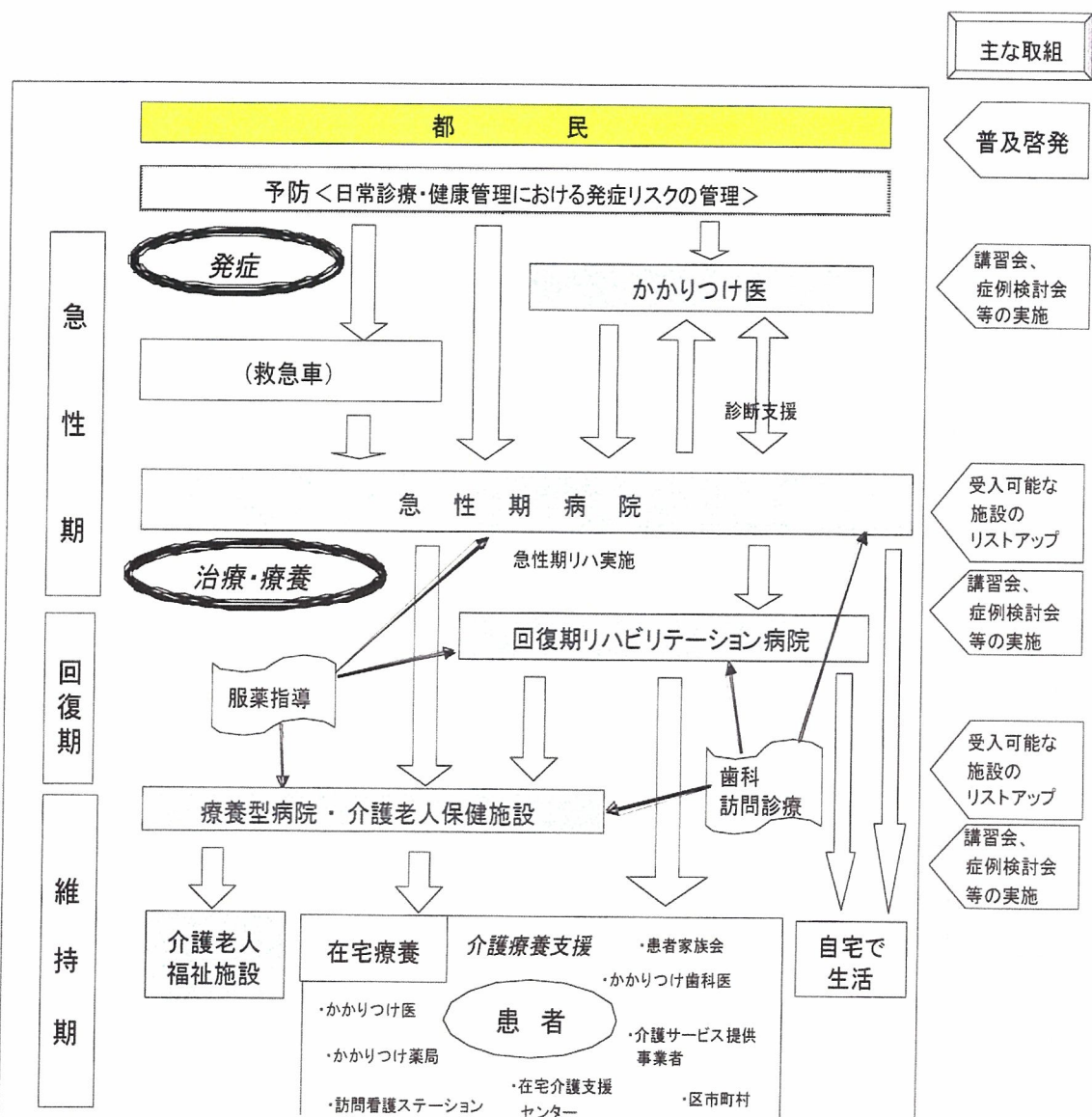
疾病別医療連携リストやガイドラインの活用

【まとめ】

疾患別医療連携は東京都から開始し、医療制度改革の中で展開されることになっている。医師会(地区医師会、東京都医師会)の役割は、それぞれの地域の特

性や資源の把握によるコーディネータ役であり、単独の医療圏では不十分な場合には複数の医療圏間での情報交換が必要である。さらに都民・救急隊・医療関係者へ啓発も重要である。平成17年10月よりtPA(組織性プラスミノゲン活性化因子)の治療が始まったこともあり、脳卒中の治療では、たとえば、「麻痺がありません。少し様子を見てください。」をなくし、早期にtPAの治療を行うことが重要である。脳卒中の診療連携においては、TPAの治療の標準化により、医療機関の脳卒中治療やリハビリテーションの質の向上が必要である。

図.東京都地域医療システム化推進事業



II. 分担研究報告書

2. 脳卒中診療動向の実態調査 1) 急性期における脳卒中診療動向

a) 大学病院における脳卒中診療の動向

慶應義塾大学医学部神経内科

鈴木則宏(分担研究者)、星野晴彦(研究協力者)

【研究要旨】

2004年から2005年までの2年間に慶應義塾大学病院に入院となった脳卒中患者の居宅地と転帰、転院先を調査し、入院患者動態を検討した。退院時のADLは全脳卒中の26.2%がmodified Rankin Scale (mRS)3-5の要介護のレベルであり、転院となった症例の約8割はmRS3-5のADLであった。転院例は自宅退院例よりも在院日数が約10日間長く、転院までの待ち時間を要しており、スムーズな転院が行われるよう改善する必要性が認められた。自宅住所の検討から、約70%の症例は東京23区内に居住していたが、20%は東京都外の居住であった。都外在住者の発症年齢が明らかに若い事から、勤務先あるいは出かけ先での発症例が多い事が伺われた。転院先住所についても約25%は東京都外への転院であった。都心部では急性期以降の治療を行う施設が少ない事とともに、居住地の関係からも、急性期以後の治療のために東京都外へ転院する症例も多く、医療連携を考える上で、都心部の地域で完結するような医療連携とともに、広域な地域(地元)につながる医療連携のシステムも必要と考えられた。

A. 研究目的

脳卒中診療は発症後の経時的な治療を効率よく最大限に効果をあげるために、急性期を主に治療する急性期病院、リハビリテーションを中心とした回復期リハビリテーション病院、長期療養を目的とした療養型病院あるいは在宅療養、とそれぞれに特化した専門病院で設備と人的な集約を行って診療する事が必要である。地域によってはこ

のような病院の連携がスムーズに行われている地域もある¹⁾が、大都市圏、東京においては膨大な人口にみあう急性期病院が多数あるにも関わらず、それに引き続き治療を十分に行えるリハビリテーション及び療養型病床が極めて少ない事が指摘されている。今回、大都市圏での医療連携の基礎となる資料を得るため、東京都心部にある大学病院での脳卒中診療の実態を明らかにする事