




当センターにおける脳卒中地域医療支援
継ぎ目なき質の高い脳卒中地域医療をめざして



九州医療センター 脳血管内科
 齊藤正樹 湧川佳幸 岡田靖

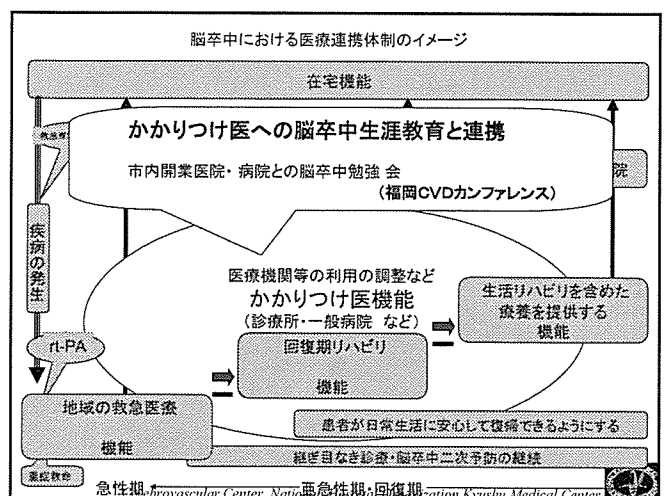
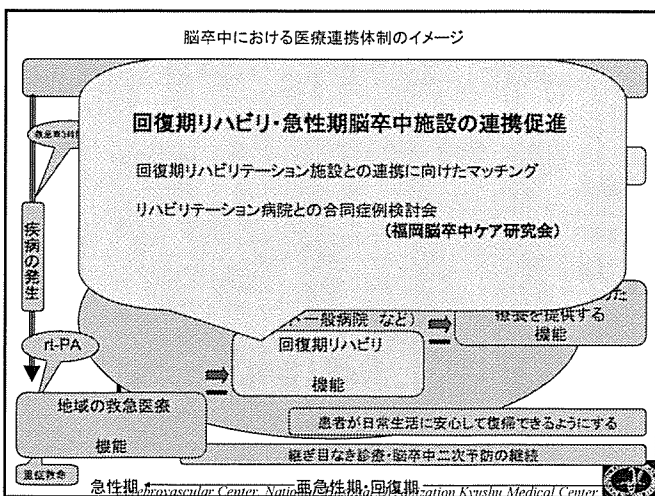
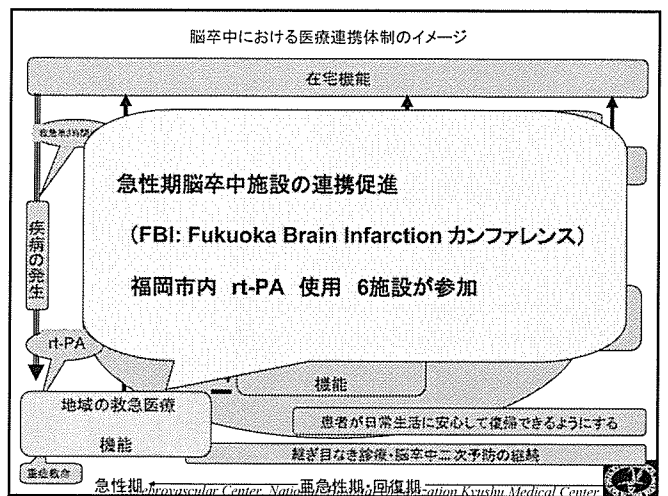
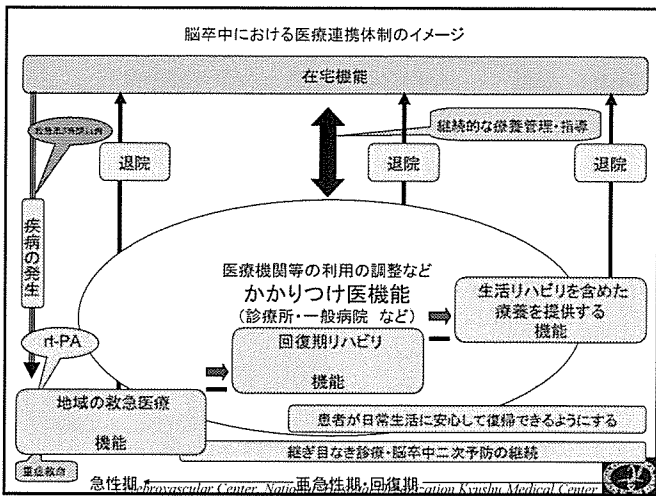
Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

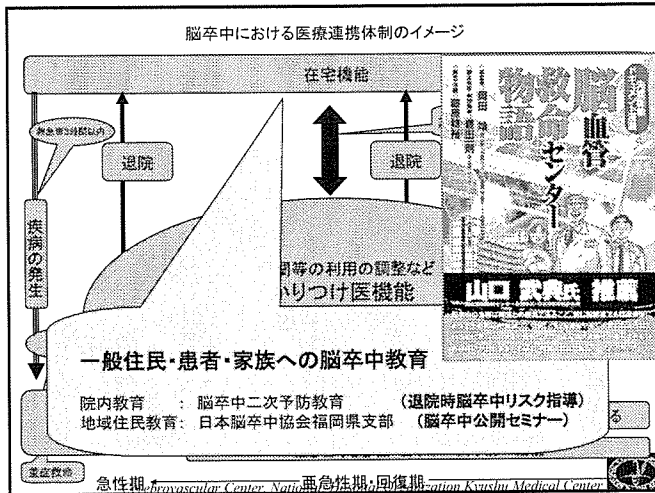


九州医療センターによる地域医療支援

- 1. 急性期脳卒中施設の連携促進 (FBI: Fukuoka Brain Infarction カンファレンス)
- 2. 回復期リハビリ・急性期脳卒中施設の連携促進 (福岡脳卒中ケア研究会)
- 3. かかりつけ医への脳卒中教育と連携 (福岡CVDカンファレンス)
- 4. 一般住民・患者・家族への脳卒中教育

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center





リハビリテーション施設指導・生活指導のためのチェックリスト

(お答えいただいた内容から、個人にあった、具体的な退院後の生活指導やアドバイスをいたします。)

糖尿病に関する退院前指導、生活指導のためのチェックリスト

あなたの最近の採血結果です、採血日()

空腹時血糖 (正常値 100mg/dL未満)

HbA1c (正常値 5.8 mg/dL未満、治療後は)

日常生活上の工夫で血糖値を

日本糖尿病学会から推奨する

- 食事は毎食食べる、必ず
- 野菜や食物繊維の多いものを積極的に食べる
- 適量食後の散歩 (基礎疾患)
- 定期的に目や、足趾の腫れや痒み、下痢、尿の濁りなどがなければ
- 予防接種
- 禁煙

※糖尿病患者は周囲の、その人にとって危険な状態です。おかけつけの注意を十分し、必要に応じて適切な指導をお願いします。患者を救済してください。

当センターで配布・指導

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

急性期脳卒中施設の連携促進

1. FBI: Fukuoka Brain Infarction カンファレンス
2. rt-PA静注患者の救急搬入での実態把握

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

FBIカンファレンス参加施設

福岡市内 6施設：九州大学医学部病院 福岡市民病院
済生会福岡総合病院 福岡赤十字病院
国立病院機構 福岡東医療センター
国立病院機構 九州医療センター

6施設の急性期脳卒中の現状

発症1週間以内	866例
うち発症3時間以内	131例 (15%)
t-PA施行例	29例

発症3時間以内のうち	22%
急性期脳梗塞のうち	3.3%
著明改善	9例 (31%)

>> 発症早期の来院が不可欠 プレホスピタルケアが重要

7-PA静注治療法
脳梗塞発症 29分後 病院到着
68歳 女性 心室細動

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

福岡市におけるrt-PA静注施設

隣接地域
前原市
二丈町

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

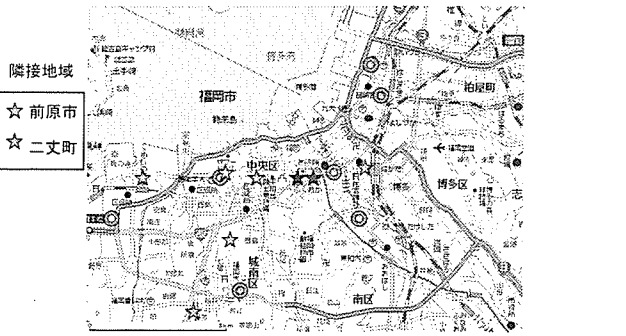
福岡市におけるrt-PA静注施設

隣接地域
前原市
二丈町

◎ rt-PA静注対応7施設 (FBIプラス 1施設)

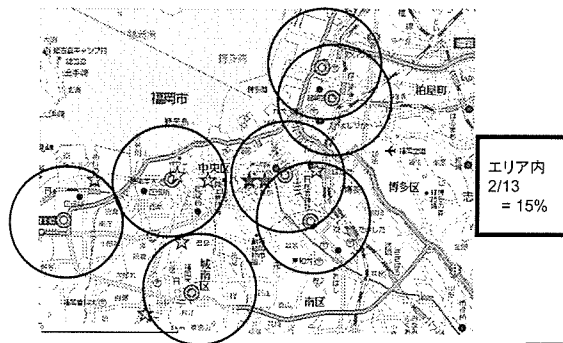
Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

福岡市におけるrt-PA静注搬入



☆ 自宅から直接搬入 ☆ 一度病院に搬入後転送 ☆ 院内発症
 Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

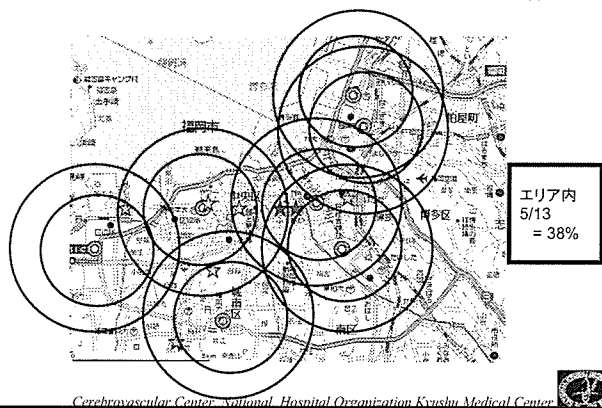
福岡市:半径2kmモデル



エリア内
2/13
= 15%

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

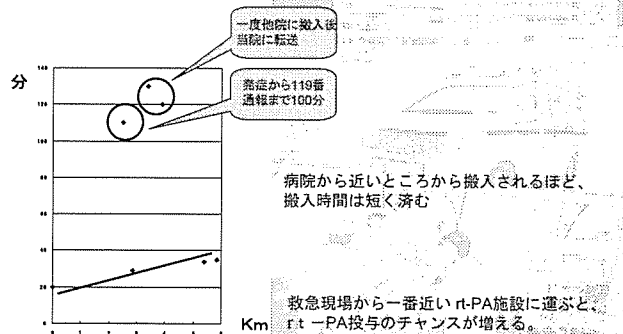
福岡市:半径3kmモデル(都心部を網羅)



エリア内
5/13
= 38%

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

rt-PA静注となった患者の搬入距離(km)と搬入までの時間



Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

九州医療センターと福岡県との 脳卒中医療連携の推進

1. 福岡県地域リハビリテーション推進検討会
2. 地域リハビリテーションの推進

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

福岡県地域リハビリテーション推進検討会

(2005~)

検討事項

1. 福岡県における地域リハビリテーション連携推進に関すること
2. 廃用症候群モデル、脳卒中モデルにおける調査に関すること
3. その他、県内の地域リハビリテーションの推進に必要な事項

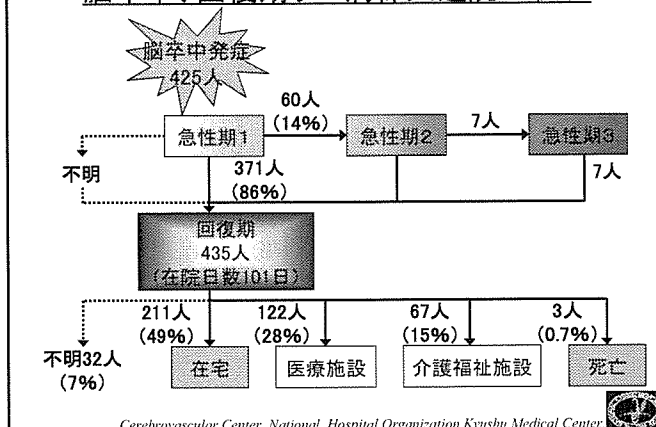
検討委員 (12名)

小倉リハビリテーション病院 浜村明徳、九州医療センター 岡田 靖ら
 学識経験者、関係機関・団体の代表(医師、歯科医師、理学療法士、
 作業療法士、訪問看護師、介護支援専門員)、市町村代表、県保健所長会



Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

脳卒中、回復期リハ病棟入退院の状況



調査結果から見た福岡県の リハビリテーション状況

発症から回復期病棟入院まで 36.3日
回復期病棟入院期間は 101日

自宅復帰 回復期病棟退院の約50%

回復期病棟入院までの日数が短いと、入院直後のBIが高く改善度も良く、在宅復帰率も高い

回復期病棟のリハスタッフ1人あたりの病床数に施設間格差
1人あたりの病床数が少ないと
入院後のリハ開始日が早く、回復期病棟の入院期間が短い

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

福岡県における地域リハビリテーション推進方策

～障害のある人や高齢者が、住み慣れたところで、そこに住む人と共に、安全にいきいきとした生活を送れるために～

現状と課題

- 軽度用介護者の増加 (1.8倍)
- 軽度用介護者の出現率 (全国4位)
- 用介護出現率の地域差
- 平均在院日数 (全国4位)
- 脳血管疾患入院受療率 (全国平均1.4倍)
- 脳血管疾患死亡率 (全国37位)
- 回復期病床数 (全国1位)
- 回復期病床率 (全国4位)
- 医療資源の地域偏在
- 回復期病院における施設間格差

方策

- 介護予防事業の推進
介護予防評価支援体制の構築
評価支援委員会、専門部会、介護予防支援センターの設置
- 医療機能の分化、連携の推進
急性期から在宅医療への連携強化
連携パスの活用
- 生活習慣病対策の推進
メタボリックシンドロームの概念を導入した標準的な健診、保健指導の実施

Cerebrovascular Center, National Hospital Organization Kyushu Medical Center

(スライド)

【パネルディスカッション】

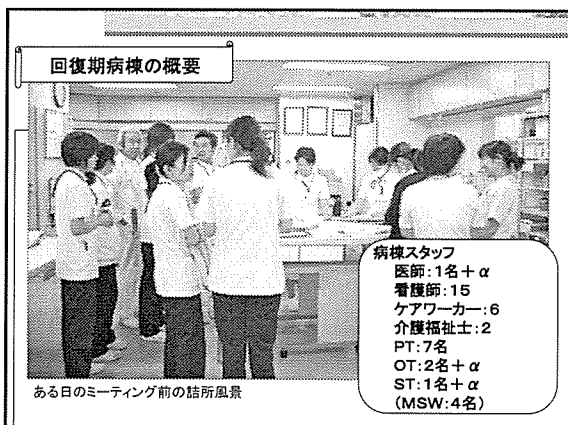
地域連携における回復期リハビリの現状と課題

演者：協和会病院

松田 淳子 先生

地域連携における回復期リハビリテーションの現状と課題

協和会病院リハビリテーション科
松田淳子(理学療法士)



回復期リハビリテーション病棟の入棟状況

(2006年1月1日~12月31日)

	東病棟	西病棟	合計
全入棟件数	166 (128:77%)	154 (77:50%)	320 (205:64%)
内科系	120 (109:90%)	48 (39:81%)	168 (148:88%)
整形外科系	46 (19:40%)	106 (38:36%)	153 (57:37%)

()内は他院紹介例の件数及び%

内科系疾患の約95%が脳血管障害および頭部外傷

回復期リハビリテーション病棟入院患者の帰結

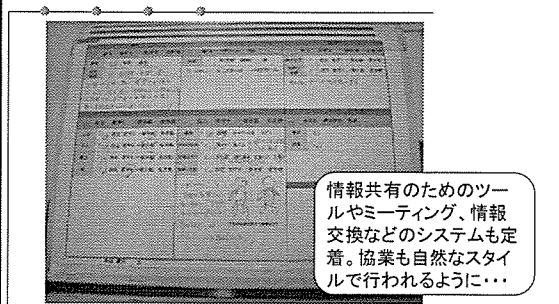
(2006年1月1日~12月31日)

	内科系 (n=147)	整形外科系 (n=146)	平均 (n=293)
在棟日数	102.5日	57.9日	80.2日
自宅退院率	65.3%	78.8%	74.4%

内科系疾患の約95%が脳血管障害および頭部外傷

日本回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の調査結果は、平均在院日数80日、自宅退院率は67.7%(2005)

回復期リハビリテーション病棟開設から4年



当院での回復期リハビリテーションの取り組み

- 必要に応じたりハビリテーションサービスの提供
- 在宅復帰をスムーズにするための家屋改修や家庭訪問の取り組み
- スタッフ間、スタッフ・家族間の情報共有の強化

…など

最近感じる回復期リハ病棟の課題は…

- 「リハの患者さん」とレッテルが貼られたとたん患者さんに興味を失う一般診療科のお医者さん
- 患者さんの心理面をフォローできるスタッフの不足(各職種の専門分化により、心理面のキーパーソンになるスタッフがいらない)

豊能医療圏には…

- 豊能地区リハビリテーション病院連絡会の存在で…

回復期から維持期への連携の課題

脳卒中後遺症者における退院後の環境不適合と訪問リハビリテーション

奈良健司 結晶リハビリテーションの意義とシステム 理学療法ジャーナル19-439-446(2005)より

不適合の原因は…

- 維持期の人たちの顔が見えない
- 急性期→回復期はある程度同じ職種間の連絡が可能だが、
- 回復期→維持期にはより多職種への伝達が必要であることが多いにもかかわらず「共通言語」に乏しい
- 回復期リハビリテーション病院は「機能回復偏重」「生活が見えていない」?

ICFの生活機能構造モデル

第3病棟	地域連携担当	地域連携担当
1 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
2 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
3 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
4 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
5 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
6 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
7 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
8 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
9 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
10 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
11 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
12 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
13 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
14 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
15 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
16 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
17 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
18 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
19 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
20 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
21 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
22 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
23 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
24 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
25 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
26 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
27 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
28 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
29 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
30 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
31 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
32 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
33 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
34 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
35 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
36 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
37 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
38 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
39 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
40 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
41 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
42 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
43 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
44 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
45 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
46 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
47 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
48 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
49 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
50 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
51 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
52 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
53 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
54 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
55 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
56 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
57 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
58 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
59 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
60 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
61 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
62 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
63 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
64 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
65 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
66 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
67 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
68 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
69 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
70 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
71 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
72 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
73 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
74 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
75 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
76 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
77 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
78 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
79 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
80 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
81 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
82 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
83 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
84 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
85 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
86 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
87 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
88 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
89 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
90 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
91 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
92 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
93 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
94 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
95 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
96 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
97 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
98 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
99 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇
100 〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇

例えばこんなツールを使って連携は図れないか？

地域連携における回復期リハビリテーションの課題

- 共通言語: 急性期→維持期までつながる共通の評価ツール
- 顔が見えない: 発信する努力(これもツール?)
- 回復期への「機能回復偏重」「生活が見えていない」という批判に対しては・・・: 「最大限の機能回復」を目指すのは回復期の重要な使命。それを生活に結び付けられているかどうか課題。

豊能版地域連携への期待

脳卒中ノート

脳卒中の患者さんがずっと地域でその人らしく生活できる為に・・・

維持期症例の課題

- ①再発予防
- ②二次障害発生予防
- ③回復期で獲得された能力の維持・さらなる改善

ぜひ脳卒中ノートを活かして実現を！！

(資料 6)

第6回世界脳卒中学会
参加報告書

国際学会参加報告書

国際脳卒中学会・地中海脳卒中学会ならびに南アフリカ脳卒中財団による
合同世界脳卒中会議

2006年10月26～29日、南アフリカ共和国ケープタウン

Joint World Congress on Stroke:

International Stroke Society, Mediterranean Stroke Society and Southern African
Stroke Foundation

Cape Town, South Africa, October 26-29, 2006

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業）
「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定と監査システム開発に関する研究」
主任研究者 峰松一夫（国立循環器病センター内科脳血管部門・部長）

はじめに

国際脳卒中学会（International Stroke Society, ISS）、地中海脳卒中学会ならびに南アフリカ脳卒中財団の共催による「合同世界脳卒中会議」が2006年10月26～29日の会期で南アフリカ共和国ケープタウン市のケープタウン国際会議センターにおいて開催された。大会会長はBornstein教授（イスラエル）、Hacke教授（ドイツ）の2人が共同で務めた。

ISSが主催する世界脳卒中会議は、京都市で開催された1989年の第1回会議（創立会議）を皮切りに、ほぼ4年に1度の頻度で定期開催されてきた。ちなみに前回の第5回大会は2004年にバンクーバー市（カナダ）で開催され、第6回大会は2008年9月にウィーン市（オーストリア）で開催予定である。

しかしながら4年ごとの開催では、昨今の脳卒中の診療・研究の急速な進歩に対応できないとの意見が強くなっていた。今回は、近い将来における隔年定期開催への移行を前提に急遽、世界会議として開催されたものである。本大会は、アフリカ大陸で開催された初の脳卒中世界会議でもあった。

なおISSは世界保健機関（World Health Organization, WHO）が2005年に公式認定した「唯一の世界規模での脳卒中学術団体」であり、代表者は国立循環器病センター名誉総長の山口武典氏（理事長代行）が務めている（本大会まで）。また、本学会の機関誌International Journal of Strokeの編集委員会には、日本から山口、篠原（日本脳卒中学会理事長）、及び峰松の3名が加わっている。

会議の概要

会議は10月26日(木)11:00~12:45の宣言セッション「脳卒中は南アフリカにおける破滅的な疾患である」、13:00~14:00 公式開会シンポジウムで始まった。前者では、南アフリカ共和国における50歳以上の中高年の最大の死因が脳卒中であること、同国の脳卒中对策の問題点などが報告された。引き続き公式開会シンポジウムでは、主催3団体ならびに関連団体代表者による開会の挨拶、祝辞の後に、本学会開催日である10月26日を今後「世界脳卒中デー(World Stroke Day)」と定めることが宣言された。

引き続き、14:15~18:00に世界の脳卒中診療サービスの現状について、先進国(英国、米国、日本、ドイツ)と急成長国(チュニジア、ポーランド、ロシア、ブラジル、サウジ・アラビア、インド、中国)の状況が紹介され、改善に向けた熱心な討論が行われた。

この後会議は、10月29日まで4日間にわたり、4会場で計28の口演セッション(総計192演題)及び計482題のポスター発表と活発な討論とが繰り広げられた。参加者は過去の世界脳卒中会議と比較し、最大規模となった(約3000人)。本学会の全演題の抄録は、機関誌International Journal of Stroke Vol.1, Suppl.1, Nov. 2006に掲載されている。

なお峰松は、10月24日(火)に日本を出発し、香港・ヨハネスブルグ経由で25日(水)にケープタウンに到着した。会期中は主要なセッション、シンポジウムに参加し、また口演セッションの座長ならびに口演発表を行った。会議終了翌日の10月30日(月)にケープタウンを出発し、ヨハネスブルグ・香港経由で翌31日(火)に帰国した。

組織的な脳卒中ケアとリハビリテーション

過去10年以上にわたり、組織的な脳卒中診療システムの構築が、患者の転帰改善に有効であることが示されてきた。また、発症3時間以内の急性虚血性脳卒中に対する特効薬である遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクチベータ(recombinant tissue plasminogen activator, rt-PA)静注法が1995年以降、世界各国で承認されるに従い(日本での承認は2005年10月)、「24時間365日体制の超急性期診療体制構築」の重要性が指摘されるようになった。

本学会では、前述の「世界の脳卒中診療サービス」に関する2つのプレナリー・セッションに加え、「組織的な脳卒中ケアとリハビリテーション」と題した一般口演セッションが設けられた。峰松(日本)とオーストラリア・メルボルン大学のJoubert教授が座長を担当した。本セッションにおける発表演題は計11題であり、脳卒中遠隔医療やヨーロッパにおける脳卒中診療施設調査の結果、早期支援退院システムの患者・介護者QOLに及ぼす長期的影響などについて、貴重な発表が行われた。

このうち峰松は、平成18年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定と監査システム開発に関する研究」の一環として、日本における脳卒中診療システムの現状と、脳卒中診療の各コンポーネントや脳卒中ユニット(stroke unit, SU)体制の患者転帰に及ぼす影響に関する

多施設共同前向きコホート研究の結果を報告した。多変量解析の結果、SU 診療は 3 ヶ月後の介助不要者の増加に有用であった。また、早期リハビリテーション計画や嚥下機能評価の実施が、自立患者を増加させることを示した。

本セッションではまた、ヨーロッパ脳卒中イニシアチブ (European Stroke Initiative, EUSI) メンバー 83 名に対する「脳卒中専門病院の診療コンポーネントについてのアンケート調査」の結果が報告された (Leys 他)。調査対象となった診療要素は 107 項目であり、そのうち①多職種診療チーム、②脳卒中診療訓練を受けた専門看護師、③24 時間 365 日体制の CT 検査、④脳卒中患者への CT 検査優先、⑤経頭蓋ドプラー、⑥心電図モニタリング、⑦24 時間 365 日体制の rt-PA 静注療法実施可能体制、⑧緊急病棟の計 8 つの要素が総合脳卒中センター (comprehensive stroke center, CSC) 及び一次脳卒中センター (primary stroke center, PSC) に必要であるとの結果された。さらに、血管外科の存在など 11 項目については CSC に必要と判断された。

脳卒中診療を日常的に実施し、かつアンケートに回答を寄せた欧州 886 施設 (回答率 52%) の脳卒中診療体制の調査結果も紹介された (Leys 他)。回答施設の急性期脳卒中入院患者は年間 331,490 名 (全欧州の 3.5%に相当) と膨大であった。rt-PA 投与率は 2.6%、EUSI による CSC の定義に該当した施設が 4.9%、PSC 相当施設が 3.6%、最低限の脳卒中診療体制条件を満たす病院は 40.2%で、必要最低限の診療水準にも達していなかったのが 51.4%と過半数を占めていた。診療体制は国によっても、また東欧と西欧でもかなり異なっていた。類似の脳卒中診療水準全国調査は、今後わが国でも実施する必要があるようである。

おわりに

4 日間の全日程にわたり極めて有意義な発表・討論が実施された今回の会議であった。定例の世界脳卒中学会の中間点で、試みとして実施された世界会議であったが、本会議の成功を受けて世界脳卒中会議は今後 2 年ごとに定期開催されることが正式に決定された。すなわち、2008 年の第 6 回大会 (ウィーン) の次の第 7 回大会は韓国ソウル市で 2010 年に開催されることとなった。次期理事長にメルボルン大学の Donnan 教授が選ばれた。

(資 料 7)

JCAHO、ノースウェスタン記念病院
視察報告書

平成 18 年度 厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業
「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定と監査システム開発に関する研究」
(主任研究者 峰松一夫)

米国視察報告

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) に
よる一次脳卒中センター (Primary Stroke Center) の認証システムについて

峰松一夫 1)、上原敏志 1)、長谷川泰弘 2)

- 1) 国立循環器病センター 内科脳血管部門
- 2) 聖マリアンナ医科大学 神経内科

脳卒中医療は、急性期治療のみならず、回復期リハビリテーション、社会復帰、介護に至るまで、一連の長いスパンにわたって、継ぎ目のない質の高い医療が提供されなければならない。そのためには、地域医療の質を、全体として、かつ客観的に評価する体制を構築することが極めて重要であると思われる。すでに欧米では、適切なインディケータで評価するシステムが確立しつつある。英国では¹⁾12項目のインディケータを、デンマークでは8項目のインディケータを選定し、国営で監査を実施している²⁾。米国では、病院機能評価機構である Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) が疾病別診療機能評価に取り組み、ブレイン・アタック連合 (Brain Attack Coalition) の勧告に基づいて³⁾、米国及び一部海外の一次脳卒中センター (Primary Stroke Center, PSC) の認証を行っている⁴⁾。しかし、わが国では、治療 (介護) 成績の評価は各医療機関、あるいは治療時期別 (急性期、回復期リハビリテーション、在宅介護など) に行われ、総合的かつ客観的に評価・監視するシステムは存在しない。そこで、全国に普遍化できる正確な統合型脳卒中治療評価システムを構築することを目的として、厚生労働科学研究費補助金循環器疾患生活習慣病対策総合研究事業「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定と監査システム開発に関する研究 (主任研究者：峰松一夫)」班が結成された。

本研究班の主任研究者である峰松、分担研究者の長谷川、事務局担当の上原の3人は、平成18年12月3日～7日の日程で、JCAHO (米国イリノイ州、オークブルック)、およびPSCや総合脳卒中センター (comprehensive stroke center, CSC) の施設要件に関する勧告を行ったブレイン・アタック連合の中心的立場にある Mark Alberts 教授が所属する Northwestern Memorial Hospital (シカゴ市) を視察した。今回の視察によって、わが国における地域脳卒中医療のインディケータ選定および監査システム開発を行う上で、極めて重要な情報が得られたのでここに報告する。

(1) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

我々は、12月5日にJCAHOのinternational divisionであるJoint Commission International (JCI)を視察した (図1, 2)。ここでは、約5時間にわたる連続会議 (講演 + 討議) が行われた (表1, 図3)。

JCAHO は、米国イリノイ州、オークブルックに本部をおく、50 年以上の歴史を持つ世界で最も古く、最も巨大なヘルスケア認証機構である。独立した非営利組織であり、米国内の約 17000 ものヘルスケア施設の評価および監査を行っている。疾病別診療機能評価に取り組み（表 2）、なかでも、脳卒中については特に力を入れており、ブレイン・アタック連合の勧告に基づいて、PSC の認証を行っている。PSC の認証は、American Stroke Association (ASA) と共同で 2003 年 12 月から開始し、すでに 41 州の 285 以上の施設の認証を行っている。現時点では、州によって JCAHO が認証した PSC の数にかなりの差がある（最も多いのはフロリダ州の 30 施設以上）が、米国全土をカバーする発症後 3 時間以内到着可能な PSC 網を完成させるために、最終的には 1000～1400 施設の認証を目標にして順次認証作業を行っている。認証されると診療報酬制度に反映させる動きも見られる。最近では、米国内のみならず一部海外（シンガポール、香港、タイ、アラブ首長国連邦、ブラジルなど）の PSC の認証も行っている。認証料は約 6000 米ドル + 審査委員の旅費で、認証期間は 3 年である。

PSC の認証においては、(1) JCAHO の Disease-Specific Care Standard + ブレイン・アタック連合の勧告（表 3）、(2) ASA もしくはそれと同等のエビデンスに基づいたガイドライン、(3) Standardized performance measure (インディケーター)（表 4）に基づいて、脳卒中急性期診療の質と安全性を評価する。認証申請書類を提出した約半年後に現場査察が実施されるが、ブレイン・アタック連合の勧告やガイドラインに従って診療がなされているかどうか等を評価するために、現地査察前 4 ヶ月間の track record を事前に提出しなければならない。また、10 項目のインディケーターのうちの最初の 4 項目、すなわち、(1) 深部静脈血栓症の予防、(2) 退院時の抗血栓薬投与、(3) 心房細動合併患者に対する抗凝固療法、(4) t-PA 静注療法の検討、の達成率のデータも報告しなければならない。認証後も、認証更新のための監査がほぼ 1 年おきに、前後 1～2 ヶ月の期間中のうち数日間、予告なく抜き打ちで、かつ患者サイドにたって実施される。

インディケーターの策定においては、多職種の特 門家からなる諮問委員会を組織し、3 年以上にわたる膨大な研究を通じて、脳卒中急性期診療を評価する 100 項目のインディケーターを最終的に 10 項目に絞り込んでいる。これらのインディケーターの達成率は定期的に集計・報告・公表され、指導や認証更新の判断材料にしている。インディケーター調査票の一部を表 5 に示す。

PSC よりさらに高機能の CSC については、施設要件を巡って最終的な合意が得られていない。合意が得られ次第、PSC と同様の認証・監査システムを開始する予定であるとのことだった。

(2) Primary Stroke Center (PSC)

12 月 4 日に、代表的な PSC であるノースウェスタン記念病院(Northwestern Memorial Hospital)を視察した(図 4)。ノースウェスタン記念病院は、米国の一流大学であるノースウェスタン大学直属の病院で、シカゴ市の中心部にある。本病院神経内科部長の Mark J. Alberts 教授は、PSC や CSC の施設要件に関する勧告を行ったブレイン・アタック連合の議長である。

まず、Alberts 教授を中心とする医師団による脳卒中ユニット(stroke unit, SU) 回診に同行した。SU 病棟は 10 床で全室個室であった。SU には専任看護師が配属され、24 時間体制で検査、治療、看護、リハビリテーション、家族教育プログラムが実施されていた。平均在院日数は 4 日間と極めて短い。なお、救急搬送された脳卒中患者は、いったん緊急病棟に収容され、迅速な初期診断や初期治療が実施された後、SU へ転棟する。患者全員に下肢深部静脈血栓症予防のための間欠的空気圧迫装置が装着されるなど、PSC における診療プロセスの遵守が徹底されていた。

回診ならびに病院内主要施設見学の後、ノースウェスタン記念病院に常駐する JCAHO プログラム・マネージャー他と JCAHO による PSC 認証・監査システムについて意見交換を行った。ノースウェスタン記念病院には、病院全体としての診療機能を監査するために JCAHO より人員が常駐しており、また疾患別診療機能も頻回に報告され、立ち入り監査も年 1 回の頻度で実施されている。

最後に

上述のとおり、米国では、病院認証機構である JCAHO によって PSC の認証・監査が行われ、脳卒中救急医療の質の向上に取り組みつつある。今回の視察では、わが国における地域脳卒中医療のインディケーター選定および監査システム開発を行う上で極めて重要な情報を得ることができ、非常に有意義であった。しかし、米国のシステムは急性期医療施設単位でのものであり、本研究班が目指す「地域脳卒中医療」全体での質の評価を行うものではなかった。米国の認証・監査システムを参考にしつつ、日本の医療事情を踏まえた、わが国独自のシステムを追求していくことが必要であろう。

文献

1. Rudd AG, et al: Stroke unit care and outcome: results from the 2001 National Sentinel Audit of Stroke (England, Wales, and Northern Ireland). Stroke 36: 103-106, 2005
2. Mainz J, et al: Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. Int J Qual Health Care 16 Suppl 1: i45-50, 2004
3. Alberts MA, et al: Recommendations for the establishment of primary stroke centers. JAMA 283:3102-3109, 2000
4. Wojner-Alexandrov AW, and Malkoff MD: The United States stroke system: credentialing and legislative efforts to improve acute stroke care. Intern J Stroke 1:109-110, 2006
5. Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)のホームページ. <http://www.jointcommission.org/>

表 1. JCAHO視察スケジュール



Agenda
Cardiovascular Division, Department of Medicine
National Cardiovascular Center
Osaka, Japan
&
Joint Commission International
5 December 2006

10:00 AM	Welcome: Introduction and Overview
	Introduction to JCI Consulting Services <i>James Killingsworth</i> Managing Director, International Relations
	<i>Sherry Kaufield</i> Executive Director, JCI Consulting Services
	Introduction to JCI Accreditation and Certification <i>Maureen Potter</i> Executive Director, JCI Accreditation
11:00 AM	Joint Commission Primary Stroke Center Certification <i>MJ Hampel</i> Senior Associate Director, Disease-Specific Care Certification
12:00 PM	Lunch
1:00 PM	Stroke Performance Measures/Indicators <i>Elvira Ryan</i> Associate Project Director, Research Division
2:00 PM	Primary Stroke Certification: The role of the surveyor/reviewer <i>Wende Fedder</i> JCAHO/JCI Surveyor
3:00 PM	Adjourn

表 2. JCAHO が診療機能評価を行っている疾患

急性冠症候群	高リスク妊娠
アルツハイマー病	HIV/AIDS
関節炎	高血圧
喘息	虚血性心疾患
癌	左室機能補助装置
慢性腎疾患	肺容量減少術
慢性閉塞性肺疾患	片頭痛
先天性心疾患	多発性硬化症
冠動脈疾患	肥満
うつ病	整形外科的手術
糖尿病	骨粗鬆症
肺気腫	パーキンソン病
末期腎疾患	Sickle Cell Disease
てんかん	脳卒中
血友病	

表 3. primary stroke center に求められる条件 (米国ブレインアタック連合の勧告)
(文献 3 より引用)

1. 脳卒中チーム	脳卒中に精通した最低、医師 1 人、看護師 1 人。24 時間体制、15 分以内に診療開始
2. ケアの手順書	特に t-PA 静注療法では必須
3. 神経放射線	指示から撮影まで 25 分以内、20 分以内の撮影
4. 検査室	24 時間体制で、一般血液検査と凝血学的検査、心電図
5. 脳神経外科	必要時 2 時間以内に脳外科医のアクセスが可
6. Stroke unit	初期の救命治療以降の脳卒中に特化した治療・リハビリを行うユニット
7. 救急隊との連携	ホットラインをもって、遅滞なく受け入れる
8. 教育プログラム	一般住民に脳卒中の予防, 診断, 救急治療の受け方を教育
9. 医療の質	患者データベースをもち、常に治療と患者転帰の統計をモニターできる