

図. 医療機関情報調査票

(調査票1)

総合支援センターホームページ上の公開についてお尋ねいたします。

全項目公開可能 一部項目公開可能 全項目公開不可

一部項目公開可能の場合のみ、以下の質問にお答えください

一部公開の場合は、**非公開**の項目名を指定してください。

医療機関情報

基 本 情 報	病院名 ホームページ 所在地市町村 圏域名 電話 FAX e-mail 交通手段 最寄り駅 最寄り駅からシャトルバスあり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 全項目公開可能 <input type="radio"/> 一部項目公開可能 <input type="radio"/> 全項目公開不可
施設概況	診療科目 <input type="checkbox"/> リハ <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 腫瘍科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> その他 病床数 一般病床 床 療養型病床 床 リハ専門病床 床 駐車場 <input type="checkbox"/> あり・無料・車いすスペースあり <input type="checkbox"/> あり・有料・車いすスペースあり <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり・無料・車いすスペース無し <input type="checkbox"/> あり・有料・車いすスペース無し <input type="checkbox"/> その他	施設状況公開について <input type="radio"/> 全項目公開可能 <input type="radio"/> 一部項目公開可能 <input type="radio"/> 全項目公開不可
リハ	リハ専門治療 <input type="checkbox"/> 回復期リハ病床 床 <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> リハ専門治療時に無し <input type="checkbox"/> その他 提供できる専門技術 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> VF-加糖検査 <input type="checkbox"/> 呼吸療法 <input type="checkbox"/> 呼吸リハ <input type="checkbox"/> 看護器具作製 <input type="checkbox"/> リハボウロ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 神経心経検査 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 心臓リハ <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 環境調整 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 聴覚検査 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 認知訓練 <input type="checkbox"/> ソーシャルスキル訓練 <input type="checkbox"/> その他 対象となる年齢層 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 高齢者 対応できる対象疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害(高次脳機能障害あり) <input type="checkbox"/> 老人骨折 <input type="checkbox"/> 神経筋障害 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 脳血管障害(高次脳機能障害なし) <input type="checkbox"/> 関節疾患(OA・RA) <input type="checkbox"/> 切創・瘻管 <input type="checkbox"/> 脳挫傷 <input type="checkbox"/> ストローク障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 神経障害(末梢神経) <input type="checkbox"/> その他器器外科疾患 <input type="checkbox"/> 泌尿器疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓障害(慢性腎臓病) <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患	リハ情報公開について <input type="radio"/> 全項目公開可能 <input type="radio"/> 一部項目公開可能 <input type="radio"/> 全項目公開不可
シ	利用者制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 認知機能低下が認められない家族有量など <input type="checkbox"/> 急性期治療中 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	
ン	リハビリ施設基準 <input type="checkbox"/> 心大血管疾患あり <input type="checkbox"/> 脳血管疾患あり <input type="checkbox"/> 運動器あり <input type="checkbox"/> 呼吸器あり <input type="checkbox"/> 心大血管疾患あり <input type="checkbox"/> 脳血管疾患あり <input type="checkbox"/> 運動器あり <input type="checkbox"/> 呼吸器あり	
部	リハ担当診療科 リハビリ担当専門職 <input type="checkbox"/> リハ専門医 常勤 人 非常勤 人 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士(S) 常勤 人 非常勤 人 <input type="checkbox"/> リハ担当医 常勤 人 非常勤 人 <input type="checkbox"/> 心理士 常勤 人 非常勤 人 <input type="checkbox"/> 理学療法士(PT) 常勤 人 非常勤 人 <input type="checkbox"/> MSW 常勤 人 非常勤 人 <input type="checkbox"/> 作業療法士(OT) 常勤 人 非常勤 人 <input type="checkbox"/> その他	
受診条件	予約の必要性 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> その他 紹介状の必要性 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> その他 事前相談の必要性 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> その他 紹介状書式の有無 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> その他 利用相談窓口名称	受診条件公開について <input type="radio"/> 全項目公開可能 <input type="radio"/> 一部項目公開可能 <input type="radio"/> 全項目公開不可
併設	在宅支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハ リハビリテーション専門職配置状況 <input type="checkbox"/> 理学療法士(PT)常勤専任 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士(ST)常勤専任 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 理学療法士(PT)非常勤専任 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士(ST)非常勤専任 <input type="checkbox"/> 作業療法士(OT)非常勤専任 <input type="checkbox"/> 心理士非常勤専任 <input type="checkbox"/> 作業療法士(OT)常勤専任 <input type="checkbox"/> 心理士常勤専任 <input type="checkbox"/> 作業療法士(OT)非常勤専任 <input type="checkbox"/> 心理士非常勤専任	併設事業公開について <input type="radio"/> 全項目公開可能 <input type="radio"/> 一部項目公開可能 <input type="radio"/> 全項目公開不可
併設	併設・付属施設(介護保険・老人福祉・その他高齢者事業) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護の居宅サービス <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 認知症対応型老人生活介護(レクリエーション) <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	

Ⅱ. 分担研究報告書

1. 脳卒中診療連携の動向調査

d. 脳卒中診療連携動に関する実態調査: 回復期の立場から

1) 介護予防通所介護施設におけるリハビリテーション効果

涓泉会 山王リハビリ・クリニック
速水 聡、森 英二

【研究要旨】

短時間滞在型の通所介護施設におけるリハ効果については昨年度の本研究にて報告している。すなわち機能訓練対応の通所サービスの利用頻度としては週 2 回以上が一つの指標になり得ることを示した。その一方で、軽度要介護度利用者の重度化の原因として、集団で行う運動プログラムでは重度要介護度利用者のレベルに合わせざるを得ない現状が影響している可能性も示唆された。その打開策として、予防重視型システムの一環として創設された「新予防給付」対象者を中心とした短時間滞在型の介護予防通所介護施設を平成 18 年 12 月に新規開設した。同施設で行われているリハ効果について、要介護度の変化と区による同施設利用者の無作為抽出アンケート調査の結果に着目して考察した。対象者の半数以上は整形外科的疾患が占め、脳血管障害等は 4 割に満たなかった。また要介護度に依存した利用頻度の設定は要支援者重度化の予防に影響がないかが今後の検討課題であると考えられた。

【はじめに】

平成18年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定により、リハビリテーション（以下リハ）における報酬体系が、比較的明確に示された。すなわち急性期・回復期リハは医療保険で、維持期リハは介護保険で行うシステム設定である。ただ、医療保険においては疾病別の評価体系の導入や介護保険で行うリハ資源は地域で十分に整備されていないことが大きな問題となり、社会問題にまで発展した。当医療法人では平成14年の診療報酬改定後に介護保険で対応するリハ施設として短時間滞在型（3時間以上4時間未満）の機能訓練対応デイサービス（以下通所介護施設）を開設した。同施設におけるリハ効果については昨年度の本研究にて報告している。すなわち機能訓練対応の通所サービスの利用頻度としては週2回以上が一つの指標になり得ることを示した。その一方で、軽度要介護度利用者の重度化の原因として、集団で行う運動プログラムでは重度要介護度利用者のレベルに合わせざるを得ない現状が影響している可能性も示唆された。その打開策として、予防重視型システムの一環として創設された「新予防給付」対象者を中心とした短時間滞在型の通所介護施設を平成18年12月に新規開設した。短時間滞在型の主なメリットとしては、1）運動療法を行うデイ

サービスへの通所を希望する利用者が集まる。すなわち入浴や食事サービスを強く希望する利用者は集まりにくく、リハを行う意欲が高い利用者同士の相乗効果が期待できる。2）通所施設では運動や体操に短時間で集中して行うことが可能であり、自宅で自分の自由になる時間を半日以上確保できる¹⁾、などが考えられる。同施設で行われているリハ効果について、要介護度の変化と区による同施設利用者の無作為抽出アンケート調査の結果に着目して考察した。

【方法】

対象は平成18年12月～平成19年11月まで継続利用した利用者のうち、利用開始後に要介護認定の更新をされた利用者32名、平均年齢75.5歳（男性12名、平均年齢79.1歳、女性20名、平均年齢73.4歳）である。

調査方法は施設利用開始後に要介護認定の更新を受けた利用者32名の要介護度の変化を分析した。

また区役所高齢福祉課による通所介護施設利用者15名の無作為抽出アンケート調査の結果も併せて分析した。

【結果】

疾患別分類では整形外科疾患が53.1%で半数以上を占めた。脳血管障害等は37.5%で4割に満たなかった。神経難病やその他疾患が9.4%であった。要介護度の内訳は、要支援1が14名、要支

援 2 が 18 名であった。要介護度の変化は利用開始時の要介護度の変化である。要支援 1 の 3 名が要支援 2 に、要支援 2 の 1 名が要介護度 1 に重度化しており、87.5% の利用者は要介護度を維持していた。また要介護度の軽減化した利用者はいなかった。

区役所高齢福祉課による 15 名の無作為抽出アンケート調査の結果を表 1 ～表 9 に示す。要介護度の回答を除くと 85% 以上の回答率であった。利用者の平均年齢は 70 歳代後半と予測され、男性と女性の比率が約 1 : 2.5 であった。送迎サービスは約 4 人に 1 人が利用していなかった。職員の態度や行動には一定の評価がされていた。要支援者を中心とした通所サービスの利用が心身の衰えを防いでいる自覚を認める一方で、全体としては満足度が低い利用者が少数存在した。

【考察】

要支援者では整形外科疾患の利用者の比率が高くなるという特徴を示しており、介護予防事業に取り組んでいる施設での利用者疾患内訳²⁾と似たり寄ったりの数値であった。要支援者は原則的に修正自立以上の歩行能力を有しているため、運動プログラムの密度が濃く、またバリエーションが生まれ、利用者には飽きがないように運動継続を促せるメリットが考えられた。

対象利用者の平均年齢は 75.5 歳で男性と女性の比率が 3 : 5 であること

より、区のアンケート調査結果は全体像を比較的反映していると考えられた。送迎サービスを利用されない方はリハビリ意欲が強く、要支援 1 該当者の利用者がほとんどである。中には施設利用開始時は送迎車を使用していたが、自力での通所を目標に掲げて実現した利用者も存在する。また施設としても具体的な目標として達成可能が予測される利用者には、自力での通所を促せるよう、サービス計画作成時に丁寧に説明をしており、その結果が表 7 の数字にも表れていることが考えられた。また表 8 より自覚的には心身機能の維持は図れており、要支援者中心の通所介護施設として実際の要介護度の重度化が減少すると予測されたが、実際は 12.5% の利用者が重度化しており、特に要支援 1 の重度化が目立つ結果となった。表 9 の満足度が低い利用者は施設利用頻度に対するものが一番多く、すなわち要支援 1 の方は週 1 回の利用で対応していることへの不満と考えられ、要介護度に依存した利用頻度の設定が要支援者重度化の予防に影響しているか否かについての追究が必要であり、今後の検討課題であると考えられた。

【文献】

- 1) 速水聡, 森英二, 里宇明元, 予防給付事業のノウハウ, MEDICAL REHABILITATION 81, 54-62, 2007

- 2) 中村信義 他, 介護老人保健施設
における介護予防事業の効果と課
題, 理学療法ジャーナル 42(1),
2008

表1 利用者の要介護度

	予防型	回答数
要支援1	7(70.0%)	7(70.0%)
要支援2	3(30.0%)	3(30.0%)
要介護1～5	0(0%)	0(0%)
その他	0(0%)	0(0%)
回答数	10(100.0%)	10(100.0%)
無回答	5	5
合計	15	15

表2 利用者の年齢

	予防型	回答数
65歳未満	1(7.1%)	1(7.1%)
65～74歳	6(42.9%)	6(42.9%)
75～84歳	5(35.7%)	5(35.7%)
85～94歳	2(14.7%)	2(14.7%)
95歳以上	0(0.0%)	0(0.0%)
回答数	14(100.0%)	14(100.0%)
無回答	1	1
合計	15	15

表3 利用者の性別

	予防型	回答数
男性	4(28.6%)	4(28.6%)
女性	10(71.4%)	10(71.4%)
回答数	14(100.0%)	14(100.0%)
無回答	1	1
合計	15	15

表4 現在、1週間に利用している回数

	予防型	回答数
週1回	8(61.5%)	8(61.5%)
週2回	5(38.5%)	5(38.5%)
週3回	0(0%)	0(0%)
週4回以上	0(0%)	0(0%)
回答数	13(100.0%)	13(100.0%)
無回答	2	2
合計	15	15

表5 送迎サービスに満足しているか

	予防型	回答数
とても満足している	8(61.5%)	8(61.5%)
まあ満足している	2(15.4%)	5(38.5%)
あまり満足していない	0(0%)	0(0%)
満足していない	0(0%)	0(0%)
送迎は利用していない	3(23.1%)	3(23.1%)
回答数	13(100.0%)	13(100.0%)
無回答	2	2
合計	15	15

表6 職員の態度に好感が持てるか

	予防型	回答数
とても好感がもてる	9(69.2%)	9(69.2%)
まあ好感がもてる	4(30.8%)	4(30.8%)
あまり好感がもてない	0(0%)	0(0%)
好感がもてない	0(0%)	0(0%)
わからない	0(0%)	0(0%)
回答数	13(100.0%)	13(100.0%)
無回答	2	2
合計	15	15

表7 サービス計画作成などに心身機能の向上・維持の目標説明があるか

	予防型	回答数
きちんと説明してくれる	10(76.9%)	10(76.9%)
一応説明してくれる	3(23.1%)	3(23.1%)
あまり説明してくれない	0(0%)	0(0%)
説明してくれない	0(0%)	0(0%)
わからない	0(0%)	0(0%)
回答数	13(100.0%)	13(100.0%)
無回答	2	2
合計	15	15

表8 センターはあなたの心身の衰えを防ぐ上で、役立っていると思うか

	予防型	回答数
とても役立っている	8(61.5%)	8(61.5%)
まあ役立っている	5(38.5%)	5(38.5%)
あまり役立っていない	0(0%)	0(0%)
役立っていない	0(0%)	0(0%)
わからない	0(0%)	0(0%)
回答数	13(100.0%)	13(100.0%)
無回答	2	2
合計	15	15

表9 全体として、センターに満足しているか

	予防型	回答数
とても満足している	6(46.2%)	6(46.2%)
まあ満足している	5(38.5%)	5(38.5%)
あまり満足していない	2(15.4%)	2(15.4%)
満足していない	0(0%)	0(0%)
わからない	0(0%)	0(0%)
回答数	13(100.0%)	13(100.0%)
無回答	2	2

Ⅱ. 分担研究報告書

2. IT を活用した診療連携ネットワークの構築

a) Focused meeting による診療連携上の課題の抽出と

連携マッチングシステム構築のための要件整理

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

里宇明元、長谷公隆、辻 哲也、藤原俊之

慶應義塾大学工学部生命情報学科 牛場潤一

株式会社ナノメディカル 上野史彦

【研究要旨】

診療連携上の課題の抽出と現状の改善に向けた解決策を具体的に立案することを目的に、テーマを絞った focused meeting を計 18 回実施した。まず、平成 18 年度に行った脳卒中診療動向調査およびスタッフへの Web アンケート調査の結果を踏まえ、患者情報と医療資源情報をオンタイムで共有するためのシステムの必要性を確認した。次に、IT を活用した連携マッチングシステム「リハナビ東京」の構築に向けて、システムに必要とされる機能を、1) 施設情報データベースに求められる機能(必須情報項目、オプション情報項目、検索性、更新性)、2) 送り手側施設が必要とする機能(候補施設絞り込み機能、患者・家族への説明支援機能、データ蓄積機能)、3) 受け入れ側施設が必要とする機能(受け入れ判断に必要な情報の参照・リクエスト機能、入退院管理機能、データ蓄積機能)、4) 利用者インターフェース、5) 情報セキュリティ、6) その他に整理した。さらに、システムの全体構成および業務フローについて検討を重ね、平成 19 年 12 月に「リハナビ東京」試用版が完成した。平成 20 年 1 月より**施設の参加を得て、「リハナビ東京」の仮運用を開始したが、今後、参加者からのフィードバックを得るとともに、平成 20 年度に予定している利用者を対象としたアンケート調査の結果を踏まえてシステムをさらに改良し、その実用性を高めていく予定である。

1 はじめに

平成 18 年度に行った脳卒中診療動向調査および診療連携に関するスタッフへの Web アンケート調査の結果を踏まえて、主任研究者、分担研究者、研究協力者による focused meeting を実施し、診療連携上の問題点を抽出するとともに、現状の改善に向けた具体的解決策を立案したので報告する。

2 研究方法

診療連携上の問題点の抽出と現状の改善に向けた具体的解決策を立案することを目的に、本研究班参加者による毎回テーマを絞った focused meeting を実施した。会議の形態はテーマに応じて、1) 連携マッチングシステム構築を主担当とする主任研究者、分担研究者、研究協力者およびシステムエンジニアから構成されるワーキンググループによる対面会議、2) ワーキンググループメンバーによるメール会議、3) 研究班全体の会議、4) 連携マッチングシステムに参加を表明した施設の実務担当者に対する説明会とした。

3 研究結果

平成 19 年度の本研究事業期間中に、メール会議を含めて計 18 回の focused meeting が実施された。それぞれの会議の開催年月日、会議形態、参加者数、中心テーマを表 1 に示す。この場で議論された結果をもとに、連携マッチングシステムの設計、構築、運用のために必要な要件・仕様を以下のように整理した。

1. 診療連携上の課題の抽出：平成18年度は、本研究班分担研究者および研究協力

者の所属施設における脳卒中診療の現状に関し、急性期、回復期、維持期別に表2に示す調査が報告された¹。Focused meeting においては、これらの報告をもとに大都市圏における脳卒中診療連携の現状および問題点について検討が加えられた。

さらに、平成 18 年度の研究事業として、東京都および近隣県における脳卒中急性期診療施設 12 施設および回復期施設 10 施設を対象に、Web アンケート調査を行った。急性期施設 74 名、回復期施設 189 名の医師、リハビリテーションスタッフ、看護師、ソーシャルワーカーから回答が得られ、結果の詳細は平成 18 年度報告書ですでに報告済みであるが¹、おもなポイントは以下のとおりであった。

1) 医療資源の不足：病床数、人的資源ともに急性期施設における不足感が大きく、充足と回答した割合は、病床数については急性期 60.8%、回復期 88.9%、人的資源については急性期 37.8%、回復期 73.5%であった。さらに、人的資源について、急性期では PT、OT、ST の不足を訴える割合が高かったのに対し、回復期施設では看護師、ST、MSW の不足を訴える割合が高かった。

2) 診療連携上の問題：診療連携がほぼスムーズであると回答したのは、急性期施設 35.1%。回復期施設 65.1%で、急性期施設で問題を指摘する声が多かった。具体的には出された問題点は以下のとおりである。

①情報の問題：急性期施設の 55.6%で転院先選定のための情報不足が指摘された。一方、回復期施設からは、急性期施設による患者への障害内容の説明、ADL、社会経済的状況に関する情報提供の不足が指摘

された。

②転院時に重視する事柄:急性期施設においては、転院先のリハビリテーション専門医の有無やリハビリテーションスタッフが重視する項目としてあげられた。受け入れる側の回復期施設においても、患者のADLや必要なリハビリテーション内容が重視する項目としてあげられ、急性期、回復期のスタッフとともに、リハビリテーションを中心に考えていることがうかがわれた。

③転院に関する問題点:急性期施設においては、転院先施設数の不足が大きな問題であり、特に重症患者の転院先の獲得が困難である現状がうかがわれた。一方、回復期施設からは、急性期施設でのリハゴールの適切な設定や障害予後の説明が十分なされていない現状が指摘された。

④連携医療機関への要望:急性期施設では回復期施設に対して、ある程度の病状の変化には対応して欲しいとの要望があるのに対し、回復期側からは、急変時の受け入れを急性期施設に要望する声が多く、さらに、転院に際して全身状態を考慮して欲しいという要望が多かった。

以上、脳卒中診療動向調査およびスタッフに対する Web アンケート調査の結果からは、医療資源の不足および相互の情報共有・伝達の不足が明らかとなった。これを踏まえて、今後、診療連携をスムーズにしていくためには、1)患者情報共有のための共通データベースの整備により、急性期からの一貫した評価に基づく予後予測とリハ介入を可能とし、必要な人に必要なリハを必要な時に提供できるようにすること、2)各施設の医療資源情報ならびに空床状況をオンタイムで共有するシステムを構築し、転院先の選定に

要する時間を短縮するとともに、重症度やニーズに合った施設が効率よく探せるようにすること、が必要と考えられた(図1)。

2.連携マッチングシステム構築のための要件整理と構築作業の具体化

以上、平成18年度の研究成果を踏まえた focused meetingにより、診療連携を円滑に進めるうえで、本研究事業が目指している連携マッチングシステムの構築が有効かつ不可欠であるという結論に達したため、以後、その具体化に向けて、表1に示したテーマで focused meetingを重ねた。以下、その中で整理されたシステム構築のための要件と提案された具体策の要点を示す。

1)マッチングシステムの目的:マッチングシステムの目的は、以下の4点に整理し、以後の作業はこの目的を果たすことを念頭に進められた。

①各病院/施設の情報データベース化し、情報共有を図る。

②多様な検索機能により、蓄積されているデータから必要な情報の取得を可能にする。

③リハビリテーションのニーズと資源のマッチングを支援する。

④以上により、急性期、回復期、維持期のリハビリテーションを担当する施設間の診療連携を円滑化する。

2)マッチングシステムに必要な機能:マッチングシステムが備えるべき機能を以下のよう整理した(図2)。

a)施設情報データベース:以下の3つの要件をリストアップした(図3)。

①情報項目:すべての施設に共通した必須項目(データベース項目)とオプション項目(施設の特色についての情報や自由記載な

ど)が必要である。データベースの必須項目としては、表 3 に示す項目を抽出した。さらに、それぞれの施設のホームページとリンクすることにより、利便性を高めることが提案された。

②検索性:一定手順の検索により迅速かつ正確な絞り込みが可能という系統性と、必要に応じ、柔軟な検索を可能にする柔軟性が求められる。

③更新性:情報は時とともに変化するので、タイムリーな情報の更新が必要である。そのためには、容易に情報の更新が可能な仕組みが求められる。

b)送り側施設が求める機能:診療連携を円滑に進めるうえで、送り側施設にとって必要な機能は、以下の3つに集約された。

①候補施設絞り込み機能:転院候補施設を絞り込むための検索項目として、患者住所、発症日、病態、必要なリハビリテーション、許容日数、リハビリテーション目的などがあげられた(表4)。

②患者・家族への説明支援機能:転院先の選択肢および転院候補施設の詳細情報を画面上で患者・家族に示すことができれば、説明と同意に基づいた診療連携の実現を支援するために役立つと考えられた。

③データ蓄積機能:その施設で扱った患者の情報を、診療連携の結果も含めて蓄積する機能が用意されていれば、当該施設における脳卒中診療動向、診療パフォーマンス、診療連携上の問題点等の把握が可能となり、さらなる改善に向けての取り組みに役立てられる。将来的には施設独自の患者データベースや電子カルテとのリンクも視野に入れることにより、より効率的、効果的な診療連携に役立てられる可能性があると考えら

れた。

c)受入れ側施設が求める機能:患者を受入れる側の回復期施設の立場からは、マッチングシステムに以下の機能が求められると考えられた。

①受入れ判断に必要な情報の参照・リクエスト機能:施設として患者を受入れられるかどうかの判断を行うために必要な情報として、疾病情報、障害情報、ADL 情報、病棟生活上の問題点、経済的情報、社会的情報、面談内容などが求められる(表5)。診療連携の円滑化のために、マッチングシステムを通してこれらの情報を参照または急性期施設側にリクエストできることが望ましい。

②入退院管理機能:どのような症例をいつ、どのベッドに受入れるかの割り振りや病棟もしくは施設全体でのベッドマネジメントを可能にする機能が求められる。

③データ蓄積機能:急性期施設と同様に、当該施設における脳卒中診療動向、診療パフォーマンス、診療連携上の問題点等の把握にするために、患者情報、連携情報の蓄積を可能とする機能が求められる。

d)利用者インターフェース:忙しい臨床現場で実用的に運用可能なシステムとしていくためには、入力、情報参照、マッチングなどが利用者の大きな負担を伴うことなしにスムーズに可能であることが必要であり、そのための利用者インターフェースの工夫が求められる。

e)情報セキュリティ機能:基本的にマッチングシステムには個人が特定できるような個人情報を含まないようにする必要がある。さらにログイン認証を用いて、利用者の個人認証とセキュリティの確保を行うことが不可欠である。

f) その他:リハビリテーションニーズと資源とのマッチングを的確かつタイムリーに行うための入院予約システム機能、通常の連携アルゴリズムでは対応しきれないバリエーションへの対応機能、マッチングの妥当性:時間情報、満足度(送り手、受け手、利用者)、問題点を蓄積し、よりよいシステムに更新していくための学習機能が求められる。

3) 連携マッチングシステムの全体イメージ: IT を活用した連携マッチングシステムの役割は、以下のように整理される。

①大都市圏における連携強化の課題解決を図るために仮説を立て、その検証を行って成果を確認できる。

②診療連携を阻害する課題にフォーカスして診療施設間の連携が行える。施設および資源データベースを作り、マッチングシステムを運用する。

③多くの関係者が参加できる情報インフラを提供する。

このような役割を果たすためには、開発中の「リハナビ東京」ポータルにアクセスすることにより、コア機能である連携マッチングシステムを活用できるだけでなく、付加機能として、リハビリテーションに関する情報の閲覧、e ラーニングなどにも容易にアクセスできるようにすることが望ましい(図 4)。また、ポータルに医療・福祉関連企業が情報を提供できるような仕組みを用意することにより、本研究事業終了後も、運営資金の問題をクリアしながら実用的なシステムとして継続的な運営を可能にする工夫が必要である。

g) マッチングシステムの業務フロー: Focused meeting で整理されたマッチングシステムの基本的な業務フローは、候補施設検索条件の入力、該当施設のリストアップ、

連携の実施のプロセスからなる(図 5a~5c)。それぞれのプロセスの詳細は別項で紹介される。

4 考察

21 世紀の医療のキーワードは、「機能特化と連携」とされる²⁾。すなわち、これからの医療機関は、地域の中でどれだけ病床を機能特化し、専門性を高めていけるか、地域の保険医療機関とどれだけネットワーク連携を行っていけるか、が求められるようになる。

国民の健康・福祉に大きな影響を与える脳卒中の医療において、限られた社会資源を効率的に活用しつつ、患者の生活機能と quality of life (QOL) を最大限に高め、社会の介護負担を軽減していくためには、それぞれの地域の特性に根ざした、急性期からの一貫したリハビリテーション医療を効率的・効果的に提供しうる切れ目、隙間のない脳卒中診療連携体制の構築が不可欠である。

このような診療連携を進めるために、われわれは今回の一連の focused meeting において診療連携上の問題点を整理し、それらを解決するための有力なツールとして連携マッチングシステム「リハナビ東京」を提案した。これをもとに平成 19 年 12 月に「リハナビ東京」試用版が完成し、平成 20 年 1 月より**施設の参加を得て、「リハナビ東京」の仮運用を開始したが、今後、参加者からのフィードバックを得るとともに、平成 20 年度に予定している利用者を対象としたアンケート調査の結果を踏まえてシステムをさらに改良し、その実用性を高めていく必要がある。

ただし、連携マッチングシステムは診療連

携を支援するためのツールのひとつに過ぎず、「共通の目標に向って、情報を共有し合い、協働する作業」である連携の本質を深く考えることなしに、また、それぞれの地域の多様性や実情を考慮することなし、単に IT を活用した連携システムのみには焦点が当てられることになれば、結局はうまく機能せず一時のはやりで終わってしまう可能性も危惧される。したがって、われわれリハビリテーション医療に携わる者は、単に「IT」ということばや診療報酬上の診療連携の誘導に振り回されるのではなく、自らの地域におけるリハビリテーション連携のありかたをじっくりと考え、「お互いの顔が見え、実効性があり、診療の質の向上と利用者の QOL の向上に役立つ」連携体制をそれぞれの地域に根ざした形で作り上げていく必要がある。

文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合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—平成18年度総括研究報告書(H18-長寿-一般-039)(主任研究者:里宇明元)
- 2) 武藤正樹. 新連載 21 世紀の医療連携「機能特化と連携」こそが医療改革生き残りのキーワード. Clinician 2002;510:561-564

表 1.平成 19 年度研究事業期間中に開催された Focused meeting の一覧

年月日	場所	会議形態	参加者	主要テーマ
2007.6.15.	慶大	WG	8 名	H18 年度実態調査、Web アンケート結果からみた診療連携上の問題点
2007.7.6	慶大	WG	10 名	マッチングシステムの目的と必要な機能
2007.7.18	慶大	WG	10 名	施設情報データベース、連携候補施設絞り込み機能、受け入れ判断に必要な情報の要件
2007.8.22	慶大	WG	6 名	マッチングシステムの全体構成と業務フロー
2007.10.1	慶大	WG	7 名	急性期施設、回復期施設からのマッチング
2007.10.18		メール会議	8 名	施設検索システムの使用感
2007.11.14	慶大	WG	6 名	マッチングシステム普及の戦略
2007.11.16		メール会議	8 名	施設情報登録用フォーム
2007.12.5	慶大	WG	6 名	マッチングシステム試用版の内容・動作確認
2007.12.12	慶大	班会議	24 名	連携マッチングシステム構築に向けての自由討論、導入効果検証プロトコール
2007.12.20	慶大	WG	4 名	ユーザー登録の手順、試験運用スケジュール
2008.1.9	慶大	説明会	20 名	マッチングシステム試用についての説明会(1)
2008.1.12	慶大	説明会	14 名	マッチングシステム試用についての説明会(2)
2008.1.18		メール会議	10 名	マッチングシステム利用のための ID 登録
2008.2.4		メール会議	31 名	導入効果検証トライアル途中経過
2008.2.7		メール会議	8 名	個人情報保護に関する問題点の整理
2008.2.28	慶大	WG	5 名	マッチングシステムの運用について
2008.3.6	京王プラザホテル	研究会	80 名	マッチングシステムの紹介、デモンストレーション、意見交換

表 2.脳卒中診療動向に関する調査研究報告(平成 18 年度報告分)

1.急性期:

- 1) 大学病院における脳卒中診療動向(鈴木則宏、他)
- 2) 大学病院における脳卒中診療動向—脳卒中センター設立の経緯(塩川芳明、他)
- 3) 都市型診療体制の構築へ向けた急性期リハの取り組み—リハ志向型超急性期管理プログラム(A-HARP)と地域連携体制の検証—(山田 深、岡島康友)
- 4) 北多摩南部二次医療圏における脳卒中診療ネットワーク構築の経緯(塩川芳明、富田博樹)、
- 5) 地域密着型大学病院における脳卒中患者に対するリハビリテーション医療と連携(水間正澄)、
- 6) 都市型病院の急性期脳卒中診療における社会的要因の実態(藤本雅史、藤谷順子)
- 7) 急性期病院からの転院決定に関与している条件の前方視的検討(藤谷順子、藤本雅史)
- 8) 北多摩南部医療圏における脳卒中地域連携—急性期リハを活かすために—(高橋紳一)

2.回復期:

- 1) 都立豊島病院における脳卒中リハビリテーションの現状(中島英樹)
- 2) リハビリ手帳併用による地域リハ推進の有用性について(鴨下 博)
- 3) 脳卒中患者の体力と社会的活動度の関連(鴨下 博)
- 4) 当院における脳卒中診療連携の現状—回復期リハビリテーション病棟の入院待機日数を中心として—(水野勝広、他)
- 5) 北多摩西部二次保健医療圏内の地域リハビリテーションに関連する事業の調査(田中尚文)

3.維持期

- 1) 南多摩保健医療圏における診療連携(飯田達能、他)
- 2) 通所介護施設におけるリハビリテーション効果(速水 聡、森 英二)

図1.脳卒中診療連携への提言

現状

- 医療資源の不足
- 患者情報ならびに各施設における医療資源情報の不足
- 急性期～回復期での一貫したリハゴールの適切な設定や障害予後の説明が不十分

共通認識： 脳卒中診療連携の中心はリハビリテーション

急性期～回復期(～維持期)に至る患者情報の共有化
共通データベースの構築

⇒ 一貫した評価に基づく予後予測ならびにリハ介入が可能
必要な人に必要なリハビリテーション

各施設の医療資源情報ならびに空床状況のリアルタイムでの情報共有

⇒ 転院先選定に要する時間の短縮
重症度にあわせて利用できる施設の選定

図2.マッチングシステムに必要な機能

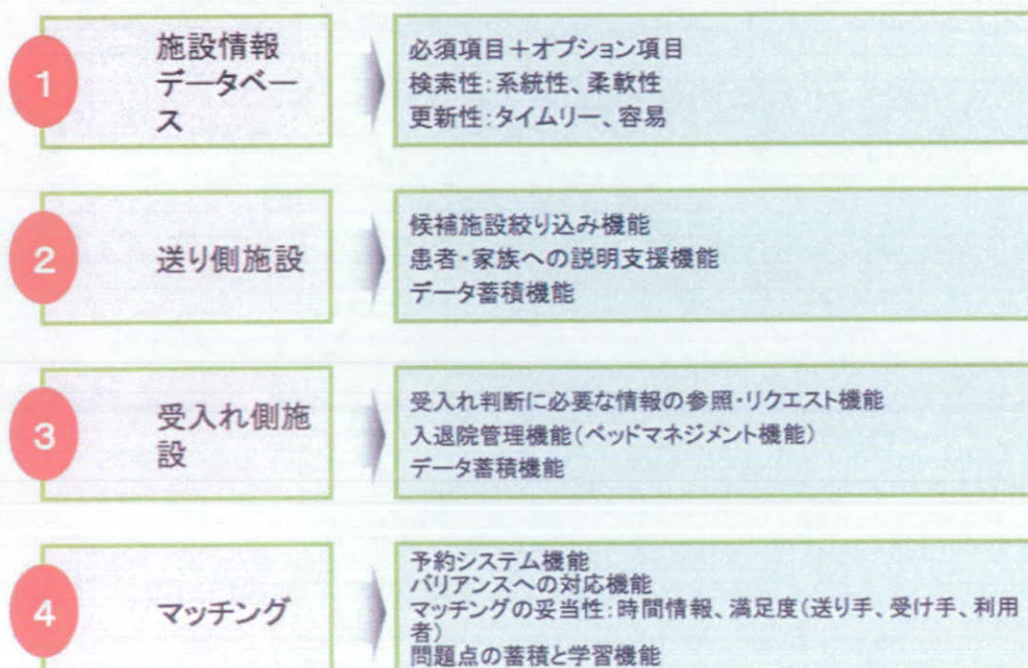


図3.施設情報データベースに必要とされる機能

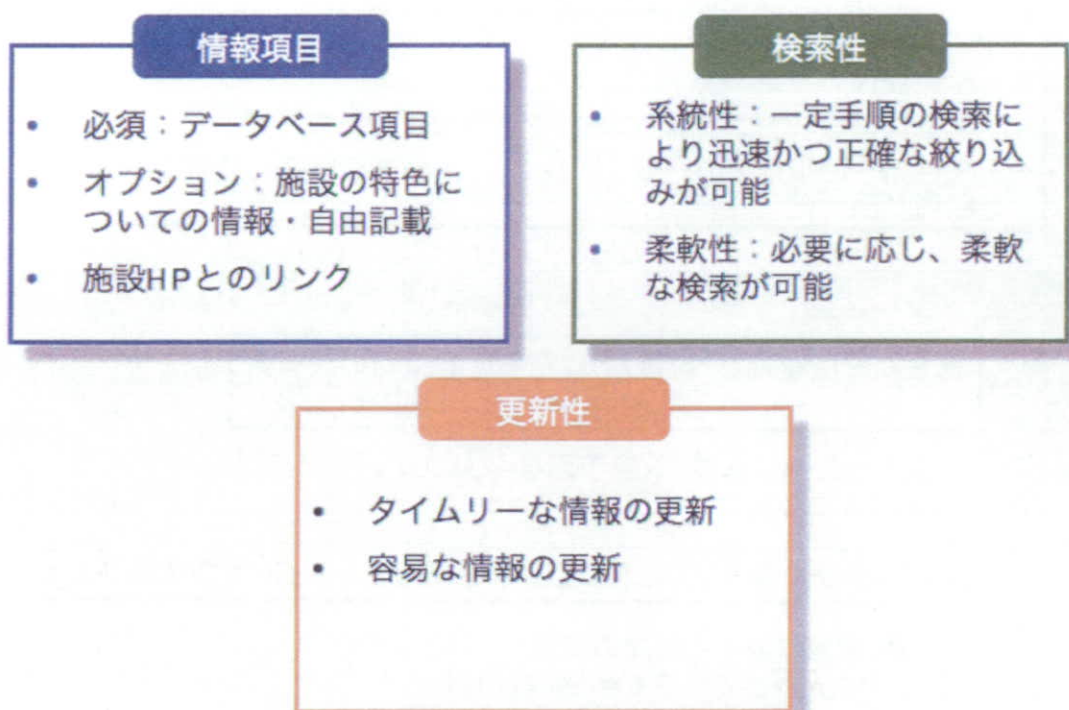


表3. リハビリテーション医療資源データベース化のために抽出された項目
(例: 慶應義塾大学病院)

名 称		慶應義塾大学病院	
所在地		東京都新宿区信濃町 35	
電話番号		03-3353-1211	
交通機関		JR 総武線・信濃町駅より徒歩3分	
脳卒中リハ診療 責任者(診療科)		里中 明元(リハビリテーション科)	
リハビリ医療課長表	脳血管疾患等リハビリテーション科	① Ⅱ	
	(リハビリ専門病床)-(うち関連施設専用病床数)=登録病床数	(6床)-(2床)= 4床	
	登録病床内訳	急性期病床	4床
		回復期病床	0床
		療養病床	0床
看護体制		7対1	
理学療法士(うち非常勤)		12名(0名)	
作業療法士(うち非常勤)		4名(0名)	
言語聴覚療法士(うち非常勤)		3名(0名)	
装具外来		週1回	
対応できる病態	意識障害	可(JCS:①・Ⅱ・Ⅲまで)・不可	
	嚥下障害関連	気管切開後 (☒・不可)	
		胃瘻造設 (☒・不可)	
対応できる疾患	内分泌疾患	糖尿病(Insulin療法) (☒・不可)	
		腎不全(透析) (☒・不可)	
	認知症(条件)	☒(問題行動がない場合)・不可	
	精神疾患(条件)	☒(薬剤管理されている場合)・不可	
	切 断	☒・不可	
対応が困難なその他の疾患あるいは病態		特になし	
入院受け付け担当	M.D. 藤原 俊之	03-5363-3833(直通)	
	MSW 加島	03-3353-1211(内線 62119)	
費用	差額ベッド代金	一人部屋:15,000-35,000 二人部屋:7,500	

表4.候補施設の絞り込み機能

入力項目	絞り込み対象	コメント
患者住所	地域(指定あり、指定なし)	マップ情報と連動、交通機関、到達所要時間等の表示・絞り込み機能
発症日	回復期リハ病棟とそれ以外	残り日数のアラート機能
病態	対応困難な病態がある施設を除外	気切、呼吸器、胃瘻、透析など
必要なリハ	必要なリハが備わっている施設	スタッフ、機器、経験など
許容日数	何日(何週)以内なら可か	アラート情報、待機情報とのリンクが必要
リハ目的	トライアル症例	回復の可能性が不明だが、次の設定を準備した上でリハをトライアル

表5.受け入れ判断に必要な情報

情報	内容	コメント
疾病情報	疾病管理の状態、必要な治療、処置、感染症など	併存疾患、薬物療法、食事療法、その他の治療情報
障害情報	機能障害の内容・程度	ベッド管理、リハ資源管理、対応可能な障害か
ADL情報	基本動作、BI (min) FIM	食事、排尿、移動は必須
病棟生活上の問題点	譫妄、興奮、徘徊等	薬物療法の有無も
必要なリハ	種目、治療技術・機器	特殊なリハが必要かどうか
経済的情報	室料差額の可否	部屋の希望も含めて
社会的情報	在宅復帰の可能性	家屋、介護体制、制度利用
面談内容	機能予後、ゴール、復帰先	何をどのように伝えたか

図4.システム全体構成のイメージ

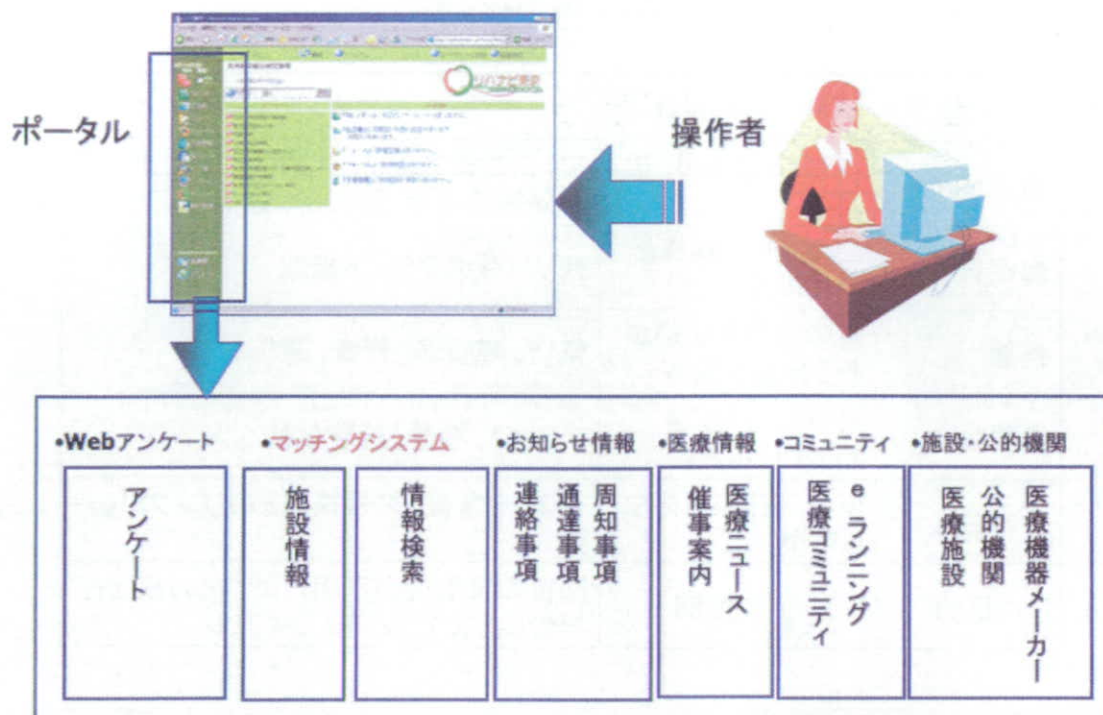
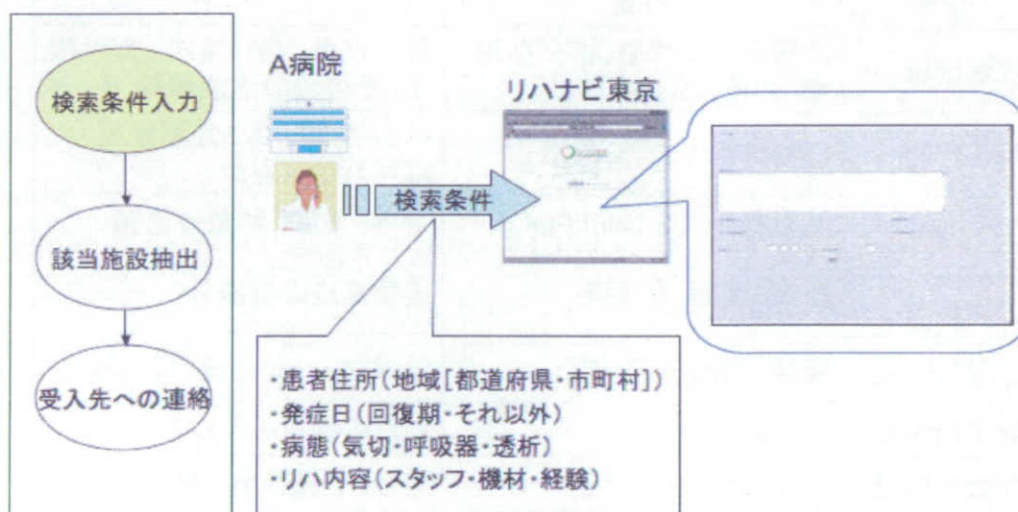


図5a.マッチングシステムの業務フロー(1)



患者の住所・病態・リハ方法等の検索条件を、リハナビ東京に入力する。