

環境において、どのような脳卒中診療体制を実現すべきか」は、我々にとっての喫緊の検討課題である。

1 欧米の急性期脳卒中診療体制の変貌

1) stroke unit (SU) に関する欧州のガイドライン

欧州では、急性期脳卒中患者を専用病棟で、多職種の専門スタッフ・チームで診療する SU の有効性について、多くの臨床研究がなされてきた。それらのメタアナリシスによると、死亡率（絶対頻度）は 3%低下し（NNT 33）、自立患者は 6%増加する（NNT 16）。これらのエビデンスにより、European Stroke Initiative (EUSI) のガイドラインでは「脳卒中患者は SU で治療を受けるべきである（レベル 1）」と勧告されている（表 1）²⁾。

これまでの欧州の SU はリハビリ室を中心としたものであり（図 1）、rt-PA 静注療法を前提としたものではない。それでも、その治療成績は rt-PA 静注療法のそれ以上という。rt-PA 静注療法の効果は顕著であるが、その恩恵を被るのはごく一部の患者に限られるのに対し、SU 治療は脳卒中患者のほぼ全てに適用可能であることが、最大の理由である。多職種でのカンファレンスの積み重ね、チーム医療実践による SU 診療の重要性が示唆される。

2) 米国の primary stroke center (PSC)

他方、米国では、承認後 10 年が経過した今日でもその実施率が脳梗塞全体の数%と低迷している。最近では、本療法の未実施が訴訟の対象となるケースが増えているという。こうした状況の打開を目的として、米国 Northwestern 大学（シカゴ）の Alberts 教授を議長とする米国ブレイン・アタック連合（Brain Attack Coalition, BAC）は、2000 年に primary stroke center (PSC) 整備の勧告を発表した³⁾。脳卒中診療チーム、文書化された診療プロトコル、救急医療システム、脳卒中ユニット（SU）、脳外科、脳神経画像診断などが一定水準以上で整備された施設を PSC として認定するものである（図 2）。

筆者らは、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）」の一環として、Alberts 教授の勤務する Northwestern Medical Center を視察した⁴⁾。米国の代表的 PSC である本施設では、急性期脳卒中患

者は専用 CT 装置を有する救急救命室 (ER) で初期治療を受け、必要があれば rt-PA も投与される。病状が落ち着けば直ちに SU (ベッド数 10, 全室個室) に転棟する。平均在院日数はわずか 4 日である。我々の訪問時には、全入院患者が深部静脈血栓症 (deep vein thrombosis, DVT) 予防のために間欠的空気圧迫装置 (intermittent pneumatic compression) を両下肢に装着していた (次項参照)。

3) JCAHO

米国では、世界最古かつ最大の非営利ヘルスケア機能評価機構である Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) が、American Stroke Association (ASA) と協同して PSC 施設認定を行っている。世界最初に疾患別診療機能評価を開始した JCAHO ではあるが、対象疾患群の中で脳卒中は最も進歩の著しい分野であるという。

診療内容は定期的に報告され、あるいは監査を受け、認定は 2 年に 1 回更新される。脳卒中診療機能評価には、DVT の予防、退院時の抗血栓療法、心房細動患者に対する抗凝固療法、入院中の脳卒中教育、禁煙指導、リハビリテーションなど 10 項目のインディケータが用いられる (表 2)。各項目の内容は、詳しく定義されている。例えば虚血性脳血管障害で歩けない患者では、「入院 2 日目までに DVT 予防処置を実施しなければならない」とされている。前述の PSC における間欠的空気圧迫装置の全員装着は、この項目の遵守を意味している。一つ一つの項目は、詳細に監査され、それによって脳卒中診療の質を担保しているという。

現在、全米で約 300 の施設が PSC に認定されている。最終的には 1000~1400 施設認定が目標とされている。これにより、rt-PA 静注療法実施可能施設が全米のほぼ全地域をカバーすることになるという。JCAHO は、既に海外での PSC 認定も開始している。認定料は 1 回約 80 万円+審査委員旅費で、認定期間は 3 年である。

4) 欧州の脳卒中診療体制の変貌

2006 年 10 月に南アフリカ・ケープタウンで行われた合同世界脳卒中会議で、欧州の脳卒中診療体制に関する 2 つの注目すべき発表がなされた。その 1 つは、SU での脳卒中診療において重要な診療要素について欧州の脳卒中専門医 83 人を対象に実施したアンケート調査の結果である⁵⁾。事前に選択された 107 項目のうち PSC での診療に必須な要素として、チーム医療、脳卒中専門看護師、脳卒中患者への CT 検査優先、ドプラ検査、t-PA 治療プロトコル、救急救命室の保有などが選択された。これに加

えて血管外科の設置などは、より高機能の総合脳卒中センター（comprehensive stroke center, CSC）に必要と判断された。

全欧州の脳卒中診療施設の現状が、無作為抽出アンケート調査で検討された⁶⁾。回答した 886 病院（回答率 52%）の年間脳卒中患者数 33 万人は、全欧州の 3.5%に相当する。rt-PA は約 8000 人（約 2.6%）に使用された。886 病院を脳卒中診療機能別に分類すると、CSC 相当が 4.9%、PSC 相当が 3.6%、急性期脳卒中診療の最低条件を満たす医療機関が 40%で、残る 51%は最低条件にも達していなかった。欧州の脳卒中診療機関のレベルも様々であり、かつ地域差が大きかった。基盤整備はスカンジナビア諸国、ドイツ、オーストリアで進んでおり、フランスやスイスで遅れている。

欧州もまた、米国流の PSC、CSC の整備、認定を進めるものと予想される。

2 わが国の脳卒中診療体制

演者が主任研究者をつとめる厚生労働科学研究費補助金研究班は、2006 年にわが国の脳卒中診療の現状調査を行った⁷⁾。中間集計（1,120 施設）結果では、SU 保有率は 17.4%であった。これは、1999 年の厚生科学研究費補助金 J-MUSIC 研究（主任研究者：山口武典）調査の 3.2%、2004 年の厚生労働科学研究費補助金 SU 研究班（主任研究者：峰松一夫）調査の 8.3%に比べ、明らかに増加していた。脳卒中専門医による 24 時間×7 日間の診療体制の整備率は、rt-PA 承認前の 44.5%から承認直後には約 60%と急増していた。平均在院日数 3 週間以内の割合は、8 年前の 8.5%（J-MUSIC）から 29.5%と増加していた。わが国の急性期脳卒中診療体制は、急激な変貌を遂げつつあるようである。

一方、急性期病院から回復期リハビリテーション病院への平均転院待機期間 2 週間以上は 57%、回復期病院入院時期が発症後 4 週間（平均）以上の場合 53.5%、回復期病院のクリニカルパス使用頻度は約 1/5 であった。急性期病院で用いられる脳卒中重症度スケールは、NIHSS が 60%、JSS が 35%で、ADL スケールは mRS 55%、Barthel Index 37%で、FIM は 17%と少なかった。一方、リハビリテーション病院では、NIHSS などの重症度スケールはほとんど利用されず、ADL スケールも急性期病院で頻用される mRS は 10%未満で、Barthel Index や FIM でも約 1/3 に止まっていた。

我々は、脳卒中医療・介護を、発症から社会復帰または在宅介護までの継ぎ目のない、包括的な地域連携医療として完結すべきものと考え、その阻害要因の明確化、地

域全体の脳卒中医療・介護の質を担保し、向上させるシステムの構築に取り組んでいる。まず、急性期病院と慢性期病院で用いられる指標の共通化、患者情報の共有化など、両者のコミュニケーション改善に取り組むことが、その第一歩であろう。

謝 辞

本講演で紹介したデータの一部は、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）」の援助によって作成された。

文 献

1. 日本脳卒中学会医療向上・社会保険委員会 rt-PA（アルテプラゼ）静注療法指針部会：rt-PA（アルテプラゼ）静注療法適正治療指針 2005 年 10 月. 脳卒中 2005;27:327-354
2. The European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee: European Stroke Initiative recommendations for stroke management - Update 2003. Cerebrovasc Dis 2003;16:311-337
3. Alberts MJ, Hademenos G, Latchaw RE, et al: Recommendations for the establishment of primary stroke centers. Brain Attack Coalition. JAMA 2000;283:3102-3109
4. 峰松一夫、上原敏志、長谷川泰弘：海外視察報告：米国 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (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. 脳卒中 2007;29 (印刷中)
5. Leys D, Ringerstein EB, Kaste M, Hacke W: The main components of stroke unit care: Results a European expert survey. Int J Stroke 2006;1 (Suppl. 1):26-27 (abstract)
6. Leys D, Meckes-Ferber S, Ringelstein EB, et al: European stroke facilities survey. Int J Stroke 2006;1 (Suppl. 1):26 (abstract)
7. 峰松一夫：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. 平成 18 年度総括・分担研究報告書. 国立循環器病センター、大阪、2007 年

表 1 脳卒中ユニット (SU) に関する欧州脳卒中診療ガイドライン (文献 2)

勧 告

1. 脳卒中患者は SU で治療されなければならない (レベル 1)。
 2. SU では、脳卒中診療を専門とする医師、看護師、リハビリ訓練士による連携のとれた多職種ケアが実施されなければならない (レベル 1)。
-

表 2 JCAHO による一次脳卒中センター (PSC) の認定・監査に用いられているインディケータ (standardized performance measure)

-
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*
 5. 入院 48 時間以内の抗血栓療法の実施
 6. 脂質プロファイルの測定
 7. 嚥下機能評価
 8. 脳卒中教育
 9. 禁煙指導
 10. リハビリテーション計画策定
-

* 注：t-PA 静注療法の実施件数や実施率ではなく、本療法の実施の可否を検討した件数や率をインディケータとして採用している。

図のタイトル、説明

図1 欧州の脳卒中ユニット

代表的な医療機関であるデンマーク Hvidovre 病院の正面玄関（左）と、SU 内に設置されたリハビリテーション室（右）。

図2 米国の一次脳卒中センター

Northwestern 大学内に設置されたキャンパス案内図（左上）と Alberts 教授以下スタッフとの記念写真（左下）。前列左端が Alberts 教授、後列中央は同行した長谷川聖マリアンナ医科大学教授、後列左端が筆者。右にはブレイン・アタック連合（BAC）が勧告した PSC の施設要件（文献3より）を示した。

(資料 13)

本研究に関する他資料 (3)

「国立医療学会誌「医療」特集
「循環器病克服 10 年戦略」

国立医療学会誌「医療」

特集「循環器病克服 10 年戦略」

4. 脳血管疾患（脳卒中）

1) 内科

国立循環器病センター脳血管内科

部長 峰松 一夫

要 旨

国民死因の第 3 位、要介護性疾患の首位を占める脳血管疾患（脳卒中）は、今後 20 年間で倍増する可能性がある。脳卒中ユニットや血栓溶解療法などの登場で脳卒中医療は劇的に進歩し、わが国でも全国レベルの対策が始まりつつある。目前に迫った患者急増時代に対処するためには、脳卒中医学研究を推進させ、診療・教育面でも大規模な戦略計画を策定し、その実行を急ぐ必要がある。

Keywords :

ガイドライン, 高齢化, 血栓溶解療法, 脳卒中ユニット, 脳ドック

guideline, aging, thrombolytic therapy, stroke unit, brain check-up

はじめに

国民死因の第 3 位、要介護性疾患の首位を占める脳血管疾患（脳卒中）への対策の究極の目標は、単なる死亡率低下ではなく、脳卒中後遺症からの解放、社会・家庭への完

全復帰の達成にある。究極の目標である「全治」を目指して、内科（脳血管内科、神経内科）の立場で今後 10 年間の診療・研究等の戦略を論ずる。

1. 疾病統計から見た脳血管疾患

1951～81 年の間、脳卒中は国民死因の第 1 位であった。ライフスタイルの欧米化、高血圧対策の進歩などにより、死亡率・数は 1970 年をピークに、世界でも類を見ないスピードで低下したが、2003 年以降は死亡者数増加に転じている。現在、脳卒中は全死因の 12.2%（13.2 万人、2005 年）を占め、要介護者の 1/4～1/3 が本疾患を原因としている（首位）。

脳卒中は高齢者に多く、かつ高齢者ほど予後不良である。超高齢化の進行するわが国では、今後 20 年間に患者数が倍増し、大半は介護度の高い後期高齢者によって占められよう。

2. 国レベルの脳卒中対策

わが国の脳卒中対策には問題が多い。すなわち、①診療実態データの不足、②有効な急性期治療法の不足～欠如、③医学部での脳卒中教育の欠陥、④脳卒中医療供給体制の問題、⑤研究費不足などである。

こうした諸問題の解決に向け、1997 年頃より様々な活動が活発化している。すなわち、①日本脳卒中協会創設、②脳卒中対策議員懇談会の発足、③日本脳卒中学会による「対脳卒中国家施策への要望書」提出¹⁾、④厚生省生活習慣病対策室（当時）「脳卒中対策に関する検討会」中間報告書公表²⁾、⑤「健康フロンティア戦略（2004 年）」における脳卒中死亡率・要介護者減少の数値目標設定、⑥脳梗塞治療薬 rt-PA（アルテプラゼ）承認（2005 年 10 月）、⑦2006 年度診療報酬改訂での「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」や「脳血管疾患等リハビリテーション料 I、II」の新設、⑧「改正医療法

(2006年公布)」とその関連法令や「新健康フロンティア戦略(2007年)」における重要疾患としての脳卒中の名称提示などが挙げられる。

3. 脳卒中医学・医療の進歩と国立循環器病センターの責務

1990年代後半より、世界レベルで脳卒中医療の劇的な進歩が始まった。脳卒中ユニット(stroke unit, SU)や発症3時間以内の脳梗塞に対する血栓溶解療法(rt-PA静注による)の優れた転帰改善効果の証明がきっかけである^{3,4)}。一次・二次予防法に関する大規模臨床試験が実施され、エビデンスの蓄積が進んだ。わが国を含む世界各国で、脳卒中診療ガイドラインが発表された。世界各国で脳卒中関連学会が設立され、2006年にはWHO公認の世界脳卒中機関(World Stroke Organization, WSO)が発足した。

1977年の開設以来、国立循環器病センター脳血管内科は、わが国初の大規模脳卒中急性期専用治療病棟(stroke care unit, SCU)での診療を推し進め、世界をリードする臨床研究成果を挙げてきた。今後は、これまで以上に大胆な研究・診療・教育戦略計画を策定し、関係諸学会・団体・医療機関、さらに行政、関連業界などとの連携を強化して、これを実行する必要がある。表1に国立循環器病センター「循環器病対策10年戦略作業部会脳卒中对策班」がまとめた「今後早急に解決さるべき問題点」を列挙する。

4. 研究課題

脳卒中医学研究についても、これを積極的に推し進める必要がある。表2に、今後10年間に実施さるべき研究課題をまとめた。これらの課題に対しては、十分な研究費を集中的に投下すべきである。このうち、1-2)の「急性期新規治療技術の開発」については、当科が中心になってrt-PA(アルテプラゼ)の国内治験J-ACTが実施され、その結果に基づいて本薬の国内承認がなされたところである⁵⁾。また、1-3)の「無症候性脳病変、脳血管病変」に関する研究は、わが国独自のシステムである「脳ドック」

や二次検診に用いられ始めている頸動脈エコー検査の意義を明確にするものである。

5. 診療・教育課題

産官学連携を強化し、かつ脳卒中对策プロジェクト窓口を一本化する必要がある。国立循環器病センターは、厚生労働省、日本医師会、日本脳卒中学会等関連医学会、日本脳卒中協会、医育機関、独立行政法人国立病院機構等と密接に連携し、かつ中核的な脳卒中医療・研究・教育機関としての使命を果たさなければならない。ミッションの中には、①市民への脳卒中教育、啓発活動、情報提供、②一般医療従事者を対象とした脳卒中教育、③脳卒中専門医療職の人材育成、④脳卒中専門医療機関等の整備とその連携の推進、⑤治験、臨床試験の推進、⑥脳卒中医療政策の提言・実行などが含まれる。

冒頭に述べたように、脳卒中により国民・国家の被る被害は、今後 20 年間に極めて深刻なレベルに達すると予想される。本稿で概説した「脳卒中对策 10 年戦略」は、早急に実行に移す必要がある。

謝 辞：本論文の一部は、平成 19 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）」の援助によって作成された。

文 献

1. 端和夫：第 23 回日本脳卒中学会総会開催にあたって. 脳卒中 1998;20:1-5
2. 厚生省保健医療局生活習慣病対策室：脳卒中対策に関する検討会中間報告書.
平成 11 年 9 月.
3. Stroke Unit Trialists' Collaboration: Collaborative systematic review of the randomized trials of organized inpatient (stroke unit) care after stroke. BMJ 1997;314:1151-59
4. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group: Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med 1995;333:1581-87
5. Yamaguchi T, Mori E, Minematsu K, et al: Alteplase at 0.6 mg/kg for acute ischemic stroke within 3 hours of onset. Japan Alteplase Clinical Trial (J-ACT). Stroke 2006;37:1810-15

表1 わが国の脳卒中医学・医療における解決すべき諸問題

1. 国家レベルでの脳卒中对策への取り組み

対脳卒中宣言、脳卒中对策促進法の制定など

2. 国民ならびに医療従事者の脳卒中予防知識の向上、予防対策の強化

3. 急性期診療体制の基盤整備・再構築

中核的専門医療機関（一次脳卒中センター、総合脳卒中センター）の整備、脳卒中診療ガイドライン、脳卒中医療情報ネットワーク構築、初期対応人材の育成・確保、脳卒中診療従事者への再教育・生涯教育

4. 切れ目のない脳卒中医療体系（脳卒中地域連携医療）の構築

病院前対応→急性期医療→リハビリテーション→再発予防→家庭・社会復帰

5. 脳卒中教育の充実

医育機関における脳卒中診療部の設置、臨床医学教育における脳卒中の必修化、卒後脳卒中教育

6. 研究助成の充実

疫学・予防医学分野、社会医学分野、臨床医学分野、基礎医学分野

表 2 研究課題

1. 臨床研究

- 1) 従来型脳卒中急性期医療技術の再評価に関する臨床研究
- 2) 脳卒中急性期新規治療技術の開発と有効性評価に関する臨床研究
- 3) 無症候性脳・脳血管病変に対する効果的医療対策の確立に関する研究
- 4) 日本人脳卒中患者の血液凝固特異性に関する研究
- 5) 脳卒中急性期医療技術・体制の医療経済学的影響に関する研究
- 6) 脳卒中リハビリテーションのあり方に関する総合的研究
- 7) 地域完結型脳卒中医療の効果と問題点に関する研究

2. 疫学研究

- 1) 全日本レベルの脳卒中データベース構築（発症登録と予後追跡調査）
- 2) 脳卒中遺伝子疫学

3. 開発研究

- 1) 新たな脳卒中診断機器の開発と技術評価体制の確立
- 2) 臨床応用可能な動物モデル（ヒト脳卒中に近い疾患モデル）の開発
- 3) IT やロボット工学を応用した脳卒中診断・治療・リハビリテーション支援技術の開発
 発応用

4. 基礎研究

- 1) 新たな脳卒中発症要因・機序の解明
 - 2) 脳卒中に対する分子標的治療薬の開発
 - 3) 脳卒中遺伝子工学の確立
 - 4) 脳卒中再生医療技術の創出
-

(資料 13)

本研究に関する他資料 (4)

「回復期リハ 2007年7月号 掲載分」

お願い！ 回復期！

No.8

急性期病院にきく

国立循環器病センター（大阪府）

峰松一夫、古賀政利

内科脳血管部門 部長、医師

センター プロフィール

循環器疾患の究明と制圧とを目標に

1977（昭和52）年、大阪府吹田市北部の千里丘陵に設立された国立高度医療センター。重大な循環器疾患である脳卒中の先進的診療を行うとともに、その調査・研究を行い、成果を国内外に広く発信している。また、古くからレジデントおよび専門修練医制度を立ち上げ、指導的脳卒中診療医の育成にも取り組んでいる。

最近では、地域医療にも積極的に関わりを持ち、地域連携医療の構築に努力している。

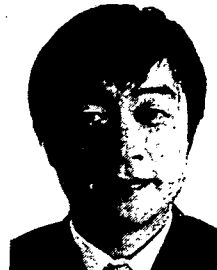
手探り状態からスタート、「顔の見える連携」へ

国立循環器病センターは大阪府北部に位置し、吹田市、豊中市、箕面市、池田市、能勢町、豊能町を併せた大阪豊能二次医療圏の一員である。2000（平成12）年度から5年計画で地域リハ推進事業が全国的に開始され、その実施主体は都道府県であった。大阪府では、広域支援センター（当医療圏では市立箕面病院が指定された）と保健所とが協力して本事業が展開された。2000年は介護保険制度が導入されたばかりで、介護の基盤は整備されておらず、手探り状態でのスタートであった。「たとえ障害があっても、いきいき楽しく暮らせるまちを、みんなで作ること」と定義された地域リハを実践するために、まず急性期病院と回復期リハ病棟保有施設とのネットワーク構築が

峰松一夫部長



古賀政利医師



図られ、次いで維持期施設・事業所にも連携の輪が広がっていった。この事業により「顔の見える連携」の重要性が再認識された。この間、本医療圏におけるリハ病床数は増加し（後述）、リハ医療レベルも向上し、連携はさらに改善した。

大阪府全体では未だに十分な回復期リハ病床数が達成できていない。すなわち、全国回復期リハ病棟連絡協議会が目標とする人口10万人あたり50床に満たず、2007年6月現在で40床未満という。一方、豊能二次医療圏の病床数は2007年度中にも上記目標を達成できる見込みである。これによる待機期間の短縮、連携のさらなる強化、回復期リハの質の向上などが期待される。

われわれの二次医療圏では、前述の地域リハ推進事業により、さまざまなプラス面がもたらされた。すなわち、①回復期リハ病床数の増加、②回復期リハ病棟への転院の待機期間の大幅短縮（1か月強から2週間弱へ）、③リハ医療レベルの向上、④回復期リハ病棟の診療・サービス内容の開示、⑤回復期リハ病棟の受け入れ待機期間の情報開示、⑥在宅に向けた十分な調整の実現などである。いずれも、ネットワーク構築を図る中で実現したものであり、地域リハ推進事業による「顔の見える連携」が非常に重要であったといえる。

近隣の回復期リハ施設に求められる今後の課題

表 回復期リハ病棟（病院）へ望むこと

<p>〈現時点で要望〉</p> <p>① リハ医療レベルのさらなる向上</p> <p>② 地域医療連携への積極的な関わり</p> <p>③ 在宅へ向けた積極的な生活支援</p> <p>④ 医療従事者が介護保険制度を正しく理解し、患者・家族へわかりやすく説明できること</p> <p>⑤ 再発や合併症による病態悪化時の急性期病院との緊密な連携</p> <p>⑥ 維持期施設・事業所への（リハ情報のみでなく）基礎疾患・合併症などの医療情報の正しい伝達</p> <p>⑦ 受け入れ待機期間の短縮</p> <p>⑧ 急性期病院でのリハとの積極的な連携</p> <p>〈将来的に期待〉</p> <p>① 身体機能、日常生活動作（ADL）、生活の質（QOL）などを長期的にフォローアップできること</p> <p>② 維持期施設・事業所に対してリハの教育・指導を行うこと</p> <p>③ 受け入れ可能な重症度・合併症基準を緩和すること</p>

として、①脳卒中急性期と維持期の連携調整機能の確立、②教育や指導による維持期施設・事業所リハのレベルアップ、③維持期リハ利用者の日常生活動作などの長期的フォローアップなどがある。これからの発展に期待したい。

「受け入れ可能な重症度、合併症」の存在

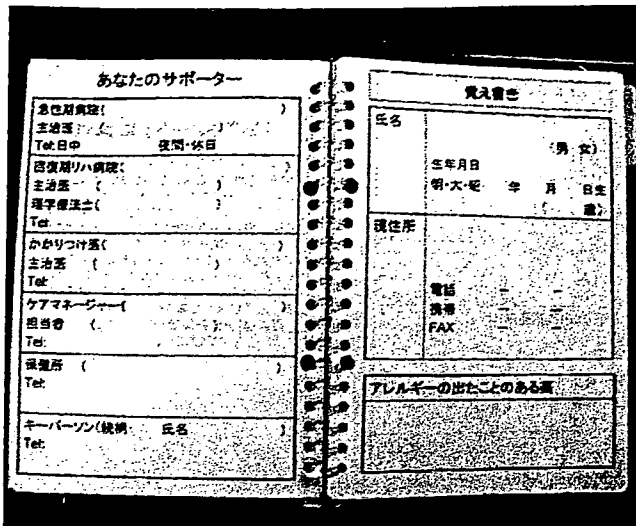
回復期リハ病棟（病院）へ望むことを表に掲げた。現状では脳卒中患者のリハ効果が最も期待できるのは発症早期から回復期にかけてである。しかしわれわれの豊能二次医療圏ですら急性期病院から回復期リハ病院への転院待機期間は2週間程度と長い。海外では、数日～1週間以内が常識である。重症例や合併症例は回復期リハ病棟への転院が遅れがちであり、場合によっては機会を失ってしまう。せっかくの適応例でも十分なリハを受けられない場合がある。昨今の診療報酬改定の影響が大きいとはいえ、放置してよい問題ではない。

受け入れ可能な重症度、合併症が設定されている回復期リハ病棟（病院）が多く、これに合致し

ない患者のリハ転院先探しには急性期病院、患者とも大変な苦勞をしている。各回復期リハ病棟の診療の質を十分に把握できないことも問題である。

また、診療可能な対象疾患、期間が決まっているためか、維持期リハ利用者の長期フォローアップ体制は概して未熟である。維持期施設・事業所、在宅管理医に十分な医療情報が伝達されない場合には、合併症管理が不良となり、重要な内服薬が中止されて、合併症発生や再発につながることも稀ではない。場合によっては、それまでの急性期医療や回復期リハにおける努力が水泡に帰する結果となる。急性期病院からの重要な医療情報は、維持期施設にも必ず伝達する必要がある。

日本リハ病院・施設協会から公表された「リハ機能評価表」などに準じ、各病院の機能・規模に合わせたリハ医療レベルの充実が望まれる。地域の中で「顔の見える連携」を実現しつつ、回復期リハ病棟（病院）、維持期施設・事業所が必要に応じて急性期病院に対しスムーズに連絡を取れるシステムが必要である。



「脳卒中ノート」(A5判56頁)は本人家族と各ステージの医療・介護関係者を結ぶ情報共有の最重要ツール

継ぎ目なき脳卒中医療の輪の確立へ

わが国において脳卒中は死因の第3位、要介護性疾患の首位を占めている。人口超高齢化の影響で患者数は増加し、事態はさらに深刻化するであろう。一方、発症3時間以内の血栓溶解療法(t-PA静注療法)の承認、専門多職種で急性期チーム医療を実施する脳卒中ユニットの普及、入院日数の大幅短縮など、脳卒中急性期診療現場は激変しつつある。同時に、脳卒中をはじめとする疾患群別リハの考え方も急速に広まっている。

脳卒中医療は、救命救急、急性期医療から社会復帰・介護までの長いスパンにわたり、多くの医療・介護機関、職種、行政機関等が介在して行われる医療である。そこでは継ぎ目のない医療・介護(シームレス・ケア)が重要であることは言うまでもない。しかし現状では、各医療機関内部の努力で精一杯という状況ではないだろうか？

現在われわれは、発症・急性期から維持期・在宅までをターゲットとした「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(厚生労働科学研究費補助金、主任研究者：峰松一夫)」を実施している。本研究班では、脳卒中急性期医療の機能評価に止まらず、これまでほとんど見えなかった急性期病院と回復期リハ病院との連携状況なども含めた、脳卒中地域医療全体を評価する尺度(インディケータ)の検討を行っている。

本研究班のプロジェクトの一つとして、当センター脳血管内科の長束一行医長は、脳卒中患者のための地域連携ツールとして「脳卒中ノート」(写真)を試作した。これは医療機関ごとに不統一だった患者医療・介護情報を一冊の標準ノートを用いて共有する試みであり、本格的運用開始が予定されている。これにより、患者本人の安心できる脳卒中診療連携が進むことが期待される。こうした試みが容易に実施可能であるのも、「顔の見える連携」の賜物である。

今後は、各医療圏単位で脳卒中医療連携を支える委員会や協議会の設立、これを通しての「顔の見える連携」の実現、脳卒中ノートや脳卒中連携パスなどの活用、脳卒中地域医療におけるインディケータ選定・監査とその公表、これらの仕組みの診療報酬・介護報酬制度への反映などに取り組む必要がある。協業(各専門職が、それぞれの立場から目標と課題を明らかにし、協力してそれらの解決にあたること、また必要に応じて各専門職が連携して、課題に取り組むこと)の概念が急性期と回復期との間で実践できれば、連携は自ずと強化されていくであろう。

道のりは険しいが、努力は必ず報われると信じたい。

(資料 13)

本研究に関する他資料 (5)

「秋田市城東消防署 報告書」

1 はじめに

近年における急速な少子高齢化や脳卒中、心臓病、糖尿病などといった生活習慣病の増加、さらには認知症、寝たきり等の要介護状態になる人も増加しており、医療費や介護負担の増大などが現代において、大変大きな社会問題となっている。

本県にとっても例外ではなく、県健康推進課の「平成 18 年人口動態統計の概況」によれば、死亡率は人口千対 12.0 で全国ワースト 1 であり、なかでも脳卒中死亡率は人口 10 万対 170.7 で前年(全国 3 位)比では 9.4 ポイント増加し、再びワースト 1 位という不名誉な結果となっている。

さらに脳卒中では、死亡率の高さもさることながら、発症後に寝たきりになるなど、QOL の低下や、家族等の介護にかかる負担の増加等様々な問題を抱えることになる。

このため、本県の健康づくりを進める上で大きな課題となっている脳卒中对策について、これまでも県や関係機関が様々な対応策を検討してきたところであるが、平成 17 年 10 月に脳梗塞に対する rt-PA の静注療法が認可されたこともあり、急性期治療をふまえた救急隊の役割が、今後、ますます重要になってくることは明らかである。そこで、今回各救急隊の協力を得て、当市での脳梗塞による搬送実態を調査し、今後の課題等について考察した。本報告書はその調査検討結果である。

2 脳卒中搬送患者の現状

(1) 内因性疾患の内訳

平成 17 年 1 月 1 日から平成 18 年 12 月 31 日までの 2 年間で当市救急隊の搬送した 19,694 人のうち、内因性による患者数は 13,028 人で、このうち心疾患は 1,494 人、消化器疾患が 1,516 人、脳疾患は 1,589 人(12%)であった。(図 1)

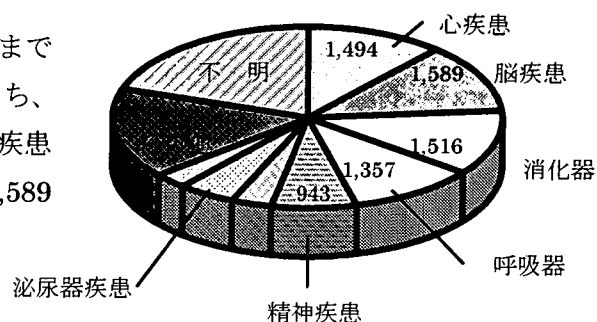


図 1 内因性疾患の内訳

(2) 脳血管障害の内訳

同期間中に搬送した脳血管障害患者は 1,420 人であったが、これら病型別に搬送頻度をみると、図 2 に示すように、脳梗塞 992 人(69%)、脳出血 278 人(20%)、くも膜下出血 150 人(11%)と脳梗塞の搬送頻度が最も多かった。

なお、脳梗塞は医学的にラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓に分類されるが、これら詳細については不明であった。

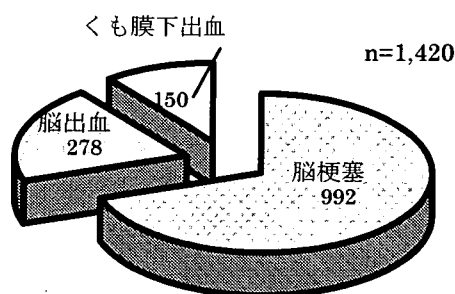


図 2 脳卒中の内訳

(3) 脳梗塞の年代別性別搬送頻度

図 3 に平成 17 年と平成 18 年の脳梗塞搬送患者 992 人について、年代別性別頻度を示した。60~80 歳代が全体の 82%で、高齢者が大多数を占めていた。なお、男女の割合では、全体の 53%が男性、47%が女性であり、男女間に大きな差を認めなかった。