

向上、医療連携の強化を図っていきたいと考える。

5) 一般病床としてリハビリテーション専門病棟を有する当院の脳卒中リハビリテーションの現状と地域連携(中島英樹) : 一般病床として26床の専門病棟を持ち、急性期から回復期初期のリハビリテーション(以下リハ)に関与している当院の脳卒中リハの現状について報告する。平成20年4月から12月までの間、当院入院しリハを行った脳血管障害患者74名を対象として急性期リハの現状を調査。またリハ科に入院した患者を院内転科群(16名)と直接入院群(23名)に分け、患者基本情報、リハ科入院までの経緯、リハ科入院時の身体機能、ADL経過、転帰を調査した。

急性期リハの転帰としては、直接自宅退院38%、リハ科転科22%、リハ目的転院28%、療養目的転院11%。リハ科入院患者の患者居住地は区西北部2次医療圏が多く、転科群75%、直接入院群78%であった。直接入院群での紹介元医療機関は区西部2次医療圏も多かった。転科群におけるリハ開始から転科まで平均30.4日。直接入院群では、発症から当院紹介までの期間は平均29.8日。入院までの待機期間は平均7.2日であった。両群とも下肢Brunnstrom stage V以上の患者は失語症、半側空間無視の合併、生活面での問題(独居、生保など)が多かった。下肢Brunnstrom stage III以下の患者には下肢装具を積極的に用いてリハを行った。リハ科入院期間は、転科群では平均40.6日、直接入院群では平均59.0日。ADLでは直接入院群で入院時、退院時ともFIM運動項目は低値。自宅復帰率は転科群87.5%、直接入院群69.6%と直接入院群で低値であったが、ほぼリハゴールで多くが療養目的の転院であった。

回復期初期の対応として、当院は「回復期リハ病

棟」ではなく、「一般病床」で運用しているため、ある程度の入院期間の制限はあるが、リハに平行して治療が必要な併存疾患にも対応でき、また急性期治療継続のため発症2ヶ月以内に転院できない例にも対応できるメリットがある。当院のように一般病床としてリハ病棟を有する病院も必要ではないかと思われる。

6) 当院リハビリテーション病棟入院患者の動向(水野勝広、他) :【目的】当院における回復期リハビリテーション病棟入院患者の動向から診療連携の現状と問題点を把握する。

【方法】平成20年10月1日から平成21年1月31日までに当院回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の紹介元、原疾患を集計した。

【結果】入院患者の総数は54名、紹介元は医療機関からの転院50名、自宅などからの直接入院4名であった。紹介医療機関の種類別の患者数は、国立病院機構38名(70.3%)と3分の2以上を占めた。医療機関の所在地別では、多摩地域47名(内、北多摩西部2次医療圏39名)と近隣地域からの紹介が多かった。疾患別にみると脳血管障害31名と最も多かった。脳卒中患者のうち地域連携バスによる紹介患者は4名であった。

【考察】当院では今年度10月よりリハビリテーション科病棟を回復期リハビリテーション病棟として登録したが、以前より脳血管障害を中心とした回復期のリハビリテーション患者を多く受け入れている実績があり、病棟の区分は変わっても、大きな影響がなかったと考えられる。当院の周辺地域では人口に対する回復期病床の比率が比較的多く、地域完結型に近い形で急性期から回復期への連携が可能であると考えられ、今年度4月からは脳卒中診療連携バスも導入されている。また、バスを利用した

紹介の比率は多くはないが、地域の病院同士の連携がより一層深まることが期待される。

7) 南多摩圏域脳血管疾患医療連携の取り組み(飯田達能、他):平成19年度に東京都南多摩圏域のリハビリテーションを含む脳血管疾患医療連携の取り組みについて報告した。そのなかで南多摩圏域脳血管疾患医療連携検討会が主導して各病院、診療所、歯科診療所、介護保険事業所、行政機関合計1623施設に脳血管疾患症例の受け入れ状況、リハ資源、歯科診療所では口腔ケアや摂食嚥下障害の取り組みについて調査した。その結果、南多摩圏域脳血管疾患医療連携施設名簿および、その運用の手引きを完成させた。

今回われわれは、この医療連携施設名簿の活用状況を検証し、さらに本圏域脳血管疾患症例の動向を調査してそのフローチャートを作成した。調査方法は調査対象施設を本検討会の委員の在籍する急性期病床群、回復期病床群、維持期慢性期療養型病床群、診療所、歯科診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーションとした。調査期間は平成19年9月の1ヶ月間で前方視的調査をこれら医療機関および施設で施行、後方視的調査を平成18年12月の1ヶ月間で急性期病床群のみ調査した。

その結果、急性期病床群からの動向は平均入院期間が26.4日でそのうち67.4%は自宅退院となり、19.9%が回復期病床へ移行、12.7%が慢性期病床、施設へと移行した。回復期病床群での動向は平均入院期間が119.8日で58.0%が自宅退院となり、42.0%が慢性期病床、施設へと移行した。南多摩医療圏域の脳血管疾患症例の動向は約80%が圏域内で循環完結していた。医療連携施設名簿の活用状況は本検討会の委員の在籍施設を対象とした調査のためか活用度は低かった。

c.維持期における脳卒中診療連携の動向

1) 清泉会における維持期脳卒中患者の動向(速水 聡、森 英二)

:平成18年度の研究報告では短時間滞在型の機能訓練対応通所介護施設におけるリハビリテーション(以下、リハ)効果について述べ、昨年度は新設した介護予防を重視した短時間滞在型の機能訓練対応介護予防通所介護施設の動向について報告した。医療保険によるリハ(以下、医療リハ)から介護保険によるリハに、スムーズに移行することは脳卒中患者の地域生活を支える際に重要な課題といわれている。清泉会では多様な障害や生活レベルを呈する維持期脳卒中患者に対して、きめ細かな対応ができるようなリハサービスを整備している。地域における医療リハを充実するために、平成19年11月に診療所の移転を果たし、平成20年5月より脳血管疾患等リハ(1)を提供している。そして、診療所に配置された地域医療福祉連携室が調整役となり、回復期リハから維持期リハへの移行、医療リハから介護保険によるリハへと、より安定した地域生活を維持できるように努めている。本報告では、清泉会で提供しているリハサービスについて、維持期脳卒中患者の症例を通して考察した結果、大都市圏においては、小規模・多機能・高機動性のリハ専門の診療所が、地域リハに大きく貢献できる可能性が考えられた。

2) 脳卒中の訪問看護サービスの現状(角谷ゆかり)

:リハビリテーション医療機関の診療連携システム構築にあたり、セコム訪問看護サービスにおける平成19年1月から12月までの当社訪問看護を利用する脳卒中の利用者の実態を調査した。脳卒中リハビリテーションにおける訪問看護の役割として、リハビリテーションの維持期に自立のための健康

管理やADL支援を行うことで、要介護度の軽減、重度化を予防することが期待されている。しかし当社の実態としては、回復期から維持期への移行時に訪問看護が導入されるケースは少なく、医療依存度が高い、要介護度が重度化した、終末期ケアを必要とするケースが多い。訪問看護が自立支援を目的とする維持期リハビリテーションを担うには、より適した時期にサービスを導入することが重要であり、リハビリテーション医療機関と訪問看護の連携体制を確立することが、今後の課題と考えた。

d) 近隣県における脳卒中診療連携の動向

1) 埼玉県総合リハビリテーションセンター回復期入院患者の動向と埼玉県における地域連携の現状(高木博史)：平成20年4月に地域連携バスの診療報酬が認められたものの、脳卒中診療連携体制はまだまだ不十分で今後の進展が期待されている。この3年間における回復期病床の動向を調査した。

2) 千葉県地域リハビリテーション情報検索システムと県内脳卒中診療連携の新たな動き(吉永勝訓)：平成13年から本格的に動き出した千葉県の地域リハビリテーション支援体制も平成20年度で8年目を迎えた。千葉県の地域リハビリテーション支援体制の組織としては、都道府県地域リハビリテーション支援センターを1ヶ所置き、二次保健医療圏(現在9圏域)ごとに1ヶ所の地域ハ広域支援センターを設置している。千葉県千葉リハビリテーションセンターは平成15年度に千葉県地域リハビリテーション支援センター(当時千葉県では“地域リハビリテーション総合支援センター”と呼称)の指定を受けた。広域支援センターについては平成15年度から順次指定が行なわれ、平成19年4月に県内9圏域のすべてで指定が終

わりようやくネットワークの核が完成した。この支援体制において重要な「千葉県地域リハビリテーション連携指針」については14年3月に策定・公表されていたが、平成19年度には見直し作業を行って平成20年3月に「千葉県地域リハビリテーション連携指針(改訂版)」を公表した。この際には概要版も作成して関係機関に広く配布し、平成20年度からの本県における地域リハ推進事業の活動指針として用いている。

本研究事業19年度報告書で新しい情報検索システム“情報マップ”について概要を説明したが、本年度は当初よりその公開について準備を進めた。この情報マップは現場で役に立つリハビリテーション資源情報を盛り込んだ情報システムを目指し、県内の各広域支援センターからの意見・協力を得ながら作成してきた。情報提供はするが当センターのHP上に載せたくない情報については公開しないこととし、各機関に対して非公開の希望をとったが、その確認作業に手間取ったことにより公開が予定よりも遅れ、20年9月に当センターのHPにてようやく公開に至った。公開にあたり当初の予定を変更して、在宅生活者のリハビリテーションに関わる可能性が高い「病院」「介護老人保健施設」「通所リハビリテーション施設」「訪問看護ステーション」についての情報公開に絞った。一方で当センターの業務の半分を占める小児療育に関連の深い「障害児通園機関」についても情報公開を開始した。

調査内容は医療機関の基本情報、施設概況(駐車場の詳細などを含む)、リハビリテーション部門(対応できる疾患や提供できる専門技術などを含む)、受診条件(予約の必要性などを含む)、併設施設などから構成されており、使っただ

ける情報の掲載に心がけた。

3. 連携マッチングシステム「リハナビ東京」の構築と効果の検証

a) リハナビ東京の実用化

リハ資源データベースを拡充するとともに、実際の運用を通してより実用性の高いシステムへの改良を行い、診療連携支援システム「リハナビ東京」を完成させた(図8)。本システムにより、急性期施設は、1)患者の条件に合った施設の検索、2)回復期施設の空床情報や施設情報の検索、3)メールやチャットを利用した回復期施設との情報交換が可能になり(図9)、回復期施設は、1)転院待ち患者情報の検索、2)受け入れ意思の表明、3)ベッドマネジメントへの活用が可能になった(図10)。さらに、脳卒中連携バスとの連動により、リハニーズと資源のマッチングを通して円滑な診療連携を支援しう。

b) リハナビ東京の評価

試験運用に参加した医療者20名に対し、リハナビ東京の操作性、検索性、施設情報、急性期および回復期からのアクション、診療連携上の有用性、改善点等についてアンケート調査を実施した。その結果、概ね普通〜非常によいという評価が得られたが、ユーザーインターフェースの改良および施設データベースの拡充の必要性が明らかになった(表3)。

さらに、市民公開講座においてリハナビ東京をデモした後にアンケート調査を実施した(図11)。回答者は191名(女108名)、50代〜70代が68%、身内に脳卒中がいる40.2%、いない59.8%であった。リハナビ東京の必要性:是非必要91.1%、必要

性を感じない1.0%、分からない5.2%、利用の希望:是非希望52.4%、できれば希望38.1%、どちらでもよい4.2%、希望しない0.5%、システムの適切性:適切53.3%、改良の余地あり28.3%、どちらとも言えない11.8%、不適切0%、と肯定的評価が多く、その割合は身内に脳卒中がいない群に高かった(表4)。80名が自由意見を記載しており(表5、表6)、その分析を通してシステムの改良に役立てる予定である。

c) 導入効果の検証

リハナビ東京の効果を導入前後の臨床指標(在院日数、ADL改善度、在宅復帰率、回復期転院までの日数、スタッフ・利用者満足度等)の比較により検証する研究を実施中である。中間報告を表7に示す。

4. 広報および事業化に向けての検討

リハナビ東京の普及に向けて、マニュアルの整備、Web上トライアル版の作成、パンフレットの作成(図12)、医療連携に関する講習会等でのデモ、個別の医療機関を訪問してのデモを行い、普及に向けて広報活動を行った。

さらに、研究事業終了後継続的な運用を可能にするために、慶應義塾大学知的資産センターの援助を受けながら、企業へのライセンス契約を進め、今後の事業化に向けての検討を開始した。

図8.連携マッチングシステム「リハナビ東京」の基本構造

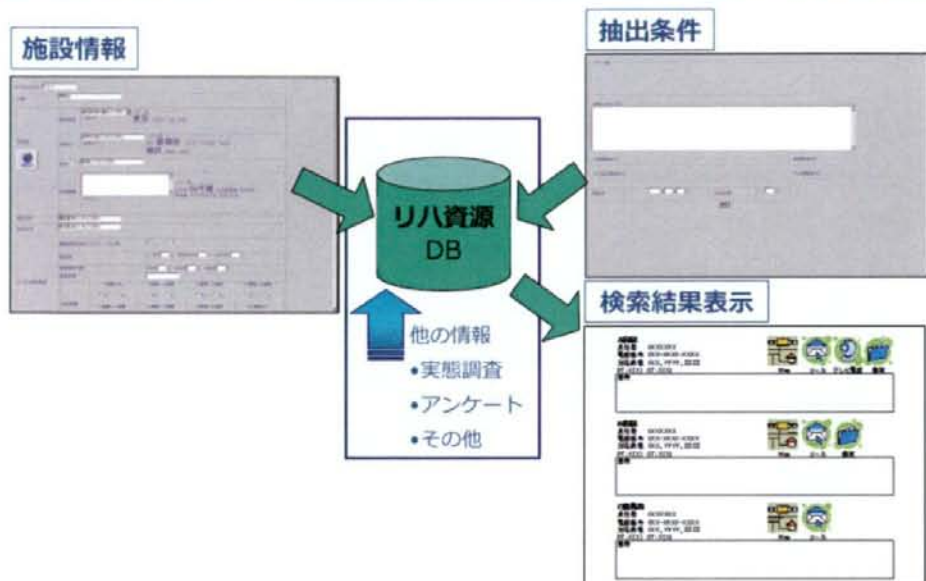
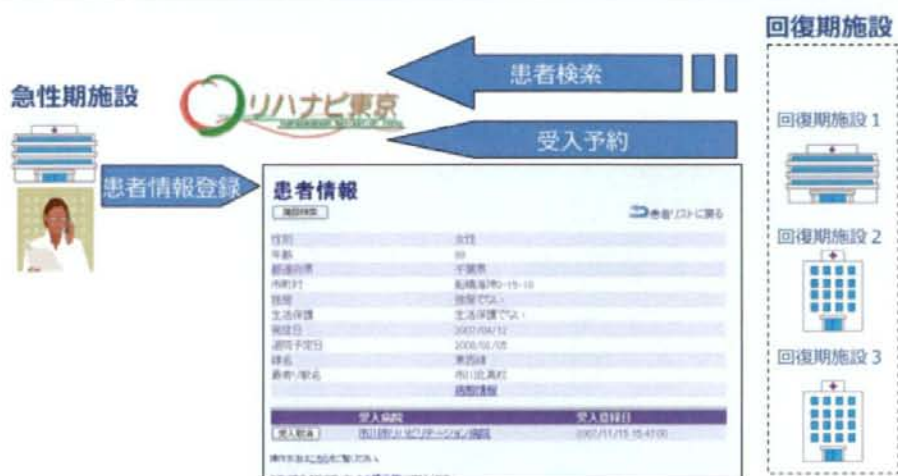


図9.連携マッチングシステム：急性期施設からのアクション



- 候補施設の中から、受入先を選定。
- 必要な情報交換：メール、TV電話等を活用。
- 地図情報、施設HPへのリンク：患者・家族への説明に活用。

図10.連携マッチングシステム：回復期施設からのアクション



- 急性期で、転院待ちの患者が一覧可能。
- 回復期施設から、患者受入れのアピールが可能。
- ベッドマネジメントに活用可能。

表3.医療スタッフへのアンケート調査 (N=20)

	項目	非常に良い	良い	普通	少し悪い	悪い
操作性	見易さ	0	40	30	30	0
	扱い易さ	0	35	45	20	0
	結果満足	11	17	47	5	0
検索性	条件適切	30	20	50	0	0
	方法容易	5	40	30	15	5
施設情報	内容	7	13	20	27	33
	選択肢	16	16	68	0	0
急性期から	見易さ	0	50	35	15	0
	扱い易さ	10	55	30	5	0
	入力時間	31	53	18	0	0
	方法容易	5	53	37	5	0
	検索結果満足	11	22	56	11	0
回復期から	見易さ	0	58	32	10	0
	結果満足	5	40	50	5	0
今後、使うか		70	20	10		

図11.市民へのアンケート調査

- 市民公開講座において「リハナビ東京」をデモ→アンケート調査。
- 質問項目
 1. 転院支援システムの必要性を感じるか。
 2. 身内が脳卒中で入院したら、利用を希望するか。
 3. 転院先の探し方は適切か。

- 回答者：191名（女性108名）
 - ・ 40歳未満：14%、40代：15%、50代：19%、60代：33%、70代：19%、
 - ・ 身内に脳卒中がいる：40%、いない：60%。
 - ・ 一般市民：85%、医療関係者：15%

表4.市民へのアンケート調査

質問	選択肢	全体 (191名)	身内あり (82名)	身内なし (106名)	一般 (134名)	医療関係 (24名)
必要性	是非とも必要	91	85	96	90	96
	必要性を感じない	1	1	1	0.7	0
	分からない	5	9	3	6	0
利用希望	是非とも希望	52	49	56	53	46
	できれば希望	39	44	41	38	42
	どちらでもよい	4	2	2	5	3
	希望しない	0.5	0	0	0	0
適切性	非常に適切	54	50	56	57	35
	改良の余地あり	28	31	41	25	35
	どちらとも言えず	11	13	2	12	13
	適切ではない	0	0	0	0	0

表5.市民の立場からの肯定的意見

1. 必要性の理解、認知度を高める必要あり。
2. 患者・家族と病院スタッフが一緒に使うとよい。
3. 東京以外にも広げて欲しい。
4. 全国（各地域版）ができるとうい。
5. 大変よいシステムであり、他にも応用可能。
6. 脳卒中だけでなく、あらゆる病気に対するものも必要。
7. どこで倒れても利用できるようにして欲しい。
8. これからは絶対に必要であり、都民に広く知らしめて欲しい。
9. 個人の努力で病院を探すのは難しいので有益。
10. 情報がまめに更新される必要がある。
11. とても便利で探すのが簡単で、活用し易い。
12. もっと広報して普及させて欲しい。
13. 回復期→療養期もあるとうい。
14. 患者を抱えた家族にとってはとても心強い。対応がスムーズで安心。
15. リハビリ先を探すのは地域性もあり大変なこと。とても参考になった。

表6.市民の立場からの批判的意見

1. 重度で家庭復帰困難な症例を受入れる施設の検索もできるように。
2. 在宅での資源もナビできないと流れはスムーズにならない。
3. 回復期病棟そのものを増やさないと役立てられない。
4. 高齢者が検索するのは難しいのでは。
5. 適当な病院が見つからない場合は譲歩するのか。
6. 急性期と回復期の病院の連携がスムーズに行くか疑問。
7. 病院が患者を選んでしまう危険はないか。
8. 情報がまめに更新されないと意味が薄れる。
9. 個人情報のごとが心配。

表7.導入効果の検証：中間報告

● 帰結指標

- 急性期在院日数、リハ効率=ADL改善度/全入院期間、自宅復帰率、患者満足度など

● 結果（中間報告）

- 96名（男57名）、68±12歳、梗塞55%、出血38%
- 急性期在院日数：25.5±18.2日、入院→リハ開始：2.3±2.0日
- 転帰：自宅47%、回復期施設39%、その他2%、不明12%
- リハ効率：FIM 1.3±1.5（既存データと同等）
- 満足度（転院先探し、転院までの期間）：比較的早い70%
- 満足度（リハ）：急性期：満足60%、回復期：満足80%
- 6か月後のADL：ほぼ自立が80%以上

ITを活用して、診療連携を支援するマッチングシステム「リハナビ東京」

脳卒中の診療に関わる病院・施設情報、患者情報をデータベース化し、
リハビリテーションのニーズと資源をマッチング

脳卒中診療の現状と課題

- ① 脳卒中は、発症の急激さ、経過の急激な変化、回復の遅延が特徴で、患者の身体機能の回復に時間がかかり、適切な治療・ケア、適切なリハビリテーションの提供が求められます。
- ② 脳卒中診療には、急性期、回復期、在宅療養の各段階において適切なケアが必要です。患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
- ③ 脳卒中患者は、治療期間が長くなり、治療費が高額になり、生活の質が低下する可能性があります。患者の生活の質を向上させるための取り組みが必要です。
- ④ 脳卒中患者は、治療期間が長くなり、治療費が高額になり、生活の質が低下する可能性があります。患者の生活の質を向上させるための取り組みが必要です。

これまでの課題と今後の展望

- ① 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
- ② 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
- ③ 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。

ITを活用した診療連携の概要

- 脳卒中診療に関わる病院・施設情報をデータベース化し、患者情報をデータベース化し、リハビリテーションのニーズと資源をマッチング
- 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
- 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
- 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。

脳卒中診療連携の概要

脳卒中診療連携の概要

脳卒中診療連携の概要

マッチング機能の紹介

ITリハナビを通じて患者さんと、次のようなケアが実現します。

急性期

1. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
2. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
3. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。

回復期

1. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
2. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
3. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。

在宅療養

1. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
2. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
3. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。

脳卒中診療連携の概要

1. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
2. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。
3. 脳卒中患者のニーズに応じた治療・ケアの提供が求められます。

図12.広報用パンフレット

【考察および政策提言】

1. 考察

国民の健康・福祉に甚大な影響を与える脳卒中の医療において、限られた社会資源の中で患者の生活機能とQOLを高め、社会の負担を軽減するには、急性期から維持期に至る切れ目のないリハ体制の整備が不可欠である。

本研究の目的は、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、在宅復帰率の向上にある。これにより、限られた資源を効率よく活用しつつ、最大のリハ効果を達成し、介護予防、健康寿命の延伸、医療経済の効率化に貢献すると期待される。

一部地域において「地域完結型」診療体制の効果が報告されているが、大都市圏には、1)人口規模がはるかに大きい、2)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できない。

これまで、以上のような特色をもつ大都市圏における脳卒中診療連携に関する実践的報告はほとんどなく、本研究は以下の特色・独自性を持つと考えられる。1)大都市圏をターゲットにしている。2)急性期診療の基幹となる大学病院神経内科、脳外科、リハ科、回復期・維持期リハの要となる都指定地域リハ支援センター、回復期病棟、医師会、保健・福

祉関連職、行政、疫学・システム設計・法律の専門家が参画している。3)Webアンケートとfocused meetingにより専門職、患者・家族、市民の声を集約し、診療連携上の阻害要因を分析しようとしている。4)ITを活用したニーズと資源のマッチングシステムを開発し、実効性のある診療連携の実現を目指している。

3年間の本研究事業の実施により、ITを活用したリハ診療連携体制構築のための基盤が整備されたが、大都市圏のように人口規模が大、診療圏が広域的、急性期と回復期・維持期の医療資源のアンバランスがあるなどの特有の問題点を有する地域において、本研究事業で開発された連携マッチングシステム「リハナビ東京」は、広域的な診療連携を支援するための有力な支援ツールのひとつとして活用可能と考えられる。これにより、これまで連携が希薄であった首都圏に急性期から維持期に至る切れ目のない脳卒中リハ診療連携体制が日常診療圏を基盤に構築され、他の大都市圏におけるモデルとなるとともに、限られた資源を効率よく活用しつつ、最大のリハ効果を達成し、介護予防、健康寿命の延伸、医療経済の効率化に貢献することが期待される。

今後の課題は、1)実用性の向上(資源データベースの拡充、ユーザーからのフィードバックによる改良、ユーザーインターフェースの向上)、2)事業化の推進(企業へのライセンス、事業化に向けての基盤づくり、運営体制の確立)、3)広報・普及(Webトライアル版、連携バスとの連動、研修会・連携協議会でのデモ)、4)機能の拡張(維持期資源とのマッチング、他の地域用システムへの展開、市民・患者版への展開)などである(図13)。

さらに、研究事業終了後の継続的なシステムの

運用を可能にするために、システムの運営主体、資金、維持・管理体制についてクリアすべき課題を整理し、民間活力の活用も含めた具体的な対応策を検討していく予定である(図14)。

2.政策提言

3年間の成果として、ITを活用した広域的リハビリテーション診療連携支援ツールである「リハナビ東京」が完成し、リハビリテーション診療連携体制構築のための基盤が整備された。本研究事業で開発した連携マッチングシステムは、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いて、広域的な診療連携を支援するための有力な支援ツールのひとつとして活用され、急性期からの一貫したリハビリテーション医療提供体制の実現による患者の生活機能、在宅復帰率の向上に資し、介護予防、健康寿命の延伸、医療経済の効率化に貢献することが期待される。

ただし、そのためには、医療関係者、行政関係者、市民、医療関連企業等に対する「リハナビ東京」の広報・普及活動の強化、利用者からのフィードバックによるシステムのさらなる改良、継続的な運営を可能にするための事業化の推進が不可欠であり、それぞれの取り組みを開始したところである。

さらに、研究成果の今後の活用の方向性として、以下の展開を検討中である。

a) **脳卒中地域連携バスとの連動**：平成20年度から診療報酬で評価されるようになった脳卒中地域連携バスと本システムを連動させることにより、ユーザーの利便性をより高めながら、診療連携を促進していくことを検討中である。具体的には、首都圏で最も広域的に多くの施設をカバーし

ている慈恵医科大学が開発した地域連携バスシステムとの連動の可能性について協議を開始したところである。

b) **他の地域への展開**：本研究事業で開発した連携マッチングシステムは、首都圏をターゲットとしているが、リハビリテーション資源データベース等の地域固有の部分をローカライズすることにより、その他の地域にも応用することが十分に可能である。実際に複数の地域から導入の可能性についての打診を受けており、検討が進められている。

c) **維持期への展開**：今回の研究事業では、急性期から回復期までの連携支援システムの開発にとどまったが、より実効性のある連携支援のためには、維持期にまで拡大することが重要である。その一貫として、すでに維持期の介護系サービスを対象として稼働し始めているシステム(MYSSIプロジェクトなど)との連動を検討していく予定である。

d) **患者・市民用システムへの展開**：本研究事業で開発した「リハナビ東京」に対する市民の評価では、システムの必要性、利用の希望の回答がいずれも90%を超えていた。医療関係者のみならず、市民の間にも本システムに対するニーズが高いことがうかがわれ、今後、患者・市民用システムを開発していく必要があると考えられる。これに関連して、東京都が開発したWeb上の都民用の医療機関案内サービス「ひまわり」との連動についての検討が必要である。「ひまわり」は、医療全般に渡り、都内医療機関の所在や診療内容を検索可能なシステムであるが、リハビリテーション医療に特化してより詳細な検索や連携支援が可能な「リハナビ東京」とは相補的な関係にあるもの

と思われ、今後、両システムの連動の可能性について東京都と協議をしていきたい。

【結論】

本研究事業により、ITを活用したリハ診療連携体制構築のための基盤が整備された。この成果を活かし、今後、本システムの普及と継続的な運営体制の構築を行っていく必要がある。

【文献】

- 1) 厚生労働省健康局生活習慣病対策室. 全国健康関係主管課長会議資料(平成17年2月4日)
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課 H14 年度患者調査の概況 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/02/index.html>)
- 3) 「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書、2004
- 4) 橋本洋一郎. 地域完結型脳卒中診療態勢—熊本市神経内科関連 3 施設の虚血性脳血管障害診療状況—. 脳卒中 2002;24:201-207
- 5) 里宇明元. インターベンション時代の脳卒中学超急性期から再発予防まで 脳血管障害総論 リハビリテーション医学その他の動向 脳卒中リハビリテーションの新たな展開. 日本臨床 2006;64:744-748
- 6) 平成18年度厚生労働省研究費補助金 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

テムの開発と効果の実証—平成19年度総括研究報告書(主任研究者:里宇明元)、2008年4月

- 7) 平成19年度厚生労働省研究費補助金 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19年度総括研究報告書(主任研究者:里宇明元)、2008年4月
- 8) 里宇明元、水間正澄、田中宏太佳、江端広樹、染谷政幸、尾花正義、長谷公隆、古市照人、古閑博明、高橋博達、原 寛美、近藤克則、赤星和人、梅津祐一、畑野栄治、川手信行、藤谷順子、森 英二. 平成20年度リハビリテーション医学に関する社会保険診療報酬等の改定について. リハビリテーション医学2008;45(5):264-270
- 9) 辻 哲也. わが国における脳卒中診療連携の動向. 日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会、リハビリテーション連携バス策定委員会編、脳卒中リハビリテーション連携バス—基本と実践のポイント. 医学書院、東京、2007; pp37-40

図13. 今後の課題

1. 実用性向上

1. 資源データベースの拡充
2. ユーザーからのフィードバックによる改良
3. ユーザーインターフェースの向上

2. 事業化推進

1. 企業へのライセンスング（知財センター）
2. 事業化に向けての基盤づくり
3. 運営体制の確立

3. 広報・普及

1. Webトライアル版
2. 連携バスとの運動
3. 研修会、連携協議会でのデモ

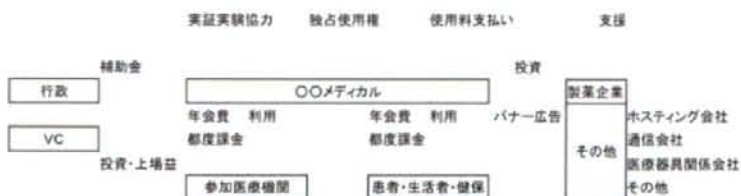
4. 機能拡張

1. 維持期資源とのマッチング
2. 他の地域用システムへの展開
3. 市民・患者版への展開

図14. 事業化に向けての計画

リハナビ東京スキーム(案)

特許・著作権 商標	「大都市型脳卒中診療連携体制構築」研究 代表研究者 慶應義塾大学リハビリテーション医学教室 星宇 明元	連携	その他の研究会・グループ
	「大都市型脳卒中診療連携体制構築」研究会(任意団体) 代表世話人 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室		



基本的考え方

- 1) 実証実験の間(平成21年3月)までは慶應義塾大学医学部が表面にできるが、平成21年4月以降は〇〇メディカルが表面に出る方が、広域に普及し易い。但し、基本的には慶應義塾大学医学部と〇〇メディカルの共同プロジェクトとして進める。
- 2) リハナビ東京は商標登録済みにて早急にその他の名称を考えて登録の必要ある。
- 3) 課金制度については今後十分ファイジビリティから検討する必要がある。

【研究発表】

A.学会発表

- 1) 里宇明元. 脳卒中患者のADL評価—地域医療連携に活かすために—.第3回日本海脳卒中医療連携セミナー、2008年4月、金沢
- 2) 長谷公隆、里宇明元. 大都市圏脳卒中診療連携におけるマッチングシステムの構築と運用. 第45回日本リハビリテーション医学会学術集会、2008年6月、横浜
- 3) 里宇明元. 大都市圏におけるリハビリテーション医療連携の課題と近未来像. 第5回東京脳卒中フォーラム—東京都心部の脳卒中医療連携を目指して、2008年6月、東京
- 4) 里宇明元. 大都市圏脳卒中診療連携におけるマッチングシステムの構築と運用の実際. 北多摩北部二次保健医療圏診療連携研究会、2008年7月、東京
- 5) 長谷公隆. スムーズな診療連携に向けて—リハナビ東京の試み. 第19回慶應医師会市民公開講座、2008年10月、東京
- 6) 長谷公隆. 大都市圏における脳卒中診療連携～ナビゲーションシステムの構築と運用について～. 第2回 関東Stroke Teamカンファレンス、2008年11月、東京
- 7) 長谷公隆. 大都市圏脳卒中診療連携におけるマッチングシステム. 第2回千葉地域リハビリテーションフォーラム、2009年2月、千葉
- 8) 辻 哲也. 「リハナビ東京」の今後と課題: 第4回大都市型脳卒中診療体制構築研究会、2009年3月、東京

B.論文

- 1) Yamada S, Liu M, Fujimoto M, Hase K, Tsuji T, Fujiwara T, Okajima Y. Development of a screening tool to identify quasi-in-need-of-care state (QUINOCS) in the community based on the short version of the Functional Independence Measure (FIM)^{TR} Disabil Rehabil 2009; 31(5):381-386
- 2) 補永薫、里宇明元. 脳卒中の臨床・セミナー/ベッドサイドの問題点と臨床 脳卒中急性期リハビリテーションの意義と実際 Medical Practice2008;25(12):2207-2209
- 3) 井林雪郎、里宇明元、長谷川泰弘、藤本俊一郎. 脳卒中とリハビリテーション. 脳と循環 2008;13(3):199-206
- 4) 速水聡、森英二、里宇明元. 地域連携を重視した大都市型のリハビリテーション専門クリニック. 臨床リハ(印刷中)

【知的所有権の出願・登録状況】

開発したシステムの著作権は慶應義塾に帰属しており、そのライセンスポリシーについて慶應義塾知的資産センターと協議を行った。これをもとに研究事業終了後の事業展開を検討している企業へのライセンスについて契約を締結した。

II. 分担研究報告

II.分担研究報告書

1.脳卒中診療連携に関わる制度の動向分析

a)平成 18・20 年度診療報酬改定によるリハビリテーション医療を含めた脳卒中診療の変化

財団法人東京都保健医療公社荏原病院 リハビリテーション科
尾花正義

【研究要旨】

2年ごとに行われる診療報酬改定は、診療所・病院などの医療機関の診療に大きな影響を及ぼす。今回は、リハビリテーション(以下、リハ)医療を含めた脳卒中診療における最近(平成 18・20 年度)の診療報酬改定の影響に関して、急性期診療に対する診療報酬の重点化と各病期における医療連携の推進という 2 つの観点から、財団法人東京都保健医療公社荏原病院(以下、当院)での実態と問題点などについて検討した。

急性期診療に対する診療報酬の重点化では、リハ料における平成 18 年度の「ADL加算」と平成 20 年度の「早期リハ加算」は、脳卒中診療におけるリハ医療の早期開始を推進した。また、平成 18 年度の「脳卒中ケアユニット入院医学管理料」の導入は、脳卒中診療におけるリハ医療を含めたチーム医療の重要性が認識され、当院では、既存の病棟の中に脳卒中ユニット(病床)を設置することで、院内における脳卒中患者の把握が容易になり、脳卒中患者の入院からリハ処方までの期間の短縮がはかれた。

各病期における医療連携の推進では、「回復期リハ病棟入院料」の算定対象疾患である脳卒中は、平成 18 年度の改定で、発症または手術後の受け入れ基準が短縮されたために、当院のような急性期病院から回復期リハ病棟のある病院への転院が加速された反面、発症または手術後の受け入れ基準を超えた脳卒中患者では、回復期リハ病棟のある病院への転院ができなくなり、転院先を決めるのに難渋している。そこで、当院のような回復期リハ病棟でないリハ科の病床で、発症または手術後の受け入れ基準を超えた脳卒中患者を受け入れざるを得ない状況になっている。

また、平成 20 年度の改定で、「地域連携診療計画管理料」の対象疾患に脳卒中が加えられたが、当院のように地域(二次保健医療圏)に回復期リハ病棟のある病院がほとんどない場合には、急性期病院から回復期リハ病棟のある病院への円滑な地域連携診療が行いにくい状況である。

【はじめに】

リハ医療を含めた脳卒中診療は、2年ごとに行われる診療報酬改定の影響を受けて変化している。特に、リハ医療は、平成18年度の診療報酬改定で大きな変化を生じ¹⁾、平成20年度の診療報酬改定で、さらに一部が変更された²⁾。

今回、リハ医療を含めた脳卒中診療における最近(平成18・20年度)の診療報酬改定の影響に関して、急性期診療に対する診療報酬の重点化と各病期における医療連携の推進という2つの観点から、当院での実態と問題点などについて検討したので報告する。

なお、当院は、平成6年10月の再開設以来、重点医療課題として、脳神経外科・神経内科・放射線科・リハビリテーション科・看護科などが協力して脳卒中診療に取り組み、平成15年10月からは、脳神経外科が所属する病棟の中に脳卒中ユニット(病床)を設置し、入院した脳卒中患者に、早期リハ医療を含めた専門的なチーム医療を提供している。

【脳卒中診療における急性期診療に対する診療報酬の重点化】

すでに、平成16年度の診療報酬改定時から、リハ医療では、「早期加算」が導入され、急性発症する脳卒中では、リハ医療の導入が早いほど、診療報酬がプラスになるようになっていた。平成18年度の診療報酬改定では、一旦この「早期加算」がなくなったが、「ADL加算」として、病棟等で早期からADLの拡大に向けてリハ医療を行う場合に算定が可能とされ、早期からリハ医療を行う流れは変わらなか

った。しかも、平成20年度の診療報酬改定では、平成18年度の「ADL加算」がなくなり、再度「早期リハ加算」が復活した。

以上のような診療報酬改定の一連の流れから、脳卒中診療では、リハ医療は早期から開始することが当然になっている。

また、平成18年度の「脳卒中ケアユニット入院医学管理料」の導入は、脳卒中診療におけるリハ医療を含めた専門的なチーム医療の重要性が、我が国でも認識される契機になった。当院でも、前述したように、既存の病棟の中に脳卒中ユニット(病床)を8床設置し、早期リハ医療を含め専門的な脳卒中診療を開始したが、「脳卒中ケアユニット入院医学管理料」を算定するための施設基準のうち、看護師の数が満たせず、施設基準の届出ができていない状況である。しかし、病棟の中で脳卒中ユニットを区別することで、院内における脳卒中患者の把握が容易になり、表1に示したように、脳卒中患者の入院からリハ処方までの期間の短縮(11.9日→4.5日)がはかれた。特に、当院では、脳卒中ユニットの設置と並行して、脳卒中患者に関しては、リハ科医師が他科からの依頼なしに診察・リハ処方ができるシステムを作ったことで、脳卒中患者の入院からリハ処方までの期間をさらに短縮(4.5日→2.2日)することができた。

表1. 当院入院脳卒中患者における入院からリハビリまでの期間の変化

項目:調査期間 (患者数:人)	入院からリハビリまでの期間 (平均日数)
脳卒中ユニット設置後: 2006年10月~2007年 9月(301) :リハ依頼なし開始後	2.2
脳卒中ユニット設置後: 2004年1~12月(166)	4.5
脳卒中ユニット設置前: 2002年1~12月(218)	11.9

【脳卒中診療における各病期における医療連携の推進】

以前からあった「回復期リハビリ病棟入院料」に関して、平成18年度の診療報酬改定で、その算定対象となるリハビリ医療を要する状態が拡大されたが、算定対象となる疾患によって、発症または手術後の基準が「3ヶ月以内」から「2ヶ月又は1ヶ月以内」に短縮された。なお、脳卒中は、発症または手術後「2ヶ月以内」に短縮された。

この回復期リハビリ病棟の受け入れ要件変更の影響を、他院から当院リハビリ科病棟への転院を希望する脳卒中患者で調査した。なお、当院リハビリ科病棟は、回復期リハビリ病棟ではなく、一般病棟にあたる。

対象は、平成18年4月から平成19年3月までの1年間に他院(急性期病院)から当院リハビリ科へ転院を希望した脳卒中患者65名(男性45名・女性20名:平均年齢68.4±12.4歳)

で、当院への入院受け入れ可否別による患者の違いを表2に示した。患者の性別・年齢・脳卒中の病型では、入院受け入れ可否に差がなかった。

表2. 当院への入院受け入れ可否別による患者の違い

入院受け入れ	可:45名	否:20名
性別	男性:28名 女性:17名	男性:11名 女性:9名
平均年齢(歳)	68.2±13.3	68.9±10.2
病型	脳梗塞:31名 脳内出血:13名 クモ膜下出血: 1名	脳梗塞:13名 脳内出血:5名 クモ膜下出血: 2名

当院への入院受け入れを否とした最も多い理由は、当院外来受診時の患者の障害状況から、今後長年にリハビリ医療が必要で、当院より回復期リハビリ病棟のある病院への転院が望ましいと判断したからであった。

また、入院受け入れを可とした患者の転帰では、34名(76%)が自宅退院、9名(20%)が転院、2名(4%)が老人保健施設などの施設に入所した。しかも、転院した9名中4名(44%)が、当院から回復期リハビリ病棟のある病院に転院しており、当院での在院期間が27~34日間と短かった。つまり、他の急性期病院からリハビリ医療を継続するために、せっかく当院リハビリ科病棟へ転院しても、患者の障害状況や患者・家族の希望から、すぐに回復期リハビリ病棟

のある病院に転院してしまう場合があることが明らかとなった。

一方、当院リハ科病棟が回復期リハ病棟でないことから、入院を受け入れた患者の中には、脳梗塞発症時に心筋梗塞や重度の不整脈を合併し、紹介元である急性期病院で脳梗塞発症後 2 ヶ月以上経過したために、回復期リハ病棟のある病院への転院ができなくなり、当院リハ科病棟に転院してリハ医療を継続することで、3ヶ月間の入院後自宅に退院できた患者もいた。

以上の調査結果から、脳卒中患者では、急性期の治療に引き続き、リハ医療を十分に受けるためには、回復期リハ病棟のある病院へ円滑に転院する必要がある。しかし、平成 18 年度の診療報酬改定による回復期リハ病棟の受け入れ要件変更は、地域における急性期病院からの脳卒中患者の流れに、大きな変化を生じていることが明らかになった。

なお、この平成 18 年度の診療報酬改定による回復期リハ病棟の受け入れ要件変更は、平成 20 年度の診療報酬改定でも変わらず、急性期病院から回復期リハ病棟のある病院への早期転院がさらに加速された。そのため、脳卒中患者で当院リハ科病棟への転院紹介は、回復期リハ病棟のある病院への転院が困難な場合（主に、発症または手術後 2 ヶ月を超えた患者）や患者・家族が住所要件などから当院への転院を強く希望した場合などに限られ、他の急性期病院から当院への脳卒中患者の紹介数自体が年々減少してきている。

次に、平成 20 年度の診療報酬改定の中で、地域連携診療計画における評価の拡大と見

直しが行われ、「地域連携診療計画管理料」の対象疾患に脳卒中が加えられた。そこで、当院も急性期病院として、「地域連携診療計画管理料」が算定できるように届出をしたが、平成 21 年 1 月現在までに、この「地域連携診療計画管理料」を実際に算定した脳卒中患者は、一人もいない状況である。算定した患者がいない一番の要因は、この「地域連携診療計画管理料」を算定するには、入院した脳卒中患者に同意を得た上で、入院後 7 日以内に診療計画を作成・説明し、文書にて患者又は家族に提供することが条件であり、この条件を満たすことができないためである。なぜなら、脳卒中患者の急性期の治療にあたる脳神経外科や神経内科の医師は、急性期の治療や管理などの業務で多忙であり、なかなか 7 日以内に診療計画を文書化し、患者・家族に説明する時間が取れない状況がある。また、当院のように地域（二次保健医療圏）に回復期リハ病棟のある病院がほとんどない場合には、地域外の回復期リハ病棟のある病院と連携をはかる必要があるが、その地域ごとの地域連携バスを利用しなければならなくなり、この「地域連携診療計画管理料」を算定するには、医師を中心とした病院職員の業務負担が増大することになる。

【おわりに】

リハ医療を含めた脳卒中診療では、最近（平成 18・20 年度）の診療報酬改定により、急性期診療に対する診療報酬の重点化と各病期における医療連携の推進という流れがはっきりしてきており、急性期病院である当院でも、

その影響を大きく受けている。

【文献】

- 1) 石田暉,赤居正美ほか:平成 18 年度リハビリテーション医学に関連する社会保険診療報酬等の改定について.リハ医学 2006; 43:268-276
- 2) 里宇明元,水間正澄ほか:平成 20 年度リハビリテーション医学に関連する社会保険診療報酬等の改定について.リハ医学 2008; 45:264-270