

II. 分担研究報告書

3. 連携マッチングシステム「リハナビ東京」の構築と効果

a) 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

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

長谷公隆

慶應義塾大学理工学部生命情報学科

牛場潤一

野村法律事務所

野村憲弘

【研究要旨】

広域で展開されている大都市圏での脳卒中診療は、地域の枠を越えた病診連携を必要とする。急性期医療施設と回復期・維持期医療を提供する施設との連携を円滑化するために、平成18・19年度本研究事業において、インターネットを利用したデータ管理システムを開発した。この脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」には、医療資源データベース(医療機関の名称、所在地、交通機関、診療科目、施設概要、リハ部門概要等)に加えて、患者情報(患者住所、発症日、意識障害や胃瘻の有無、併存疾患等)、転院予定日(急性期施設からの情報)ならびに受け入れ可能な患者条件と空床情報(回復期病床等を持つ受け入れ医療機関からの情報)などの診療連携において互いに共有すべき生きた情報が含まれている。今年度は、その運用ならびに本システム普及のための啓蒙活動を通じて、現システムを運用していく上での問題点を抽出・解決し、実用化に向けた基本システムの完成を目指した。「リハナビ東京」による施設検索ならびに患者検索は、病態や地域等の特性を入力することで自由に絞り込むことが可能となった。急性期施設で登録された脳卒中患者情報のメール配信は、大都市圏のリハビリ資源の現状と交通機関の利便性を鑑みて、患者の居住区に限らず、当面は受入施設すべてに実施した。また、配信されるメールには主治医からのコメント欄を付加し、決められた情報以外で患者の障害像などの特徴を伝達できるように配慮した。実際の運用を通じて、「リハナビ東京」は、マッチングシステムとしての基本的な利便性を備えていると考えられた。今後は、インターネット機能をさらに活用し、脳卒中連携パスとのリンクや画像配信、市民を対象としたサービスなどの付加価値を整えながら、システムを進化させて行くことが重要である。

1 はじめに

医療の質の向上と効率化を目指した医療機関の機能分化を背景として、リハビリテーション医療資源に乏しい大都市圏における脳卒中医療は、急性期施設と回復期・維持期の医療を提供する施設間の病診連携が必須である。脳卒中治療を適正かつ円滑に展開するためには、各々の機能を司る医療機関が必要十分な情報を共有したうえで、患者の回復過程に適合した医療の提供体制を構築する必要がある。多様な臨床像を呈する脳卒中患者を扱う病診連携は、全身状態や障害の状況、居住地や経済的問題を含めた社会的背景などの患者側の問題と、脳卒中医療を提供する施設の特長ならびに現況によって、その治療を施す場が個別的に決定される。すなわち、脳卒中診療連携における情報とは固定したのではなく、患者の回復や受け入れ先の医療機関の事情によって常に変化している。したがって、病院完結型で医療を提供することが困難な大都市圏での脳卒中診療では、生きた情報を共有して、それらを個別的に処理するシステムが必要不可欠である。

大都市圏における医療提供体制の効率化を図ることを目的として、本研究事業において開発した脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」は、(1)診療圏が抱える住民人口が非常に多数であるために、一つの病院グループで地域全体をカバーすることが難しい、(2)高度先進医療の提供において急性期病院の中でも機能分化が進んでおり、それぞれが回復期・維持期までの病院グループをその地域で形成することは不可能である、(3)急性

期治療が必ずしも患者の居住地で行われているわけではない、(4)回復期・維持期のリハビリテーション医療を提供する施設が大都市圏では充足しておらず、また、その所在が郊外に偏っている、などの問題を、ネット上でのナビテーションシステムを用いて解決するツールとして期待される。最終年度の報告として、本システムの概要を呈示したうえで、その運用についての成果を報告する。

2 方法

A) 脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」の構築：脳卒中診療連携をナビテーションするために(株)ナノメディカルの協力を得て制作したマッチングシステム「リハナビ東京」の実際の運用を通じて、改変を必要とする事項に対処し、本システムを完成させる。

B) 大都市圏脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」の運用と啓蒙：脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」を運用するとともに、モデル地区での検討、地域医療従事者や市民への啓蒙を行った。それらを通じて、本システムの運用上の課題を抽出し、本研究事業終了後に本システムを継続していくための課題を検討した。

3 結果

A) 脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」の構築：

「リハナビ東京」に含まれる情報には、基本的に固定した情報である施設情報と、診療状況によって変化する患者情報・空床情報に分けられる(図1)。

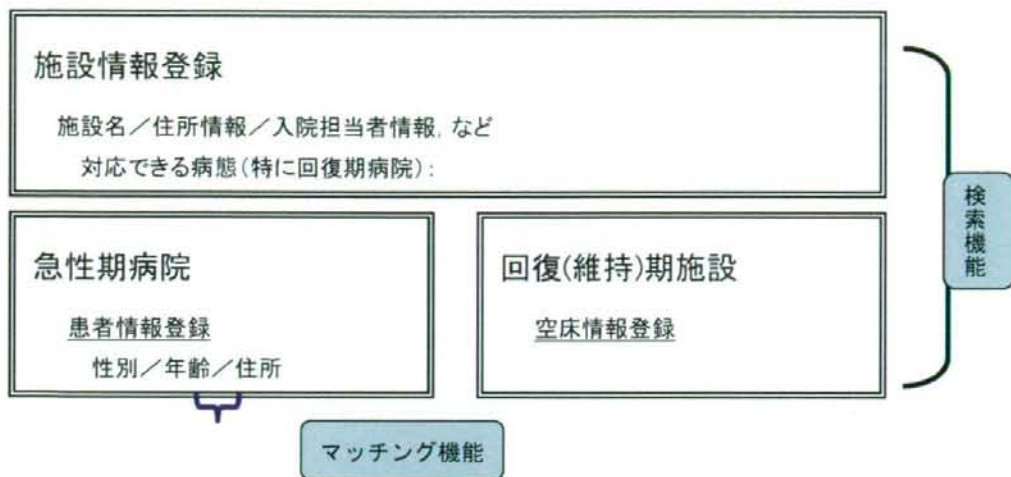


図1. 脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」に含まれる情報と機能

これらにアクセスする事で達成できる「リハナビ東京」の機能は、検索とマッチングに大別される。実際の運用を通じて、改変を必要とする事項に対処し、「リハナビ東京/Version 1」とした。以下にその概要を提示する。

1. 大都市圏脳卒中診療連携／検索システム

① 施設検索機能(画面資料(1))

急性期施設が患者のニーズを満たした回復期施設を効率的に検索できるように援助することが、本システムの第一の目標である。急性期施設が転院先を検索する際に必要な項目として、病院種別・施設基準・患者の居住地に近い施設であることに加えて、まだ回復過程にある患者の病態情報を、受け入れ先の入院条件と照合する作業を支援する必要がある。患者の病態によって受け入れ先を絞り込む条件として、1)意識障害、2)気管切開管理、3)胃瘻管理、4)糖尿病(インシュリン療法)、5)腎不全(透析)、6)認知症(問題行動がない場合)、7)切断、の7項目を選定した。なお、

病態の程度や回復期施設のその時点での入院患者の重症度などが受け入れ可否に影響しうることに配慮して、可・不可に加えて「要相談」という項目を設定した。また、前記7項目以外で対応不可能な病態を自由に記載できる欄を設けた。

以上の各項目の情報収集・管理に加えて、回復期施設の空床情報を検索できる項目を設定した(入力を簡便にするためにカレンダーを挿入)。この検索を可能にするためには、回復期施設が定期的に自施設の空床情報を入力する必要性があり、4週までを1週間刻みとして、差額ベッドの空床情報については別に入力する形式とした。

画面資料(2)；患者情報（第一画面）

リハナビ東京

ユーザー名: tmt1 杏林大学病院 ログアウト
パスワード変更 医師情報変更

患者情報 患者病歴情報 患者ADL情報 患者キーパーン情報

患者情報

患者番号: 2007061104

性別: 男性

年齢: 56

都道府県: 東京都

市町村: 新宿

住居: 独居のみ

生活保護: 生活保護でない

発症日: 2007/06/11

退院予定日:

氏名:

養育/親名:

最終更新日: 2008/02/25

医師情報 患者ADL情報 患者キーパーン情報

編集 | 新規作成

削除

決定

受入患者数一覧 件数: 0

操作方法はここに書いてあります。
表示情報もここに書いてあります。
お気づきの点がございましたら第三画面上でご入力ください。

② 患者検索機能(画面資料(2))

大都市圏での病診連携を展開して行くためには、急性期施設にとつてだけのナビシステムではなく、回復期施設にも、その診療計画に有用な情報が提供されなくてはならない。そこで、急性期施設で治療中の患者情報を回復期施設に提供するシステムを設定した。この機能を実現するためには、急性期施設が患者情報を簡便に入力でき、かつ、そこに必要十分な情報が含まれる必要がある。急性期施設での治療を終えて社会復帰を目指すリハ

ビリテーション治療は、患者の居住地で実施されることが望ましいこと、患者の病態情報は回復期施設の医療安全管理においても必須である事から、

1)性別・年齢・発症日の基本情報に加えて、患者の居住都道府県名・市町村名・路線名と最寄り駅を基本形として設定し、加えて、介助者の有無(独居であるか否か)、生活保護者であるか否かを第一画面に提示した(画面資料(2))。

画面資料(3)；患者情報「患者 ADL 情報」

項目	自立	一部介助	全介助
食事摂取	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
起き上がり	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
座位保持	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
移乗	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
病室内移動方法	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
他者への意思伝達	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
危険行為	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その他	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

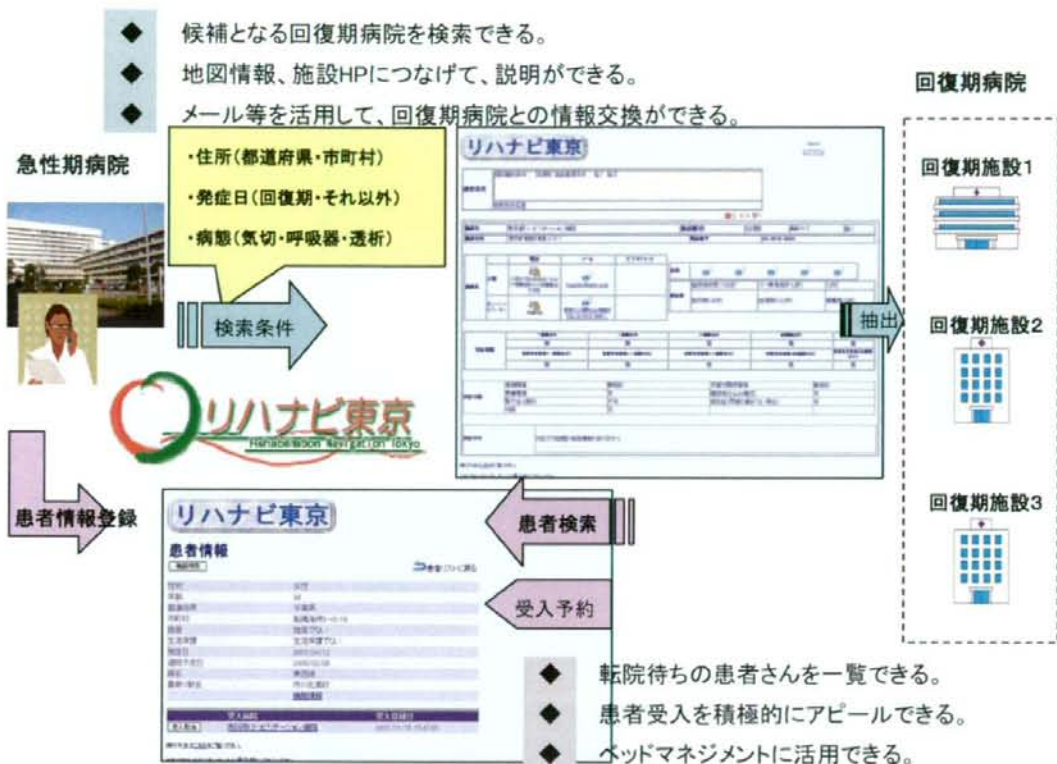
2) 患者情報の第一画面から、「患者病態情報」「患者 ADL 情報」「患者キーパーソン情報」の検索画面をリンクした。「病態情報」には疾病ならびに合併症名を、「患者 ADL 情報」には平成 20 年度の診療報酬改定における「看護必要度」基準導入を鑑みて、食事摂取・起き上がり・座位保持・移乗・病室内移動方法・他者への意思伝達・危険行為・その他の各項目を選定した(画面資料(3))。また、独居者や高齢者の中には、キーパーソンが患者居住地より離れて生活しており、回復期リハビリテーションもキーパーソンの居住地域で実施する場合が少なくないことから、「患者キーパーソン情報」(キーパーソンの居住場所)を患者情報欄にリンクした。

2.大都市圏脳卒中診療連携／マッチングシステム

回復期施設からの患者検索機能を利用して、登録された患者情報において受け入れ可能な回復期施設がその旨を急性期施設に、「受入先病院」の候補施設としてあらかじめ登録できる機能を搭載した。急性期施設は、脳卒中中の治療に目処がたち、転院の検討を始める際に、すでに回復期施設からの受入情報が得られていれば、それをもとに患者および家族との転院先の検討を行うことができる。また、受入情報を入手した時点で、その情報を患者・家族に提示すれば、早くから患者・家族がその施設への転院を検討することができる。このような時間的余裕を持った転院手続きが可能となれば、回復期施設のベッドマネジメントにおいても有用なデータベースとなることが期待される(図 2)。

図2. 脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」が大都市圏病診連携に果たす役割

・急性期からのマッチング



・回復期からのマッチング

「リハナビ東京」をマッチングシステムとして運用して行くためには、急性期施設が患者情報、回復期施設が空床情報と患者受入情報を登録する必要がある。加えて、これらの生きた情報をコンピュータによって検索する必要がある。この後者の手間を省くために、急性期施設には、患者登録後に回復期施設が受入情報を登録した時点で、回復期施設には、急性期施設からの患者登録があった時点で、それぞれの施設の ID 登録者にメールでその情報を配信するサービスを付加した。表 1(患者登録通

知)、表 2(受入予約登録通知)はその一例を示している。メールが配信されてきたら、「リハナビ東京」の URL を呼び出さなくても、患者番号をクリックする事で、その患者情報画面に直接アクセスする事が可能である。この機能によって、ID 登録者は自施設に関連する患者情報に関して、「リハナビ東京」画面を開かなくても最新の情報を容易に得ることが可能となった。患者登録通知には主治医からのコメント欄を付加し、決められた情報伝達項目以外で必要な患者の障害像などの特徴を伝達できる

ように配慮した。なお、メールによる配信機能は、患者情報や受入情報の修正・削除時のすべての操作に適用した。

表 1

《患者登録通知》

患者番号:[2008052501](#)(→ここをクリック)

発症日:2008/05/25

退院予定日:2008/06/20

病名:脳出血

性別:女性

年齢:80

独居:独居でない

生活保護:生活保護でない

担当医からのコメント:右片麻痺・失語症の患者さんです。高齢ですが下肢麻痺は軽度で屋外歩行自立可能、長女夫婦と同居、長女がキーパーソンです。失語症に対する言語聴覚療法が必要です。

表 2

《受入予約登録通知》

〇〇病院から以下の患者への受入希望が登録されました。

患者番号:[2008052501](#)(→ここをクリック)

B) 大都市圏脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」の運用と啓蒙

脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」への参加登録を東京都・埼玉県・千葉県・神奈川県との回復期施設を中心に呼びかけ、計 59 施設(平成 21 年 2 月 1 日現在)の同意が得られた。参加施設を対象に、脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東

京」の操作方法についての説明会を開催し、各施設の運用者に ID を発行した。また、必要に応じて、直接、施設訪問を実施した。

啓蒙活動として、平成 19 年度報告以降、脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」についての講演・発表を以下の集会で行った。

第 3 回「大都市型脳卒中診療体制構築」研究会—スムーズな診療連携を目指して—(平成 20 年 3 月 6 日, 東京)

演題名:連携マッチングシステム「リハナビ東京」はどこまで進んだか

第 45 回 日本リハビリテーション医学会学術集会(平成 20 年 6 月 6 日, 神戸)

演題名: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

慶應医師会・市民公開講座(平成 20 年 10 月 17 日, 東京)

講演名:スムーズな診療連携に向けて—「リハナビ東京」の試み—

第 2 回 関東 Stroke Team カンファレンス(平成 20 年 11 月 8 日, 東京)

講演名: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 千葉地域リハビリテーションフォーラム(平成 21 年 2 月 15 日, 千葉)

講演名(シンポジウム):大都市圏脳卒中診療連携におけるマッチングシステム

以上の啓蒙活動における質疑応答等によって、以下のような運用上の課題が抽出された。

- ・ システム普及のポイント: 急性期施設からの患者情報入力と数多くの回復期・維持期施設の登録が本システムの運用に必須であることは言うまでもない。現状では、急性期施設からの患者登録が十分ではないこと、回復期施設はその資源が少ないために、本システムを利用するまでもなくベッド管理ができていて、がシステムの普及の壁となっている。
- ・ 地域連携パスとのリンク: 脳卒中診療において診療報酬制度に組み込まれた地域連携パスを本システムにリンクし、入力したデータを利用できるようにすること、さらには広域の地域連携パスの役割を担えるようになること、が今後の課題である。
- ・ 患者が使用できる「リハナビ東京」のニーズ: 市民公開講座では、市民の立場でこのような検索システムを利用したいという希望があり、本システム普及のためにも、患者用「リハナビ東京」の開発を行うこととした。
- ・ メール配信に際しての情報管理: 表1に示すように、メールから個人が特定される事はないが、メールの暗号化を行うこととした。

4 考察

脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」が、大都市圏における病診連携に果たす役割を図に示す(図2)。「リハナビ東京」の特徴は、急性期施設が転院先を検索するための機能ではなく、患者情

報・空床情報などの生きた情報を相互に共有して病診連携に役立てようとしている点にある。

急性期施設にとっての利点としては、

- ① 候補施設の中から、受入先が選定でき、地図情報、施設 HP へのリンクによって、患者・家族への説明に役立てることができる。
- ② メール等を活用して、回復期施設と病診連携に必要な情報交換を行うことができる。
- ③ 受入施設の入院条件に応じて急性期治療の重点化ができる。

回復期施設にとっての利点としては、

- ① 急性期で現在転院待ちの患者が一覧できる。
- ② 回復期施設から急性期施設へ、患者受入を積極的にアピールできる。
- ③ ベッドマネジメントに活用できる。

また、患者にとっては、転院先を広い視点で効率的に探すことが可能になるという大きな利点がある。最も避けなくてはならないことは、病態や個人的・社会的事情に適した施設が見つからずに、回復期施設での十分なリハビリテーション医療を受ける必要がある患者が、その機会を逸してしまうことである。今後の脳卒中診療連携では、対応が不可能な病態等で転院先を絞り込むのではなく、それぞれの施設の特長をポジティブに呈示して、その施設が得意とするリハビリテーション医療を受けることができるような病診連携の確立が望まれる。

メールによって患者登録通知や受入登録通知が配信されてくると、ネット環境のなかで大都市圏全体が一体化していることが実感できる。「リハナビ東京」は、マッチングシステムとし

ての基本的な利便性は十分に兼ね備えていると考えられることから、今後は、インターネット機能をさらに活用し、脳卒中連携バスとのリンクや画像配信、市民を対象としたサービスなどの付加価値を整えながら、システムを進化させて行くことが重要であろう。

5 結論

大都市圏での脳卒中診療連携を効率化するためのマッチングシステム「リハナビ東京」を開発し、その運用を試みた。大都市圏における診療マップをデータベースの中で統合し、各施設の特長を活かした医療を展開するための病診連携をサポートする形で、その機能を果たすようになることが期待される。同時に、脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」の開発と運用を通じて、大都市圏における脳卒中診療連携が抱える、解決すべきいくつかの重大な問題点が浮き彫りとなった。リハビリテーション医療を適切に提供し、患者・家族の生活を医学的にサポートしていくためには、各施設の特長を大都市圏全体で共有し、様々な病態に対応できる医療体制を構築していくための積極的な方策が望まれる。

II. 分担研究報告書

3) 連携マッチングシステム「リハナビ東京」の構築と効果

b) 市民の立場からの「リハナビ東京」の評価—アンケート調査より—

涓泉会 山王リハビリ・クリニック

速水聡

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

長谷公隆、里宇明元

【研究要旨】

連携マッチングシステム「リハナビ東京」を、市民公開講座にて広く一般市民に情報公開し、アンケート調査を行った。その調査結果を分析して考察することにより、そのシステムの効果を検証した。アンケート調査項目は、「リハナビ東京」の1) 必要性、2) 利用希望、3) 適切性による3項目とし、回答者には、その身分が医療従事者か否か、また身内の脳卒中患者の有無についても回答を求めた。全回答者(n=191)の年齢構成は60代以上で約50%を占め、男女比は4:5、回答者の約40%は脳卒中患者を身内に抱えていた。回答者の約90%が「リハナビ東京」は是非とも必要であり、その利用を希望していた。また、50%以上の回答者はシステムの適切性を認めていた一方で、25-30%の者はシステム改良の余地があると感じていた。さらに身内に脳卒中患者がいる群(n=74)といない群(n=110)で3項目を比較してみると、「リハナビ東京」の必要性・利用希望・適切性は後者が比率で上回っていたが、システム改良の余地があると考えている回答者の比率は、前者が約5%上回っていた。これらは、身近で脳卒中患者の医療体制を始めとした様々な問題点を感じているが故の慎重な意見を反映した結果と考えられた。自由記入欄では、患者・家族が「リハナビ東京」を是非とも使用したいという要望も認められ、本研究終了後における今後の重要な課題として再確認した。なお医療従事者による回答は全回答者の12.5%に留まった。

1 はじめに

大都市圏脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」の運用は、医療機関によって行われるが、マッチングを行う際には、患者やその家族の意向や決定が反映される。居住地や経済的問題を含めた社会的背景などの患者側の問題が未解決のままに次の医療機関に転院することは、最終的に患者側の大きな負担となる可能性が高い。従来の急性期から維持期までの治療を一貫して行う「病院完結型」システムでは、一定の治療指針に基づいた継ぎ目のない医療を展開しており、転院という大きなイベントがないままに自宅や施設に復帰することが可能であるが、大都市圏における脳卒中医療では、「病院完結型」システムよりもむしろ「地域完結型」システムの構築の必要性が高いことが分かってきている。そこで、実際の患者になりうる市民に対して、「リハナビ東京」の具体的な説明を行う機会を設けた。一般市民の視点をより多く参考にするのが、システム向上には不可欠であり、システムをより多くの市民に知ってもらうチャンスにもなりうる。

2 方法

平成 20 年 10 月 17 日に慶應医師会によって開催された市民公開講座の中で、大都市圏脳卒中診療連携マッチングシステム「リハナビ東京」を紹介し、参加者全員にアンケート調査を行った。アンケート内容は、(a)性別、(b)年齢、(c)職業、(d)身内に脳卒中患者がいるか否か、を基本情報とした。そして以下の 3 つの質問を行った。

質問1) 「リハナビ東京」のような転院支援

システムの必要性を感じますか。

質問2) もし身内の方が脳卒中で入院することになったとしたら「リハナビ東京」を利用して転院先を探すことを希望しますか。

質問3) 「リハナビ東京」による転院先の探し方は適切だと思われますか。

最後に、感想やコメントが記入できる自由記入欄を設けた。

3 結果(資料1)-(4)

全回答者は 191 名であった。

(a)性別

有効回答は 188 名であった。男性は 82 名(42.9%)、女性 106 名(55.5%)、無回答 3 名(1.6%)であり、男女比はほぼ 4:5 であった。

資料1-(a) 性別

性別	人数(人)	割合(%)
男	82	42.9
女	106	55.5
無回答	3	1.6
有効回答	188	98.4
合計	191	100

(b)年齢

有効回答は 182 名であった。10 歳未満と 80 歳以上の回答者は 0 名、10-19 歳は 1 名(0.5%)、20-29 歳は 13 名(6.8%)、30-39 歳は 12 名(6.3%)、40-49 歳は 27 名(14.1%)、50-59 歳(17.8%)、60-69 歳(31.4%)、70-79 歳(18.4%)であった。無回答は 9 名(4.7%)であった。

資料1-(b) 年齢別

年齢(歳)	人数(人)	割合(%)
10～19	1	0.5
20～29	13	6.8
30～39	12	6.3
40～49	27	14.1
50～59	34	17.8
60～69	60	31.4
70～79	35	18.4
80～89	0	0
無回答	9	4.7
有効回答	182	95.3
合計	191	100

(c)職業

有効回答は158名であった。医療従事者は24名(12.5%)、それ以外(一般)は134名(70.2%)で無回答は33名(17.3%)であった。

資料1-(c) 職業別

職業	人数(人)	割合(%)
医療従事者	24	12.5
それ以外(一般)	134	70.2
無回答	33	17.3
有効回答	158	82.7
合計	191	100

(d)身内に脳卒中患者がいるか否か

有効回答は184名であった。「いる」は74名(38.7%)、「いない」は110名(57.6%)、無回答は7名(3.7%)であった。

資料1-(d) 身内の脳卒中患者の有無

	人数(人)	割合(%)
①いる	74	38.7
②いない	110	57.6
無回答	7	3.7
有効回答	184	96.3
合計	191	100

質問1)

有効回答191名であった。①「是非とも必要」が174名(91.1%)、②「必要性を感じない」が2名(1%)、③「分からない」が10名(5.2%)、無回答は5名(2.6%)であった。

質問2)

有効回答189名であった。①「是非とも希望」が99名(52.4%)、②「できれば希望する」が72名(38.1%)、③「どちらでもよい」が8名(4.2%)、④「希望しない」が1名(0.5%)、無回答が9名(4.8%)であった。

質問3)

有効回答187名であった。①「非常に適切だと思う」が100名(53.5%)、②「改良の余地がある」が53名(28.3%)、③「どちらとも言えない」が22名(11.8%)、④「適切ではないと思う」が0名(0%)、無回答が12名(6.4%)であった。

最後の自由記入欄は191名中80名の記入が認められた。

4 考察(資料(5))

質問1)、質問2)による「リハナビ東京」の必要性、利用希望に対する肯定的な回答は、90%以上と非常に高い数値を示した。また、システムの適切性についても50%以上の肯定的な回答が得られたことより、大都市圏における脳卒中診療連携に「リハナビ東京」の効果が大きく期待されていることが考えられた。

次に基本情報(d)の有効回答者184名を身内に脳卒中患者がいる群(以下、A群:n=74)といない群(以下、B群:n=110)に分類し、質問1)～質問3)の3項目を比較検討した。質問1)の回答①「是非とも必要」はA群63名

(85.1%)、B群108名(98.2%)であった。質問2)の回答①「是非とも希望する」と回答②「できれば希望する」はA群36名(48.6%)と26名(35.1%)、B群61名(55.5%)と45名(40.9%)であり、「希望する」で比較すると、A群62名(83.7%)、B群106名(96.4%)であった。質問3)の回答①「適切だと思う」はA群で37名(50%)、B群で62名(56.4%)であった。また回答②「改良の余地があると思う」はA群22名(29.7%)、B群27名(24.5%)であった。すなわち「リハナビ東京」の必要性・利用希望・適切性においてB群が6.4～13.1%上回っていたが、システム改良の余地があると考えている回答者は、A群が5.2%上回っていた。これは、身近で脳卒中患者の医療体制を始めとした様々な問題点を感じているが故の慎重な意見を反映した結果と考えられた。また、質問3)の回答②を選択した回答者には、自由記入欄に以下に代表されるような地域生活までを含めたシステムの必要性を訴えているコメントの記載が特徴的であった。

- ・ リハ資源が最も少ないのは在宅です。是非とも回復期でとどまらず、在宅までナビゲーションしていけるシステムを作っていただきたいと思います。
- ・ 回復期から維持期への連携を含めて情報の共有、転院・通院の流れができると「リハナビ東京」がさらに広がり、リハビリテーションの急性期から維持期までの流れが円滑になるのではないのでしょうか。

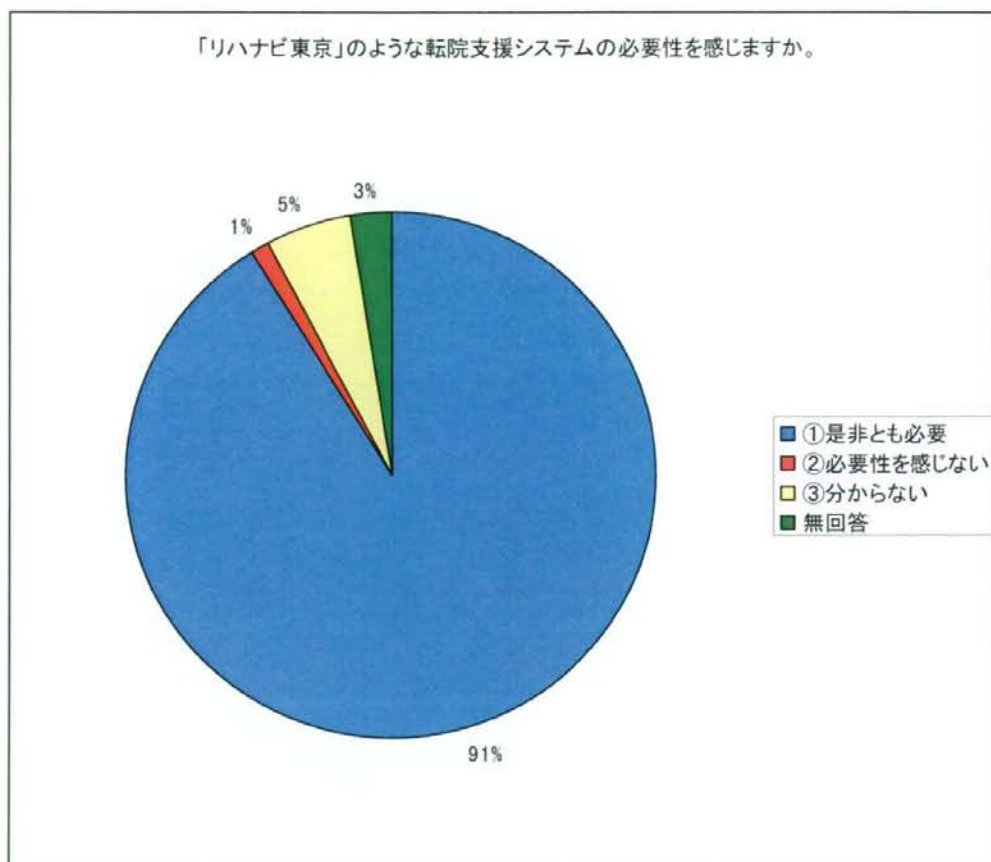
その他には、患者・家族が「リハナビ東京」を是非とも使いたいという要望も認められ、本研究終了後における今後の重要な課題として再確

認した。

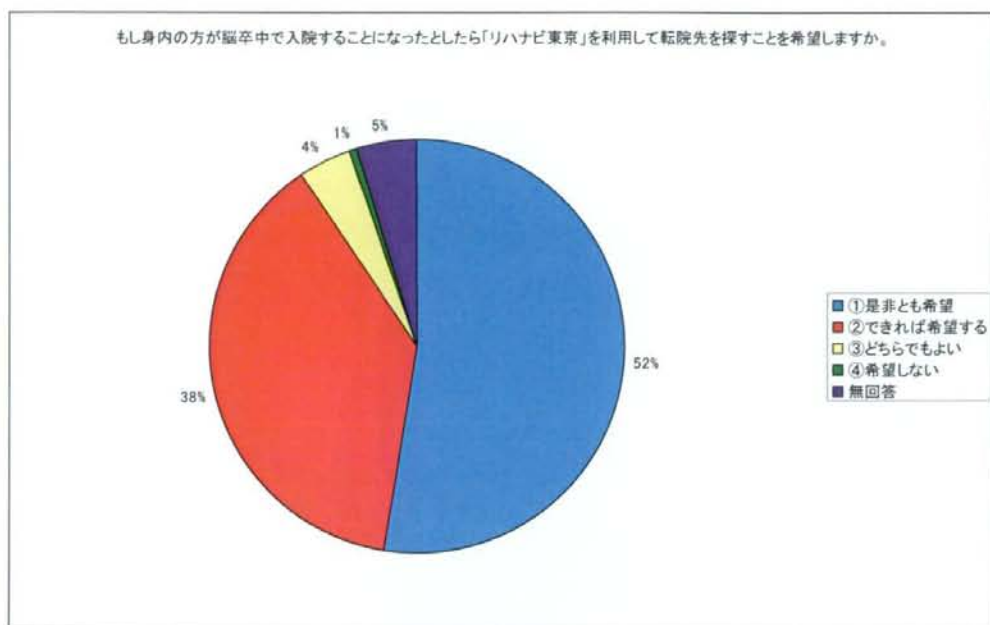
5 結論

大都市圏での脳卒中診療連携に利用できる連携マッチングシステム「リハナビ東京」を市民公開講座にて広く一般市民に情報公開アンケート調査を行った結果、その必要性や利用希望は大変大きく、その効果が期待されていた。その一方で、身内の脳卒中患者の有無によって、「リハナビ東京」の認識に1割程度の差が認められた。

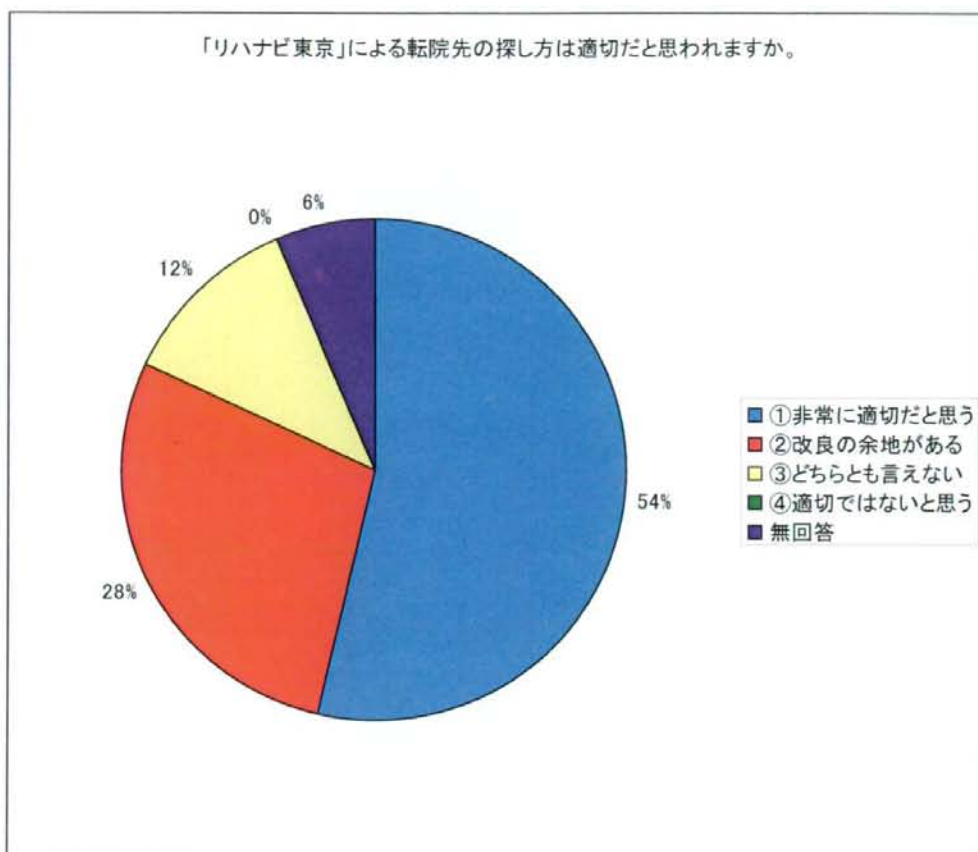
資料(2) 質問1)の回答



資料(3) 質問2)の回答



資料(4) 質問3)の回答



資料(5) 回答者の基本情報(d) 身内に脳卒中患者の有無の内訳

		A群(人)	割合(%)	B群(人)	割合(%)
質問1	①是非とも必要	63	85.1	108	98.2
	②必要性を感じない	1	1.4	1	0.9
	③分からない	7	9.5	1	0.9
	無回答	3	4.1	0	0
	小計	74	100	110	100
質問2	①是非とも希望	36	48.6	61	55.5
	②できれば希望する	26	35.1	45	40.9
	③どちらでもよい	5	6.8	2	1.8
	④希望しない	1	1.4	0	0
	無回答	6	8.1	2	1.8
	小計	74	100	110	100
質問3	①非常に適切だと思う	37	50	62	56.4
	②改良の余地がある	22	29.7	27	24.5
	③どちらとも言えない	8	10.8	11	10.0
	④適切ではないと思う	0	0	0	0
	無回答	7	9.5	10	9.1
	小計	74	100	110	100

注：

A群：身内に脳卒中患者がいる回答者

B群：身内に脳卒中患者がいない回答者

質問1：リハナビ東京」のような転院支援システムの必要性を感じますか。

質問2：もし身内の方が脳卒中で入院することになったら「リハナビ東京」を利用して
転院先を探すことを希望しますか。

質問3：リハナビ東京」による転院先の探し方は適切だと思われますか。

II. 分担研究報告書

3. 連携マッチングシステム「リハナビ東京」の構築と効果

c) マッチングシステムの効果

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

慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学

朝倉敬子、武林亨

【研究要旨】

本研究事業「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、急性期診療の基幹となる急性期・回復期・維持期施設、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、診療連携上の阻害要因の分析に基づいて、ITを活用したニーズと資源のマッチングシステム「リハナビ東京」を開発し、スムーズな診療連携により、急性期、回復期、維持期の医療資源を効率よく活用しながら、最大限のリハ効果を達成し、患者の生活機能、QOL、在宅復帰率の向上に貢献するなど、実効性のある診療連携を実現することが期待されている。

本研究はその一環として、連携用マッチングシステムの効果の科学的検証を、臨床指標（在院日数、ADL改善度、在宅復帰率、スタッフ・利用者満足度など）の評価により行うものである。平成19年10月から前方視的研究が開始され、平成21年12月現在、発症1年後のアンケート調査が継続中である。本稿では研究プロトコールとこれまでのデータ分析結果について報告する。

【はじめに】

急性期治療の進歩、在院日数短縮の加速など、脳卒中医療が大きく変貌する中で、人口規模が大きく、多数の脳卒中患者を抱え、かつ広域性を特徴とする大都市圏において、急性期からの一貫したリハを効率的に提供しうる実効性のある脳卒中診療連携ネットワークを構築することは、国民の健康・福祉の向上及び医療経済の観点からも急務である¹⁾。

そこで、本研究事業「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、急性期診療の基幹となる大学病院の神経内科、脳外科、リハ科、回復期・維持期の地域リハ体制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、多数の専門職、患者・家族、市民の声を集約し、診療連携上の阻害要因の分析に基づいて、ITを活用したニーズと資源のマッチングシステム「リハナビ東京」を開発し、スムーズな診療連携により、急性期、回復期、維持期の医療資源を効率よく活用しながら、最大限のリハ効果を達成し、患者の生活機能、QOL、在宅復帰率の向上に貢献するなど、実効性のある診療連携を実現することが期待されている。

本研究はその一環として、連携用マッチングシステムの効果の科学的検証を、臨床指標(在院日数、ADL改善度、在宅復帰率、スタッフ・利用者満足度など)の評価により行うものである。

平成19年10月から前方視的研究が開始され、平成21年12月現在、発症1年後のアンケート調査が継続中である。本稿では、研究プロトコル

とこれまでのデータ分析結果について報告する。

【研究プロトコル】

1. 研究題名: 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効果の実証

2. 研究組織

【実施責任者】

慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室 講師 辻 哲也

【施設分担者】

慶應義塾大学医学部 神経内科学教室 教授 鈴木 則宏

慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室 准教授 長谷 公隆

杏林大学医学部 脳神経外科学教室 教授 塩川 芳昭

杏林大学医学部 リハビリテーション医学教室 教授 岡島 康友

国立国際医療センター リハビリテーション科 医長 藤谷 順子

JR 東京総合病院 リハビリテーション科 医長 田中 清和

昭和大学医学部 リハビリテーション医学診療科 教授 水間 正澄

多摩北部医療センター リハビリテーション科 鴨下 博

東京女子医科大学 リハビリテーション科 准教授 小林 一成

都立豊島病院 リハビリテーション科 医長 中島 英樹

武蔵野日本赤十字病院 リハビリテーション科 部長 高橋紳一