

## 医療連携について

行政から

## 行政ってどんな人が働いているの

- 事務官
- 専門職
  - 医師
    - ・ 自己紹介
      - 昭和59年自治医大卒
      - 県の人事にすべて「はい」とだけ言ってきた
      - 診療所勤務、皮膚科の臨床、保健所

## 行政と民間との関係

- 協働
- 委託
- 補助
- 助言
- 指導
- 監視
- 処分

## 行政の特徴

- 現場を知らないことが多い。
- 机の上の理論を尊ぶ。
- 動き始めると力がある。
- 途中で修正は困難。
- 予算、法律の制約ははずせない。
- お金がない。
- 国と県、国庫補助事業

## 行政の利用法

- お互いの立場をはっきりさせておく
- 可能な限り話は早めに持っていく
- 紙に絵を書いて持っていく
- 現場の感覚で、困ったこととその対応策という視点で

## 継ぎ目なき医療について

継いでない医療



継ぎ目のある医療



継ぎ目のない医療



- どんな差があって
- どうすればよくて
- どれくらいの成果が見込めて
- どれくらいのコストがかかるのか
- 優先順位は高いのか
- それは誰の役割か

がん、禁煙が注目の的  
脳卒中もがんばりましょう

特に脳卒中医療は  
行政が意義をわかっているとはい  
えないかも

行政が医療に取り組む根拠

皆保険

健康寿命の延伸

(資料 6)

最終公開シンポジウム

プログラム・発表スライド

# 公開シンポジウム

## “わが国の脳卒中地域医療連携の現状と課題”

日時:平成21年2月11日(水、祝日)13:00~16:00

場所:国立循環器病センター 図書館講堂

主催:平成20年度厚生労働科学研究費補助金

「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」班

### 開会挨拶

主任研究者 国立循環器病センター 峰松 一夫

### 13:05~14:30【パネル・ディスカッション】 脳卒中地域医療連携:全国の現状と地域格差

座長: 国立循環器病センター 峰松 一夫

(問題提起)脳卒中地域医療連携全国実態調査の報告

事務局 古賀 政利

1. 北海道

札幌医科大学 齊藤 正樹

2. 秋田及び周辺地

秋田県立脳血管研究センター 鈴木 明文

3. 首都圏(神奈川・東京を中心に)

聖マリアンナ医科大学 長谷川泰弘

4. 近畿・中四国(特に大阪北部)

国立循環器病センター 富井 康宏

5. 九州(主に福岡及び周辺地域)

国立病院機構九州医療センター 湧川 佳幸

パネル・ディスカッション

各 演 者

### 14:30~14:40【休憩】

### 14:40~15:40【シンポジウム】 脳卒中地域医療連携への取り組みと今後の課題

座長: 国立循環器病センター 長東 一行

1. 脳卒中病院前救護システムについて

豊中市消防本部救急課 中井 正平

2. 大阪北部の脳卒中地域連携について

関西リハビリテーション病院 坂本知三郎

3. インディケータを用いた医療の質の評価システムについて

聖マリアンナ医科大学 長谷川泰弘

4. 行政の立場から

山梨県福祉保健部医務課 市川 満

### 15:40~16:00【特別講演】

座長: 秋田県立脳血管研究センター 安井 信之

「脳卒中对策基本法制定に向けて」

日本脳卒中協会 中山 博文

### 閉会の辞

主任研究者 国立循環器病センター 峰松 一夫

対象職種:脳卒中医療連携にかかわるすべての方々

参加費:無料

事務局:国立循環器病センター 内科脳血管部門

TEL 06-6833-5012(内線2223)

FAX 06-6835-5267

URL <http://www.stroke-indicator.jp/>

MAIL [indicator@stroke-indicator.jp](mailto:indicator@stroke-indicator.jp)

(最終公開シンポジウム発表スライド)

**【開会挨拶】**

主任研究者 峰松 一夫



(最終公開シンポジウム発表スライド)

**【パネルディスカッション】**

「脳卒中地域医療連携：全国の現状と地域格差」

(問題提起) 脳卒中地域医療連携全国実態調査の報告

演者：国立循環器病センター

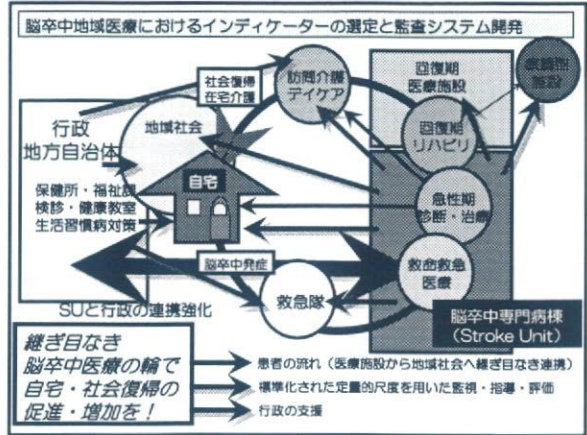
古賀 政利

## 脳卒中地域医療の現状を把握するための

### 全国アンケート調査



- >12都道府県（人口約5300万人、総人口の41%）  
北海道、秋田、群馬、東京、神奈川、長野、大阪、和歌山、広島、徳島、福岡、鹿児島
- >急性期病院(E) 2185施設（全施設）
- >回復期病棟(A) 347施設（全施設）
- >診療所(B) 3709施設（1割）
- >維持期入院施設(C) 771施設（1割）
- >通所訪問施設事業所(D) 4166施設（1割）
- >アンケート内容
  - 施設概要
  - 脳卒中地域連携状況
  - 介護保険について
  - 第三者による評価指標
  - >時期 平成19年9月（回復期、診療所、介護）
  - 平成20年4月（急性期）



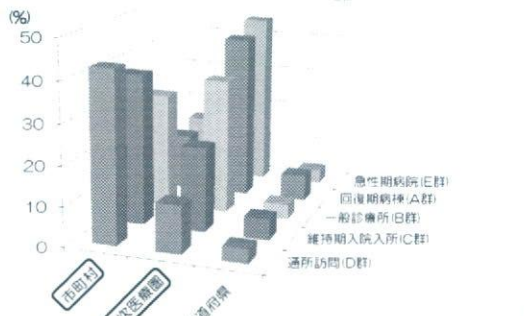
### 有効回答／郵送数

回復期 (A)	174 / 347	(52%)
診療所 (B)	764 / 3709	(21%)
入院入所 (C)	182 / 771	(24%)
通所訪問 (D)	896 / 4166	(22%)
急性期 (E)	1009 / 2185	(46%)
全体	3025 / 11178	(27%)

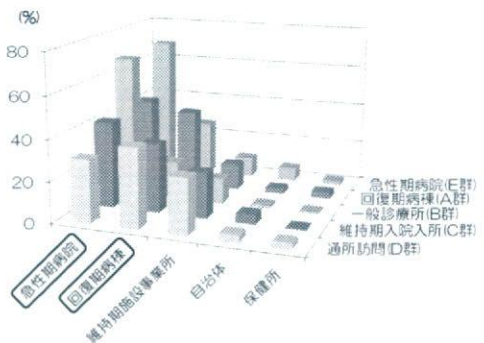
### 結果

- 回復期病棟(A) ・病床の6割を脳卒中患者利用  
 ・受入制限「人工呼吸器」55%、「透析」60%
- 一般診療所(B) ・有床診療所病床の4割を脳卒中患者利用  
 ・外来診療患者の1割が脳卒中患者
- 維持期入院入所(C) ・ベッドの3割を脳卒中患者利用  
 ・十分なりハ機能を維持15%  
 ・「独居」73%、「高齢者のみの世帯」76%  
 「その他の介護力不足」77%で在宅復帰困難  
 ・10%が自宅復帰
- 通所および訪問(D) ・サービス利用者の2割が脳卒中患者  
 ・脳卒中患者「十分なりハ受けている」10%のみ

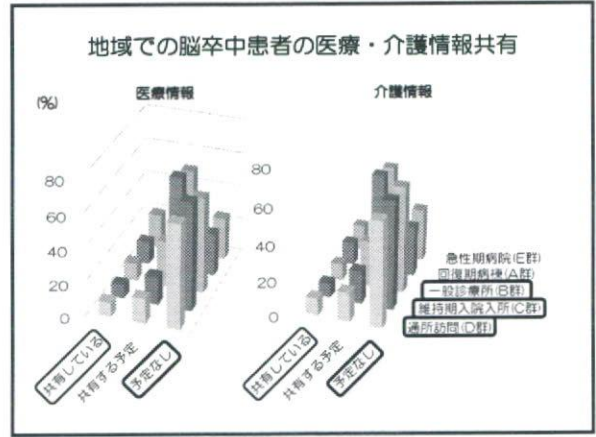
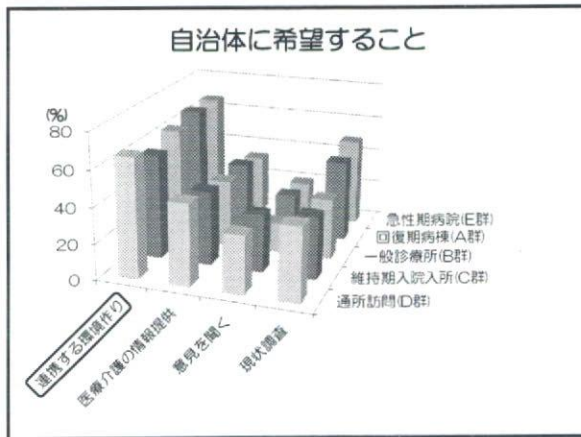
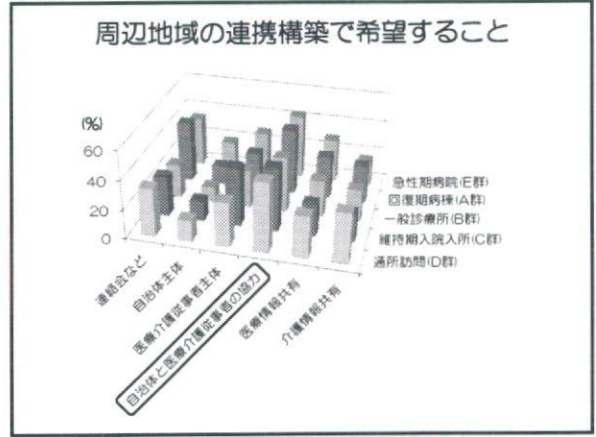
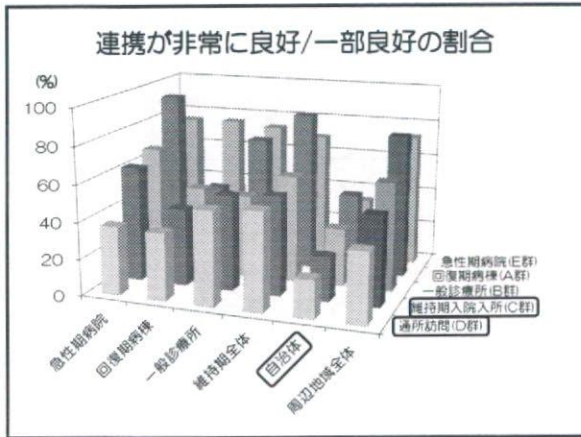
### 脳卒中地域医療圏とはどのような範囲か？



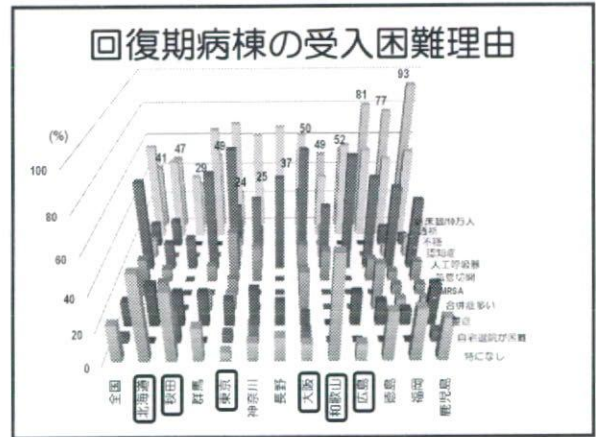
### 脳卒中地域医療圏で中心的な役割をもつべき施設



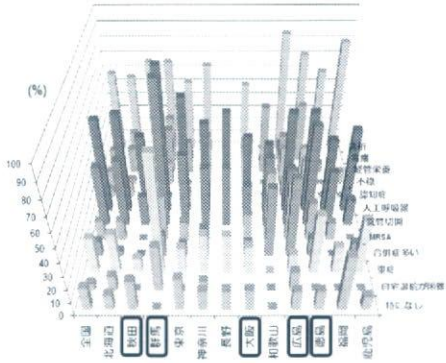




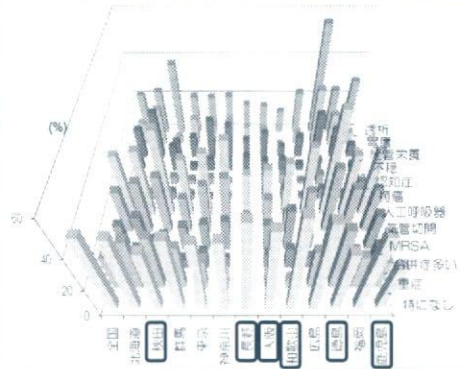
- ### 都道府県別解析ポイント
- 脳卒中患者の受入困難理由
  - 維持期脳卒中患者のリハビリ
  - 地域全体の連携状況
  - 自治体との連携状況



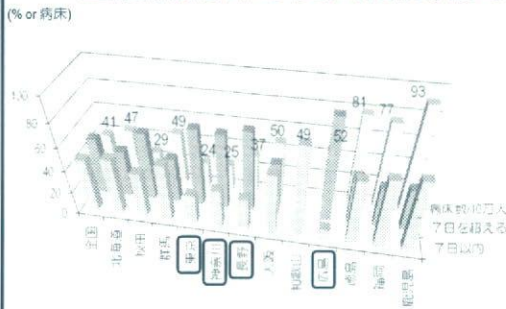
### 維持期入院入所施設受入困難理由



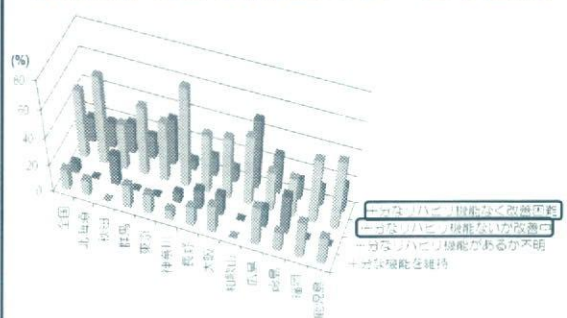
### 通所・訪問の受入困難理由



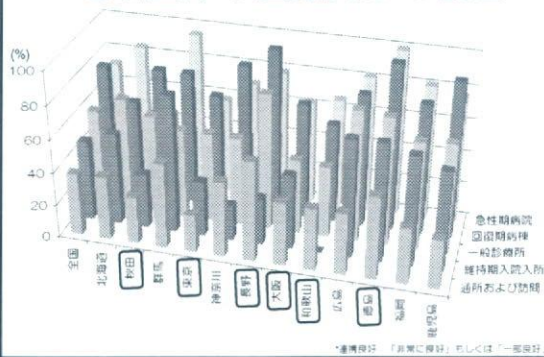
### 回復期病棟の受入待機期間



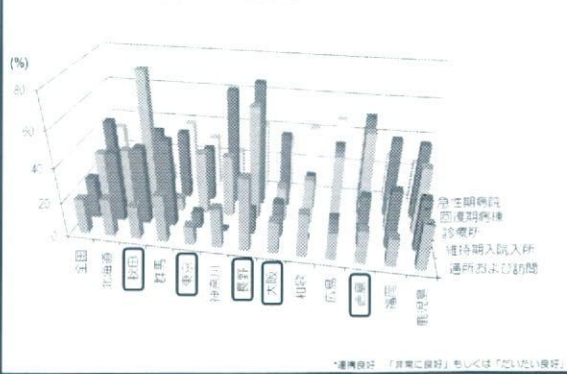
### 維持期入院入所施設のリハビリ機能



### 地域全体の連携良好\*の割合



### 自治体と連携良好\*の割合



### 脳卒中地域医療における地域全体連携状況の決定要因

	地域全体連携状況		P	自治体と連携良好*(-) →+
	良好*(+) (n=1116)	良好*(-) (n=856)		
高人口密度	302 (28)	347 (41)		
中人口密度	381 (35)	248 (29)	<0.001	→+
低人口密度	414 (38)	254 (30)		
介護保険施設事業所	308 (28)	484 (57)		
医療保険施設	808 (72)	372 (44)	<0.001	→+
自治体と連携良好*(-)	627 (56)	772 (91)	<0.001	→+
介護保険理解良好	592 (54)	346 (41)	<0.001	→+
ケアマネージャーの関与良好	954 (87)	640 (76)	<0.001	→+
情報共有あり	228 (21)	51 (6)	<0.001	→+
ADL評価あり	911 (82)	640 (75)	<0.001	→+

回答数(%)で記載

0.1 1 10  
オッズ比

\*連携良好「医療に良好」もしくは「一部(たいたい)良好」

### まとめ

- 脳卒中地域医療連携の現状が明らかになった
- 脳卒中患者の受入状況や、各地域内での連携状況、自治体との連携状況は、各都道府県で異なる
- 各都道府県の状況に合わせた対策を行うことが重要

### 問題提起

- 急性期病院が中心的役割を担う？
- 何故、高人口密度地域では連携が困難？
- 医療・介護保険の違いへの対策？
- 自治体の役割？
- 地域で受入困難理由が異なるのは理由？
- 維持期リハビリ充実のための対策？

ご静聴ありがとうございました

(最終公開シンポジウム発表スライド)

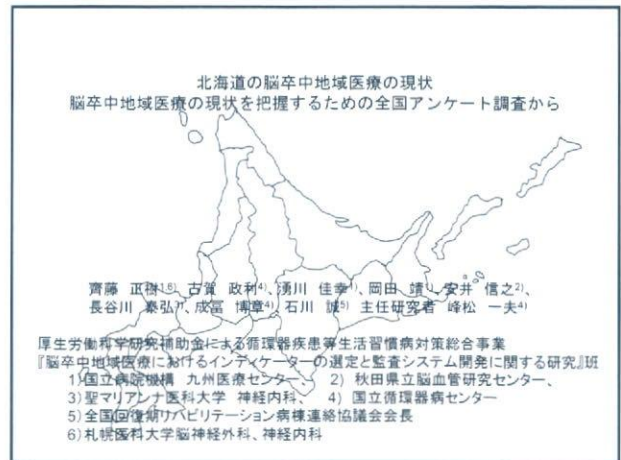
## 【パネルディスカッション】

「脳卒中地域医療連携：全国の現状と地域格差」

### 1. 北海道

演者：札幌医科大学

齊藤 正樹



入退院からみた北海道の脳卒中医療

急性期病院：北海道58施設、全国524施設

回復期病棟：北海道12施設、全国166施設  
脳卒中利用病床 北海道35.2±20.4床 (全国34.7±29.5)  
脳卒中の平均在院日数 北海道72±27.1日 (全国87.9±31.6日)  
脳卒中の自宅退院率 北海道51.5±19.2% (全国61.0±17.4%)

一般診療所：北海道38施設、全国440施設  
脳卒中患者利用 北海道10.1±7.3床 (全国6.9±6.2床)  
1か月に診療する脳卒中 北海道150±239人 (全国82±161人)

維持期入院所：北海道27施設、全国150施設  
脳卒中平均滞在期間 北海道339±373日 (全国354±436日)  
脳卒中自宅復帰 北海道5.6±12.9% (全国9.8±16.6%)

通所および訪問施設：北海道96施設、全国715施設  
1ヶ月の脳卒中サービス 北海道26±38人 (全国25.7±41人)

特徴1

北海道では回復期施設での在院日数が少ない一方で、自宅退院率が低い

急性期病院：北海道58施設、全国524施設

回復期病棟：北海道12施設、全国166施設  
脳卒中利用病床 北海道35.2±20.4床 (全国34.7±29.5)  
脳卒中の平均在院日数 北海道72±27.1日 (全国87.9±31.6日)  
脳卒中の自宅退院率 北海道51.5±19.2% (全国61.0±17.4%)

一般診療所：北海道38施設、全国440施設  
脳卒中患者利用 北海道10.1±7.3床 (全国6.9±6.2床)  
1か月に診療する脳卒中 北海道150±239人 (全国82±161人)

維持期入院所：北海道27施設、全国150施設  
脳卒中平均滞在期間 北海道339±373日 (全国354±436日)  
脳卒中自宅復帰 北海道5.6±12.9% (全国9.8±16.6%)

通所および訪問施設：北海道96施設、全国715施設  
1ヶ月の脳卒中サービス 北海道26±38人 (全国25.7±41人)

特徴2

北海道では一般診療所での脳卒中患者の診療が目立つ

診療科(複数回答可)	北海 (n)	北海 (%)	全国 (n)	全国 (%)
内科	21	55.3	333	75.7
神経内科	4	10.5	59	13.4
脳神経外科	14	36.8	91	20.7
リハビリテーション科	9	23.7	80	18.2
整形外科	3	7.9	50	11.4
循環器科	8	21.1	91	20.7
消化器科	9	23.7	100	22.7
呼吸器科	3	7.9	38	8.6
外科	6	15.8	64	14.5

理由 北海道では一般診療所でも脳神経外科が多く内科が少ない

北海道では、「急性期の脳卒中患者」の9割以上は内科ではなく脳神経外科が診療する (J-MUSIC研究)

特徴3

北海道では維持期入院施設での脳卒中患者の自宅退院は少ない

脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由(複数回答可)	北海 (n)	北海 (%)	全国 (n)	全国 (%)
独居	17	63.0	109	72.7
高齢者のみの世帯	19	70.4	114	76.0
その他の介護力不足	20	74.1	115	76.7
気管切開 人工呼吸器 経管栄養など 継続的医療が必要	14	51.9	82	54.7
多くの介護が必要	17	63.0	85	56.7
介護力はあると思われるが 本人や家族の希望	7	25.9	52	34.7
その他	1	3.7	4	2.7

維持期入院所：北海道27施設、全国150施設  
脳卒中平均滞在期間 北海道339±373日 (全国354±436日)  
脳卒中自宅復帰 北海道5.6±12.9% (全国9.8±16.6%)

通所および訪問施設：北海道96施設、全国715施設

自宅退院できない理由は、独居、高齢、介護力不足

**特徴4**  
北海道の回復期病棟施設は急性期病院・医療療養型病床などの  
複数の機能を持つ

	北海道	北海道	全国	全国
	(n)	(%)	(n)	(%)
一般診療所	0	0.0	21	12.7
医療療養病床	7	58.3	76	45.8
介護療養型医療施設	3	25.0	31	18.7
受け入れ制限理由(複数回答可)	北海道(n)	北海道(%)	全国(n)	全国(%)
自宅退院が困難	0	0.0	6	3.6
重症	3	25.0	25	15.1
合併症多い	1	8.3	16	9.6
MRSA	1	8.3	11	6.6
気管切開	1	8.3	24	14.5
人工呼吸器	2	16.7	92	55.4
意識	0	0.0	4	2.4
認知症	0	0.0	18	10.8
不機	2	16.7	24	14.5
ワーファリン	0	0.0	0	0.0
経管栄養	0	0.0	1	0.6
尿嚢	0	0.0	1	0.6
透析	6	50.0	99	59.6
特になし	6	50.0	38	21.7
その他	0	0.0	12	7.2

**特徴5**  
北海道の回復期病棟施設は自ら十分なリハビリ機能があるとは判断していない

リハビリ機能	北海道(n)	北海道(%)	全国(n)	全国(%)
十分な機能を維持している	8	66.7	122	73.5
十分なリハビリ機能があるか判断できない	1	8.3	13	7.8
十分なリハビリ機能があるとはいえないが機能改善を図っている	2	16.7	24	14.5
十分なリハビリ機能があるとはいえず、今後の改善も困難である	0	0.0	0	0.0
その他	0	0.0	2	1.2

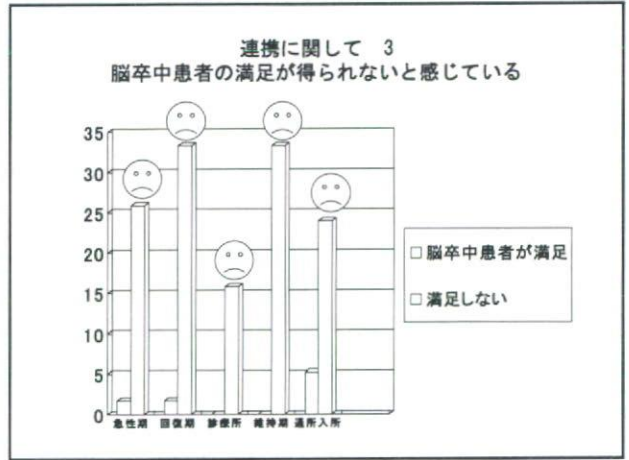
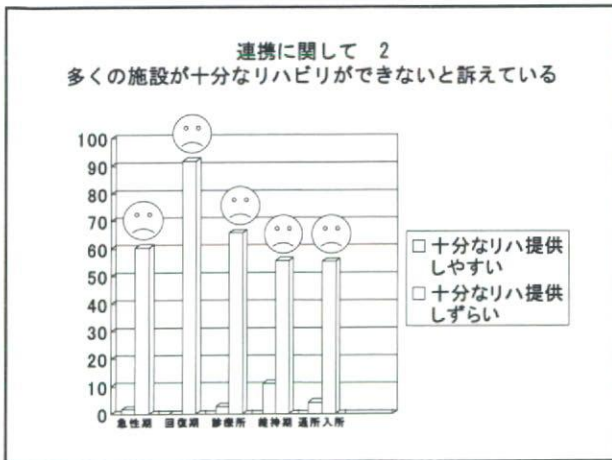
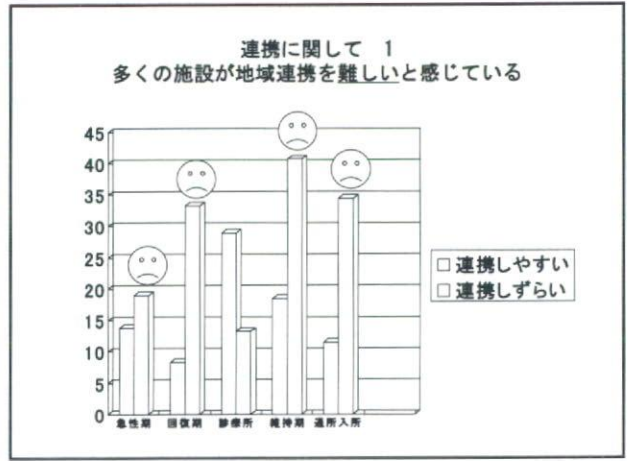
1週間のリハビリ実施日数	北海道(n)	北海道(%)	全国(n)	全国(%)
6日	3	25.0	21	12.7
6日	8	66.7	105	63.3
7日	1	8.3	37	22.3
その他	0	0.0	1	0.6

脳卒中患者1人に対する平均的な一日のリハビリ実施単位数

	北海道	全国
脳卒中患者1人に対する平均的な一日のリハビリ実施単位数	6.5±2.3単位	6.2±2.8単位

**特徴5**  
北海道の維持期施設では胃腸・経管栄養に対応が難しい施設が多い

	北海道	北海道	全国	全国
	(n)	(%)	(n)	(%)
急性期病院	5	18.5	23	15.3
回復期病棟	1	3.7	10	6.7
一般診療所	0	0.0	14	9.3
医療療養型病床	11	40.7	66	37.3
介護療養型医療施設	8	29.6	38	25.3
介護老人福祉施設	8	29.6	37	24.7
介護老人保健施設				
訪問介護				
訪問看護				
訪問リハビリ				
通所介護				
通所リハビリ				
短期入所生活介護				
短期入所療養介護				
特定施設入居者生活介護				
夜間対応型訪問介護				
認知症対応型通所介護				
小規模多機能型居宅介護				
地域密着型介護老人福祉施設生活介護				
地域密着型特定入居者生活介護				
施設機能・役割(複数回答可)	北海道(n)	北海道(%)	全国(n)	全国(%)
自宅退院が困難	3	11.1	8	5.3
重症	8	29.6	30	26.7
合併症多い	1	3.7	17	11.4
MRSA	4	14.8	22	14.7
気管切開	13	46.1	66	44.0
人工呼吸器	19	70.4	100	66.7
褥瘡	1	3.7	3	2.0
認知症	3	11.1	10	6.7
不機	1	3.7	16	10.7
ワーファリン	0	0.0	4	2.7
経管栄養				
胃腸				
経管栄養				
胃腸				



### 北海道の脳卒中医療のまとめ

- ① 脳神経外科に依存した脳卒中医療体制である
  - ・重症であっても急性期の受け入れがよく、回復期病棟の関与が極めて大きく在宅にまで及ぶ
- ② 在宅より入院・入所に依存した脳卒中医療・福祉
  - ・在宅を阻害する因子：介護不足・帰宅不能者の存在
- ③ リハビリ機能・内科管理の不足・充実が望まれる
  - ・人工透析、経管栄養と胃瘻管理
- ④ 連携の困難さ、リハビリの難しさ、患者の満足度が得ずらい現況を各施設が指摘

### 問題提起に対して

1. 急性期病院が中心的役割を担う？
2. 何故、高人口密度地域では連携が困難？
3. 医療・介護保険の違いへの対策？
4. 自治体の役割？
5. 地域で受け入れ困難理由が異なる
6. 維持期リハビリ充実のための対策？

### 1. 急性期病院が中心的役割を担う？

- ・北海道は急性期から回復期でほとんどすべてに対応する傾向にある。
- ・脳神経外科に依存した脳卒中医療体制であり、急性期から回復期にかけては、受け入れは極めてよい。
- ー 反面、脳外科医のいない地域での脳卒中患者の診療や、内科管理・リハビリが不足。
- ー 内科病院の整備、病院前救護の整備、医学生教育、ドクターヘリの導入
- ー 喫煙・高血圧・不整脈・糖尿病・脂質異常症などのリスクファクター管理はどこが中心で行うか？  
内科的管理が特に必要な脳卒中患者・人工透析管理・栄養管理（経管栄養や胃ろうを含めて）
- リハビリテーションといった回復期～維持期の管理が相対的に弱い

### 2. 何故、高人口密度地域では連携が困難？

#### t-PA使用の地域格差

「急性期の全身管理」におけるt-PA使用件数の割合  
5例以上の使用施設に限定して検討すると

- ・札幌市内 = 2.2%
- ・後志 = 3.2%
- ・釧路 = 2.8%
- ・中空知 = 2.8%
- ・南渡島 = 2.0%
- ・南空知 = 1.0%



- ・報告なしー 四国の面積に匹敵
- ・急性期脳卒中施設なしの医療圏

### 大都市と近隣・遠隔地の間で rt-PA静注に2倍以上の格差

- ・高齢者人口の割合を検討に加えない今回の結果では、rt-PA静注の機会は

人口当たり最も多くて約9000人に1回  
政令指定都市の札幌市では約18000人に1回  
札幌市以外の全市町村では約60000人に1回  
国内推計（2006から2007年）では約29943人に1回  
国内推計（2006年）では約36794人に1回

札幌市の倍の頻度でt-PAを使用できる地域がある！  
札幌市と地域で格差2倍以上

### 5. 地域で受け入れ困難理由が異なる理由は？

- ・脳卒中患者の医療と福祉に関わる職業人（すなわち、ストロークワーカー）の構成や勤務体制が異なるから

医師（脳外科医）  
看護師  
リハビリスタッフ  
臨床放射線技師  
臨床検査技師  
薬剤師  
MSW/PSW  
ケアマネージャー

北海道で5例以上t-PAを使用した施設

放射線技師常駐 あり：なし 6:2  
臨床検査技師常駐 あり：なし 4:3  
脳外科医師常駐 あり：なし 6:2

常勤 非常勤 パート  
給与 時間外手当

呼び出し（オンコール）ではなく、  
夜勤体制を敷けるだけの  
人員と財源がないと難しい

雇用するための環境、保  
成できる医療や福祉

特徴5

北海道の回復期病棟施設は自ら十分なリハビリ機能があるとは判断していない

リハビリ機能	北海道 (n)	北海道 (%)	全国 (n)	全国 (%)
十分な機能を維持している	8	66.7 ↓	122	73.5
十分なリハビリ機能があるか判断できない	1	8.3	13	7.8
十分なリハビリ機能があるとはいえないが、機能改善を図っている	2	16.7	24	14.5

回復期でも既にリハビリが不足。維持期ではより困難。  
若いスタッフは子育てできる？日曜・祝日・時間外のリハビリ加算は？

1週間のリハビリ実施日数	北海道 (n)	北海道 (%)	全国 (n)	全国 (%)
5日	3	25.0	21	12.7
6日	8	66.7	106	63.3
7日	1	8.3 ↓	37	22.3
その他	0	0.0	1	0.6

脳卒中患者1人に対する  
平均的な一日のリハビリ実施単位数

北海道	5.5 ± 2.3 単位 ↓	全国	6.2 ± 2.8 単位
-----	----------------	----	--------------

ご清聴ありがとうございました





(最終公開シンポジウム発表スライド)

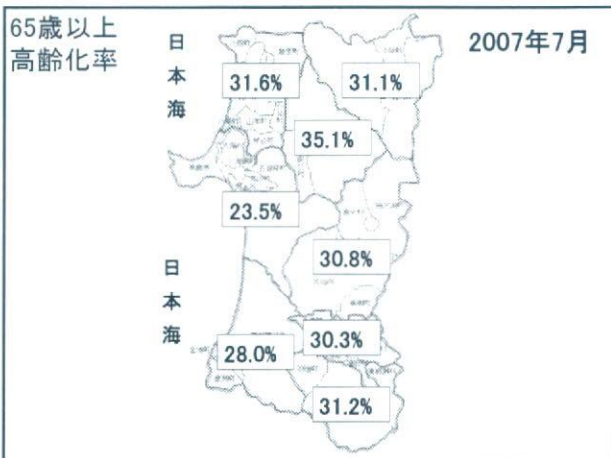
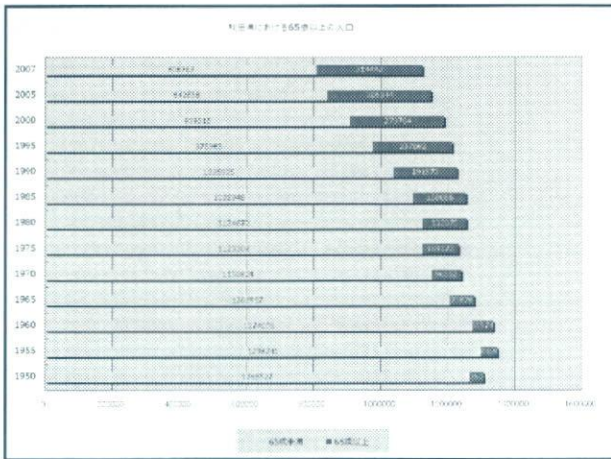
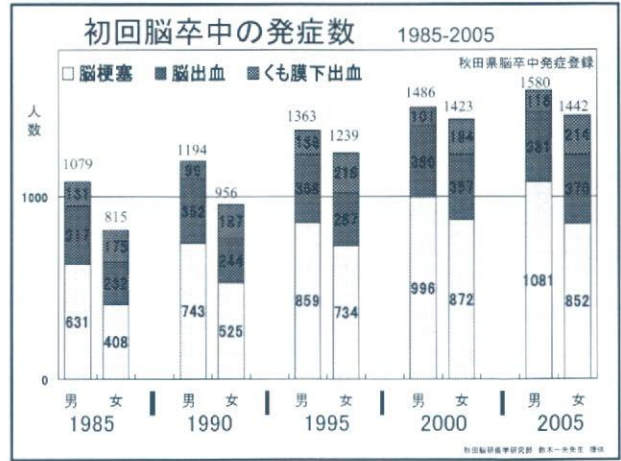
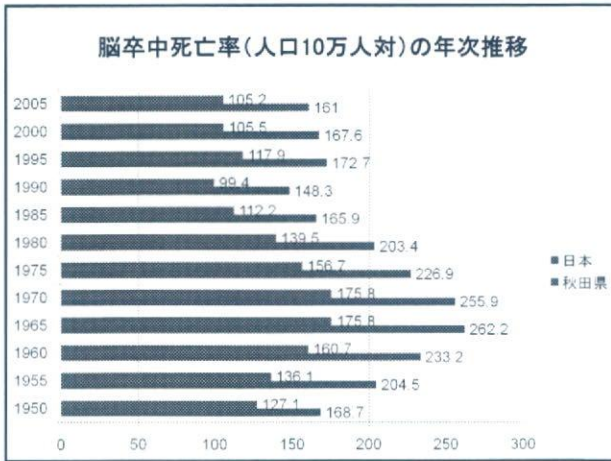
## 【パネルディスカッション】

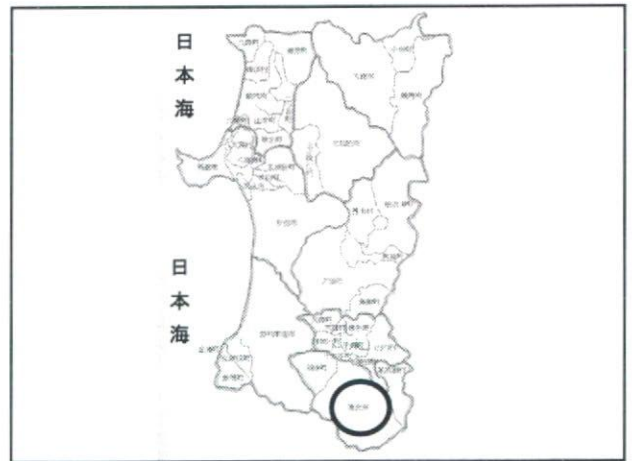
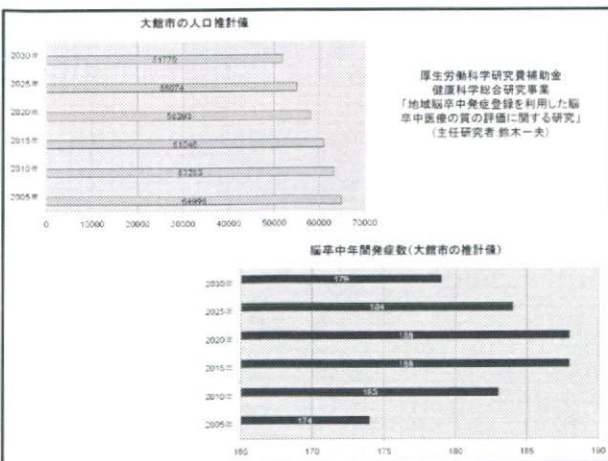
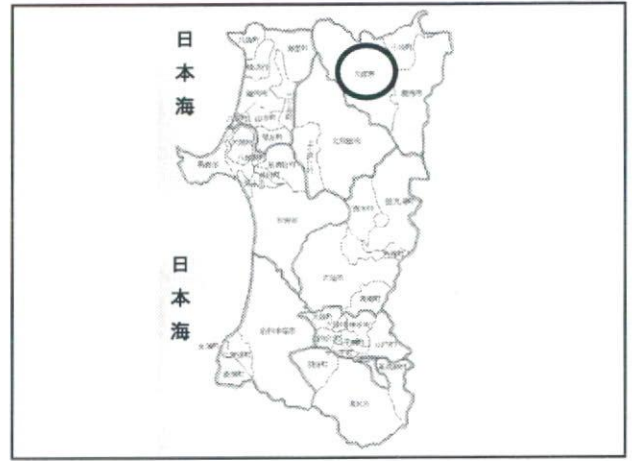
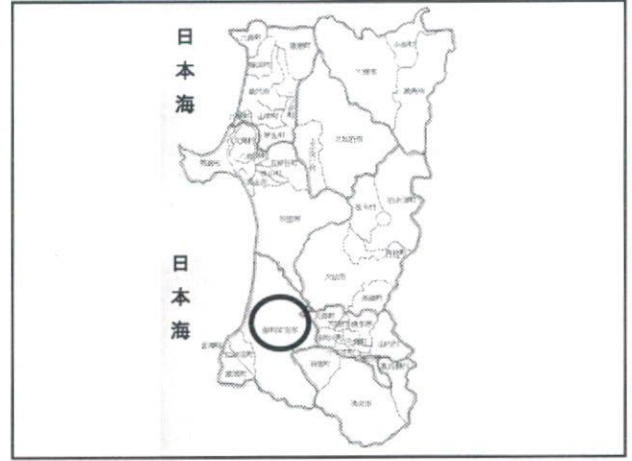
「脳卒中地域医療連携：全国の現状と地域格差」

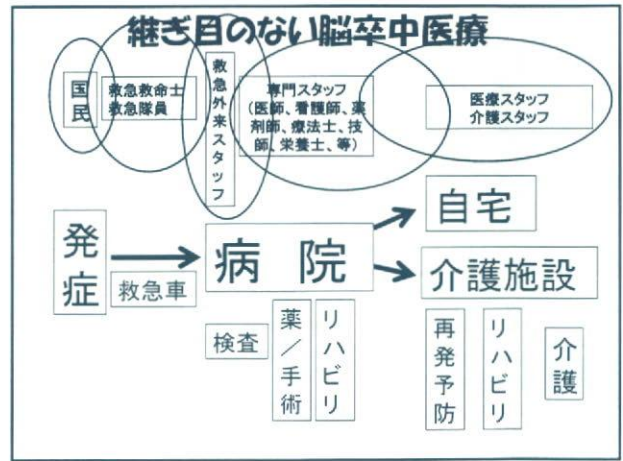
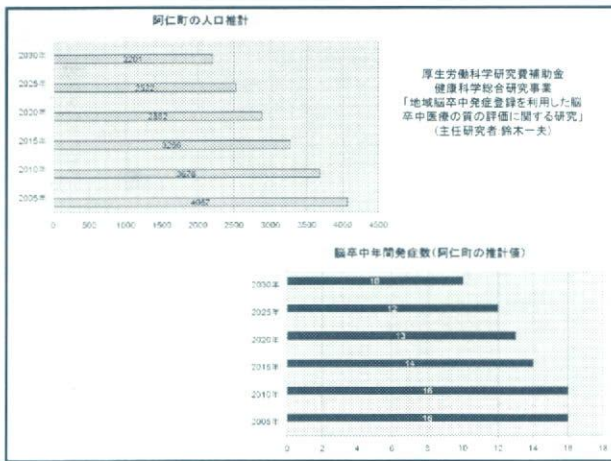
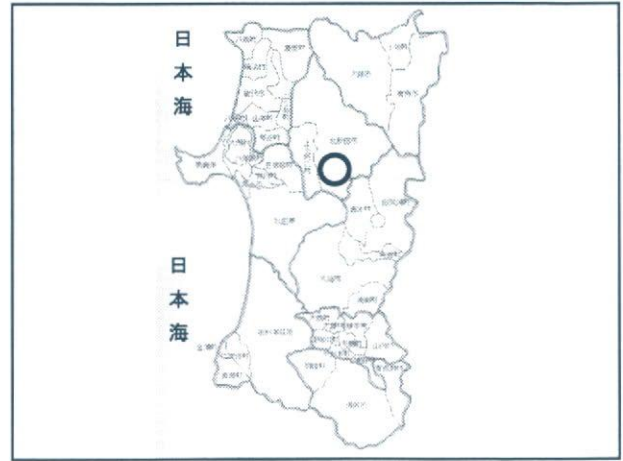
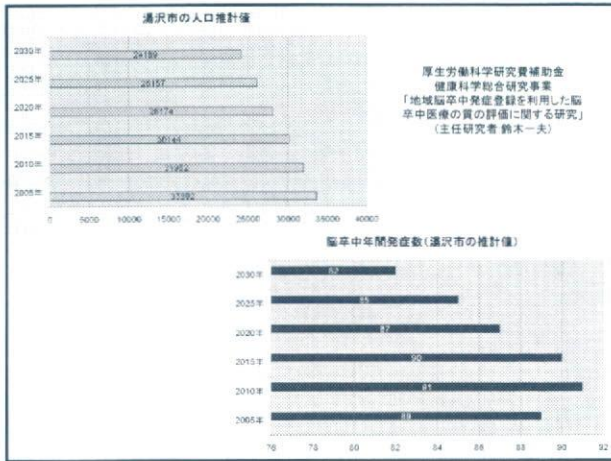
### 2. 秋田及び周辺地

演者： 秋田県立脳血管研究センター

鈴木 明文







脳卒中は、発症してから気づくまで、気づかずに過ごしている人が多くいます。気づかずに過ごしているうちに、脳卒中の症状が現れることがあります。

脳卒中の症状は、突然に現れることが多いです。顔、腕、足、目、言葉、意識などに異常を感じたら、すぐに救急車を呼んでください。

脳卒中は、予防できる病気です。生活習慣病を予防し、健康的な生活を送ることが大切です。

日本脳卒中協会  
http://www.jnsa.or.jp/

秋田魁新報 2008年8月5日(火)夕刊

