

脳卒中地域連携クリティカルパスの 現状と課題

酒井圭一^{1)2)†}
大屋房一¹⁾

東山史子¹⁾
大澤道彦¹⁾

第67回国立病院総合医学会
(平成25年11月8日 於金沢)

IRYO Vol. 68 No. 9 (448-451) 2014

要旨

脳卒中は、突然に発症し専門的な急性期治療後、後遺症を残し要介護となることが多く、再発予防のための治療と継続的なケアやリハビリが必要となる。これらの過程では、消防、病院、診療所、包括支援センター、介護福祉施設、保健所など多くの施設（組織）と関係者（職種）が関与する。脳卒中地域連携クリティカルパス（脳卒中連携パス）は、切れ目のない医療サービスと情報提供を行い、市民の健康増進のために重要な役割を担うツールである。

当地域（長野県上水地域）では、平成20年に脳卒中連携パスの運用が開始され、平成21年に参加機関も増え「信州脳卒中連携パス協議会」が発足し、急性期病院と回復期病院の病病連携は進んできた。また、脳卒中連携パス運用が情報技術（information technology：IT）化に移行した。しかし、脳卒中連携パスを運用し検証してみると、医療連携のさまざまな問題点が明確になった。脳卒中に関わる医療機関のみでなく、市民への啓発、消防による救急搬送、行政の福祉窓口など、さまざまな職種とのコミュニケーションと連携が必要であることがわかった。また、維持期（在宅、療養型病院、施設）における連携とパスの分析としてのアウトカム管理の課題が浮き彫りになった。これらの課題を解決していくために努力を進めている。

脳卒中連携パスは各地域で模索しながら構築をすすめている現状で地域格差はあるが、各地域で能動的にすすめていくものである。パス自体は個々の情報を患者・家族・関係者間で共有し受け渡していくツールであるが、これが結局は質の高い円滑な医療連携となり、地域を支える重要なシステムとなりうる。

キーワード 脳卒中、地域医療連携、クリティカルパス

はじめに

改正医療法（平成19年）により、平成20年度より

医療計画制度のもと4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）

国立病院機構信州上田医療センター 1) 脳卒中・脳腫瘍センター、脳神経外科 2) 地域医療連携室 †医師
(平成26年3月4日受付、平成26年6月20日受理)

Current Status and Issues of Stroke Liaison Critical Path

Keiichi Sakai¹⁾²⁾, Fumiko Higashiyama¹⁾, Fusakazu Oya¹⁾, Michihiko Osawa¹⁾, 1) Department of Neurosurgery, 2) Regional Medical Liaison Office, NHO Shinshu Ueda Medical Center, Ueda

(Received Mar. 4, 2013, Accepted Jun. 20, 2014)

Key Words: stroke, regional medical liaison, critical path

ごとに医療連携体制を構築することになり、さらに、平成25年度から精神疾患と在宅医療を加えた「5疾病5事業および在宅医療」の医療連携体制の構築が進められている。そして、この目的を達成するための具体的なツールとして地域連携パスを活用することを推奨している。

脳卒中診療では、急性期、回復期、維持期の病期に分かれ、つまり、急性期病院、回復期リハビリテーション病院（回復期病院）および維持期の病院、施設、診療所とプライマリ・ケア（発症予防、再発予防）において、一貫性と継続性の診療が必要であり、患者情報を共有し、効率的かつ効果的な医療・介護・福祉サービスの提供可能な体制の構築が求められている¹⁾。このようなシームレスな医療連携体制において脳卒中地域連携クリティカルパス（脳卒中連携パス）が一手段として重要視されている。

われわれの病院は長野県の東信に位置する二次医療圏（上小地域）の中核病院である。当地域における脳卒中医療体制は、急性期病院が当院を含め2施設と回復期リハビリテーション病院（回復期病院）1施設であり、発症予防と再発予防に携わるかかりつけ医体制と介護関連事業所・行政の連携も比較的確立されており、地域完結型である。しかし、当地域の脳卒中連携パスは決してうまく運用されているわけではなくさまざまな問題がある。今回、脳卒中に対する地域医療連携体制を検証し、脳卒中連携パスの現状と課題を報告する。

脳卒中における医療連携体制

脳卒中を発症すると、まず急性期医療において内科的および外科的治療が行われ、同時に機能回復のためのリハビリテーションが開始される。急性期医療が落ち着くと回復期リハビリテーションが中心となり、その後、在宅あるいは療養型病院・施設において、機能障害が残存する場合、中長期において医療および介護支援が必要となる。また、発症予防と再発予防の診療が継続的に行われる。一人の脳卒中患者における医療・介護はその病期によって異なり、それぞれの機関が相互に連携をとりながら、継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することが必要である。この一連の過程において、救急隊、病院、診療所、介護福祉施設、包括支援センター、訪問看護ステーション、保健所など多くの医療介護福祉施設が関係しており、関わる職種も救急隊員、

医師、看護師、作業療法士、理学療法士などのリハビリテーション専門職、薬剤師、医療福祉相談員、介護士、ケアマネージャー、保健師など多岐に及び、各施設・関係者間の連携はきわめて重要である。

脳卒中医療連携体制には、発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制、病期に応じたりハビリテーションが可能な体制（急性期、回復期、維持期におけるリハビリテーション）、そして、在宅療養が可能な体制（医療および介護サービスが相互に連携した支援）があり、地域の実情に応じた構築が必要である。脳卒中医療連携体制が構築できると、地域連携診療計画管理料（900点）、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ：600点、Ⅱ：300点）、地域連携診療計画退院加算（100点）の算定が可能である（平成24年度診療・介護報酬改定）。これらの算定のために連携施設間で使用する脳卒中連携パスが必須である。つまり、脳卒中連携パスは脳卒中医療において不可欠なツールとなっており、脳卒中連携パスが保険収載されたのを契機に全国的にその構築が進んだ。

ところで、当地域の脳卒中の医療連携体制を、1) 予防、2) 発症直後の救護、搬送、3) 急性期治療、4) 病期に応じたりハビリテーション（急性期、回復期、維持期）、5) 急性期以後の医療・在宅療養という観点から検証すると、脳卒中診療の一連の過程（医療連携）における問題点が判明した²⁾。脳卒中に関わる医療機関のみでなく、市民への啓発、消防による救急搬送、行政の福祉窓口など、さまざまな職種とのさらなるコミュニケーションと連携が不可欠であり、維持期（在宅、療養型病院、施設）における連携を考えると、行政、地域包括支援センター、医師会などとコミュニケーションを積極的にとることが必要である。脳卒中の医療連携体制を検証することはその地域における問題点を浮き彫りにし、そして、その問題点を改善することが地域の脳卒中診療の向上につながることになる。

脳卒中地域連携クリティカルパスの現状

脳卒中連携パスは平成20年度診療報酬改定で導入された。目的は、急性期治療から回復期、在宅や施設に至るまで、切れ目のない連携により、標準的な医療や介護が効率的に継続できることであり、脳卒中医療の分化された機能間の連携を推進させる手段である。脳卒中連携パスの利点として、患者側には

急性期治療からリハビリ、維持期医療までの治療の流れがわかり、在宅までのイメージがつかみやすく、安心して治療が続けられることがある。また、医療連携機関の利点は、発症時の様子、リハビリの経過が共有でき、適切な診療が可能になること、患者および家族が困っていることの情報が見られ、迅速な治療が可能になること、そして地域連携診療計画診療報酬の算定ができること（届け出が必要）などがある。

上小地域における脳卒中連携パスは平成20年に運用が開始され、平成21年に「信州脳卒中連携パス協議会」として当地域以外の急性期病院と回復期病院を含め19施設で発足した。本協議会は、急性期病院と回復期病院との連絡会議で、回復期病院に事務局を置いた組織であり、複数の二次医療圏が混在している。長野県内に回復期病院が少ないため二次医療圏を越えた連携が必要であった。脳卒中連携パスに関係する施設の多職種職員が集まる会議が定期的に開催されることで、お互いの顔がわかり、診療情報の共有ができ、脳卒中医療連携の問題点が議論され、医療連携体制の構築を進める上で有用であった。

ところで、当地域における脳卒中地域連携パス運用実績を分析（2008.4-2012.2）するとさまざまな問題点が浮き彫りにされた³⁾。回復期病院から自宅への退院は67%であったが回復期病院退院後の患者状態（アウトカム）を十分には把握できていなかった。急性期病院在院日数が47.3日と回復期病院転院までが長く、回復期病院（病床）不足のため急性期治療が落ち着いているにもかかわらず転院できていない現状があった。また、回復期病院退院後の脳卒中連携パスの運用が不明で、パスが維持期におけるかかりつけ医、介護施設、包括支援センターなどでほとんど使用されていなかった。さらに、パスが紙運用のため、回復期病院（事務局）での集計と整理に膨大な労力を要し、紙ベース管理の業務の煩雑さが指摘された。一方、急性期病院では異なる時期に複数の書類が必要とされ、業務量を増やしていた。つまり、急性期病院入院初期に回復期病院への入院申込書、診療情報提供書 No. 1（医師）、診療情報提供書 No. 2（日常生活の状況確認目的）を作成し、転院時には地域連携診療計画書（医療スタッフ用）、地域連携診療計画書（患者用）、診療情報提供書（医師）、退院時要約（看護師）、退院時要約（リハビリ療法士）、退院時要約（医療ソーシャルワーカー、必要に応じて）、ほか、を作成し提供している。以

上の分析から、急性期病院と回復期病院の病院間連携は進んできているが、維持期との連携や介護との連携が進んでいない現実がよりクローズアップされた。回復期病院（病床）の不足から、状態が安定しているにもかかわらず急性期病院から回復期リハビリ病院への転院が遅れていることも数値として判明した。また、急性期病院および回復期病院における業務負担も軽視できるものではなかった。さらに、長野県全体から見ると統一した脳卒中連携パスがなく、複数のパスを利用している施設もあった。

そこで、維持期との連携を構築していくために、行政との面談、包括支援センター会議への参加、また、プライマリ・ケアであるかかりつけ医との連携のために医師会の中で講演会や協議会の開催などを行ってきた。その中で、脳卒中連携パスに対して、パスを利用する利点が乏しい、かかりつけ医（主治医）の負担増、対象が脳卒中患者だけではない、医療保険ではなく介護保険、かかりつけ医（主治医）と介護関連事業所とのコミュニケーション不足、などの意見が聞かれた。さらなる連携強化のために、行政、包括支援センター、医師会とコミュニケーションを積極的にとり問題解決に努めている。

ところで、最近、われわれは、脳卒中連携パス運用においてクラウドを活用したインターネットシステムを構築した（信州脳卒中連携パスシステムネット）。これにより、業務処理の負担軽減、データの利用促進のため精度向上、連携の向上などがなされ、連携施設において患者情報を共有し、より効率的な連携を図るとともに、アウトカムなどのデータを迅速かつ適正に集積し、地域の脳卒中医療の向上に寄与することが可能になった。

脳卒中連携パスは、地域によって実情も問題点も異なり（地域差がある）、また、脳卒中地域連携パスをうまく活用している地域と負担は増えるが現状では利点が乏しい地域も存在する。多くの地域の共通問題点として、関係者にとって決して負担が少ないことと維持期との連携問題があげられる。脳卒中診療においては機能分化された医療連携体制があり、脳卒中連携パスはその連携体制における必須のツールとなっているが、医療連携体制の強化が脳卒中診療の向上につながり、そして、市民、患者、家族の健康への貢献となることが重要なことである。

今後の課題

われわれのパス運用分析結果から、今後の課題として前述のように、維持期との連携および医療と介護の連携の構築、医療側の負担の軽減、そして、さまざまな指標でアウトカムを評価し患者側の利点を再検討する必要がわかった。病院側が診療所側の負担をできるだけ少なくする（楽にする）ことも重要であり、パスを使用することによる診療所の利点や患者の利点を十分に説明していく必要がある。また、脳卒中連携パスがIT化されることにより、医療側の負担軽減が期待されるだけでなく、データベース化され、より分析と評価がしやすくなり、脳卒中診療の向上につながることも期待される。

ところで、脳卒中連携パスでは、医療内容が保証されるものではなく、画一化されることで、個々の患者への柔軟な対応が制限される懸念がある。しかしながら、その地域において脳卒中地域連携パスを分析・検証することが、その地域の実情の問題点を浮き彫りにさせ、問題の解決策につなげることができる。そして、地域連携体制を検証しながら問題点を改善していくことが脳卒中医療の向上に結び付くことになる。

おわりに

脳卒中に対する治療は地域医療連携が要である。医療連携は、シームレスな医療サービスと情報提供

を行い、市民の健康増進のために重要な役割を担うシステムである。患者家族のみならず医療者の満足度の向上も必要であり、これが結局は質の高い円滑な医療連携となり、地域を支える重要な体制となりうる。そして、地域医療連携の目指すところは、脳卒中地域連携のみならず、全疾患を包括した医療と介護の地域連携と思われる。

〈本論文は第67回国立病院総合医学会シンポジウム「地域連携クリティカルパスの現状と課題」において「脳卒中地域連携クリティカルパスの現状と展望」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

【文献】

- 1) 藤本俊一郎. 脳卒中におけるシームレスな地域医療連携：医療・介護地域連携クリティカルパスの活用に向けて. *Neurol Surg* 2012；40：669-83.
- 2) 酒井圭一, 東山史子, 大屋房一ほか. 脳卒中地域医療連携システムの現状と課題. *日本脳神経外科学会第72回学術総会抄録集*, 2013：220抄録.
- 3) 東山史子, 酒井圭一, 山本泰永ほか. 長野県上小地域における脳卒中地域連携パス運用実績の報告. *STROKE2012 プログラム集*, 東京；日本脳卒中学会：2012, p136.