

## 脳卒中医療連携検討部会 これまでに寄せられた委員からの課題、意見等について

| 番号 | カテゴリー         | 意見   | 現状/課題/施策 |
|----|---------------|--|----------|
| 1  | 多職種連携         | 急性期から慢性期、在宅や介護へと移行していく中で、どこがどういったことが出来るかという情報がない。どこが何を出来るのか、連携の輪を広げていくことが必要。たたき台に「連携の推進」とあるが、より具体的に情報の共有を進める施策を掲載して欲しい。  | 課題       |
| 2  | 多職種連携<br>リハ連携 | 回復期リハビリはここ10年で発展・充実してきたので、急性期リハビリ、早期リハビリの充実がこれからの課題と考えている。<br>また、回復期のリハビリを経て在宅へ戻るときの連携が課題。受け皿も少ない。生活者としてきちんと在宅に復帰しているかという視点で、リハビリのシームレスな連携が出来ていないと感じているため、県としても推進してもらいたい。  | 課題       |
| 3  | 多職種連携<br>リハ連携 | リハビリ手帳を神奈川県理学療法士協会で配りはじめたところだが、患者に持ってもらう、急性期から慢性期までどういったリハビリをしてきて、今後どんな課題があるかといった情報共有をし、流れを一貫して把握するようにしている。そういったことも計画へ盛り込んでもらいたい。  | 課題       |
| 4  | 多職種連携<br>退院支援 | リハスタッフを含んだ医療チームにより、予後予測に基づいた地域での生活設計を立てるシステム作りが必要。<br>そこで立てた方針や生活イメージが回復期、生活期（維持期）に共有され修正されていくことが大切です。<br>また最近では、ポストリハビリテーションという考え方が重要となっています。医療行為としてのリハビリテーションが終了した後の、健康寿命の延伸、自立生活の維持、QOLの向上などが目標となります。<br>回復期リハビリテーションの実施が有効であると判断される患者には、急性期の病態安定後、速やかにリハビリテーションを中心とした回復期の医療に移行できる連携体制が必要。<br>回復期リハビリテーションによって日常生活動作の改善が十分に見込めなくなった場合には、円滑に、維持期の医療及びリハビリテーションに移行すべきである。 | 課題       |
| 5  | 多職種連携<br>退院支援 | 日常の機能が落ちてくると施設に入るが、住処が変わるということになると、主治医が変わって患者の情報が途切れてしまうことがあるため、何もせずに終わっている現状がある。また、病院でリハを行って退院し在宅に戻ってくると、病院との関係が切れてしまい、うまく連携できていない。   | 課題       |
| 6  | 多職種連携<br>指標   | 急性期を脱し、助かったあとに、どうやって在宅に復帰して、地域包括ケアでどうやって支えていくのかまで、計画を作っていくのがポイント。しかし中々県ではデータなどが把握出来ていないので、例えば委員の皆様の実感の中で、こういうところが変わってきているとか、こういうところが課題だと感じていることがあれば教えて欲しい。<br><br>(上記県意見に対し) 下線部分がまさに重要なポイントであり、これは地域の医療連携、医療・介護連携の推進により実現していくもので、連携ができていくかどうかの評価は、レセプト出現率の各指標や、国が通知の別表2で示している項目などから把握できるのではないかと。  | 施策       |
| 7  | 多職種連携<br>クリパス | 訪問看護や通所リハビリだと医師から直接指示を受けるが、それ以外の職種が必要とする情報が共有出来ているのが課題であり、脳卒中の発症から維持期まで切れ目のない医療を提供するためには、クリティカルパスを有効に活用することが必要。<br>また地域連携や急性期後のデータを集める目的もあり、地域連携クリティカルパスを作成した。厚労省の作成指針にも、パスの使用について掲載されており、湘南西部で作成したパスは大変立派なもので、引き続き利用を進めていくべきで、新計画へも記載をするべき。   | 課題<br>施策 |
| 8  | 多職種連携<br>急性期  | 脳卒中が疑われる患者の救急搬送に際しては、病院前脳卒中スケール等を活用して脳卒中が疑われる例を判別し、疑わしい場合には、脳卒中の専門的な医療を行う施設に搬送することが望ましい。<br>(←県央ではSPSS(病院前脳卒中スケール)、川崎横浜ではMPSS、いずれも基本はシンシナティスケールが用いられている。その他の地区についての状況を理解しておく必要、経験の共有等が望ましいのではないかと)   | 課題       |

|    |              |  |    |
|----|--------------|--|----|
| 9  | 多職種連携<br>ICT | <p>・たき台のうち「2課題(2)ウ医療機能の情報提供及び連携の推進」の1マル目及び「3施策(2)ウ医療機能の情報提供及び連携の推進」の1マル目に記載されている「わかりやすい情報提供」という文言について再考されたい。<br/>「わかりやすい」とは、何をもち「わかりやすい」と言えるのかについて、県として具体的な表現をすべきである。</p> <p>たとえば、1つの考え方として、国通知で「医療機能情報提供制度の活用」について言及しており、本県も医療情報提供サービス機能があるので、これを有効活用・機能強化する等の方針を明確にするというのはいかがでしょうか。</p> <p>脳卒中治療は、他の疾病に比べて特に医療・介護連携の推進が不可欠であり、在宅医療・介護連携推進事業については、市町村が地域支援事業として取組みを進めている。各市町村で医療機能情報の共有や医療・介護資源のリスト作成などに取り組んでおり、こうした取組みを市町村の枠だけでなく、二次医療圏、神奈川県と広域での連携の推進していけば、市町村が集めた情報を有機的に連携できるようになる。</p> <p>また、医療情報提供サービスは、ホームページで県民・医療関係者問わず同じ情報を閲覧することができるが、医療・介護関係者のみでの共有が望ましくかつ重要な情報があるため、このような情報も同じサービスの中で提供できるようになると、連携が益々進むのではないか。</p> | 施策 |
| 10 | 多職種連携        | <p>いずれの経過を辿る場合であっても、脳卒中の回復期～維持期には、脳卒中の再発予防等を目的とした生活一般・食事・服薬指導等の患者教育、再発の危険因子の管理、適切なリハビリテーション等の実施が必要であり、多職種によるアプローチが重要である。</p> <p>回復期リハビリテーションよりも合併症の治療が優先される患者や、維持期に合併症を併発した患者に対しては、合併症の性質及び患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療施設との連携（自施設内での連携を含む）が必要である。</p>  | 課題 |
| 11 | 多職種連携        | <p>医療同士や介護との連携について、シームレスに行えていない部分がある。</p> <p>疾患・リスク管理・機能・能力評価・社会的情報・本人家族の希望など、多岐にわたった情報を共有し、必要な支援・治療を行っていきけるような、情報共有方法を今後も検討していく事が必要。</p>  | 課題 |
| 12 | 連携体制構築       | <p>患者が脳卒中発症前から通っていた近所のかかりつけ医に、発症し退院した後も安心して通えることであれば、適切な医療連携が実現でき、やみくもに急性期病院に受診することも避けられるのではないかと。（脳卒中維持期医療機関とかかりつけ医の一致が大事）。</p>  | 課題 |
| 13 | 連携体制構築       | <p>脳卒中の急性期診療においては、単一の医療施設で、24時間専門的な診療を提供できる体制（以下、「24時間体制」という）を確保することが困難な場合があることから、地域における複数の医療施設が連携し、24時間体制を確保することが求められる。</p>   | 課題 |
| 14 | 連携体制構築       | <p>時間的制約があるため、脳卒中に対しては、各地域における平均的な救急搬送圏内での施設間ネットワーク体制の構築が基本となるが、各地域における医療資源の状態によっては、遠隔診療を用いた診断の補助等の活用を通じ、平均的な救急搬送圏外の施設との連携体制の構築が必要である。</p> <p>（←川崎横浜はtPA静注体制は完備、他の地域の供給体制を検討し、空白地域については遠隔医療についても検討する必要があるのではないかと。）</p> <p>また血管内治療は可能施設を明らかにして、連携で24時間体制を作る方向性を探る必要があるのではないかと？）</p>   | 現状 |
| 15 | 連携体制構築       | <p>脳卒中の急性期診療を24時間体制で提供できる施設間ネットワークを構築するに当たっては、急性期の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を、地域のネットワークを構築している医療施設において、分担する必要がある。</p> <p>ただし、ネットワーク内で各々の施設が提供する医療機能は、地域の状況や医療施設の医療資源に応じて、柔軟に設定される必要がある。</p>   | 課題 |
| 16 | 連携体制構築       | <p>回復期や維持期に脳卒中の再発が疑われる場合には、まずは急性期の医療施設と連携すること等により、患者の病態を適切に評価することが望ましい。その上で、患者の病態や全身状態、患者や家族の希望等をかんがみて、適切な医療施設において医療が提供される必要がある。</p> <p>（←現行の統一パス、川原先生が進められつつあった電子化も考慮して、①県下の大半の症例の動きがわかり、②バリエーションの検討もできる仕組みに発展させるか？）</p>  |    |
| 17 | データ          | <p>現状の項目に平均在院日数の指標が挙げられているが、脳卒中は発症から急性増悪を繰り返して、だんだんと悪化していく疾病であるので、在院日数だけでは実態を表せないのでは合わせた形にしてほしい。</p>   | 現状 |
| 18 | データ          | <p>データブックの指標はNDBからしか出ていない。NDBの数字はマスキングされている部分もあり、正しい数字は出ていない。横浜、川崎の救急隊などは日本一数字を持っているので活用出来ないか。</p> <p>また、人口あたりで単にt-PAを打った人を分母や分子にしてしまうだけだと、PDCAがうまくまわらないので、やはり救急隊のデータから生きた指標をとってくるような仕組みを作らないと持続的な評価につながらない。</p>   | 課題 |

|    |      |  |          |
|----|------|--|----------|
| 19 | データ  | <p>神奈川県に「不足している点」</p> <p>レセプト出現比（平成26年度NDBデータ）で見ると、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「脳梗塞、一過性脳虚血発作患者（入院）」及び「脳卒中に対するリハビリテーション（外来）」の数値が県内全域で平均を下回っている。</li> <li>・「脳血管障害患者（全体）（入院）」は相模原（101.1）を除く全域で平均を下回っている。</li> <li>・<u>リハビリテーションに関する指標は全体的に低い。</u></li> </ul>   | 課題       |
| 20 | 退院支援 | <p>脳卒中の患者は、必ずしもすべての患者が、回復期リハビリテーションに移行しないため、急性期診療の終了後に、直接もしくは回復期リハビリテーションの実施を経て生活の場に復帰するといった、一般的な経過を辿る患者と、それ以外の患者に分けて、回復期～維持期の診療提供体制を構築する必要がある。</p>  | 現状       |
| 21 | 退院支援 | <p>特に地域生活を見据えた回復期以降の脳卒中医療においても、可能な限りコミュニケーション障害のある患者に対する意思決定支援や意思疎通支援に取り組んでいく必要があると考えます。</p>   | 課題       |
| 22 | 医療資源 | <p>在宅に目を向けると、リハビリ職が足りていないことが課題と感じている。特に地域では少ない。ケアマネからは訪問看護でリハビリをやってほしいという依頼が来るが、数は多くない。</p>  | 課題       |
| 23 | 医療資源 | <p>t-PAの実施件数が県西部で多く行われているように見えるが、県西部にt-PAが実施可能な医師が常駐している病院はないため実態を反映していない可能性がある。</p> <p><u>医療資源の乏しい地域でも遠隔診療などを用いるような体制を意識し、今後6年間の計画を作っていくべきだ。</u></p> <p>横浜、川崎、県央では救急隊が脳梗塞と判断したらすぐにt-PA実施可能な病院に送る体制が出来ているが、県西部などは、脳血管障害、急性期の受入可能な病院がほとんどない。</p>  | 現状<br>課題 |
| 24 | 医療資源 | <p>救急救命病院は全二次医療圏にあるということだが、救急救命病院があれば良いということではなくて、<u>脳卒中の治療が出来る病院か、t-PAが24時間出来る病院か、などと色分けしないと本来のマップはかけないはず。</u></p>  | 現状       |
| 25 | 医療資源 | <p>急性期～回復期～生活期（地域）へと医療連携する際に、医療・介護資源が地域によって乏しい場合、住み慣れた地域から遠い施設への入院・入所を選択せざるを得ない現状がある。<u>適切な医療圏の範囲で、適切な医療・介護資源が享受されることが望まれる。</u></p>  | 課題       |
| 26 | 指標   | <p>「現状」を表す指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政の立場から考えると、<u>医療連携がスムーズに行われているかどうかの観点を表す指標があると良い。</u></li> <li>・具体的には、<u>脳卒中病態（急性期、回復期、維持期）に応じて、それぞれの機能の医療機関で受診できているかどうか</u>（すなわち、医療連携がスムーズに行われているかどうか）がわかる指標</li> <li>・また、<u>回復期、維持期の病態にもかかわらず、急性期病院に受診しているケースがどの程度あるか、</u>がわかるような数字があると良い。（実際にあるかどうか未確認です。すみません）</li> <li>・<u>脳卒中関連の医療的行為に関する年齢調整標準化レセプト出現比の各指標</u></li> <li>・「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」H29.3.31厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別表2</li> </ul> | 現状       |
| 27 | 指標   | <p>地域でのリハビリテーション医療介護連携の継続性という観点からプロセス指標として、<u>退院から次の通所リハや訪問リハ継続までの間隔が一つの指標となっています。</u></p>   | 現状       |
| 28 | 啓発   | <p>退院後、具合が悪くなると急性期の主治医に戻りたい患者さん、家族が多い。命を救ってくれた急性期の医師を求めするのは仕方ない面もあるが、<u>そうすると本来の急性期の患者ではない方が入ってきてしまう。その部分を多職種でどうやって連携し、患者へ伝えていくかが大事。</u></p>   | 課題       |
| 29 | 啓発   | <p>本人の意欲がないと、リハビリの効果は出ないため難しい部分がある。家族にアプローチしたりと工夫はしているが、<u>どうやって本人のやる気を出していくかが課題。</u></p>  | 課題       |

|    |       |   |    |
|----|-------|---|----|
| 30 | 啓発    | 脳卒中は「教育」が大事だと考えている。救急車を呼ばず迅速な救護につながらないことが多々あるが、本人だけでなく周囲の人に知識があれば助かる事例がたくさんある。大阪では、小学校の授業で教育を実施している。1時間でも脳卒中の症状についての授業が出来たら、両親や祖父母などに伝えてくれて、より啓発効果が高まる。<br>また、指標だけを見ると、脳卒中の死亡率は下がってきているが、脳卒中は助かったとしても障害が残る可能性の高い重大な疾病であり、 <u>要介護として健康寿命を阻害する最大の要因である</u> といったことを踏まえる必要がある。  | 施策 |
| 31 | 啓発    | 脳卒中は如何に早く専門の医療機関に係ることが大事であるため、トリアージ知識の普及が必要。<br>世界的にもFASTが一番大事だと認識されており、間雲に救急車を呼ぶことを防ぐため、教育や啓発を行って、FASTにうたわれる最低限の処置をしてから救急車を呼べるようにしていくべき。脳卒中はFASTが必要な最もたる疾病で、予後のQOLにも直結する。<br><br>FASTを日本語でわかりやすく言い換えた方が高齢者にもわかりやすい。<br>⇒脳卒中学会だと「顔・腕・言葉」に異常があったらすぐ受診～<br>また、#7119（救急電話相談）のような救急車を呼ぶ前の駆け込み寺の普及も大事。   | 課題 |
| 32 | 啓発    | 脳卒中は予防が出来る疾病。血圧など基礎疾患など、 <u>未病の段階から気を使っていく</u> ことが必要。   | 課題 |
| 33 | 啓発    | <u>仕事面立についての視点が重要。</u><br>脳卒中を持ちながらも働いている方々が <b>大勢おられます</b> 。若年では修学の問題、後遺症をもって働く中高年にも光を当てる必要がある。  | 現状 |
| 34 | 啓発    | 最近病院機能分化が進む一方、 <u>どういった治療や支援を行う施設があるのか、県民には分かりにくい。行政でも今以上にもっと一般に理解されやすい情報提供の仕組みについて検討する必要がある。</u><br>「脳卒中の発症後に関わる病院としてはどのような種別があるのか」「どの程度の入院期間なのか」「リハビリテーションをどのくらいの時間実施するのか」「どのような流れで入院～退院に至るのか」などのモデルをいくつか作成し、それらをパンフレットや講演会などを通して県民に啓発していくような取り組みが必要であると考え。<br><u>また、脳卒中後に生じうる障害や対応、活用できるサービス等の情報に、予め県民が触れることのできる機会を設けることは、いざ自分や家族にそのような障害が生じた場合の生活の再構築に大変有意義である。</u> | 課題 |
| 35 | 啓発    | 退院後、多くの方が地域で生活されています。また引きこもりにならないよう努力を惜しまず、当事者が積極的に地域活動に参画している方も多くなってきています。<br><u>そのようなことで健康を保持している事についても、今回の計画の中で触れて欲しい</u> と思います。   | 現状 |
| 36 | 急性期医療 | 発症後、早急に適切な治療を開始する必要がある、急性期の診療提供体制の構築に当たっては、 <u>時間的制約の観点</u> を考慮する必要がある。   | 課題 |
| 37 | 介護    | <u>介護支援専門員の資格者が増えてきているので、資格へ医療の知識や支援への姿勢などを組み込んでいくことが課題</u> であり、専門性をあげていくことも必要。   | 課題 |
| 38 | 意見    | ・たつき台「3施策（2）ウ医療機能の情報提供及び連携の推進」の2マル目の「脳卒中地域連携クリティカルパス」の記載について、「地域の介護保険サービスを提供する事業所における……普及を図ります。」とあるが、クリティカルパスは医療機関の連携ツールのためこの記載は正しくないと思います。   | 施策 |
| 39 | 意見    | 都市部の独居老人や高齢夫婦の2人ぐらしなどは、 <u>脳梗塞になったら在宅への移行が大変難しくなる</u> 。神奈川県においてもこれから直面する課題であり、どうやってこの問題を進めていくか考えていくことが必要であり、地域でも知恵を出して取組んでいくことが求められている。   | 課題 |
| 40 | 意見    | 歯科医師の行うプロフェッショナルな口腔ケアを、急性期の時点でどのように行っていくか課題と考えている。  | 課題 |
| 41 | 意見    | 「退院患者平均在院日数」をアウトカム指標とすることは注意が必要ではないか。平均在院日数は診療報酬制度と密接にかかわっており、実際に退院できる状況でない患者が診療報酬上の都合で転院させられる場合もあるわけで、 <u>在院日数の多寡のみで評価をすることは現実を正しく評価できない懸念があるのではないか。</u>   | 課題 |