

# 第4章

## 各地域の取組を学ぶ・真似る

地域ケアの確立に向けて、やるべきことは「実践の積み重ね」である。地域ケアと一言で言っても、様々な局面がある。以下、局面ごとに県内各地の70の取組事例を盛り込んだ。

# 1

## 「脳卒中患者への医療・介護・福祉の連携強化に向けて」 ～三重脳卒中医療連携研究会設立までの経緯と展望～

三重脳卒中医療連携研究会事務局  
松阪中央総合病院 リハビリテーション科 太田 喜久夫

### 1 はじめに

脳卒中患者の病状は多種多様であり、その結果生じる障害は一人ひとり個別なものである。ここでいう障害とは、ICFの概念の障害であり、「社会生活を送るうえで生じる困難さ」ということができる。したがって、その人の生活の仕方、周りの環境などによってその困難さは大きく変化する。この障害の捉え方は、急性期から回復期・維持期にかけて貫かれるべき重要な視点である。

脳卒中患者の医療・介護・福祉の連携も、この障害に対する捉え方が異なると有効なシステム構築につながらない。ここでは、まず、障害の捉え方を理解していただくために、今までに診療した患者のなかで印象に残る方を二人紹介させていただく。一人目は、脳梗塞を発症された中年男性の方である。職業は会社のハイヤー運転手であった。軽微な右片麻痺で屋外歩行や日常生活、さらには自動車運転でも不便は感じなくなるまで改善した。しかし、復職に関しては重役をお迎えに行く時に不安を抱かせる歩き方・立ち振る舞いでは困るといわれ、半年ほど病前と同様の動きが可能となるように訓練に通われた。しかし、残念ながらそこまでは改善できずに解雇された。二人目は、20歳で脳幹部の脳動静脈奇形からの出血で四肢麻痺となり、気管切開で発声不能となり、経口摂取不能で経管（PEG）で栄養管理されている男性である。いわゆる「寝たきり」の状態であり、それまで幾つかの病院を転々とされ、ある療養型病院で診察する機会があった。意識は清明となっており、四肢関節拘縮も著明であったが、わずかに残る手指の動きや開閉眼の動きで意思伝達ができる状態であった。まだ車椅子に乗って散歩したことがないとのことであったため、リクライニング車イスを作成し、残った手指の動きを利用して意志伝達装置の利用を進めた。その後、医療・福祉サービスの体制が整う中で在宅療養が可能となり、家族の介護に加えて訪問看護や訪問リハなどの支援サービスを利用しながら、社会参加の拡大が図られた。今では、在宅で意志伝達装置を利用できるようになっており、本人はインターネットで世界とつながっていると感じていると伺っている。

このように、医学的には障害は軽度であっても、就労などで社会参加が困難となることもあれば、障害は重度でも、家族・介護者の努力や社会支援体制の整備によってQOL向上につながる例もある。両極端例を紹介させていただいたが、多くの患者も大なり小なり脳卒中発症後様々な問題を抱えている。関節拘縮が気になる人、歩くことに困難を感じて家の中から外へ出ようとしない人、失語症でうまく自分の気持ちを伝えられないためデイサービスなどを希望しない人、高次脳機能障害で感情コントロールが不良となっている人、将来への希望が持てずにうつ状態となっている人など、枚挙にいとまがない。一方では、障害とうまく付き合えるようになって、家族と旅行に行ったり、郷土史研究を再開したり、新しい職場で活躍されるようになり、むしろ私たちに元気を与えてくれる人々も多くなってきた。

地域リハビリテーションの発展のためには、障害を持った人たちが、私たちに元気を与えてくれるようになる社会を築き上げていくことが重要である。しかし、このような社会は、患者・家族の努力だけでは達成できない。医療・介護・福祉サービスも、個々に対応しているだけでは限界がある。生き生きとした安心社会を構築していくためには、

一人ひとりにあった連続した支援サービスが切れ目なく利用できるように、個々の脳卒中患者を中心とした地域連携システムの体制整備が必要と考えられる。

このような地域連携の必要性が認識されていく中で、三重県における脳卒中患者の診療に従事している脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科の医師が中心となり、平成19年に三重脳卒中医療連携研究会が設立された。設立時の代表世話人である済生会松阪総合病院諸岡先生の「発足に向けた挨拶文」を以下に紹介させていただく。この理念に基づき、三重県全域で利用できる「三重県統一版脳卒中医療連携計画書」や脳卒中の疾患や治療法・リハビリテーションおよびそれらの医療連携についてまとめた冊子「脳卒中といわれた方へ」を作成するなど、地域連携にむけた活動を開始した。これまでの三重脳卒中医療連携研究会の活動経過と今後の課題について展望する。

## 2 三重脳卒中医療連携研究会の活動経過

平成19年7月に三重脳卒中医療連携研究会は発足した。その理念は、下記「発足に向けての挨拶文」に記載されているので引用させていただく。

### <三重脳卒中地域医療連携研究会 発足に向けての挨拶文（平成19年7月）>

「患者さんの人生を激変させる脳卒中には、最善の急性期治療、最善の回復期治療を享受できる医療環境の整備が重要であると共に、病後の人生を支援するための医療・介護・行政から成る維持期チームの役割の重要性も増していると考えられます。その様な状況下で、急性期、回復期、維持期ともに効率よく、切れ目の無いサービスを行うために、脳卒中地域連携を更に充実させていく必要に迫られています。この度、ひとまず三重県下の主な医療機関を中心に発足した脳卒中医療連携研究会において、その第一歩として学術講演会を企画いたしました。皆様のご賛同を賜り、奮ってのご参加をお待ちしております。代表世話人 済生会松阪総合病院 副院長 諸岡 芳人」

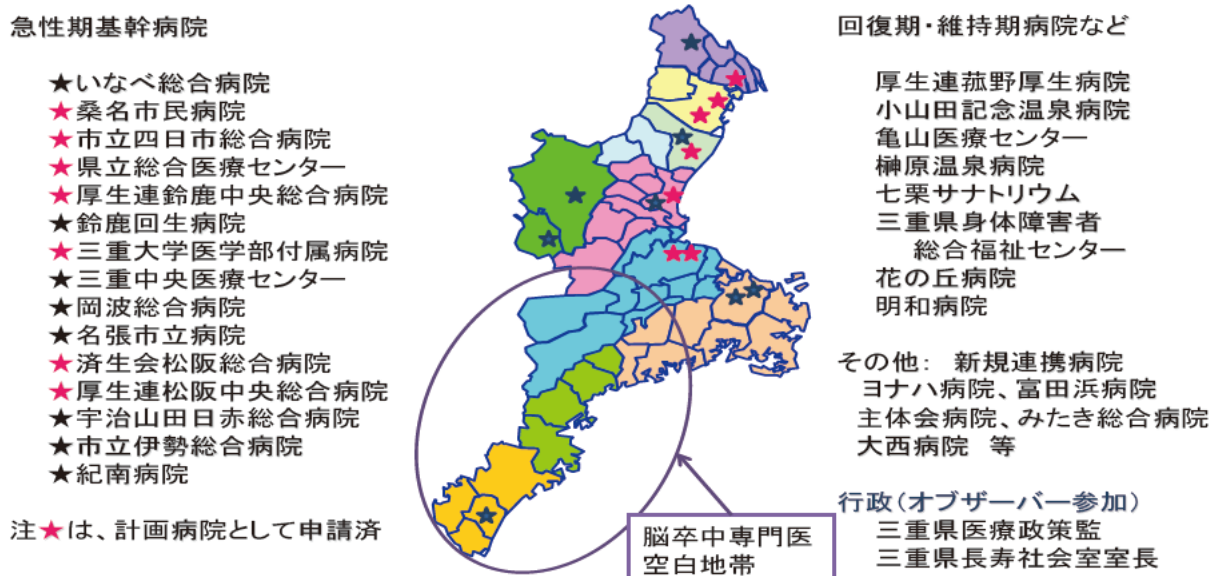
発足直後から、三重県の多くの急性期基幹病院、回復期リハビリテーション病院、維持期療養型病院、三重県身体障害者総合福祉センターなどの施設の先生らが参加された。また、三重県からはオブザーバー参加として医療政策監や長寿社会室の職員のかたも参加され、三重県における医療政策との整合性を保つように協議がすすめられた。図1に現在までの参加病院・施設を示す。現在まで計画病院となった医療機関は6病院、連携病院は11病院である。どのような地域連携を構築させていくかについて、協議の中で出された意見を下記に集約した。今後の地域連携強化にむけての基本方針といえる。

- (1) 顔のみえる交流場所を作ること。
- (2) 脳卒中患者の多様性にあわせ、急性期から回復期・維持期にわたる連携がシームレスに三重県全域にわたって対応できるようにすること。
- (3) 脳神経外科・神経内科・リハビリテーション科などの脳卒中に関する専門医だけでなく、ひろく脳卒中患者を診療される勤務医や開業医を含めて連携できること。
- (4) 脳卒中患者の医療においては、医師だけでなく、看護師やリハスタッフ、ソーシャルワーカーなど、脳卒中患者とその家族・介護者が抱える多様な問題に対応できるように、多職種で意見交流ができるようにすること。
- (5) 一次予防から始まり、急性期対応、急性期・回復期リハビリテーションを経てさらに二次予防へと脳卒中医療はシームレスに循環していくわけであるが、障害が残り、病前と同様の生活が困難となる例は少なくない。障害を負った場合には、医療だけでは、生活機能の再建は不可能であり、介護保険や福祉制度などの支援



を適切に利用できるようになることが必要となる。脳卒中の医療における連携だけでなく、生活機能再建・就労支援・介護者支援などを包括的に連側的に支援できるように、医療・介護・福祉が連携できる体制作りにも寄与できるようにしていくこと。

図1. 三重脳卒中医療連携研究会構成医療機関



### 3 三重脳卒中医療連携研究会とその他の研究会・懇話会との連携

(1) 三重県全域を視野にいれた地域連携は、各地域での脳卒中医療の取り組みの上に成り立つといえる。図2に、三重脳卒中医療連携研究会と各地域での脳卒中医療研究会との関係を示す。急性期基幹病院が中心となり、各地域で急性期・回復期・維持期における医療・介護・福祉の取り組みが行われ、お互いの情報交換を図りつつ、各地域で集計されたデータを三重県全体として集約していく機能が三重脳卒中地域連携研究会の役割と考えられる。また、個々のケースの検討は、各地域で対応されることが適切と考えられる。

南勢・松阪地区では、脳卒中フォーラムが基幹となり、南勢地区訪問リハ連絡協議会や南勢地区デイケア連絡協議会、南勢地区ケースワーカー協議会などの協議会とも連携をとりながら、脳卒中患者の個々のケースの事例検討も含めて地道な運動を展開している。一例として、南勢・松阪地区での情報交換会で集約された脳卒中患者の流れについて、図3を用いて解説する。平成20年度(平成20年7月1日から平成21年6月30日までに脳卒中で入院後治療を完了した人たち)の約1年間で、松阪地区の2つの急性期計画管理病院に脳卒中で入院された患者は733名であった。平均年齢は72.1歳で、そのうち直接自宅へ退院された方は390名(53.2%)に及んだ。計画病院で死亡された方は75名(10.2%)であった。急性期治療は進んでいるが、約1割が死亡されていることは、まだ脳卒中が危険な病気であることを示している。239名がリハ病院へ転院されたが、そのうち死亡例10名、再発・心不全の悪化などで病状が悪化し急性期病院へ転院された方が36名、在宅での生活が困難と判断され療養型病院などへ転院された方が36名であった。最終的な自宅退院率は、74.6%で、死亡者を除くと84.4%に達した。松阪地域にお

ける自宅退院率は、全国的に見ても比較的高い水準にあると思われる。しかし、自宅退院率を維持するためには、高齢者人口の増加や核家族化が進んでいる現状から、介護力の低下をカバーする地域社会の支援が強化されていく必要がある。

同様に、四日市地域でも開業医の先生を中心に医療・介護・福祉の連携が強化され、さらに回復期リハビリテーション病院を中心とした脳卒中医療連携も進んでいる。桑名市や津市などでも急性期・回復期病院と開業医との間の脳卒中医療連携協議会が設立されている。このような各地域での取り組みの経験を集約し、三重県全体で共有できるようにしていくことが、三重脳卒中医療連携研究会の一つの取り組み法である。

図2. 三重県における脳卒中医療連携のアウトライン

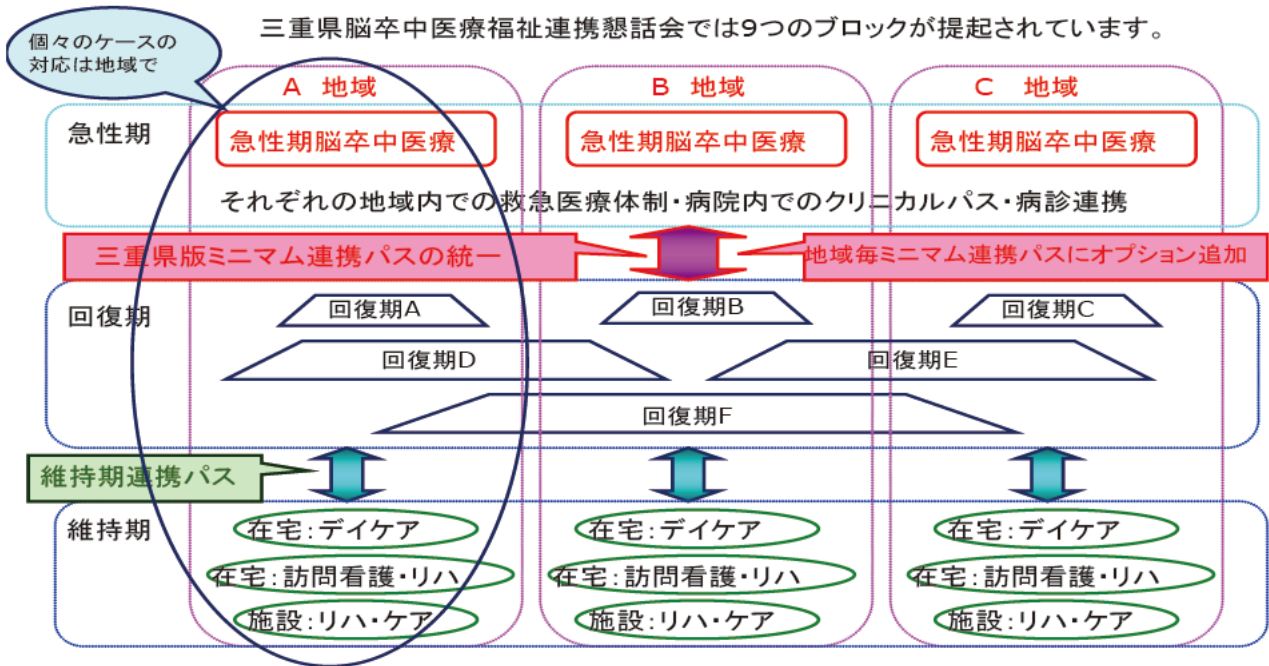
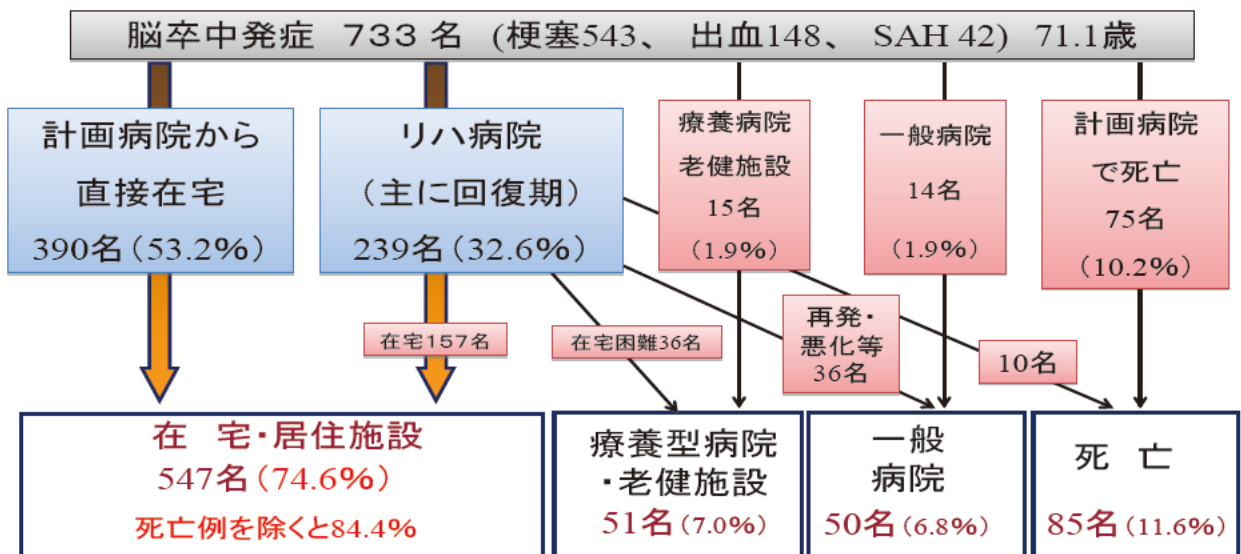


図3 平成20年度松阪市急性期 2計画病院での脳卒中患者の流れ



(2) 脳卒中地域医療連携計画書の統一化と数値情報の共有化、三重県合同情報交換会について。

急性期の取り組みや地域における介護・福祉の対応は、患者の生活場所において実施されることが基本である。しかし、回復期のリハビリテーションは、その専門性の故に各地域だけで対応できる状況ではなく、図 2 に示すように複数の地域にまたがるリハ専門病院が少なくない。そのため、地域医療連携計画書を統一化し、三重県下全域を共有できる合同情報交換会を年 3 回開催する必要性が生じた。これらの問題を解決するため、冊子の発行、三重県統一版脳卒中医療連携計画書の作成、講演会後の合同情報交換会の開催を決定し、平成 20 年 4 月からその運用を開始した。

(3) 三重県脳卒中医療福祉連携懇話会と連携

時をほぼ同じくして、三重県の保健医療計画をすすめていくために、三重県脳卒中医療福祉連携懇話会が設立された。三重県脳卒中医療連携研究会からも多くの先生が委員として参加され、三重県全体の脳卒中医療・介護・福祉の連携がスムーズに進められるように意見交流がなされている。

#### 4 これまでの課題と今後の展望

##### (1) 課題

理想としては、脳卒中患者情報のデータベース化を進め、必要な情報を急性期から回復期・維持期にわたって共有できるようになることである。しかし、データベースとして期待されるアウトカムの設定がまだ正式に決定されていない。三重県における脳卒中对策事業で現在まで決まっているアウトカムは、脳卒中での死亡率だけである。できれば、地域連携に関与する病院でのそれぞれの患者数、自宅（居宅）退院率、退院時の ADL 能力などは、アウトカムとして採用できるようになればと考える。また、入力する情報の評価基準の統一化や評価項目の選定が今後の課題と考えられる。

##### (2) 今後の展望

データベース化における課題は、入力作業や統計処理作業の煩雑さをいかに軽減できるかという点と、得られた情報を診療に役立てる内容にできるかという点である。さらに、患者の個人情報を守られることが必須条件といえる。このような課題を克服するためには、システムの IT 化が必要である。データベースとしての機能と入力・事務作業の簡略化・効率化が可能となるように、国および県からの財政的支援を受けながら三重県下の医療・介護・福祉機関の IT ネットワーク化を進めていく必要があると考える。

#### 5 終わりに

三重県における脳卒中地域医療連携の取り組みは、まだ始まったところである。継続こそが、各地域での医療連携や介護・福祉との連携強化がすすむ鍵と考える。一人ひとりの脳卒中患者が最適な医療・介護・福祉サービスを受けられるように、多くの人の知恵と熱意が集約されることを願う次第である。