

2

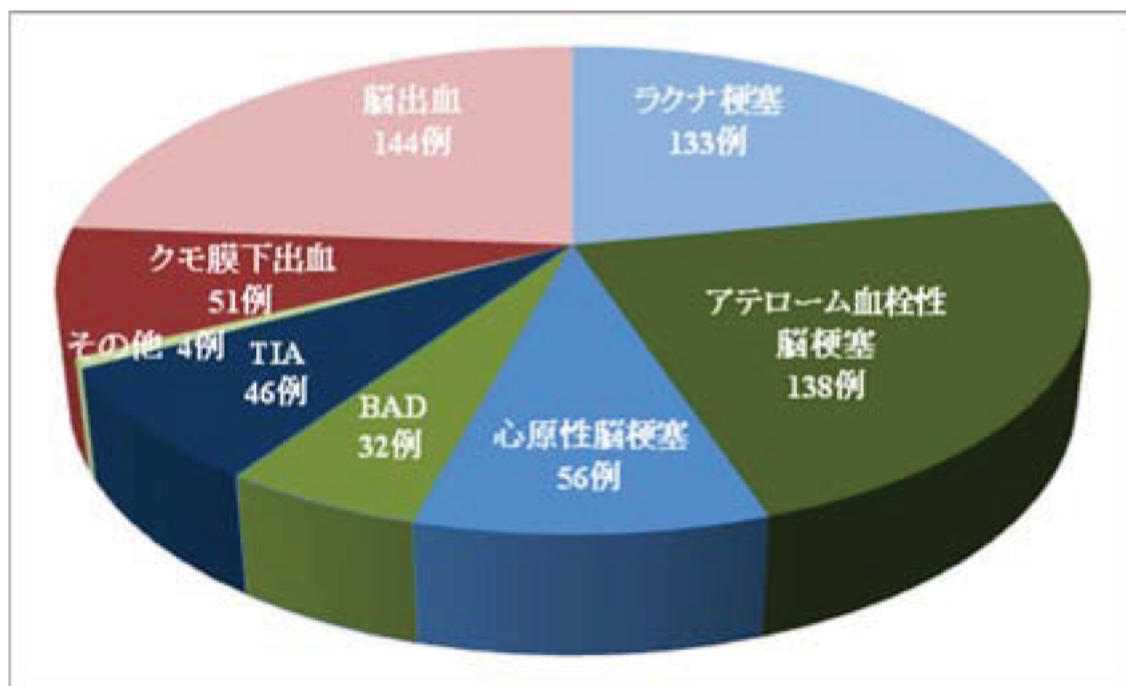
「脳卒中クリティカルパスの運用状況 ～計画管理病院の立場から～」

市立四日市病院神経内科・リハビリテーション科
家田俊明

1 はじめに

四日市市は人口 303,845 人（2009 年 10 月 1 日現在）の特例都市で、三重県北勢に位置し、市内には、約 500 床規模の神経内科・脳外科を有する総合病院を 2 つ有する。市立四日市病院は当市のほぼ中央に位置し、一般病床 566 床、感染症病床 2 床を持つ北勢地域の中核病院である。2003 年 1 月には救急医療設備を充実させた救急棟（通称：ER Yokkaichi）が稼働し、脳卒中の急性期医療など救命救急医療を担っている。当院での 2008 年における脳卒中の診療実績を図 1 に示した。

図 1 2008 年 脳卒中入院統計（2008 年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日まで）



2 問題意識

(1) 脳卒中の地域完結型医療における急性期病院の役割は何か？

脳卒中の初期治療において最も重要な問題は、いかに早く診断し、治療に持ち込むかという点につきる。初期治療の遅れは、病態の重症化に直結し、単に脳卒中の総治療期間を長くするばかりではなく、合併症を引き起こしたり、潜在的な病変の悪化を招いたりする。

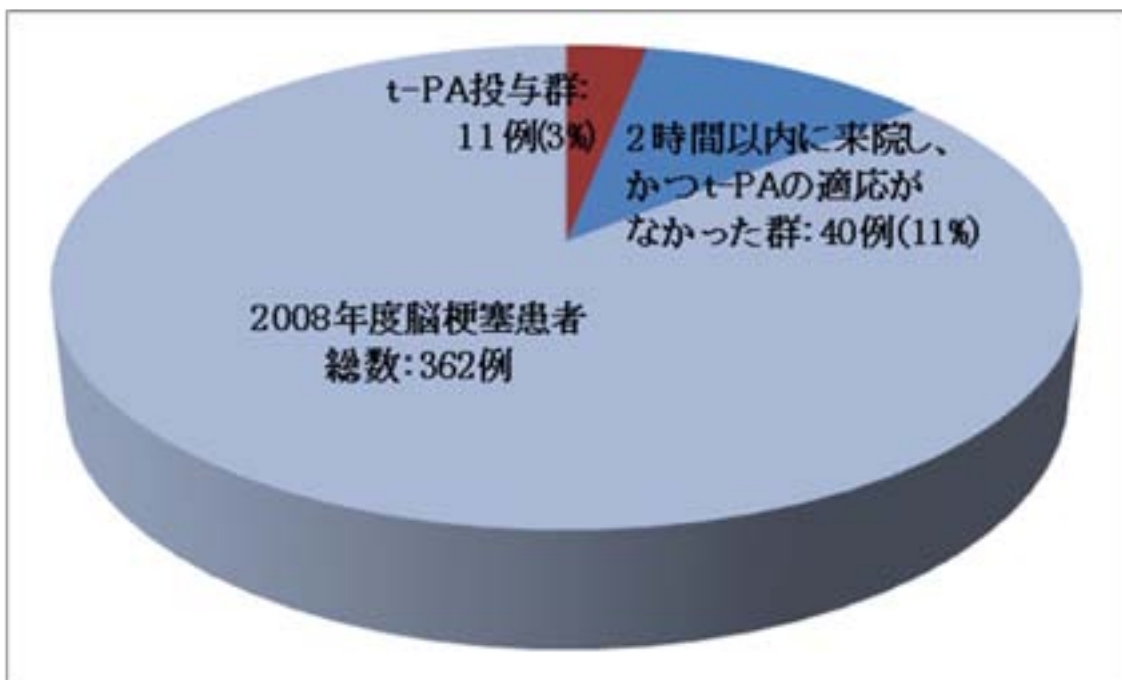
現実的な問題として、これらは医療費の増大に帰結し、患者の負担が増すばかりでなく、保険組合や地方公共団体、国の負担も増えることになる。American Heart Association の脳卒中キャンペーンでは “Time is brain” という標語が用いられ

ているが、現実には、文字通り “Time is money” である。

これまで、われわれは脳卒中の急性期医療において、救急体制の充実、24 時間対応可能な MR 撮影の確立、院内クリニカルパスの採用、t-PA の実施などで可能な限り、超急性期医療における時間の短縮を図ってきたが、実際に脳卒中の救急医療を検討してみると、超急性期医療を妨げる最大の要因は「発症－来院時間」であることが明らかになった（図 2）。

したがって、これからの脳卒中診療は、座して救急車の来院を待つばかりではなく、市民に対する啓蒙、かかりつけ医との連携、救急隊からの情報伝達など、pre-hospital の実態にもかかわっていかなければならない。

図 2 当院における脳梗塞患者の来院時間と t-PA の適応
(2008 年 4 月 1 日から 2009 年 3 月 31 日まで)



(2) 脳卒中診療において限られた医療資源を有効に活用するためにはどのようにしたらよいか？

現在われわれの直面している問題点は常時満床という現実である。看護部の努力により、なんとか救急患者の病床を確保しているが、それでも救急隊の要請を断らざるを得ない日があることは否めない。

脳卒中患者が急性期病院に長期間在院する原因としては、前述のように、脳卒中そのものの重症化や肺炎・消化管出血などの合併症の存在など、急性期脳卒中に内在する問題点が大多数だが、急性期医療としては問題なく終了し、回復期医療に以降できると思われても転院できないケースがある。

その原因としては、ただ単に回復期施設が満床であるという場合もあるが、その他にも人工透析や重症心不全など患者自身が持つ基礎疾患が無視できないことが多い。

また、最近では認知症や老年症候群などのため回復期リハビリテーションの適応がないとされ、転院できない症例も増えてきている。さらに、経済的あるいは社会的な要因により、転院を断られるケースもある。

この地区では四日市菰野地区リハビリテーション・ネットワーク（後述）の設立をきっかけに、医療情報に関してはこれまでも円滑な情報交換が行われていたが、地域連携クリティカルパスの運用にあたってこれまで以上に情報交換の場が増え、緊密な連携がなされるようになってきた。また、四日市市脳卒中在宅療養推進部会、四日市医師会の在宅療養推進委員会や在宅介護支援センターとも協力し、回復期施設から在宅療養への移行を図り、リハビリテーション施設での効率的な病床の運用を目指している。しかし、回復期リハビリテーションの適応がないとされるケースでは、そのまま急性期病院から在宅療養へ移行することは事実上不可能であり、今後の課題である。また、経済的あるいは社会的な要因により、転院を断られるケースでは個別にソーシャルワーカーが努力に努力を重ね、行政にも働き掛けて解決をしている場合が多く、社会問題のしわ寄せが急性期病院に及んでいる。

（3）脳卒中患者やその家族にとって幸せとは何か？どのような医療が望ましいのか？

家族や隣人、友人に恵まれ、かかりつけ医やケアマネージャを中心とした医療や介護の支援を受けることができれば、麻痺や失語があったとしても在宅療養は「住み慣れた環境」という点で病院での生活よりも充実したものになるだろう。そのためにも、積極的な急性期、回復期の治療を行い、早期に在宅療養に復帰し、維持期に移行できることが望ましい。

四日市医師会では前述のように在宅療養推進委員会が在宅医療に特化した勉強会や講習会を開いている。また、介護の分野でも地域包括支援センターが中心となって研修などを通して介護のレベル向上を図っている。

しかしながら、一人暮らしの老人や老老介護の夫婦の場合も発症直前の在宅療養の形が望ましいかという点、必ずしもそうは言えない。「住み慣れた環境」といってもそれは不自由なく生活できていたという前提があつてのもので、身体的、知的あるいは精神的に機能の低下が進んでくると、その時点でもはや「住み慣れた環境」とは言えなくなってくるのではないか。たとえば、それほど認知機能の低下が目立たなくても独居老人に「幻の同居人」（Rowan, 1984）が生まれてくるように、そのような環境は好ましいものとは思われない。

認知症の老人にグループホームへの入所を勧めるように、脳卒中後遺症の老人にもグループホームのような施設への入所がもっと積極的に進められるようにはならないものだろうか。もっとも、現状のグループホームでは人員的な限界から介助の必要な脳卒中後遺症の老人の場合には入所が困難と考えられるので、介護スタッフの充実や看護師やかかりつけ医の介入など医療スタッフの協力も必要となろう。

(4) 脳卒中診療にあたる医療従事者にとって、充実感、達成感はあるのか？

かつての病院完結型脳卒中診療においては、入院から退院までの間に発症から自宅復帰までの一連の脳卒中診療の過程に一定のリハビリテーション、看護、ソーシャルワーカーなどのスタッフが一貫して関わることができ、患者は病気を受容するに当たってたどる、否認、怒り、取引き、抑うつ、受容といった心の軌跡をスタッフも共有し、抑うつから受容にかけて患者のQOLが向上し、その変化を見守ることによって職業的な達成感を得るばかりでなく、一人の人間としても充実感を実感することができた。

地域完結型医療は医療効率の側面から考えると確かにすぐれたスキームであると言えるが、急性期を担当するスタッフの立場から考えると、急性期は病態の発症初期の部分的な過程にすぎないばかりか、患者が病気を受容する一連の過程のうち、ごく初期の段階を患者と共有するにすぎない。しかも急性期は、否認とか怒りといった患者の心理としては negative な時期を担当することになり、達成感や充実感を感じる機会は少ない。しかも、日々入院してくる急性期患者の診療に従事する必要に迫られ、たった1~2週間で患者との間に心の軌跡を共有する人間関係を築くことは困難であることが多い。

その一方で、地域完結型医療において急性期病院は計画管理病院として個々の患者における脳卒中診療のグランドデザインを描かなければならない。特に脳卒中急性期診療の最前線を担っている卒後3年から5年の後期研修の若手医師にとっては回復期以降の病態に直接触れる機会は少なく、まして維持期の在宅療養は未知の領域であると言っても過言ではない。

急性期医療スタッフも、医療連携を通して回復期リハビリテーション施設や維持期かかりつけ医との意思の疎通をはかると同時に、実際に回復期病院でリハビリテーションを行い回復の過程にある患者との交流を行わなければならない。四日市菰野地区リハビリテーション・ネットワークのリハビリテーション部会では同一職種の横のつながりが強化されつつあり、2009年からは同ネットワークに看護部会も誕生し、連携を構築しつつある。また、疾患別の対応としては、大腿骨頸部骨折部会、脳卒中部会が組織され、地域連携診療計画の枠組みの中で情報交換が行われている。

3 取組内容

(1) 医師会との連携、市民公開講座の開催

市立四日市病院は四日市医師会とも連携し、2001年から「四日市脳卒中病診連携懇話会」、「四日市脳梗塞二次予防カンファレンス」などを定期的で開催し、開業医と勤務医が脳卒中に関する最新の知識をともに学んだり、実際の経験を議論したりする場を提供してきた。当初は、かかりつけ医に情報を提供することが目的であったが、このような機会を通して開業医と勤務医とが顔見知りとなり、緊密な情報交換を行うことが容易になったことは大きい。

さらに、一般市民向けには、脳梗塞市民公開講座を年一回開催し、脳卒中に対する

基本的な対応方法を啓蒙してきた。この市民公開講座には毎年 200～300 人の市民が参加し、脳卒中の知識の普及に貢献しているものと思われる。また、新聞の北勢版でも取り上げられ、毎年開催される季節になると市民からの問い合わせも多い。

(2) 四日市菰野地区リハビリテーション・ネットワークの設立

増え続ける脳梗塞患者に対応して、地域の医療資源の適正な役割分担を円滑に行うために、四日市市では隣接する三重郡菰野町の医療機関とも連携し、急性期を担当する医療機関として県立総合医療センターと市立四日市病院、回復期を担当する医療機関として小山田温泉記念病院、菰野厚生病院、主体会病院、富田浜病院、みたき総合病院、四日市社会保険病院、ヨナハ総合病院が一堂に会し、2003 年 10 月 21 日に四日市菰野地区リハビリテーション・ネットワーク設立準備会を開催し、2004 年 1 月 27 日に第 1 回四日市菰野地区リハビリテーション・ネットワーク理事会が開かれた。さらにその下部組織として、ソーシャルワーカー部会、リハビリテーション部会、看護部会の職種別部会と大腿骨頸部骨折部会、脳卒中部会が組織された。以降、この理事会が定期的に行われ、各部会も適宜開催され、四日市菰野地区リハビリテーション・ネットワークはこの地区における医療連携の要として活動してきた。

図3にこれまで、当院が築いてきた医療連携のネットワークを図式化した。

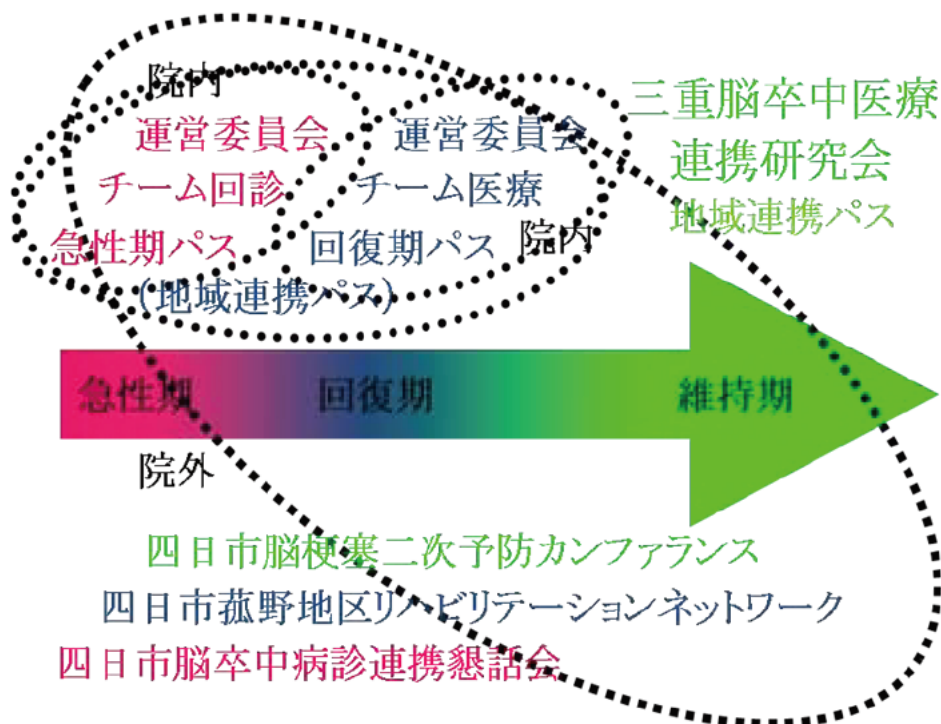


図3 四日市菰野地区における医療連携のネットワーク

表1 計画管理病院での患者数報告
(2008年7月1日から2009年6月30日まで)

(1) 計画管理病院名: 市立四日市病院	
(2) 脳卒中で入院した患者のうち、地域連携診療計画管理料を算定した患者数: 16名	
(3) 脳卒中で入院した患者のうち、地域連携診療計画管理料を算定しなかった患者数: 213名	
(4) (2)の患者に係る自院における平均在院日数: 20日	
(5) (3)の患者に係る自院における平均在院日数: 35日	
(6) (2)の患者の平均総治療期間(実績): 100日	
(7) (3)の患者の平均総治療期間(実績): 129日	
(8) (2)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数 (連携する保険医療機関における治療を終えた患者を含む):	13名
(9) (3)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数 (連携する保険医療機関における治療を終えた患者を含む):	86名
(10) (2)の患者のうち、連携する保険医療機関に転院した患者数:	16名
(11) (3)の患者のうち、連携する保険医療機関に転院した患者数:	71名

(3) 脳卒中地域連携パスの運用

2008年度から「厚生労働省における医療の効率的な提供の推進に関する施策」に、地域における各医療機関の役割の明瞭化、連携の強化に関する医療計画が開始され、その方策の一つとして保険診療上、地域連携診療計画管理料を算定されるようになり、それに伴って地域連携クリティカルパスが運用されるにいたった。

すでに、大腿骨頸部骨折では地域連携クリティカルパスが運用され、四日市菰野地区リハビリテーション・ネットワークでは大腿骨頸部骨折部会が活動を開始していたが、脳卒中においても地域連携クリティカルパスの作成や運用にあたっては、これまでに培ってきたノウハウが生かされている。なお、当院の計画管理病院としての統計は表1のとおりである。

(4) 三重県脳卒中医療連携研究会への参加

前期の地域連携クリティカルパスの作成に当たって、三重県の脳卒中を担当する施設の代表が集まり、三重県脳卒中医療連携研究会が組織された。当院も三重県脳卒中医療連携研究会に参加し、三重県統一版地域連携クリティカルパスの作成にあたっては四日市菰野地区リハビリテーション・ネットワークを代表して参加し、協力することができた。また、同研究会の作成した患者説明用のパンフレット「脳卒中といわれた方のために」は三重県統一版地域連携クリティカルパス運用の基本的ツールとして当院でも活用し、毎週木曜日に行われる患者説明会でもテキストとした使用している。

4 課題・提言

(1) 脳卒中の地域完結型医療における急性期病院の役割は何か？

超急性期の脳卒中診療を迅速に進めるために、市民に対する啓蒙、かかりつけ医と

の連携、救急隊からの情報伝達などにも重点を置き、特に救急隊との連携においては今後も協議を重ね prehospital stroke life support の確立を目指していく。

(2) 脳卒中診療において限られた医療資源を有効に活用するためにはどのようにしたらよいか？

患者の状態を的確に回復期病院に伝えるとともに、各回復期医療機関の医療資源を把握し、適切な判断が行われるようなデータベースの構築をはかる。

(3) 脳卒中患者やその家族にとって幸せとは何か？どのような医療が望ましいのか？

在宅療養を推進するとともに、在宅療養の困難なケースの受け入れ先を開拓するとともに維持期の脳卒中二次予防にもかかりつけ医との連携を通して積極的に協力する。

(4) 脳卒中診療にあたる医療従事者にとって、充実感、達成感はあるのか？

急性期医療スタッフも、回復の過程にある患者との交流を図る機会をもち、急性期医療が患者の QOL 向上に役立っている状況を確認できる場を作る。