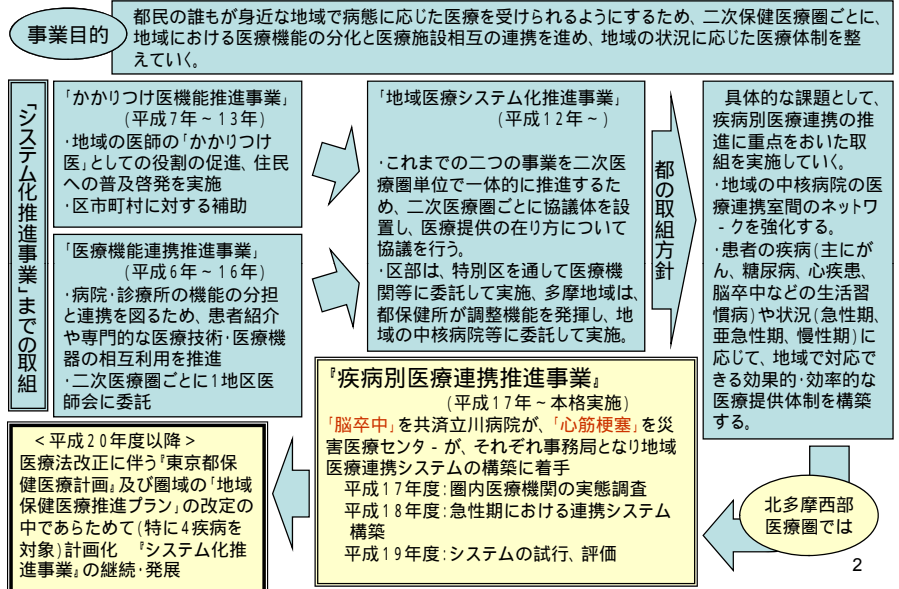


東京都北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進事業」

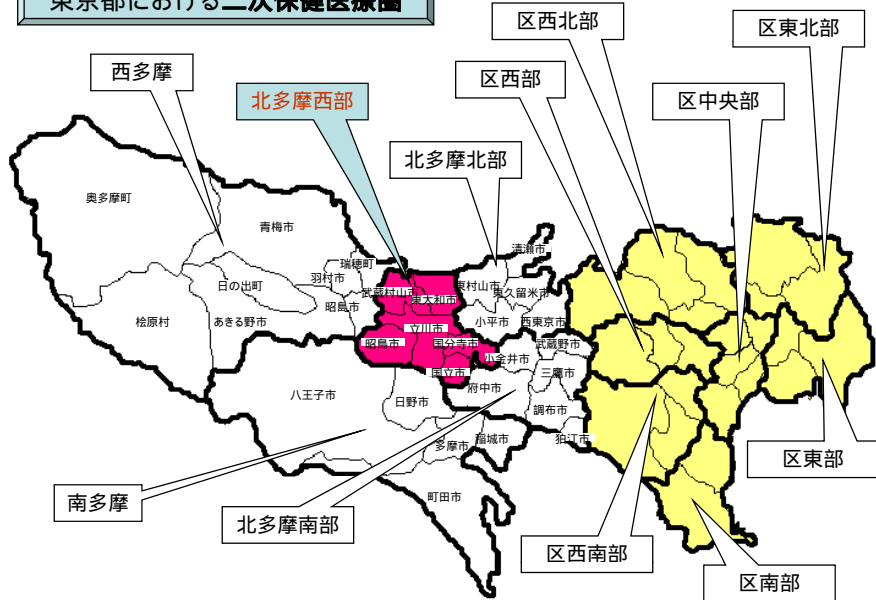
「地域における医療連携推進のために  
保健所が果たしてきた役割」

東京都多摩立川保健所  
赤穂保

東京都及び北多摩西部圏域における地域医療システム化推進事業の経緯



東京都における二次保健医療圏



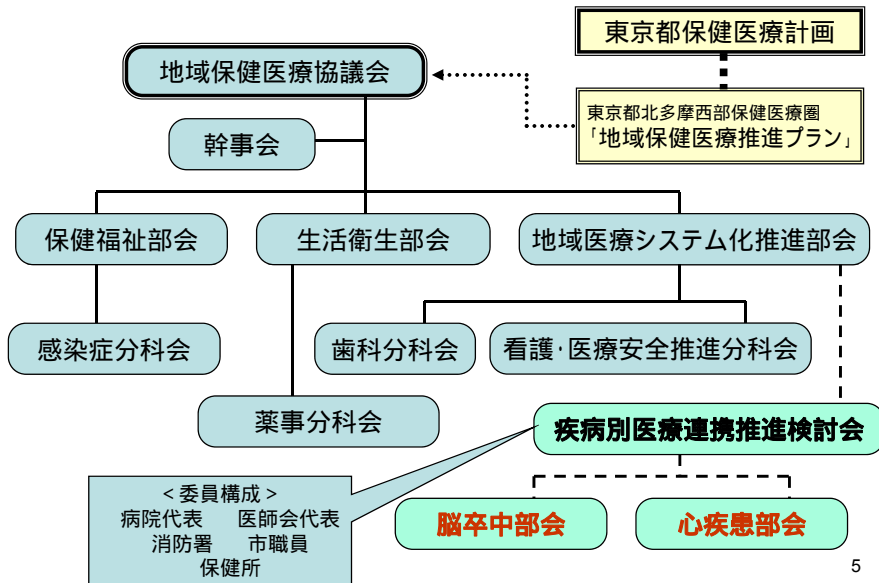
東京都多摩立川保健所管内(北多摩西部保健医療圏)の概況

多摩立川保健所は、地域保健法に基づく2度の再編整備により、平成16年4月より**立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市の6市**を管轄することになった東京都保健所の一つである。

管内(北多摩西部保健医療圏) **人口は約62万5千人、面積は約90平方キロ**の広域にわたる。多摩地域の中央やや北部に位置し、南の多摩川から狭山丘陵に連なる武蔵野台地に広がる地域である。多摩川河岸や玉川上水、国分寺崖線等貴重な自然を残す一方、多摩地域の交通の要衝であり、業務・商業の中核都市として発展している立川を有する。他の区域はベッドタウンとしての色彩が濃い、大学や研究機関も数多く立地しており、全体として多機能かつ個性的な文教・住宅都市を形成している。

管内の医療機関は、**一般病院24、診療所481、救急医療機関は15**である。このうち日本脳卒中学会rt-PA静注療法施設基準を充たす病院は、3病院(A:2次救急、274床、神経内科医1名、脳神経外科医4名、B:3次救急、455床、神経内科医4名、脳神経外科医10名、C:2次救急、466床、神経内科医2名、脳神経外科医2名)である。

## '地域保健医療推進プラン'の策定、推進、評価のための会議体系



5

## 北多摩西部保健医療圏における疾病別医療連携推進事業の概要

### 事業目的

- 1 北多摩西部保健医療圏(以下「圏域」という)の医療機関が、圏域内の課題となる疾病について共通認識を深める。
- 2 対象疾病について医療連携を促進することにより、圏域内の課題解決に取り組む。
- 3 圏域内の対象疾病の悪化の予防、死亡率の減少を図る。

### 取組の方向

#### <事業の内容>

- 1 圏域内の医療状況・連携状況等の把握(病院等調査)
- 2 疾病別・状況別に適時・適切な連携ができるようガイドラインを作成、活用
- 3 医療従事者研修会、事例検討会
- 4 住民への普及啓発

#### <事業の進め方>

- 1 検討会を設置し、事業内容の共有・調査票の作成・ガイドラインの作成を協議する。
- 2 事務局病院を中心とする疾病別の部会を設置し、調査項目の検討・調査の実施・調査結果の解析・ガイドラインの検討、および医療従事者向け研修等を実施する。
- 3 都民医療学習セミナーやホームページ、広報誌等を活用し、住民への普及啓発を実施する。

### 事務局病院の主な役割

- \* 検討会・部会の運営
- \* 会議資料作成
- \* 病院調査の実施・集計解析
- \* 病院調査票、ガイドライン等の印刷
- \* 研修会、事例検討会の開催
- \* 予算執行

## 疾病別医療連携推進事業における都保健所の役割

- 1 地域保健医療協議会 地域医療システム化推進部会における進行管理
- 2 事務局病院への委託、事務調整
  - ・ 圏域内中核病院への依頼
  - ・ スケジュール管理・内容調整
- 3 基礎資料の提供
- 4 関係機関・団体等との調整
- 5 市民への普及啓発(各市と連携)

7

## 対象とする疾病について

### 1 圏域における死亡状況(H15)

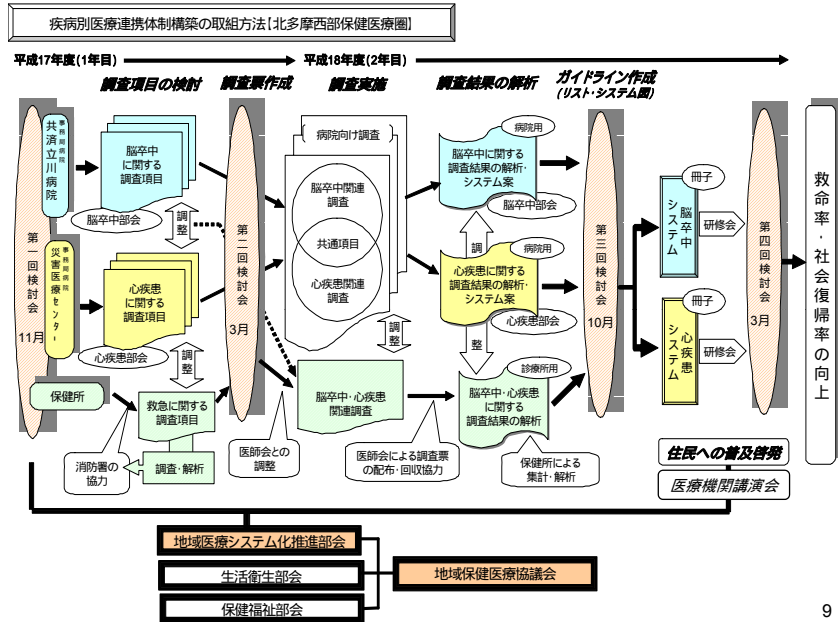
年齢調整死亡率	心疾患(男・女)	脳血管疾患(男・女)	肺がん(男)
死因別死亡数	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
主要疾病別死亡数	急性心筋梗塞	脳梗塞	胃がん

### 2 対象疾病について 同じ動脈硬化を基盤とする2疾病を対象とする

	疾病	圏域の状況	圏域でのシステム化により期待できる効果	備考
1	心疾患 (心筋梗塞)	・圏域内年齢調整死亡率第1位(都死亡率より高い) ・主要疾病別死亡数第1位 ・日本人死因の第2位 ・発症時の対応により救命率の差が大きい	・急性期の対応をシステム化することにより救命率上昇(死亡率の低下)	事業効果の評価がしやすい
2	脳血管疾患 (脳卒中)	・圏域内年齢調整死亡率第2位(都死亡率より低い) ・日本人死因の第3位 ・主要疾病別死亡数第2位 ・介護が必要となる疾患の第1位 ・発症時の対応により救命率・後遺症の差が大きい	・急性期の対応をシステム化することにより救命率上昇(死亡率低下)、 ・機能予後の軽減が期待できる ・慢性期までの一環した療養支援が推進できる	在宅ケアシステムを含めた検討が必要

8

# 医療機関調査



## < 調査目的 >

北多摩西部保健医療圏を中心に一部周辺診療圏を含め、同じ動脈硬化を基盤とする虚血性心疾患と脳卒中を対象に、特に生命予後と将来のQOLに大きく影響する急性期を中心とする医療連携のあり方を検討するため、地域の医療機関状況を把握し、連携をより実践的な強固なものとするための基礎資料とする。

## < 調査対象 >

圏域内	病院	24施設
	10床以上診療所	12施設
	10床未満診療所	422施設
圏域外	病院	7施設
合計		465施設

## < 調査内容 >

- ・外来・入院診療体制
- ・救急搬送・転送先
- ・救急対応状況
- ・連携窓口
- ・その他

## < 調査期間 >

平成18年3月から5月

## < 調査方法 >

記名式アンケート調査。診療所は医師会を通じて配布、回収（医師会未加入診療所及び国立市の診療所郵送）。圏域内病院及び有床診療所は郵送。圏域外病院は調査票を持参し依頼、郵送にて回収。

10

## アンケート結果から考えられること(脳卒中)

- \* 365日24時間常時 救急対応可能な十分な人員の脳卒中専門医を有す病院は少ない。
- \* 24時間救急対応可能といっても1人～少人数で無理をしている病院が多い。
- \* かかりつけ医が搬送先を救急隊員に探してもらう場合が4～6割である。
- \* 救急要請は患者側がする 경우가4割で最多。しかし、かかりつけ医がまず診察することも3割ある。

**緊急対応可能病院が少ない**

**かかりつけ医から速やかに救急病院につながることも少ない。**

11

## ガイドラインの主な内容 (項目の柱)

1. ガイドラインの目的
2. 救急医療の流れ(急性心筋梗塞、急性期脳卒中)
3. 市民向け啓発活動
4. かかりつけ医と専門病院との連携
5. かかりつけ医が果たすべき役割
6. 救急搬送の手順

(全19ページ)

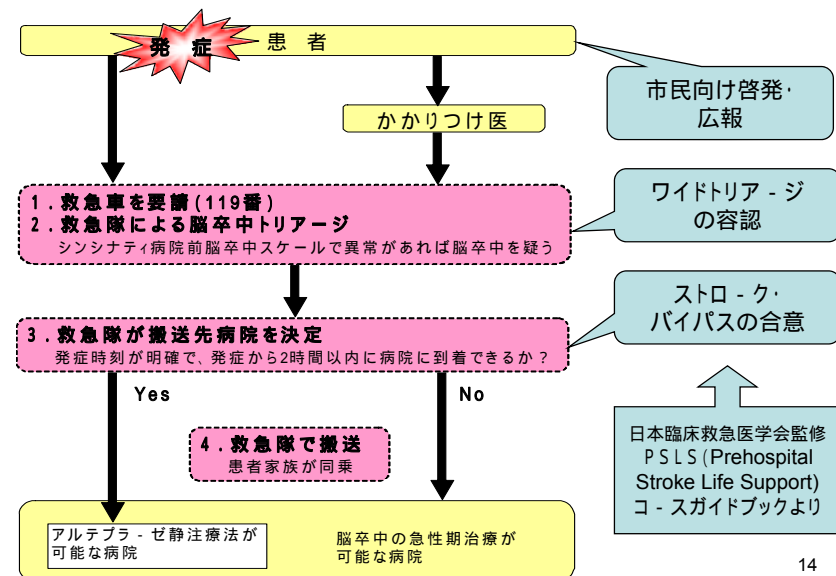
12

## 脳卒中救急医療の流れ(ガイドラインより)

1. 脳卒中を疑う症状に遭遇した場合は、市民自らあるいはその家族が早期に救急要請を行う。
2. かかりつけ医は、脳卒中を疑わせる症状の患者や家族から、電話連絡あるいは受診希望の連絡を受けた場合、救急要請をして脳卒中の救急対応病院に搬送してもらうよう指示する。
3. 救急隊が、患者の脳卒中トリアージを行い、搬送先病院を決定し、救急搬送する。
4. 急性期脳卒中病院では的確かつ迅速な診療を行う。

13

## 脳卒中救急医療の流れ図(ガイドラインより)

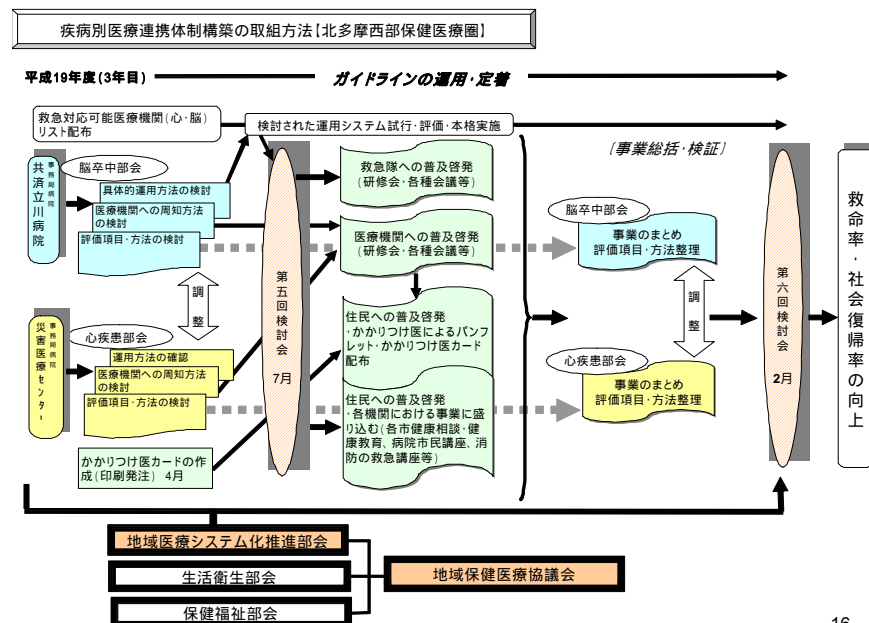


14

## シンシナティ病院前脳卒中スケール (ガイドラインに掲載)

テスト		判定			
顔面	歯をみせてください。笑ってください。	正常	顔面の動きが左右対称	異常	顔面の動きが左右対称でない。
上肢	両目を閉じて、両腕を真っ直ぐ前に10秒間保持してください。	正常	上肢の動きに左右さもなく、または、両上肢とも全く動かない。	異常	上肢の動きに左右差がある。
発語	「生き字引とは物知りの方のことで」と言ってください。	正常	正しい言葉で、流暢にはなす。	異常	流暢でない、又は、言葉を間違える。または、話せない。

15



16

# 市民対象講演会 (H19.2.3)

<テーマ>

## 「あなたの気づきがあなたを救う」

<内容・講師>

「こんな症状がでたら脳卒中を考える」

篠原幸人 (国家公務員共済組合連合会立川病院院長)

「急性心筋梗塞 ふだんの予防と緊急時の対応」

佐藤康弘 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター循環器科医長)

参加者 204名

## あなたの気づきがあなたを救う

- 心筋梗塞・脳卒中編 -

**発症** こんな症状が突然始まったら

早期受診・早期治療

このように状態が15分以上持続  
心筋梗塞が疑われます

激しい胸の痛み  
呼吸が苦しい  
冷や汗

急に半身の力が入らなくなった  
たり、しびれた  
笑った時、顔の片方が垂れ下がるようになった  
急に言葉が不明瞭になった  
急にわけのわからないことを言い出した  
今まで経験したことのないような激しい頭痛が突然起きた

上記の症状がひとつでもあれば  
脳卒中が疑われます

時間との戦い!!!  
119番

発症時の適切な対応で  
救命率向上!!!  
脳梗塞では後遺症を軽減!!!

このような症状に気づいたら  
すぐに  
緊急対応可能な  
専門医療機関  
で  
治療を受けることが大切です。

北多摩西部保健医療圏疾病別医療連携推進検討会

普及啓発用リーフレット(表)

救急車を要請する際は... 119番



「保険証」「お薬手帳」を準備しておきましょう



救急車が到着するまでにメモしておきましょう。



何時何分頃から異常が始まりましたか (昨日・今日)の(午前・午後) 時 分  
時刻ははっきりわからない

異常が始まった時刻がはっきりわからない場合は、最後に元気があったことがはっきりしている時刻はいつですか (昨日・今日)の(午前・午後) 時 分  
時刻ははっきりしない

治療中の病気は  
脳卒中・てんかん・高血圧・糖尿病・腎臓病・肝臓病  
狭心症・心筋梗塞・不整脈・心房細動  
その他の病名( )

飲んでいる薬の名前は ( )

治療を受けている診療所や病院の名前及び診察券番号

\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

緊急時の連絡先

氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_  
電話番号: (自宅) \_\_\_\_\_  
(勤務先) \_\_\_\_\_  
(携帯) \_\_\_\_\_

1. 消防です。火事ですか、救急ですか。「救急です。」
2. 何市、何町、何丁目、何番、何号ですか。「\_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_町 \_\_\_\_\_丁目 \_\_\_\_\_番」  
マンション名は \_\_\_\_\_の \_\_\_\_\_号室です。  
周辺の目標物は \_\_\_\_\_です。」
3. 電話番号を教えてください。「電話番号は ( ) です。」
4. どうしましたか。「急病です。」  
現在の状態を簡潔に伝える。  
(裏面の発症時の疑われる症状など)

あわてるとスムーズに伝えられません。前もって書いて電話の前などに貼っておきましょう。

普及啓発用リーフレット(裏)

## かかりつけ医カード (名刺サイズ)

かかりつけ医カード(緊急受診時にご提示下さい)

名 前			
住 所	市		
性別・生年月日	男・女 ( )	年 月 日生	( )
かかりつけ医	診療所・医師 ( )	診療所 ( )	先生 ( )
電話番号	Tel. _____		
診察券番号	No. _____		
飲んでいる薬	ワーファリン・抗血小板 ( )		
治療中の病気	脳卒中・てんかん・高血圧・糖尿病・腎臓病・肝臓病・狭心症・心筋梗塞・心房細動 ( )		

北多摩西部保健医療圏(心筋梗塞・脳卒中用)

<表>

<裏>

緊急連絡先(ご家族など)

連絡先氏名	続柄 ( )
自宅電話番号	
携帯電話番号	
勤務先名称・電話番号	
その他の連絡先	

このカードをお持ちの方が貴院に緊急入院された際には、かかりつけ医にご一報ください。

# 医療機関研修会 (H19.3.8)

内容・講師：

「急性期脳卒中医療連携ガイドライン2007」  
 脳卒中部会長 太田晃一  
 (国家公務員共済組合連合会立川病院)  
 「急性心筋梗塞医療連携ガイドライン2007」  
 心疾患部会長 佐藤康弘  
 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

参加者：55名

会場：国家公務員共済組合連合会立川病院

# rt-PA静注療法カレンダー

北多摩西部保健医療圏・急性期脳梗塞「rt-PA静注療法カレンダー」平成19年11月

(1) シンシナティ病院前脳卒中スケールで異常が1つ以上あり、発症時刻が明確で、発症から24時間以内に病院に到着できる場合は、アルテプラ-ゼ静注療法が可能な病院へ搬送してください。

(2) 下記カレンダーの連絡先に、アルテプラ-ゼ静注療法適応症例を受け入れ可能かどうかを、電話でお問い合わせください。病院業務の都合によってはお引き受けできないこともあります。

病院名	国立病院機構 災害医療センター	特定医療法人財団大和会 立川病院	国家公務員共済組合連合会 立川病院	
時間帯	24時間全日	24時間全日	8:30-12:15 13:15-17:15	
救急隊からの連絡先	代表番号 042-526-5511	救急センター 042-062-1411(代)	ホットラインへ 同左	
かかりつけ医からの連絡先	代表番号 042-526-5511	救急センター042-562-1411 平日・土曜の日中は代表、17時-18時 間隔半および休日は救急センター 受付が電話に出ますので、救急センター 看護師に指示してください。看護師より 医師に連絡します。	平日は地域医療連携センター 042-524-2436 それ以外代表番号 042-523-3131	
日	曜日	=受け入れ可能	=受け入れ可能	内=神経内科受け入れ可能 外=脳神経外科受け入れ可能
1日	木			内
2日	金			外
3日	土			内
4日	日			内
5日	月			内
6日	火			内
7日	水			内
8日	木			内
9日	金			外
10日	土			内
11日	日			内
12日	月			内
13日	火			内
14日	水			内
15日	木			内
16日	金			外
17日	土			内
18日	日			内
19日	月			内
20日	火			内
21日	水			内
22日	木			内
23日	金			外
24日	土			内
25日	日			内
26日	月			内
27日	火			内
28日	水			外
29日	木			外
30日	金			外
31日	土			内

北多摩西部保健医療圏 急性心筋梗塞・急性脳卒中医療連携ガイドライン2007より抜粋

【図-表1】 シンシナティ病院前脳卒中スケール

項目	スコア	評価	備考
意識	0-2	0: 意識を失っている	0: 意識を失っている
顔面	0-2	0: 顔面が歪んでいる	0: 顔面が歪んでいる
上肢	0-5	0: 両上肢が重力に抗して10秒間保持できない	0: 両上肢が重力に抗して10秒間保持できない
下肢	0-5	0: 両下肢が重力に抗して10秒間保持できない	0: 両下肢が重力に抗して10秒間保持できない
言語	0-5	0: 言語が不明瞭である	0: 言語が不明瞭である
合計	0-15	0-4: 異常あり	0-4: 異常あり

急性期脳卒中患者の救急搬送の手順

- 迅速な搬送、まず救急活動開始に従って救急活動を開始する。
- 脳卒中が疑われる場合には、以下の事項について実施することが望ましい。
  - 「シンシナティ病院前脳卒中スケール」(図-表1)を評価する。一つでも異常がある場合、約15分の標準で脳卒中である。
  - 発症時刻を確認する。発症時刻が不明確な場合は、搬送先病院で取ったことが明らかである時刻を確認する。
  - 「脳卒中救急搬送に関する市町村パンフレット」(資料1)、「かかりつけ医カード」(資料2)に記入しておけることを確認する。
  - 搬送先病院までの標準により選択する。
    - 「シンシナティ病院前脳卒中スケール」(図-表1)で「異常」が1つ以上ある場合は、脳卒中の急性期治療が可能な病院に搬送する。
    - このうち、発症時刻が明確で、発症から2時間以内に病院に到着できる場合は、アルテプラ-ゼ静注療法が可能な病院へ搬送する。<sup>※</sup>
    - かかりつけ医からの相談が困難で、かかりつけ医が搬送先病院を指定する場合は、それを選択する。

※) 脳卒中の急性期治療が可能な病院のうち、アルテプラ-ゼ静注療法のための日本脳卒中学会施設基準(「図-表2」)を満たす病院(「図-表3」)の対応可能なカレンダーを、毎月1回(高野病院、高野総合、高野総合)発行して、搬送先病院の医師に配布するシステムを整備する予定である。

⑤ 搬送に患者の家族が同乗した場合には、搬送先病院でのインフォームド・コンセントのために、医師と家族を併せて搬送し、救急搬送を開始する。

(1) 「シンシナティ病院前脳卒中スケール」で異常が1つ以上あり、発症時刻が明確で、発症から24時間以内に病院に到着できる場合は、アルテプラ-ゼ静注療法が可能な病院へ搬送してください。

(2) 下記カレンダーの連絡先に、アルテプラ-ゼ静注療法適応症例を受け入れ可能かどうかを、電話でお問い合わせ下さい。病院業務の都合によってはお引き受けできないこともあります。

病院名	A病院	B病院	C病院	
時間帯	24時間全日	24時間全日	8:30-12:15	13:15-17:15
救急隊からの連絡先	代表番号 042-526-5511	救急センター 042-562-1411(代)	ホットラインへ	同左
かかりつけ医からの連絡先	代表番号 042-526-5511	上記代表番号 平日・土曜の日中は代表、17時-18時 間隔半および休日は救急センター 受付が電話に出ますので、救急センター 看護師に指示してください。看護師より 医師に連絡します。	平日は地域医療連携センター 042-524-2436 それ以外代表番号 042-523-3131	
日	曜日	=受け入れ可能	=受け入れ可能	内=神経内科受け入れ可能 外=脳神経外科受け入れ可能
1日	木			内
2日	金			外
3日	土			内
4日	日			内

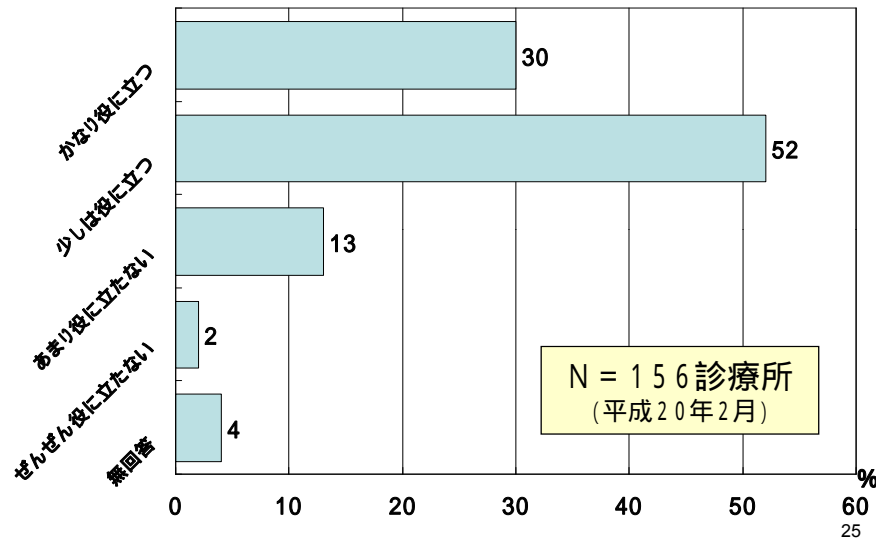
## 「疾病別医療連携推進事業」3年間の評価

平成19年3月「医療連携ガイドライン2007」作成配布  
 平成19年8月「rt-PA静注療法カレンダー」運用開始

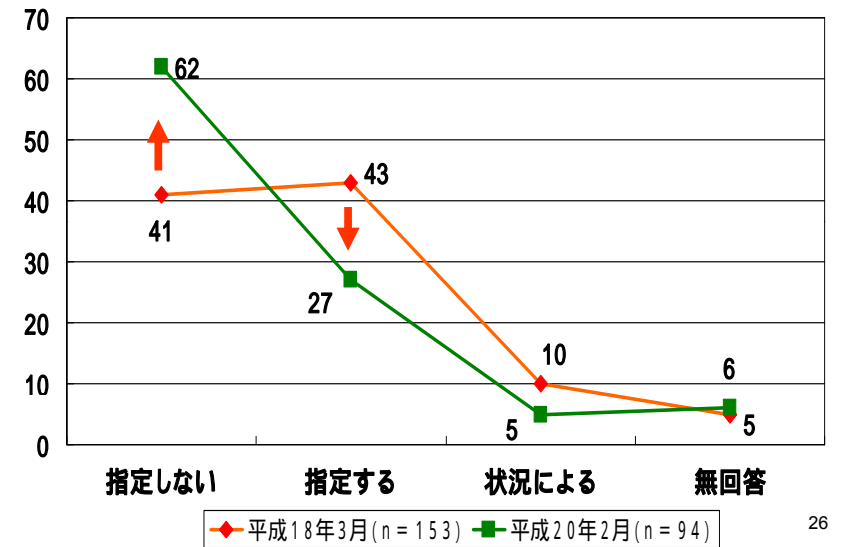
これによる成果を、脳卒中について

- 「疾病別医療連携推進のための医療機関アンケート」平成18年3月段階と平成20年2月段階の比較
- 「消防署(警防課長)へのアンケート」
- 「rt-PA静注療法実施3病院の急性脳卒中症例調査」平成19年7月と平成20年1月の各1か月間の全対象患者比較等で評価すると...

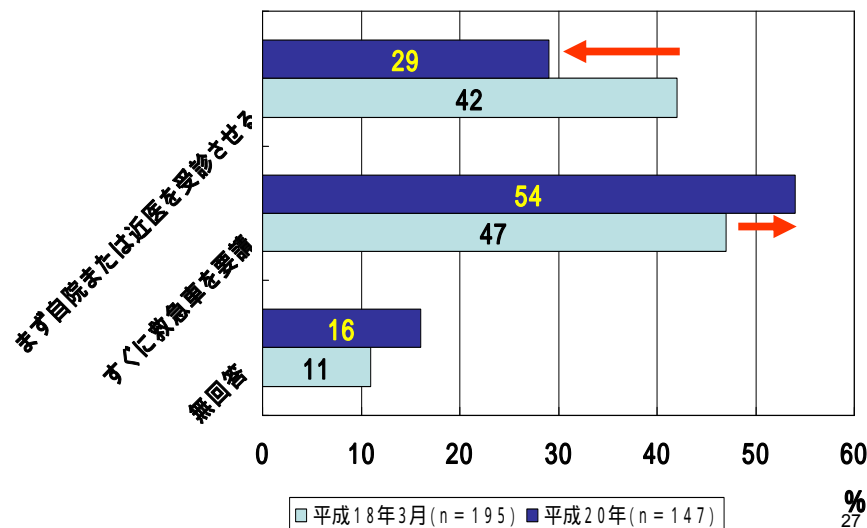
### 「かかりつけ医カ - ド」は役に立つと思いますか



### 自院で対応できない脳卒中(疑い)患者に対して救急車を要請する場合の「医療機関指定」割合 (%)



### 患者さんの状況を電話などで受けた場合の救急車要請の有無(脳卒中疑い)割合 (%)



### 管内救急隊の「rt - PA静注療法カレンダー」の利用状況

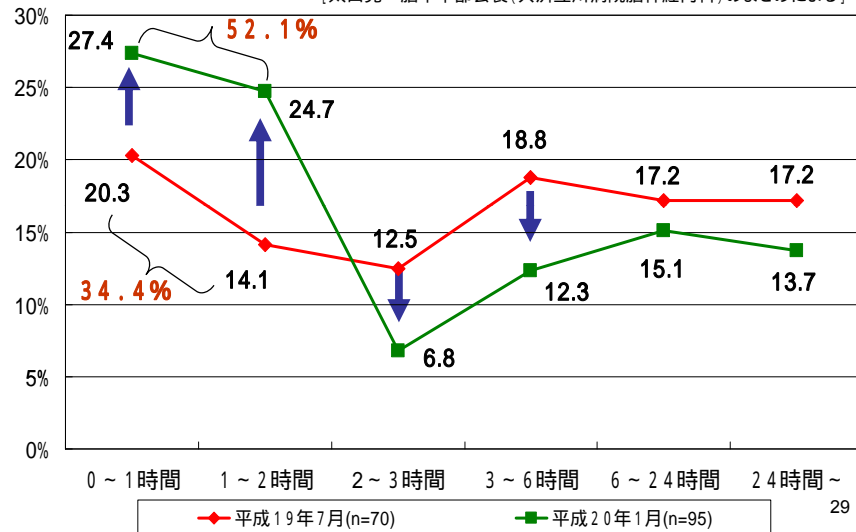
(平成20年2月調査)

消防署	A	B	C	D
救急隊員への周知	90 ~ 100%	90 ~ 100%	90 ~ 100%	90 ~ 100%
救急車への掲載	実施	実施	実施	実施
これによる救急搬送回数 (過去5か月間)	1 ~ 9回	1 ~ 9回	なし	10回以上
役に立つか	役立つ	役立つ	症例がないのでどちらともいえない	役立つ

## 脳卒中患者の発症から来院時間ごとの症例割合 (%)

(日本脳卒中学会rt-PA静注療法施設基準を充たす3病院の合計)

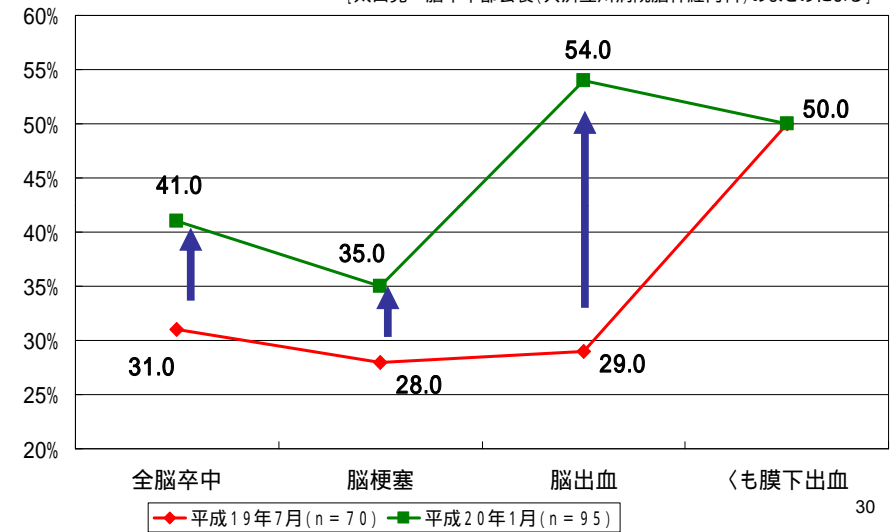
[太田晃一脳卒中中部会長(共済立川病院脳神経内科)のまとめによる]



## 脳卒中(疑い)患者で発症2時間以内に来院できた割合(%)

(日本脳卒中学会rt-PA静注療法施設基準を充たす3病院の合計)

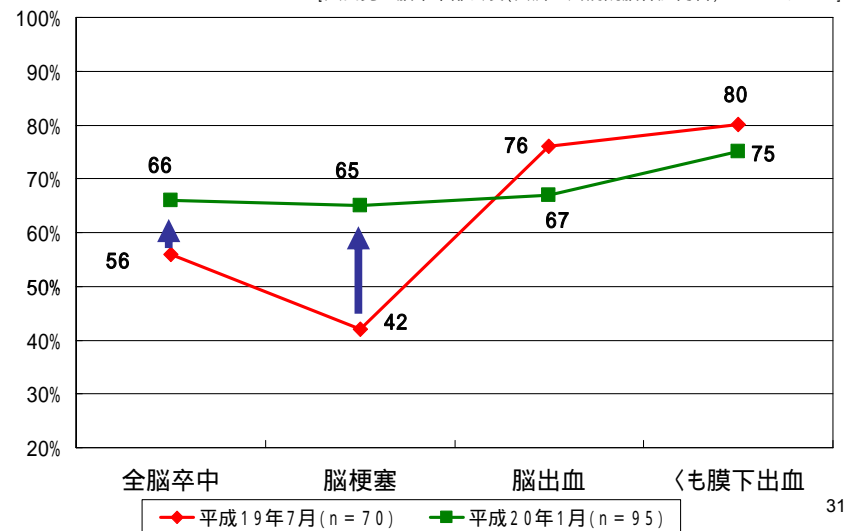
[太田晃一脳卒中中部会長(共済立川病院脳神経内科)のまとめによる]



## 脳卒中(疑い)患者で救急車で来院した割合 (%)

(日本脳卒中学会rt-PA静注療法施設基準を充たす3病院の合計)

[太田晃一脳卒中中部会長(共済立川病院脳神経内科)のまとめによる]



## 「疾病別医療連携推進事業」3か年の到達点

- 管内を中心とする医療機関の実態調査(平成18年3月)
- 急性期の「医療連携ガイドライン2007」作成(平成19年3月)
- 市民向け講演会実施(平成19年2月)
- 市民向けパンフレットの作成配布(各市の協力)
- 医師会向け研修会実施(平成19年3月)
- 「かかりつけ医カード」作成、配布(地区医師会の協力)
- システム普及ポスターの作成
- rt-PA静注療法カレンダー作成、活用開始(平成19年8月)

### 急性期システムの試行と評価(比較調査平成20年2月)

- 平成18年3月と20年2月段階の全医療機関アンケート調査比較
- 平成19年7月1か月間と20年2月1か月間の救急病院実績比較

### <システムによる具体的な効果確認>

- 速やかに救急車を要請する割合の増加傾向
- 救急時、救急隊に医療機関選定を任せる割合の増加傾向
- 救急病院に2時間以内に来院する割合の増加
- 同病院に救急車で来院する割合の増加



## 「疾病別医療連携推進事業」成功の鍵

地域における拠点病院の存在(事務局機能を担える病院等)  
 地区医師会の理解、協力(かかりつけ医カ-ドの普及等)  
 消防署(救急隊)の理解、協力(トリア-ジ、ストロ-クバイパス等)  
 管内各市の理解、協力(普及啓発等)  
 市民の理解と参加(早期の気づき、的確な救急通報等)  
 二次保健医療圏における保健所の企画調整機能の発揮

## 今後の課題

急性期システムの運用と評価、改善  
 急性期以降、回復期、維持期、在宅に向けてのシステム化(脳卒中)  
 連携に必要なクリニカルパス等各種ツ-ルの開発、地域での活用  
 医療機関、救急隊、市民向け普及啓発のさらなる推進  
 rt-PA療法対応可能医療機関の拡大  
 「ガイドライン2007」から「2010」に向けての改定作業

33

## 平成20年度以降の取組

「地域医療システム化推進事業」における「北多摩西部疾病別医療連携推進検討会(脳卒中部会)」から、改定「東京都保健医療計画」に基づく「北多摩西部脳卒中医療連携協議会」の設置・発展へ

### 【目的】

ガイドラインに基づく急性期脳卒中システムの運用、評価  
 急性期以降回復期、維持期(施設、在宅療養)まで切れ目のない医療・介護サ-ビスの提供可能な仕組の構築(クリニカルパス等ツ-ル開発を含む)

### 【構成】

脳卒中の中核病院・地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会・消防署・市所管課・介護サ-ビス事業者、リハビリ関連施設・専門職等々の各代表

### 【運営】

全体の企画・調整、進行管理を「北多摩西部脳卒中医療連携協議会」で行う  
 協議会には、会長、副会長、顧問を置く  
 事務局は、2つの中核病院が年度ごと交互に受け持ち、都からの委託を受けて協議会の運営に関する事務、予算執行する。  
 保健所は、事務局を補佐する。

## 平成20年度以降の「協議会」の枠組み再構築

( 既存事業 )

北多摩西部疾病別医療連携推進検討会  
 「脳卒中部会」  
 平成17年4月～(都事業として)

北多摩脳卒中連携パス協議会  
 「東大和病院」  
 平成18年3月～(自主的研究会として)

東京都地域リハビリテ-ション支援事業  
 「独立行政法人国立病院機構 村山医療センター」  
 平成17年8月～(都事業として指定)

地域摂食機能支援連絡会  
 (平成18年11月～保健所の課題別推進事業)  
 地域摂食・嚥下機能支援協議会  
 (平成20年10月～都のモデル事業)

再構築

平成20年度～

北多摩西部脳卒中医療連携協議会

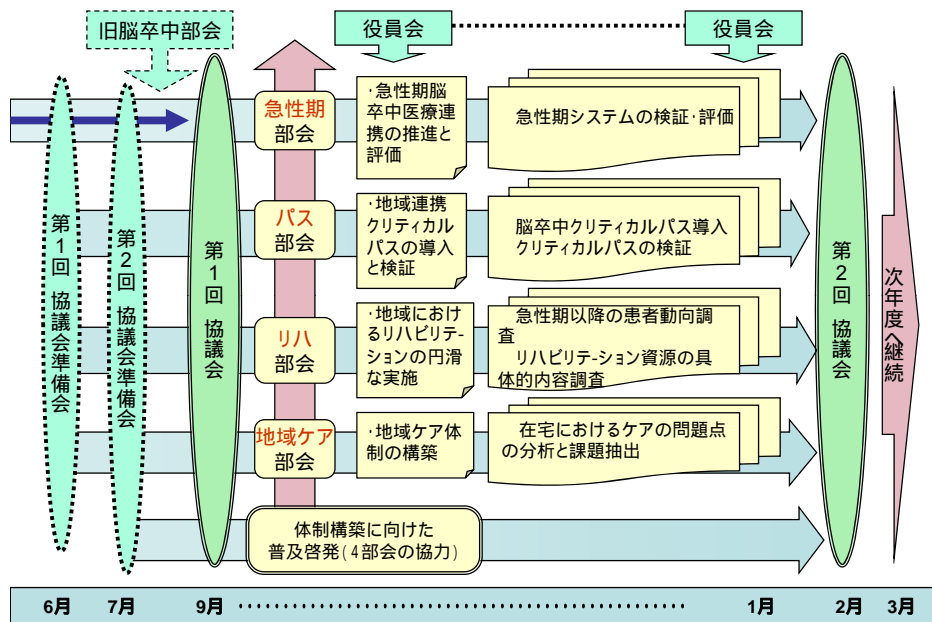
- 急性期部会
- パス部会
- リハ部会
- 地域ケア部会

## 平成20年度以降の北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業

事項	具体的な内容	主要構成メンバー
(1)急性期脳卒中医療連携の推進と評価(急性期部会)	急性期システムの検証・評価 ガイドライン2007の見直しと再調査	急性期病院(rt-PA静注療法実施病院)、消防署、医師会、等
(2)地域連携クリティカルパスの導入と検証(パス部会)	脳卒中地域連携クリティカルパスの導入 地域連携クリティカルパスの検証	急性期病院、回復期リハ病院、維持期リハ病院、医師会、歯科医師会、等
(3)地域におけるリハビリテーションの円滑な実施(リハ部会)	急性期以降の患者動向調査 リハビリテーション資源の具体的内容調査 急性期・回復期・維持期をつなぐリハシステムづくり	リハ病院、通所リハ施設、在宅リハ関係者、医師会、歯科医師会、等
(4)地域ケア体制の構築(地域ケア部会)	在宅におけるケアの問題点の分析と課題の抽出 地域における在宅療養に関わる関係機関・団体の実態調査 訪問看護ステーションにおける脳卒中患者の受け入れ実績等調査 再発防止対策の検討・実施	医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域包括支援センター、在宅支援診療所(歯科診療所)関係者、訪問看護ステーション関係者、摂食・嚥下リハ関係者、市所管課、等

市民、医療機関、消防などを対象に、システムの効果的推進、連携強化に必要な内容をテ-マとする普及啓発を役員会で企画・調整して「協議会」として実施する。

平成20年度 北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業計画



平成20年度の北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業

事項(部会)	主な課題	具体的な作業内容
(1)急性期脳卒中医療連携の推進と評価(急性期部会)	急性期システムの検証・評価	脳卒中患者搬送までの経緯、所要時間を分析し、時間短縮のための効果的な介入点、方法を明らかにする。
(2)地域連携クリティカルバスの導入と検証(バス部会)	脳卒中地域連携クリティカルバスの導入 地域連携クリティカルバスの検証	北多摩脳卒中連携バス協議会作成バスの圏域内への定着病・病、病・診、訪問看護ステーションで共有できるバスの検討・開発
(3)地域におけるリハビリテーションの円滑な実施(リハ部会)	急性期以降の患者動向調査 リハビリテーション資源の具体的内容調査	急性期病院以降の患者動向調査 (1)と共同 圏域内における急性期、回復期、維持期に対するリハビリテーション資源の調査
(4)地域ケア体制の構築(地域ケア部会)	在宅におけるケアの問題点の分析と課題抽出	医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、市所管課、通所関連施設等に対して在宅における脳卒中患者ケアに関するアンケート調査を実施、保健・医療・福祉に関する問題点、課題の抽出、解決の方向性を明らかにする。

市民、医療機関、消防などを対象に、システムの効果的推進、連携強化に必要な内容をテーマとする普及啓発を役員会で企画・調整して「協議会」として実施する。

地域ぐるみの摂食機能支援事業の推移(平成17~19)

<17年度>

- 「障害児のための食べ方上手サポート事業」
- 摂食指導地域連絡会(発達期)の設置開催
- 「手づかみ食べサポートレシピ」の作成

<18年度>

- 新たな「地域ぐるみの摂食機能支援事業」の基盤整備
- 「レシピ」による発達期研修会(障害児施設・保育所・幼稚園向け)開催1回
- 地域摂食機能支援連絡会(高齢期)の設置開催(2回)
- 地域の社会資源(高齢者関連施設、医療機関等)実態調査、「報告書」作成

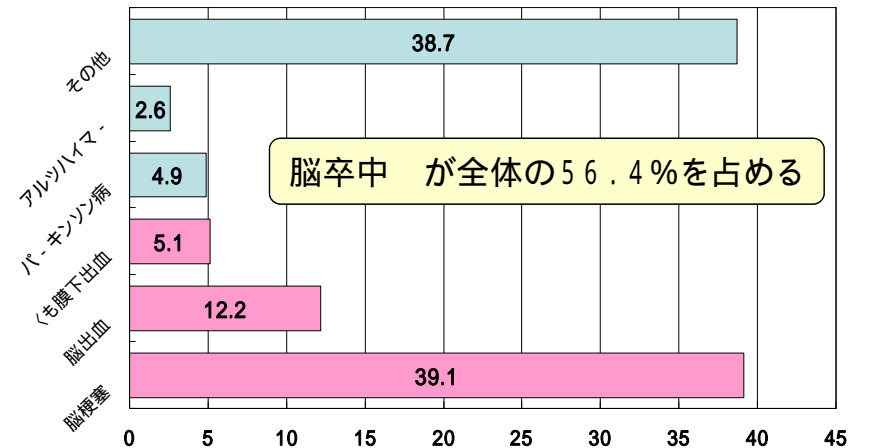
<19年度>

- 「地域ぐるみの摂食支援事業」の地域展開
- 地域摂食機能支援連絡会(高齢期)の開催(2回)
- 「レシピ」による発達期研修会(障害児施設・保育所・幼稚園向け)開催2回
- 高齢期摂食・嚥下機能支援研修会(医療関係者・実務者向け)の開催2回
- 「摂食・嚥下障害チェックシート」作成、施設等モニタリング試行
- 「摂食嚥下障害患者受け入れ医療機関リスト」作成

<20年度>

- 地域摂食・嚥下機能支援協議会の設置
- 摂食・嚥下評価専門研修(医師・歯科医師)、高齢者施設における嚥下機能診断・評価

嚥下障害の主な原因疾患割合(%)

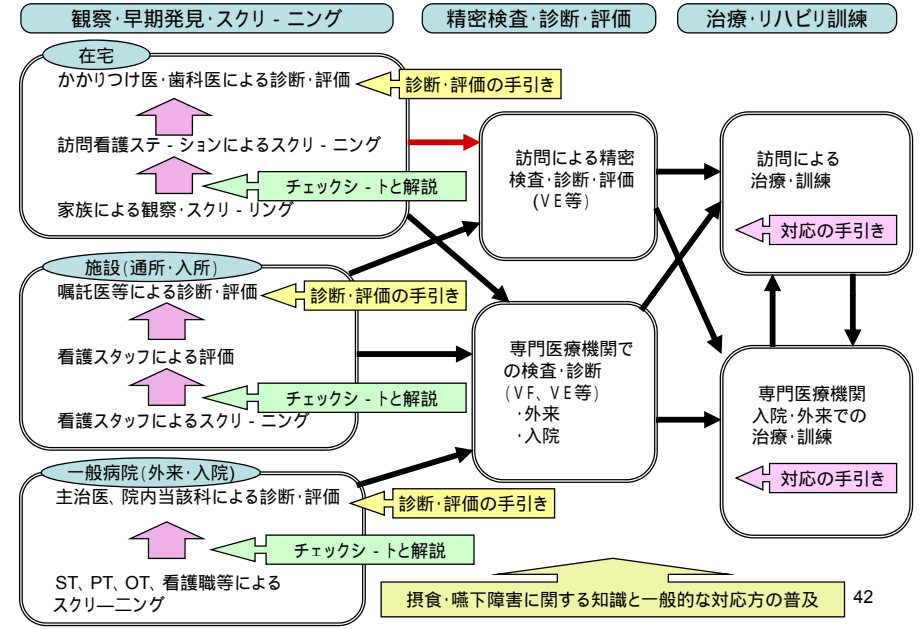


その他の内訳: 頭部外傷(2.5%), 脳性麻痺(2.5%), 脊髄小脳変性症(2.0%), ALS(1.1%), 慢性硬膜下血腫(1.0%), 廃用症候群(1.0%), その他(2.6.0%)

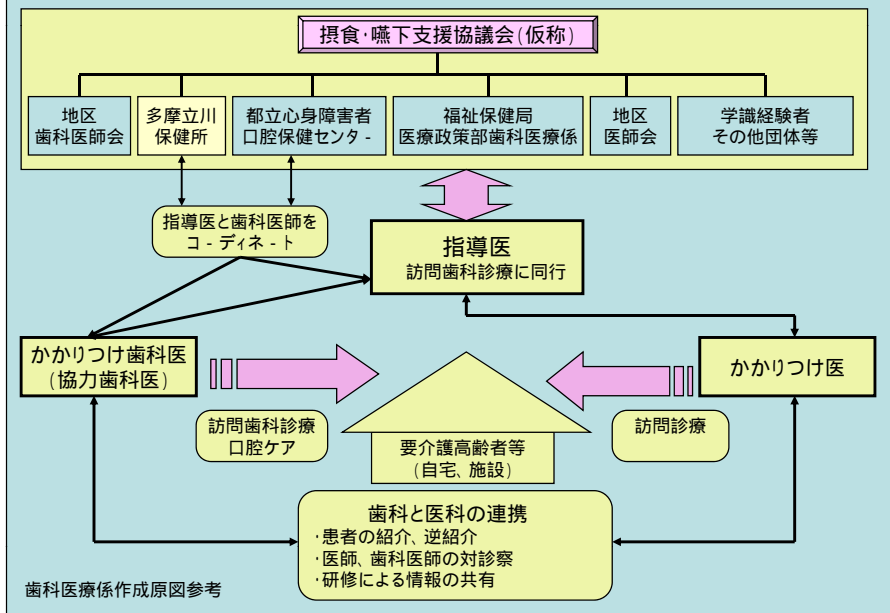
摂食・嚥下障害者支援システム構築に向けた問題点・課題(現状)と対応策

	観察・早期発見・スクリーニング	精密検査・診断・評価	治療・リハビリテーション
在宅	<p>【問題点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>家族に対し、摂食・嚥下障害に関する知識・情報が少ない</li> <li>摂食・嚥下障害のスクリーニングの基準が確立していない</li> <li>摂食・嚥下障害を疑っても、どこにつないでよいかわからない</li> </ul> <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>チェックシートの開発・研修</li> <li>摂食・嚥下障害を専門的に診断・評価してくれる専門医療機関のルート開発</li> </ul>	<p>【問題点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅訪問により診断・評価・検査(VE:嚥下内視鏡検査等)を実施できる医師・歯科医師が少ない</li> <li>VEの検査機材がない</li> <li>在宅で嚥下評価ができる仕組みができていない</li> </ul> <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>VEの実施を含む在宅での摂食・嚥下障害の検査・診断を行う医師・歯科医師の養成(診断・評価の手引きの開発も含む)</li> <li>VEの検査機材の確保</li> <li>在宅で嚥下評価ができるシステムの構築</li> </ul>	<p>【問題点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>通院による摂食・嚥下リハビリテーション(以下、リハビリ)を受け入れる病院が少ない</li> <li>在宅診療をする医師・歯科医師が少ない</li> <li>ハビリ・口腔ケアの指導等を行う専門職が少ない</li> </ul> <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅訪問で医療を行なう医師・歯科医師及びリハビリ指導を行なう専門スタッフの養成(在宅対応の手引きなど、マニュアルの開発を含む)</li> </ul>
入所施設	<p>【問題点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>スクリーニングの基準が確立していない</li> <li>摂食・嚥下障害に関する専門家に関する情報が乏しい</li> <li>職員の摂食・嚥下障害に関する知識・症状に関する理解やその対応方法に関しては差がある</li> </ul> <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>摂食・嚥下障害をスクリーニングする簡易チェックシートの開発</li> <li>摂食・嚥下障害に関する専門的な診療部門の情報提供、研修の実施</li> </ul>	<p>【問題点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>嚥下医等が、摂食・嚥下障害に関する対応方法(検査・診断・評価・指導)を熟知していない</li> </ul> <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>嚥下医、訪問歯科医、施設職員が、摂食・嚥下障害を疑った場合、すぐ相談できる専門家の育成</li> <li>施設訪問によるVEの実施を含む摂食・嚥下障害の検査・診断を行う医師・歯科医師の養成(診断・評価の手引きの開発も含む)</li> <li>必要に応じて診断・評価・検査のための病院ルート開発</li> </ul>	<p>【問題点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>摂食・嚥下障害への対応が十分でない</li> <li>利用者の摂食・嚥下機能に合わせた食事内容の提供が十分でない</li> </ul> <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>職員が可能な環境整備の方法、食事介助の方法等のマニュアルの開発及びそのための研修</li> </ul>
医療機関(一般病院)	<p>【問題点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>摂食・嚥下障害の問題に関しては、医師の関心が低く、後回しになりやすい</li> <li>スクリーニングの基準が確立していない</li> <li>専門的な診断等が必要な場合の紹介先の情報が乏しい</li> </ul> <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師、歯科医師の研修(スクリーニングのためのチェックシートの開発を含む)</li> <li>摂食・嚥下障害を専門的に評価してくれる相談機関</li> </ul>	<p>【問題点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精密検査・診断・評価のできる医療機関が少ない</li> <li>往診してくれる専門家が少ない</li> </ul> <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>摂食・嚥下障害を専門に外来で診てくれ、必要に応じて在宅へ往診もしてくれる医療機関の育成(診断・評価の手引き等の開発を含む)</li> </ul>	<p>【問題点・課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>治療・リハビリを行なう病院が十分でない</li> <li>環境整備など対応方法の指導が十分とは言えない</li> <li>栄養摂取のために胃ろう造設となる患者が多い</li> </ul> <p>【対応策】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>摂食・嚥下障害の評価に対して、指導・リハビリ等の対応方法の普及</li> </ul>

北多摩西部医療圏における摂食・嚥下障害者支援システム(フロ-イメ-ジ)

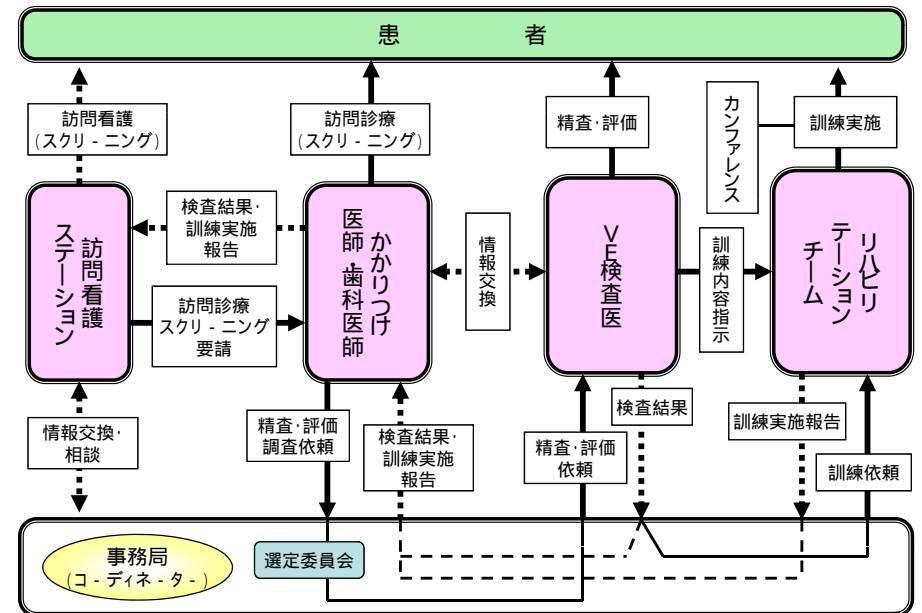


都における摂食・嚥下障害への支援と人材育成(体系イメ-ジ)平成20年度~

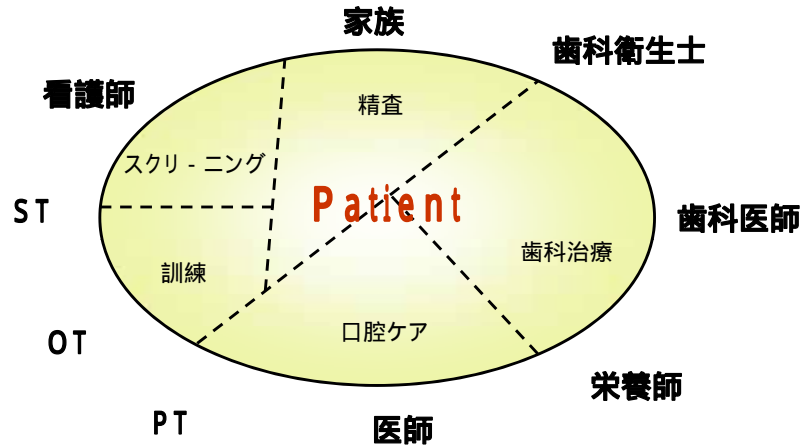


歯科医療係作成原図参考

在宅訪問VE検査実施手順(イメ-ジ図)



嚥下障害に対する  
Trans-disciplinary team(横断的な訓練チーム)づくり



在宅などでは、職種が足りないなどのアプロ-チをしないに対応できない。できるだけ柔軟に患者さんに対して出きる人が出来ることをする。「チームアプロ-チ」の重要性

参考:「ご遠征肺炎、摂食・嚥下困難患者への対応」東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野 戸原 玄 45

## 何故あらためて今「医療連携」か

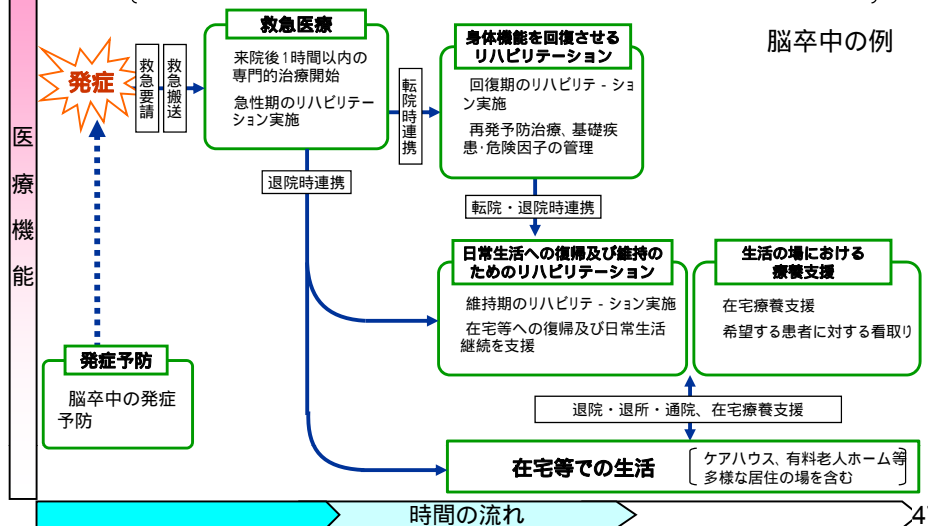
- 急性期(発症)、回復期、維持期(在宅)を通して切れ目のない医療提供体制の必要性  
地域完結型医療の実現(自己完結型医療の限界)
- 役割・機能分担による医療資源の  
効果的・効率的(有効)な活用体制の必要性  
連携が不可欠
- 「疾病モデル」から「生活者モデル」への転換  
医療連携から保健・医療・福祉の連携へ

46

### 地域完結型医療の姿

各地域において、発症から急性期、回復期を経て在宅に帰るまで、患者の様態に応じ切れ目なく医療が提供されるネットワークを構築

〔第3回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会(医政局 20.8.5.資料より)〕



### 事例集(1)

#### 脳卒中、心疾患等

第10回日本医療マネジメント学会発表より一部概要を抜粋

【北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会(東京)】 ~不足する医療機能をネットワークにより整備~(略)

【備後(びんご)脳卒中ネットワーク(広島)】 ~維持期までの連携を目指したネットワーク~(略)

【北多摩西部医療圏疾患別医療連携推進事業(東京)】 ~病院前救護のネットワーク~

- 調査により、脳卒中及び心疾患の病院前救護体制における課題が判明
- 地域医師会、消防等の関係者と連携し、市民向け講演会や医師会向け研修会を実施
- 救急病院に発症後2時間以内に来院する割合及び救急病院に救急車で来院する割合が増加

【会津循環器地域連携パス(福島)】 ~ネットワークによる逆紹介で専門医減少に対応~(略)

〔第3回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会(医政局 20.8.5.資料より)〕

48

## 「医療連携」(推進)の条件

- 調整役が存在する
- 合意形成の場が保証される
- 「連携」が各医療機関に実質的なメリットになる
- 何よりも患者・地域住民に支持される
- クリニカルパスなど必要なツ - ルが共有される
- 行政計画における位置づけと予算確保がある

49

## 医療連携推進事業における 都保健所の役割・機能

- 事業全体の企画・進行管理
- 関係機関・団体等との調整(中立・公平な立場)
- 関連する事業、取組の連結
- 組織化・システム化(新たな枠組みづくり)
- 情報収集、分析、提供
- 普及啓発
- 委託事務局(地域中核病院等)支援
- 都計画(本庁施策)への情報発信・企画案提起  
(フィードバック) 普遍化による相互発展

50