

「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」

(1) タイトル「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」
(PPT - 1)

(2) 地域医療システム化推進事業の経緯 (PPT - 2)

東京都では、特に平成15年度以降、生活習慣病を中心とする疾病やそれぞれの急性期、亜急性期、慢性期などの状況に応じて、地域で対応できる効果的・効率的な医療提供体制の構築に重点をおいた「疾病別医療連携推進事業」として、圏域ごとに対象疾病を決め医療機関等への委託方式で事業が具体化していきました。

北多摩西部保健医療圏では、平成17年度から「脳卒中」を国家公務員共済連合会立川病院に、「心筋梗塞」を独立行政法人国立病院機構災害医療センターにそれぞれ事務委託しながら本事業を進めてきました。

(3) 東京都における二次保健医療圏 (PPT - 3 地図)

* 北多摩西部保健医療圏の位置を図に示したものです。

(4) 東京都多摩立川保健所管内の概況 (PPT - 4)

多摩立川保健所は、北多摩西部保健医療圏に属する立川市など6市を管轄する都の保健所の一つです。管内人口は約62万5千人、面積は約90平方キロの広域にわたります。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あり、このうち日本脳卒中学会r t - P A静注療法施設基準を充たす病院は3箇所です。

(5) 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 (PPT - 5)

都保健所では、管内各市、関係機関・団体、市民代表等からなる「地域保健医療協議会」において、地域の現状や課題を踏まえた検討を行い、医療法に基づく都の保健医療計画と連動して各圏域ごとに独自の「地域保健医療推進プラン」を策定し、これを進行管理しながら各種の施策・事業を展開しています。

当保健所では、「疾病別医療連携推進検討会」を地域医療システム化推進部会のもとに位置づけ、その中に「脳卒中部会」、「心疾患部会」を設置してそれぞれの取組を体系的に進めてきました。

(6) 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 (PPT - 6)

当該事業の<目的>としては、圏域における医療機関が、課題となる疾病について共通認識を深める、対象疾病について医療連携を進めることにより、圏域内の課題解決に取り組む、圏域内の対象疾病の悪化防止、死亡率減少を図る、の3つを掲げました。<事業内容>としては、圏域内の医療状況、連携状況等の把握(医療機

関等調査) 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」を作成し、活用する、医療従事者研修会、事例検討会の実施、住民への普及啓発、などを主なものとし、<事業の進め方>としては、検討会を設置して、その下に事務局病院を中心とする疾病別の部会を設けて具体的な作業を進め、都民医療学習セミナー - やホ - ムペ - ジ、広報誌等を活用し、住民への普及啓発を実施するというものです。

<事務局病院の主な役割>としては、検討会・部会の運営、会議資料作成、医療機関調査の実施・解析、ガイドライン等の印刷、研修会・事例検討会等の開催、事業関連予算の執行などがあげられます。

(7) 疾病別医療連携推進事業における都保健所の役割 (PPT - 7)

本事業における都保健所の主な役割としては、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、事務局病院への委託、事務調整、基礎資料の提供、関係機関・団体との調整、管内各市と連携し、市民への普及啓発を行う、という内容があげられます。(事業開始当初にまとめたもの)

(8) 北多摩西部保健医療圏で対象とする疾病について (PPT - 8)

本事業では、圏域内の年齢調整死亡率が第一位で、都の死亡率よりも高く、特に急性期の対応をシステム化することにより救命率上昇が期待できる「心疾患」と、同じく年齢調整死亡率が第二位で、都の死亡率より低い、急性期の対応をシステム化することで機能予後の軽減が期待できる「脳卒中」の二つを対象疾患としました。

(事業開始当時には、まだ国の「4疾病5事業」の計画が示されていなかった)

(9) 疾病別医療連携推進体制構築の取組方法 - (PPT - 9)

平成17年度、18年度の取組フロ - 図です。平成17年11月に第一回の検討会を開催し、二つの中核病院に事務局を委託し、それぞれに心疾患、脳卒中の部会運営をお願いしながら、調査項目の検討、調査の実施・まとめ、それらを踏まえたシステム構想、ガイドラインの作成、さらには医療機関研修会、市民への講演会等を実施しました。

(10) 医療機関調査 (PPT - 10)

システム化に向け、平成18年3月から5月にかけて先ず最初に医療機関に対するアンケート調査を実施しました。調査は、圏内24病院と10床以上の12有床診療所、及び救急搬送の頻度が高い周辺の7病院、それに10床以下の有床及び無床診療所422所を対象とし、調査項目は、虚血性心疾患や脳卒中の急性期の受け入れ状況、検査・治療の実施内容、施設設備やマンパワー - 体制、後方医療機関などに関する項目を設定しました。

(11) アンケート調査結果から主に考えられること (脳卒中) (P P T - 11)

* 3 6 5 日 2 4 時間常時緊急対応可能な十分な人員の脳卒中専門医を有する病院は少ない。

* 2 4 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ことが 4 ~ 6 割である。

* 救急要請は、患者側がするのが 4 割でもっとも多い。しかし、かかりつけ医がまず診察することも 3 割ある。

救急対応可能な病院が少ない。 かかりつけ医から速やかに救急対応病院につながることも少ない。

(12) 「医療連携ガイドライン 2007」の主な内容 (項目の柱) (P P T - 12)

ガイドラインは 1 9 ページからなり、項目の柱は 6 項目で、ここにお示ししたとおりです。

(13) 脳卒中救急医療の流れ (ガイドラインより) (P P T - 13)

脳卒中の場合、患者発症から救急搬送、治療までの流れを、

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。 かかりつけ医は、脳卒中を疑わせる症状の患者や家族等から、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。 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。 急性期脳卒中病院では的確かつ迅速な診療を行う、の 4 つのポイントにまとめています。

(14) 脳卒中救急医療の流れ図 (ガイドラインより) (P P T - 14)

発症から救急病院受け入れまでの流れです。特に、r t - P A 療法が適応と考えられる場合は、治療可能病院への搬送が重要となります。日本臨床救急医学会監修の P S L S (Prehospital Stroke Life Support) では、市民向け啓発・広報、ワイドトリアージの容認、ストローク・バイパスの合意が重要であるとしています。

(15) シンシナティ病院前脳卒中スケール (ガイドラインより) (P P T - 15)

脳卒中のトリアージに不可欠の、顔面、上肢、発語に関する簡単なテスト項目と、それぞれの判定ポイントとして「シンシナティ病院前脳卒中スケール」がガイドラインには記載されています。

(16) 疾病別医療連携体制構築の取組方法 - (P P T - 16)

平成 1 9 年度は、引き続き部会、検討会を行いながら、ガイドラインにそったシステムの定着、評価を目指して取り組みを進めました。

(17) 市民対象講演会 (P P T - 17)

心筋梗塞や脳卒中の場合、救命、機能予後の軽減のためには、市民が発症直ちに救急要請を行うことが最も重要です。そのための普及啓発の一環として、「あなたの気づきがあなたを救う」をテーマとする市民講演会を実施しました。

(18) あなたの気づきがあなたを救う (P P T - 18)

普及啓発用リ - フレット (表) 心筋梗塞と脳卒中が疑われる主な症状を載せ、119番要請を促す内容です。これを医師会、各市等において広く市民に配布しました。(初回に10万部作成)

(19) あなたの気づきがあなたを救う (P P T - 19)

普及啓発用リ - フレット (裏) いざという時はあわててしまうので、普段から救急要請をする時の必要事項を記入しておくような工夫を取り入れました。

(20) かかりつけ医カード (P P T - 20)

かかりつけ医カードの表裏です。かかりつけ医や家族の緊急連絡先を記入し、救急隊や救急病院の主治医に対して必要な情報を記入するようになっています。これは医師会等を通じて患者さんに普及しています。カードを持っている患者さんの場合は、病院からかかりつけ医への連絡もスムーズと考えました。(初回10万部作成)

(21) 医療機関研修会 (P P T - 21)

ガイドラインにそったシステムの定着には、医療機関の理解協力体制が不可欠です。そのためにガイドラインの説明を兼ねて病院・診療所の医師向けに研修会を開催しました。参加は必ずしも十分とは言えないため、今後もさらに繰り返す必要があります。

(22) r t - P A 静注療法カレンダー - (P P T - 22)

今回のシステムの中でもっとも重要なツ - ルとなるのが、脳卒中对応の新たな「r t - P A 静注カレンダー - 」です。左側に1カ月間の受け入れ可能医療機関、右側にシンシナティスケ - ル、救急搬送の手順が示されています。これを毎月事務局病院の地域連携室で更新し、医療機関、救急隊に配布しています。救急車の中ではこれを張って利用されようになりました。

(23) カレンダー - 部分拡大 (P P T - 23)

カレンダー - には、このように医療機関、対応できる時間帯、連絡先、受け入れ可能な日にちなどが記載されています。

(24) 「疾病別医療連携推進事業」3年間の評価 (P P T - 24)

平成19年3月に「ガイドライン2007」を作成し、同年8月より「rt-PA 静注療法カレンダー」の運用を開始しました。これによる成果を、「医療機関アンケート調査」、「消防署調査」、「rt-PA 静注療法」実施3病院の脳卒中患者症例調査等で評価してみました。これらの集計・分析は脳卒中部会長の国家公務員共済組合連合会立川病院 太田 晃一診療情報管理部長(脳神経内科)によりまとめられ、平成20年3月の第33回日本脳卒中学会総会でも「東京都北多摩西部保健医療圏における急性期脳卒中医療連携ガイドライン2007の取り組みについて」として発表されました。

(25) かかりつけ医カードに対する診療所の評価 (PPT - 25)

まず、かかりつけ医カードに対する診療所の評価です。平成20年2月時点の調査で、「かかりつけ医カード」がかなり役に立つ30%、少しは役に立つ52%で、あまり、ぜんぜん役立たないは合わせて15%でした。

(26) 平成18年3月時点と平成20年2月時点の

自院で対応できない脳卒中(疑い)の患者に対して救急車を要請する場合の「医療機関指定」について「指定しない」が41%から62%に増え、「指定する」が43%から27%に減っており、その日の管内当番病院を示したカレンダー方式の効果がうかがえます。(PPT - 26)

(27) 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について、「脳卒中(疑い)」の場合、「まず自院又は近医を受診させる」が42%から29%に減り、「すぐに救急車を要請」が47%から56%に増えて、システムの効果がうかがえます。(PPT - 27)

(28) 管内救急隊による脳卒中「rt-PA 静注療法カレンダー」の利用状況、評価

平成20年2月段階で管内4つの消防署のうち、3消防署でrt-PA 静注療法カレンダーによる搬送を経験しており、それらはカレンダーが役立つと評価しています。救急車へのカレンダー掲載、隊員への周知については4消防署とも徹底していました。(PPT - 28)

(29) 脳卒中患者の発症から来院時間ごとの症例数割合 (PPT - 29)

カレンダー方式導入前後の比較 -

rt-PA 静注法可能な3病院への脳卒中患者搬送時間は、2時間以内の割合が34.4%から52.1%に増え、2時間以上が減ってきています。

(30) 脳卒中病型ごとの発症後2時間以内に来院した患者の割合 (PPT - 30)

カレンダー方式導入前後の比較 -

同じく、脳梗塞、脳出血ともにシステム導入後において2時間以内の来院割が伸びており、全脳卒中では31.0%から41.0%となっています。

(31) 脳卒中患者で救急車による搬送での来院状況 (PPT - 31)

カレンダー - 方式導入前後の比較 -

同じ条件で、救急車の搬送による来院状況を比較すると、脳出血、くも膜下出血ではやや減少していますが、特にrt-PA使用の可能性が含まれている脳梗塞では42%から65%に増えており、脳卒中全体としても増えています。

(32) 「疾病別医療連携推進事業」3か年の到達点 (PPT - 32)

以上、述べてきました平成17年度から3か年の事業で実施した事項と到達点をまとめてみるとここにお示ししたとおりとなります。

(33) 「疾病別医療連携推進事業」成功の鍵 (PPT - 33)

平成19年度までの取組を通じて明らかになった事業成功の条件をまとめますと、

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 (ワイドトリアージ、ストロークバイパス等)

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などをあげることができます。

今後の課題としては、急性期システムの運用と評価、改善など、ご覧の通りとなっています。

(34) 課題解決に向けた平成20年度以降の取組 (PPT - 34)

平成20年度以降は、新たに改定された東京都保健医療計画に基づきいわゆる4疾病対策の一環として、全都でまず脳卒中対策に取り組むことになっていますが、既に先行して取り組んできた当圏域では、脳卒中の急性期システムの運用と評価、急性期以降維持期(施設、在宅)に向けてのシステム構築に引き続き取り組むため、これまでの「北多摩西部保健医療圏疾病別医療連携推進検討会」を改組して、新たに脳卒中対策に特化した「北多摩西部脳卒中医療連携協議会」を設置し、都の保健医療計画の計画スパンである5年を目途に事業の発展を目指すこととなりました。

(35) 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

(PPT - 35)

平成20年度以降は、前年度まで取り組んできた「脳卒中部会」の取組を引継ぐ

形で、新たに立ち上げる「脳卒中医療連携協議会」の下で、急性期脳卒中医療連携の推進と評価を「急性期部会」として、地域クリティカルパスの導入と検証を「パス部会」として、地域におけるリハビリテーションの円滑な実施を「リハ部会」として、地域ケア体制の構築を「地域ケア部会」としてそれぞれ作業を進めることとしました。

特に「パス部会」は、平成 18 年 3 月から、管内の東大和病院を中心として自主的に取り組まれてきた「北多摩脳卒中連携パス協議会」の取組のうち北多摩西部圏域に関係する部分として、また、「リハ部会」は、東京都地域リハビリテーション支援事業として平成 17 年 8 月から管内の独立行政法人国立病院機構村山医療センターが推進してきた事業の脳卒中に関する部分として組み込み、さらに、平成 18 年 11 月から多摩立川保健所の独自事業(課題別推進事業)として進めてきた地域摂食機能支援連絡会事業にもリンクさせる形で事業の発展を目指すことにしています。

(36) 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計画

(P P T - 36)

表は平成 20 年度以降の作業計画です。都の医療計画のスパンである 5 年間で事業でも計画スパンとしています。4 つの部会に加え、特にそれぞれの部会と関連する重要な普及啓発については協議会の役員会で企画・調整することになっています。

(37) 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

(P P T - 37)

平成 20 年度は、新たな協議会の立ち上げに向け、関係代表者による準備会(役員会)を重ねながら、9 月に第一回の協議会を開催し、以後四つの部会で所定の作業を進めながら、年明け 2 月に第二会の協議会を開催して次年度以降につなげていく予定です。

(38) 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 (P P T - 38)

表は平成 20 年度の具体的な作業をまとめたものです。

(39) 地域ぐるみの摂食支援事業の推移 (P P T - 39)

多摩立川保健所では、平成 17 年度以降、課題別推進事業(独自事業)として地域ぐるみの摂食支援事業に取り組んできました。この中で、高齢者施設の調査を通して高齢期の摂食・嚥下障害の課題が明らかとなったため、20 年度からは本庁の所管課と協働して地域摂食・嚥下機能支援協議会を設置しこの課題に本格的に取り組むこととなりました。

(40) 嚥下障害の主な原因疾患割合(%) (P P T - 40)

その過程で、嚥下障害の主な原因疾患として脳卒中が 56.4%を占めているとする報

告資料などを踏まえ、脳卒中対策と嚥下機能支援を結び付けることの重要性が浮かび上がってきました。

(41) 摂食・嚥下障害者支援システム構築に向けた問題点・課題と対応策(P P T - 41)

表は摂食・嚥下障害者支援システム構築に向けた問題点・課題と対応策をマトリックスにしてまとめたものです。

(42) 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(P P T - 42)

図はシステムのフローイメージです。在宅における摂食・嚥下障害の診断・評価を行うためには、VE の機器整備、VE による診断・評価を行う人材(医師、歯科医師)の育成が不可欠です。また、このシステムを円滑に進めるためには、平成 19 年度に開発した摂食・嚥下障害チェックリストに加え、診断・評価の手引きも新たに必要となります。

(43) 都における摂食・嚥下障害への支援と人材育成(体系イメージ)(P P T - 43)

平成 20 年度には、圏域の取組を本庁でも評価して予算化し、新たな都のモデル事業として、機器整備と人材育成を都として行い、あわせて当圏域で摂食・嚥下支援協議会を設置して地域(在宅)での摂食・嚥下障害の診断・評価の体制整備をモデル事業として着手することとなりました。

(44) 在宅訪問 VE 検査実施手順(イメージ図)(P P T - 44)

在宅で摂食・嚥下障害の診断・評価とリハビリを推進していくための手順をイメージ化したものです。特に、近い将来、VE 検査で診断・評価された患者に対するチームリハビリの人材確保・育成とシステム全体をコーディネートする事務局体制が課題となります。

(45) 嚥下障害に対する Trans-disciplinary team づくり(P P T - 45)

在宅などでは、職種がたりないなりのアプローチをしないと対応できない。出来るだけ柔軟に患者さんに対して家族を含めできる人ができることをするということが求められています。そのための多職種による横断的な訓練チームづくりをイメージしたものです。

(46) 何故あらためて今「医療連携」か(P P T - 46)

医療連携を推進するためには、関係者間で何故医療連携が必要かを確認しておく必要があります。特に地域での取り組みに際しては、患者さんを臨床的な「疾病モデル」としてだけではなく、地域で生活する「生活モデル」として総合的にとらえていくことの重要性を確認しておく必要があります。

(47) 「地域完結型医療の姿」 (P P T - 47)

図は、平成 20 年 8 月 5 日、厚生労働省の第 3 回「安心と希望の衣料確保ビジョン」具体化に関する検討会に医政局指導課(計画係)から提出された事務局資料にしめされた地域簡潔型医療の姿です。

(48) 「検討会」事例集 (P P T - 48)

前述の検討会で出された事務局の事例集の中でも、当圏域の事業が、北多摩西部医療圏疾病別医療連携推進事業における病院前救護のネットワーク事例として紹介されました。

(平成 20 年 6 月 21 日に行われた第 10 回日本医療マネジメント学会総会のシンポジウム「医療崩壊防止の為の地域連携ネットワーク」で赤穂がシンポジストとして発表した内容。事務局がこの学会の抄録のなかから一部を抜粋して資料化したもの)

(49) 「医療連携」の条件 (P P T - 49)

事業を通じて考えられる医療連携(推進)の条件を 6 項目にまとめてみました。このうちのどれ一つでも欠けると連携推進はうまく進まないと思われます。公衆衛生が科学である限り、「条件のないところにことは起こらない」という原則が当てはまるはずであり、したがって、この条件を整えることが私たちの取組にとって大きな課題となります。

(50) 医療連携推進事業における都保健所の役割・機能 (P P T - 50)

この間の取組を通じて保健所が果たしてきた役割・機能をまとめてみるとこの 8 項目となります。いずれも大切な事項ですが、特に「関連する事業、取組の連結」は、関連する事業をまとめて大きな取組とし、それぞれの事業効果をより強固なものにすることが重要だと感じています。また、「都計画(本庁施策)への情報発信・企画案提起」も本庁と出先のパートナーシップを強め、相互にとってなくてはならない関係であることを具体的な事業を展開する中で確認しあうことも大切なことだと思われます。

私たちの疾病別医療連携推進事業は、対象疾病として急性心筋梗塞と急性期脳卒中の二つを対象に同時並行して事業展開してきました。急性期心筋梗塞については平成 19 年度で一区切りとし、以後は東京 CCU ネットワーク事業の中で全都的に取り組まれることとなっています。

なお、平成 17～19 年度までの心筋梗塞の取組に関しては、平成 19 年度地域保健総合推進事業の「地域医療連携体制の構築に関する研究事業」分担事業報告書(平成 20 年 3 月 分担事業者 岡 紳爾)の p55～66 に紹介されていますので併せてご参照ください。