

平成26年度診療報酬改定後の脳卒中地域連携の展望

2014年2月20日開催

2025年、日本では団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる。それまでに患者さんが急性期、回復期、維持期のそれぞれの状態に合った適切な医療を受けられるような体制作りとして、医療機関の機能分化・強化と連携の推進、在宅医療の充実などが求められている。平成26年度診療報酬改定では、そうした方向性が強く打ち出された。医療関係者は今後、地域医療連携にどうかかわっていくべきか。今回のWebセミナーは「平成26年度診療報酬改定後の脳卒中地域連携の展望」と題し、大阪府北部にある豊能地域で脳卒中地域連携に携わる急性期病院医師、回復期リハビリテーション病院看護師、かかりつけ医、保険薬局薬剤師に連携の現状と展望について報告、議論していただいた。

基調講演

脳卒中地域連携の展望と豊能地域における脳卒中地域連携の経緯

独立行政法人国立循環器病研究センター 脳神経内科 部長 長束 一行 氏



急性期→回復期、回復期→維持期で定型紹介状を作成

脳卒中医療は、従来の病院完結型から地域完結型に移行しつつある。地域完結型医療では病期ごとに異なる施設が関わるため、施設間の情報のやり取りが重要になる。

当センターのある大阪・豊能地域では、2000年から国が進める地域リハビリテーション推進事業の一環として脳卒中地域連携を開始し、翌年には、急性期病院と回復期リハビリテーション病院（以下、回復期病院）による豊能地区病院連絡会を発足させた。同連絡会では、スムーズな転院を可能にするための協議や、医師・医療ソーシャルワーカーとの顔の見える関係の構築、回復期病院による重症度別入院待機期間の報告や受け入れ可能症例の明示、共通の紹介状・報告書の作成などを行ってきた。

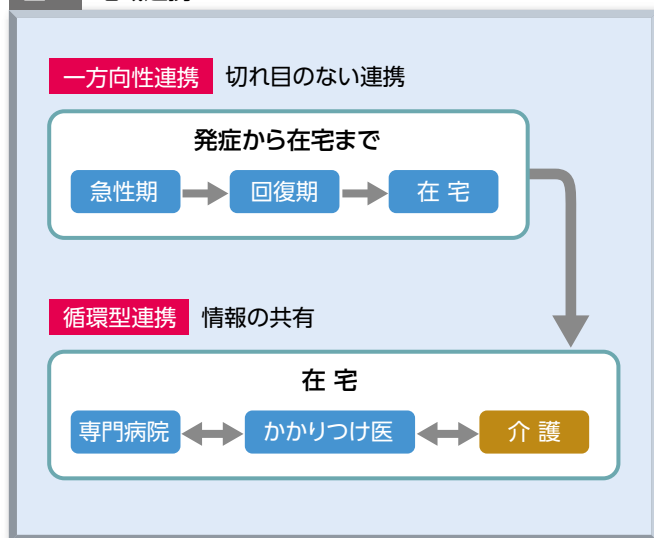
共通の紹介状として、急性期病院から回復期病院、回復期病院からかかりつけ医に向けた定型紹介状をそれぞれ作成した。急性期病院から回復期病院への紹介状には、病型、合併症、麻痺の程度、抗凝固療法の内容、各危険因子のコントロール目標、患者さんに対する現段階での予後説明などの情報を記載する。回復期病院からかかりつけ医への紹介状には、身体・生活機能のレベルなどを記載し、急性期病院からの紹介状のコピーを添付する。

脳卒中ノートを介しての循環型連携

共通の紹介状を活用することにより、急性期病院からかかりつけ医まで、切れ目のない連携が可能になった。しかし、患

者さんやご家族にとって最も重大なのは、ADL低下や再発のリスクを抱えながら自宅で過ごす維持期である。急性期からかかりつけ医受診となる在宅までの一方向性連携の後も、急性期病院や回復期病院などの専門病院の支援が必要と考え、維持期における循環型連携を目指した地域連携パスを構築した(図1)。病状や介護情報の共有のためにバインダー式の「脳卒中ノート」を作成し、患者さんや医療・介護関係者における情報共有のツールとして利用することとしている。脳卒中ノートには、急性期病院退院時、および回復期病院退院時の情報、かかりつけ医による危険因子コントロール状況、在宅生活・リハビリテーション施設における口腔ケア状

図1 地域連携パス



況などを、主に項目チェック方式で記載する。個別のコメントを書き込める「連絡帳」のページも設けた。服薬状況については、お薬手帳を脳卒中ノートに挟み込めるようにすることで情報共有を図った。

この脳卒中地域連携パスはかなり浸透しており、転院時のパス適用率は2013年度で約70%に達している。連携パスのデータを集積することで、どのような患者さんがどの程度回復するかなどのデータを得ることができ、より適切な医療の実現に寄与することが可能と考えている。

医療費の包括化に伴う薬価問題など、課題も多い

今後の課題は、まず、かかりつけ医へのよりスムーズな連携である。また、医療費の包括化に伴う薬価も見逃せない問題である。回復期病院や療養型病床、介護老人保健施設における、新規経口抗凝固薬のような高額な薬剤の処方に関する問題、維持期のリハビリ、嚥下障害への対応も重要

な課題である。

最後に、連携パスのキーワードを示す(表1)。解決すべき課題は多いが、循環型連携のなかで、すべての職種が共通言語を持って情報を共有しながら、それぞれの役割を果たしていくことにより、地域連携が少しずつ実を結んでいくのではないかと考える。

表1 連携パスのキーワード

- 1 一方向性から循環型へ(複数主治医制)
- 2 情報の共有と共通言語
- 3 継続した再発予防
- 4 維持期につなぐリハビリ
- 5 適切な時期に繰り返し保健指導
- 6 介護との垣根をなくす

シンポジウム

脳卒中における地域連携、チーム医療のあり方と方向性



講演 1

回復期リハビリテーション病院の前方・後方連携

関西リハビリテーション病院 看護部 部長 久米 早苗 氏

当院*では、急性期病院から入院患者受け入れの打診があった際、リハビリ科医師と看護師が患者さんを訪問する訪問面談を行い、その場で入院の可否を判断している。訪問面談は、入院の可否や日程の迅速な決定のほか、患者さんのご家族の負担軽減、患者さんのADLや認知面の情報収集が可能、急性期病院のスタッフと顔の見える関係を構築できるなど利点は多い。

入院後は、理学療法、作業療法、言語聴覚療法などのリハビリテーションを、約100名のスタッフによる365日体制で、患者さん1人につき1日8.7単位(1単位20分)行っている。そのほか、看護師による病棟リハや心理療法士によるカウンセリングなども提供している。当院での取り組みの流れを示す(表2)。退院の数週間前には、自宅の家屋調査と具体的な生活プランの提案を行っている。地域のケアマネージャー、介護ヘルパー、住宅改修業者などが参加し、かかりつけ医に加わっていただくこともある。退院前カンファレンスでは、退院後のサービス調整、維持期スタッフとの情報共有などを行う。

連携医療における回復期リハビリテーション病院の役割とは、在宅転帰だけではない。退院は生活再構築のスタートで

あるとの認識を持ち、在宅生活の継続に必要なことを回復期に整え、維持期に連携することが重要と考える。

* 関西リハビリテーション病院：大阪・豊能地域の脳卒中地域連携を担う回復期リハビリテーション病院の1つ。144床の単科病院。

表2 入院後の取り組み

- 入院経過
- 入院前 入院判定
 - 入院時 初期評価・入院カンファレンス
 - 入院中 理学/作業/言語聴覚/心理/音楽療法、看護師による病棟リハ
諸検査
総合カンファレンス1
病棟自主トレーニングの提案
家族カンファレンス
チームカンファレンス
家屋調査・生活プランの提案
総合カンファレンス2・3
退院前カンファレンス
退院前家族指導
 - 退院時 関連事業者への情報提供



講演 2

在宅における脳卒中後の患者受け入れと多職種連携の実際

医療法人藤田医院 院長 藤田 泰彦 氏

脳卒中診療において、かかりつけ医は脳卒中連携パスを介して、専門病院からの治療を継続するとともに、質の高い共同診療を行っていく必要がある。医療連携で果たすべき主な役割は、①退院前ケアカンファレンス(退院支援)、②日常の療養支援、③多職種との連携、④急変時の対応である(図2)。

退院前ケアカンファレンスでは、患者さんを取り巻く介護力(チーム力)を評価し、正確な情報を共有すること、自宅に戻った場合をイメージしながら、ご家族を交えて必要な介助方法を教育することなどが求められる。

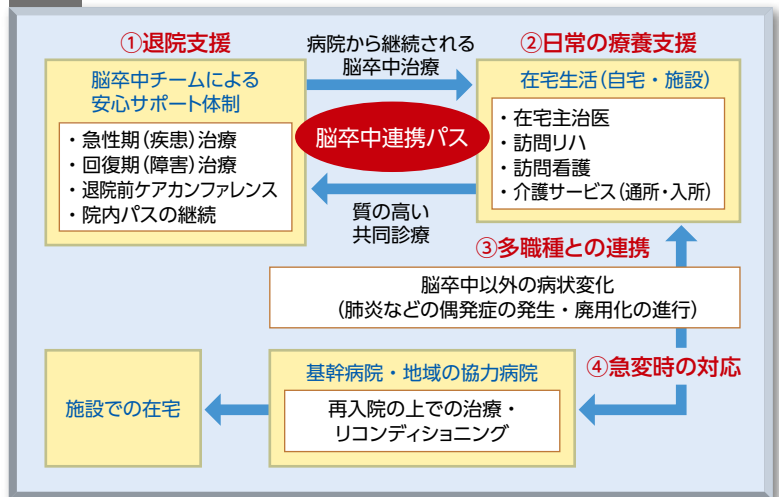
日常の療養支援においては、疾患の早期発見(再発予防)、回復促進・重症化予防、服薬管理といった診療の継続に加え、生活機能の維持・向上、QOLの向上を地域のチーム医療のなかで進めていくことが求められる。服薬管理は介護者にとって大きな負担になっているが、薬剤師によるチーム医療への参加により、介護者の負担を軽減できる可能性は十分にあると考えられる。

多職種との連携推進も、かかりつけ医にとって重要な責務である。患者さんの医療・介護情報を統

合し、多職種で共有していく必要がある。データベースを構築して、情報を循環させるのが理想的である。

急変時の対応では、様々な身体機能の低下や精神状態、食生活、介護状態などの情報不足が、診断を遅らせることに留意しなければならない。この点からも多職種間の情報共有が望まれる。

図2 脳卒中診療におけるかかりつけ医の役割



講演 3

在宅のチーム医療における薬剤師の役割

豊中市薬剤師会 副会長 / 株式会社グリーンメディック 多田 耕三 氏

薬剤師は、急性期医療から在宅医療までのあらゆる場面に関与しているが、今後、在宅医療における役割は、重要性が高まっていくと考えられる。

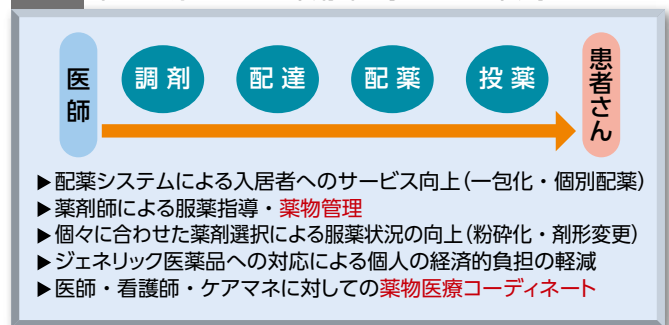
当薬局では、居宅訪問を長く行っているが、在宅医療の現場では薬をめぐる様々な問題が存在することを実感している。服薬コンプライアンス(残薬)、患者さん・ご家族の不安および理解度、患者さんが治療上の問題を医師に十分伝えられない、介護職との情報共有が不十分などである。薬剤師が残薬チェック、患者さんに対する病態や処方意図の補足説明、医師に対する治療の現状報告・処方変更の提案、介護職との医療知識の共有などを行っていくことで、これらの問題は解決し得ると考えている。

薬剤師の主な業務はこれまで調剤であったが、今後、特に在宅医療の現場では配達、配薬、投薬など患者さんが薬を口に入れるまでのすべての過程で責任を持つことになるであろう(図3)。具体的には、施設入居者などに対する配薬システムによるサービス向上(一包化・個別配薬など)、薬物管

理(残薬チェックなど)、個々の患者さんに応じた剤形選択による服薬コンプライアンスの向上(粉碎化・剤形変更)、ジェネリック医薬品への対応による患者さんの経済的負担の軽減と考えている。

さらに、薬剤師は医学、薬学、IT知識に基づいた薬物管理・情報管理を、医師、看護師、ケアマネージャーなどによるチーム医療のなかで進めていく薬物医療コーディネーターの役割を担うことも必要とされている。

図3 在宅医療において薬剤師に求められる役割



■在宅医療の現場で薬剤師に期待される役割とは

長束氏 薬剤師の方には服薬の管理と指導を積極的に行っていただくとともに、服薬コンプライアンスなどの情報をフィードバックしてもらえると非常に有難い。医師が服薬状況を確認した場合、患者さんからは「飲んでいます」という回答を得ることが多いが、自宅では薬が袋に入れられたまま放置されているということもあるようだ。そういった状況は医師にはわかりづらいため、薬剤師の方が患者を訪問することで、服薬に関する情報を各職種の間で共有できるようにしていただければと思う。

藤田氏 地域の診療所の医師でも、患者を訪問してケアする方は非常に少ない。薬剤師の方に在宅訪問していただくことが、外来診療と地域での生活との架け橋になる可能性が十分考えられる。薬剤師の方には診療所の医師にも積極的に声をかけていただくことで、地域一丸となった取り組みへとつなげていただければと思う。また、認知症などの患者さんで、お薬手帳がなく何の薬を服用しているかわからずに診療上困ることがある。お薬手帳携帯の動機づけを、今以上に行ってもらえると非常に助かる。

久米氏 脳卒中の患者さんの多くは糖尿病や高血圧の治療薬を服用しており、患者さんが高齢の場合は、特に緑内障の目薬、膝の痛み止めなど様々な剤形の薬剤を複数使用していることが多い。しかし、その薬剤を、いつ、どのくらい使用していたかについて、患者

さんやご家族の方が十分に把握していないことが少なくない。その辺りの情報を薬剤師の方に把握していただければ非常に有難い。

多田氏 薬剤師も退院時カンファレンスなど、退院前から積極的に関与していったほうがよいと思う。また、在宅医療の現場でかかりつけ医が薬剤を決定する際に薬剤師が同席していれば、その時点での剤形変更が可能となるなど、どうすれば服薬してもらえるかといった話し合いができる。薬剤師の関与は非常に意味があると考えている。

■脳卒中の医療連携における展望

長束氏 脳卒中における急性期から回復期の連携は各地域で確立されつつある。しかし、維持期では、いかに長期にわたって再発予防のための治療を続けていけるか、リハビリの連携ができるか、嚥下機能を評価できるかなど課題は多い。多職種で患者さんの情報を共有するとともに、役割分担をしていく必要があり、できるだけ多職種が集まる場に出席をして、意見を出していただきたい。本音が聞こえると互いにわかり合うことができ、情報提供できるようになる。医療側に対してあまり垣根を作らず、気軽に声をかけていただくことが、今後、維持期における地域連携を良くしていく一番のキーワードになるのではないかと考える。

情報提供

平成26年度診療報酬改定における かかりつけ医および薬局薬剤師に関する改定のポイント

株式会社イニシア 代表取締役社長・薬剤師 **田原 一氏**

平成26年度診療報酬改定では、入院医療における医療機関の機能分化・強化と連携の推進、外来医療における「主治医機能」、在宅医療の充実などが重要課題に位置付けられた。基本方針として、急性期を脱した後の病床の整備、「主治医機能」を果たす診療所・病院の優遇、在宅医療に積極的な診療所・病院の優遇などが掲げられており、本セミナーのテーマで

ある地域医療連携が大きく進むことが予想される。在宅医療に関しては、参画する医療機関の増加が見込まれるとともに、訪問看護ステーション、薬局の24時間対応要請が増加する可能性も考えられる。また、今回の改定は地域包括ケアを強く意識したものである。このことは、地域包括診療加算、地域包括ケア病棟入院料などの新設という形で色濃く反映されている。

本セミナーは、沢井製薬 医療関係者向け情報サイト **[sawai medical site]** にてご視聴いただけます。

<http://med.sawai.co.jp/topics/seminar/> または **検索 沢井製薬 Webセミナー** でアクセスしてください。