

4 地域ケアの視点からの療養モデル —脳卒中、神経難病—

● 疾患別医療連携推進の取り組み

東京都と東京都医師会では 2003（平成 15）年度から、都民に疾患や病状に応じた適切な医療を、身近な地域で提供するため、二次保健医療圏ごとに、患者の疾患（主に生活習慣病）や状況（急性期～回復期～維持期）に応じて、外来診療（プライマリ・ケア）から専門的な入院医療、退院後のフォローに至るまで、効率的な連携による医療提供体制を構築する取り組みを行っている。

二次保健医療圏ごとに協議組織（地区三師会〈医師会、歯科医師会、薬剤師会〉、中核病院、保健所などで構成）を設置し、医療連携にかかる具体的な課題を協議して、医療連携に必要な情報の共有、より多くの住民を適切な医療へ誘導する方策の検討、住民や医療機関に対する普及啓発の実施などを行っている。2006（平成 18）年 11 月現在、区部 4 圏域（区中央部、区南部、区東北部、区東部）と多摩 5 圏域で実施されている。疾患種別は脳卒中、糖尿病、心疾患、認知症などである（図 3、4）。

図 3 疾病別医療連携の取り組み状況

疾患別医療連携推進の実施圏域：（平成 18 年 11 月現在） 東京都福祉保健局提供

圏域		実施年度	対象疾病	圏域		実施年度	対象疾病
区部	区中央部	H16～3 年目	脳卒中	多摩	北多摩南部	H17～2 年目	糖尿病
	区南部	H16～3 年目	糖尿病		北多摩北部		認知症
	区東北部*	H15～終了	脳卒中		南多摩		脳血管疾患
		H18～1 年目	糖尿病		北多摩西部		脳卒中 心疾患
	区東部	H18～1 年目	糖尿病		西多摩		脳卒中

※区東北部の H 18 ～は予定

図 4-1 疾患別医療連携取組例（脳卒中）

検討結果に基づく実際の取組内容は、圏域ごとに異なる。

脳卒中

【脳卒中の現状】

- ・日本人の死因の第3位（H16人口動態統計）
- ・脳卒中による総患者数は、約137万人（H14患者調査）
- ・要介護原因の第1位（約27.7%）（H13国民生活の基礎調査）

【取組例】

- 患者の状態に応じて必要となる医療機能、技術、設備などの基準を地域で協議
この基準に基づき、圏域内の医療資源を調査。脳卒中医療連携リストを作成。
- 都民に予防法や対処法を普及啓発・医療関係者に治療法やリハビリテーションに関する講習会を実施

【期待される効果】

- ◆連携リストの活用 → 患者が症状に応じた適時・適切な医療（血栓溶解療法、早期リハビリテーション、重点的な回復リハビリテーションなど）を受けられるようになる。
- 予後の改善
- ◆都民への普及啓発 → 発症予防、予後の改善
- ◆医療関係者への普及啓発 → 医療関係者の資質の向上。
患者に対して、適時・適切な医療を提供。
→ 予後の改善

危険因子は、
高血圧、糖尿病、喫煙、
大量飲酒、心房細動、肥満

発症予防・予後の改善 要介護者の抑制にも貢献

●連携のイメージ図

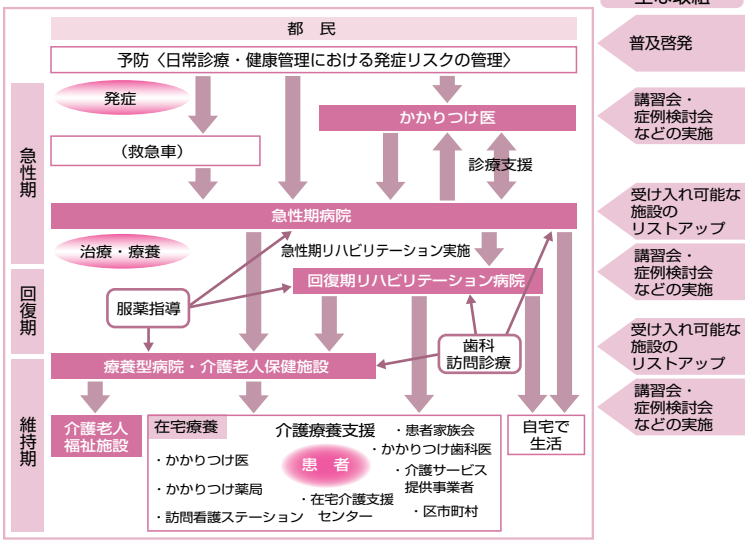


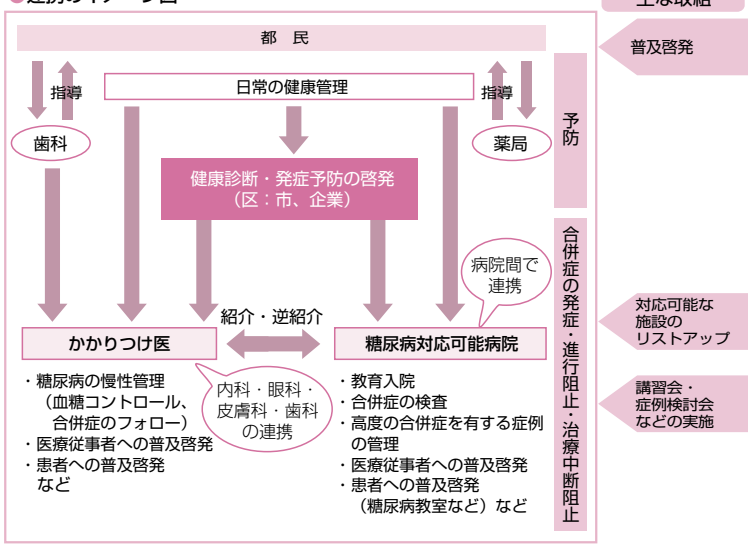
図 4 - 2 疾患別医療連携取組例（糖尿病）

糖尿病

- 【糖尿病の現状】
- ・総患者数は、約 228 万人（H 11 に比べて 8% 増）（H 14 患者調査）
 - ・「糖尿病が強く疑われる人」は約 740 万人、「糖尿病の可能性を否定できない人」は約 880 万人
 - 成人の 6 人に 1 人は糖尿病かその予備軍（H 14 糖尿病実態調査）
 - ・脳卒中、虚血性心疾患などの発症、進展を促進する原因
 - ・放置すると網膜症、腎症、神経障害などの合併症を引き起こす。
- 【取組例】
- 医療機関相互の役割分担の明確化（医療連携リストの作成）
 - 都民・医療関係者への糖尿病の治療法、対処法の普及啓発
 - 発症予防、発症患者の自己管理の支援
- 【期待される効果】 ◆連携リストの活用、受け皿の拡充
- 患者が症状に応じた適時・適切な医療（教育入院、かかりつけ医の慢性管理など）を受けられるようになる。
 - 症状の適正管理、進行阻止
- ◆都民への普及啓発 → 発症予防、症状の進行阻止
- ◆医療関係者への普及啓発
- 医療関係者の資質の向上。適時・適切な医療を提供。
 - 症状の適正管理、進行阻止

発症予防・適正管理により重症化を抑制

●連携のイメージ図



● 地域ケアとクリティカルパス

地域ケアの充実のための「疾患別の地域ケアのクリティカルパス」の導入は、以前から試行されてきたが、国の医療制度改革大綱にも盛り込まれ、浸透しつつある。これは、一医療機関内にとどまるパスではなく、急性期から慢性期医療機関、医療機関から介護施設、病院リハビリテーションから地域リハビリテーションへと、療養者が多様な地域資源を行き来して利用するとき、情報と療養のマネジメントを一元的に提供するために、地域で次々と引き継がれるパスとイメージされる。事例としてに実際に運用が行われている北多摩南部の地域連携計画書を示す（図5）。「シームレスケア」という言葉で、こうした一元的連携体制づくりに取り組んでいる地域もある。

療養者のQOLの支援は、急性期治療の入院時から多職種協働により始まる。まず、患者や家族との面談、入院治療計画の説明から、地域ケアのクリティカルパスが始動する。療養者が段階的に現状を受け入れ、療養の道筋を選択することに寄り添い、在宅支援の必要性や方向性の確認を行い、短い入院期間の中で、患者や家族への指導・援助、地域の保健・医療・福祉サービス機関との退院調整を行う必要がある。病状や治療の経過、QOLの達成目標や説明と同意の内容などとともに、療養関連情報がきめ細かく引き継がれて行く必要がある。

また、高齢者の生活機能低下の主要原因疾患である脳梗塞のように、発症後の迅速なトリアージと専門医療機関への搬送が、TPAによる血行再建治療の適応を左右し、予後に大きな影響をおよぼすような疾患にも、地域ケアのクリティカルパスの機能が期待される。地域ケアのクリティカルパスの基本は、あらかじめ今ある地域資源の機能と役割を明確化し、早期診断、病状のトリアージ、治療選択基準、移送手順、情報連携フォーマットなどを共有し、急性期リハビリテーションや維持的リハビリテーションの適正な提供を確実にし、療養が引き次がれる各段階において、QOLの達成目標が引き継がれ、一貫した情報伝達と療養の質やリスクのマネジメントが遂行されることにあろう。

図5 北多摩南部 地域連携診療計画書（その1）

[illegible]

●「北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書 運用の手引」は
(<http://www.musashino.jrc.or.jp>) よりダウンロードできます。

北多摩南部 地域連携診療計画書 (その2)

[illegible]

●「北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書 運用の手引」は
(<http://www.musashino.irc.or.jp>) よりダウンロードできます。

地域連携診療計画書（その3）

[illegible]

北多摩南部 地域連携診療計画書 (その4)

地位連携診療計画書 (その4)

- 自宅退院後3～6か月の時点で様子を元に、在宅生活を支える方々と急性期治療の先生方との相談の機会です。
- リハビリの欄は、リハビリスタッフに限らず、記入できる方ならどなたが記入しても構いません。
- 在宅診療のかかりつけ医からの紹介状の添付書類として活用してください。

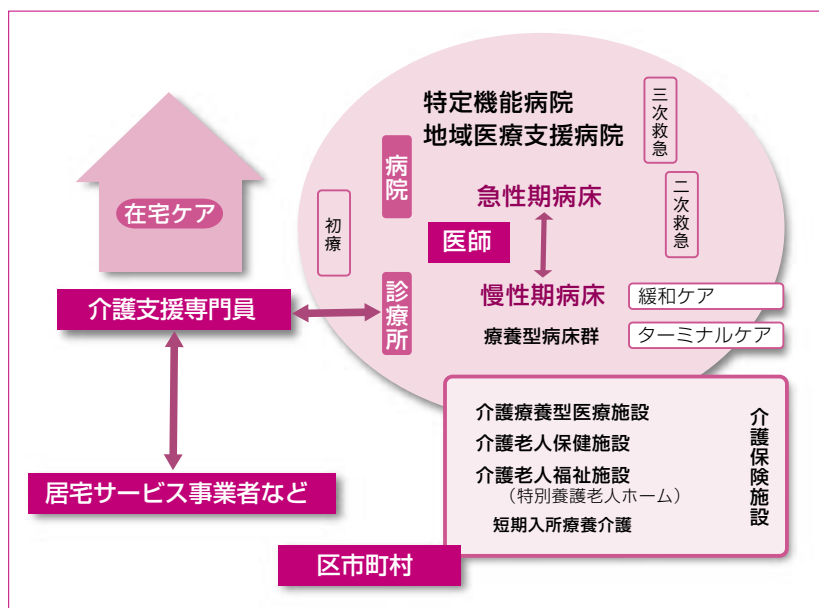
氏名		ご家族・キーパーソン (お名前、続柄など)						
様 (男 女)								
生年月日 西暦 19 年 月 日 () 歳		現住所: 緊急連絡先: Tel ()						
日頃の生活の様子 (内服薬、自己注射、活動内容、自主訓練など)								
生活状況 ご本人・ご家族から	利用しているサービス							
	0 3 6 9 12 15 18 21 24							
	在宅ケア							
	※必要なサービスを番号で記入する。 ①居宅療養管理指導 ②訪問看護 ③訪問介護 ④訪問リハビリ ⑤通所リハビリ ⑥訪問入浴 ⑦施設入浴 ⑧配食							
	サービス	月	火	水	木	金	土	日
午前								
午後								
ご家族								
看護・介護 変更 内容	☐ 看護サマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 障害自立度(寝たきり度) (J A B C - 1 2) 認知高齢者生活度 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長() cm 体重() kg:増減() kg/近3か月 栄養状態(良 不良) 利き手(右 左) 義歯□有(上 下)			☐ リハビリサマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 FIM 合計: これまでの訓練目標と見込み				
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助 ☐ 経口:主食(米飯 粥) 副食(常 ぎざみ) ☐ 経管(経鼻 経胃)() Fr 交換() 週ごと			運動: 在宅で継続していること 認知: 回避していること (過介助等)				
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 常時見守り ☐ 介助 排便回数() 回/日 夜間排便() 回 排便回数() 回/日 最終排便日(/) オムツ 尿器 トイレ ポータルトイレ②(血 夜のみ) ストマ 膀胱ろう 尿道カテーテル() Fr 交換() 週ごと			補助具と装具 (今後の修正、更新) 必要なリハサービス 機能低下時のリハビリ相談先:				
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助 (軽 中 重)			日常生活機能評価表				
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助 (軽 中 重)			0点 1点 2点 どちらかの手を胸元まで持ち上げる なし あり 寝返り できる できない できない 起き上がり できる できない できない 座位保持 できる 支えがあればできる できない 移動 できる 見守りか一部介助 できない 移動方法 介助不要 要介助か搬送 口腔清潔 できる できない 全介助 食事摂取 介助なし 一部介助 全介助 衣服の着脱 介助なし 一部介助 全介助 他者への意思の伝達 できる できる時とできない時がある できない 診療・療養上の指示が通じる はい いいえ 危険行動への対応 なし ある				
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 介助 (軽 中 重)			合計点 (0～19) 点				
	移動 屋内 屋外 歩行 自立 伝い歩き 見守り 介助 自立 補助具使用 介助 車いす 自操 見守り 介助 自操 見守り 介助 歩行杖 自操 見守り 介助 自操 見守り 介助 杖 ロフトランド杖 四点杖 杖 ロフトランド杖 四点杖							
	段差 自立 手すり使用 介助 外出介助必要							
	☐ 吸痰 ☐ 別紙参照							
	☐ 床ずれ ☐ 別紙参照							
ケアマネジャーなどの介護援助者からの意見・相談								
記入日: 年 月 日 記入者:								
かかりつけ医からの意見・相談 (通院時・往診時の様子など)								
記入日: 年 月 日 記入者:								
急性期治療医からの意見・お願い (今後の受療時間・検査の必要性など)								
私は地域連携に基づく診療計画に関する説明を受けました。書かれた内容が病院・施設間の連絡調整等に使用されることに同意します。								
記入日: 年 月 日 記入者: 説明・同意日: 年 月 日 本人、家族の署名:								

- 「北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書 運用の手引」は
(<http://www.musashino.jrc.or.jp>) よりダウンロードできます。

● 脳卒中

脳卒中は、発症早期は病院・診療所の急性期病床にて初期治療が実施される。その後、症状の安定を待って、リハビリテーション中心の「回復期リハビリテーション病棟」または「亜急性期病床」や「療養型病床群」などの慢性期病床へ転床する。その後は病院を退院し、介護保険施設への入所か在宅ケアへ移行となる（図 6）。

図 6 地域包括ケアにおける連携



(1) 各地域における在宅ケア連携システム

地域での在宅ケアサービスシステムは一律ではなく、全国各地域で特色が認められる。以下、利用者の立場から見た主なシステムを紹介する。

図7 在宅介護支援センターが中心となるシステム

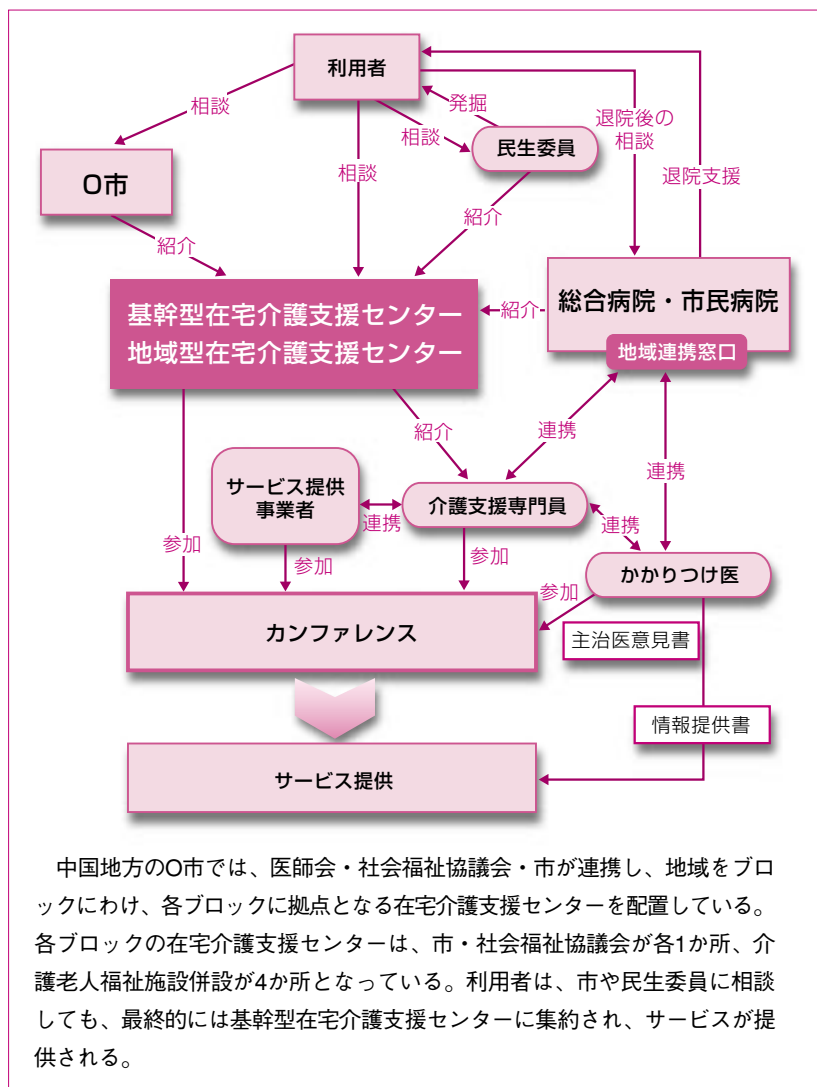


図 8 地域の病院が中心となるシステム

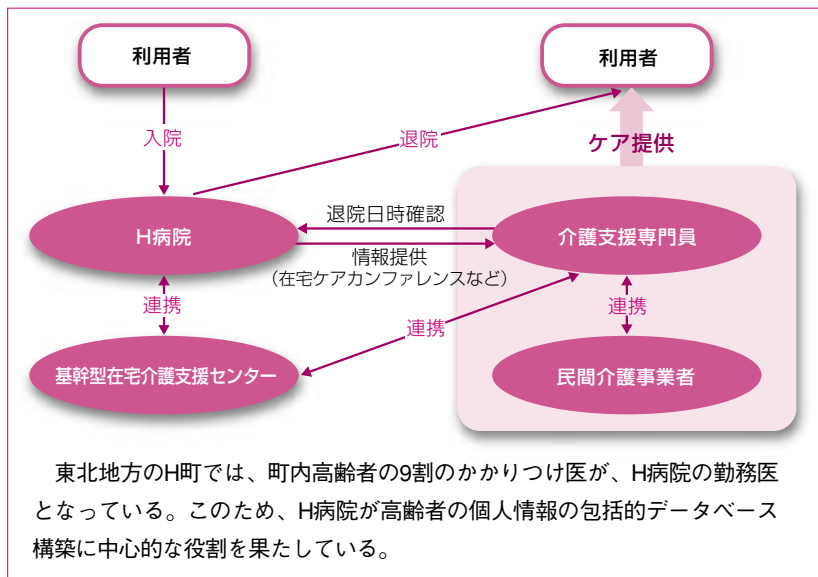


図 9 保健福祉総合相談ネットワークによるシステム

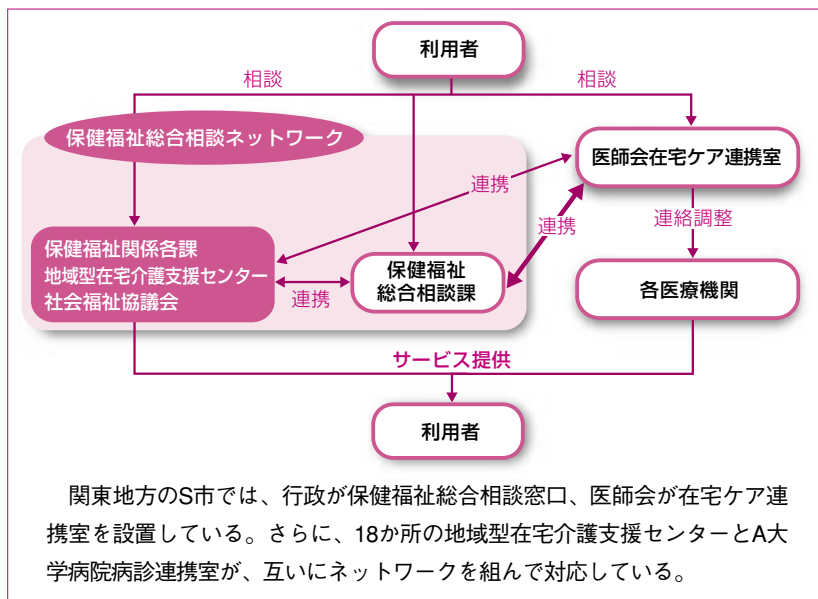
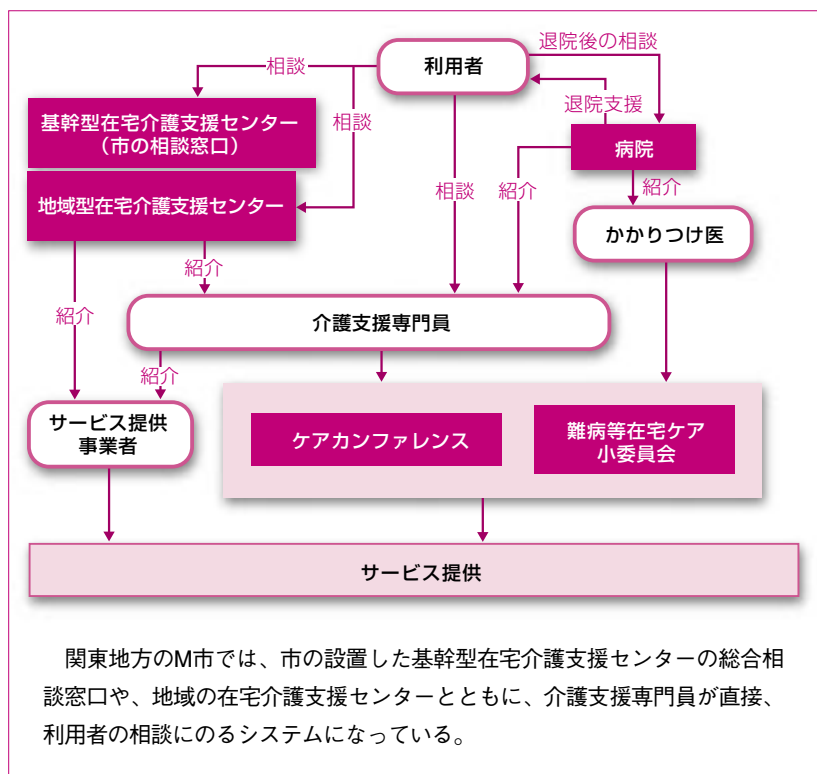


図 10 利用者が在宅介護支援センターか介護支援専門員に
直接相談するシステム



● 神経難病

難病という名称が社会的に取り上げられたのは、1965（昭和 40）年にスモン（SMON：亜急性脊髄視神経末梢神経障害）において医学的対応に迫られた厚生省（現・厚生労働省）が、国の大型研究班によるプロジェクト方式として取り組んだことがきっかけだった。1972（昭和 47）年には難病対策要綱ができ、数々の特定疾病が年ごとに認定され、現在では多数の疾病の治療に取り組んでいる。

厚生労働省の難病対策としては、公費負担などの助成はもちろんのこと、さらに 1989（平成元）年には、地域における保健医療福祉の充実・連

携が追加され、重症難病患者の包括的・継続的地域ケアシステムが構築された。現在では、その保健・医療・福祉の包括的なサービス提供が地域で展開されている。

前述の経緯により、難病として疾病は多数認定されているが、地域包括ケアにおいて、在宅での介護が必要な神経系疾患に限定すれば、以下にある6疾患の頻度が高い。

- ・パーキンソン病（PD）
- ・筋萎縮性側索硬化症（ALS）
- ・脊髄小脳変性症（SCD）
- ・後縦靱帯骨化症（OPLL）
- ・多発性硬化症（MS）
- ・重症筋無力症（MG）

この6疾患は、介護保険の申請率もほかの難病疾病に比べて極めて高く、発症からターミナルステージになるまでに、病気の進行に合わせて、それぞれの立場での対応が必要となる。

医学的には、診断・治療・管理において、入院精査から長期にわたる在宅療養の対応が求められる。その長期にわたる療養モデルの中で、疾病の各段階において、病院と診療所の連携、保健所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、ボランティアが有機的に連携し合い、患者の地域ケアシステムがなされる。行政は介護保険を通して関与し、介護支援専門員は介護サービス計画を作成し関与する。

また、各職種の参加によるケアカンファレンスが開催され、地域包括ケアとなる。そのほかのサービスとして、入浴サービス、ショートステイも積極的に活用されている。

行政との連携では、医師会に在宅難病患者訪問診療事業があり、医療チーム（専門医師、担当医師、看護師、保健師ら）が難病患者を訪問し、治療の指導を行っている。

難病患者のケアの特殊性は、①長期にわたる進行性の病人に対するケア、②重篤な知覚運動障害者のADL援助、③介護力の乏しい家庭でのケア、④医療不信の患者に対するケア、⑤包括的・継続的な地域ケアシステムの必要性にある。

医療機器を取り上げても、経管栄養チューブ、持続導尿カテーテル、吸引器、気管カニューレ、人工呼吸器、吸入器、中心静脈栄養などを、重症の寝たきり患者が使用している。多くの場合、家庭には介護者がいて在宅医療が成り立っているが、家族介護者の60%が患者の配偶者、14%が父母で、多くは高齢で介護力も乏しく、患者の看病に追われて家事ができなかったり、緊張した毎日に疲れはてていたりすることも多い。こうした家族を支援するためには、それなりのサポートが必要であり、介護保険制度の生活援助・身体介護ヘルパーも重要な位置づけにある。また、介護保険制度での訪問看護師による医学的な看護は、難病患者になくてはならない存在となっている。

なお、在宅難病患者訪問診療事業において、疾患別で多いパーキンソン病と筋萎縮性側索硬化症について、特に触れておきたい。

(1) パーキンソン病 (PD)

50歳前後から高齢になるにしたがって、脳血管障害や認知症でもないのに動作が遅くなり、転倒しやすくなったり手指の巧緻性が低下したりする。安静時振戦、筋固縮、無動、姿勢障害を主とする。慢性経過が特徴で、進行も緩徐であり、病初期で確定診断が無理な場合、経過で診断が確定していく。病気が慢性期になれば、医学的対応やリハビリテーションが必要となり、廃用症候群にならないよう、介護および支援も重要となる。

治療薬のレボドーパやドパミン作動薬にて、一定期間症状を改善する。薬の投与にかかわらず、病期に変化はなかったが、新薬の開発で病期の延長も期待されている。発病初期や軽症者は、正しい服薬で社会生活が維持できるが、長期的には症状は進行し、薬の効果は持続しなくなり、無表情となって反応低下となる。この時期に時間をかけてコミュニケーションをとることで、QOLの改善が望める。頻尿・便秘もある。幻視・妄想も特徴的な症状であるが、友人や死んだ人が訪ねたり、小動物が見えたりといったおとなしいものが多い。時として、動けないと思っていても徘徊することもある。

定期的な体操や理学療法、作業療法でQOLの向上が可能である。転

倒に注意する必要がある、骨折すると寝たきりとなり、廃用症候群になる可能性が高い。

（２）筋萎縮性側索硬化症（ALS）

パーキンソン病より年齢層もやや若く、若年から発症することもある。手足の筋肉が進行性に萎縮し、数年で四肢麻痺となって嚥下障害が起こり、呼吸筋も麻痺する。人工呼吸器を長期につけると、すべての筋肉が動かなくなり、対光反射もなく脳波もなくなる。

経過は急性進行性で、進行の順序はさまざまであるが、感覚や知能は正常である。病気の経過で呼吸器療法を選択するかは大きな問題となるが、選択すれば 24 時間の喀痰吸引は必須である。

感覚障害がないため、臥床に伴い四肢の違和感、しびれ感、関節の痛みを強く感じることも多く、体位変換や枕の位置を変えるなど、細かな介護が必要となる。

この病気は進行が早く、医療処置も多く、家族だけでは対応がむずかしいので、包括的ケアが最も望まれる。患者・家族会も充実しているが、病院や在宅医療機関はもとより、行政やボランティアのネットワークが試される。喀痰吸引は医療機関内では医療行為として医療職が行うが、看護職の少ない施設療養や、家族の負担の大きい在宅療養における喀痰吸引については、生活支援行為として、一定の安全管理を前提として、非医療職のかかわりが許容されつつある（「第 4 章 3 看護師や介護職員の医療（補助）行為について」338 頁参照）。