

【東京ブロック】

東
京

〔事例 1〕

「特定健診保健指導全国調査から見えるもの」

事例提供者

大井 照 （千代田区千代田保健所長）

事例名	【事例１】特定健診保健指導全国調査から見えるもの
事例提供者名	大井 照（千代田区千代田保健所長）
コメント （１）成功要因分析	１．地域住民の健康問題を保健所が第一義的に担うとする所長と職員の意識が重要である ２．地域の健康特性を実態調査や健診データ分析により把握し、課題解決の目標を明らかにして事業者や住民と共有化を図ることが決めてとなる（情報の提供と知識の普及啓発） ３．地域住民や関係機関からなる既存の会議を活用し、課題解決の目標に向けて支援していく
（２）事例からみた医療連携	地域・職域連携推進事業の取り組みとして推進会議を設置して働き盛りの課題である糖尿病、肝がん、タバコ対策部会での普及・定着活動を精力的に実施（佐賀中央保健福祉事務所）また、商工会健康講座やモデル事業支援をしながら連携調整を図っている。（奈良県郡山保健所）や特定健診等実施計画策定に関しては、国保部門に対し、支援や策定に関与した保健所が多かった。
（３）保健所の関与の可能性と役割	保健所が特定健診・保健指導を直接実施しない場合でも、地域の公平、中立的な立場で関係機関の調整役にまわり、健診等の情報の集約や健診等のデータの分析により、事業の効果、評価を科学的に検証していくことで関与することが期待されている。保健所は地域住民の生活習慣病予防対策においてハイリスクだけでなく、ポピュレーションアプローチに対しても効果的な実施方法や評価方法についても助言や支援をしていく役割を持つ。

平成20年度東京ブロック研修
「特定健診保健指導全国調査から
見えるもの」

平成19年度地域保健総合推進事業
「医療制度改革における生活習慣病対策に関する
市区型と県型保健所の役割の検討」結果より

千代田区千代田保健所長

大井 照

事業実施目的

医療制度改革における生活習慣病対策の見直しに関し、既存の市民健診、がん検診と平成20年度からの特定健診・特定保健指導とのデータ・手法面での連続性の確保と分析を行い、県型、市区型保健所において新たな生活習慣病対策を円滑に実施する方策を検討する

アンケート調査

実施時期

平成19年 7月

平成19年12月（市区型保健所のみ追加調査）

対象

- ・ 県型保健所：47都道府県
- ・ 市区型保健所：83市区

回収率

7月・県型保健所：47/47（100%）

・ 市区型保健所：63/83（75.9%）

指定都市(13*)、中核市等(28)、特別区(22)

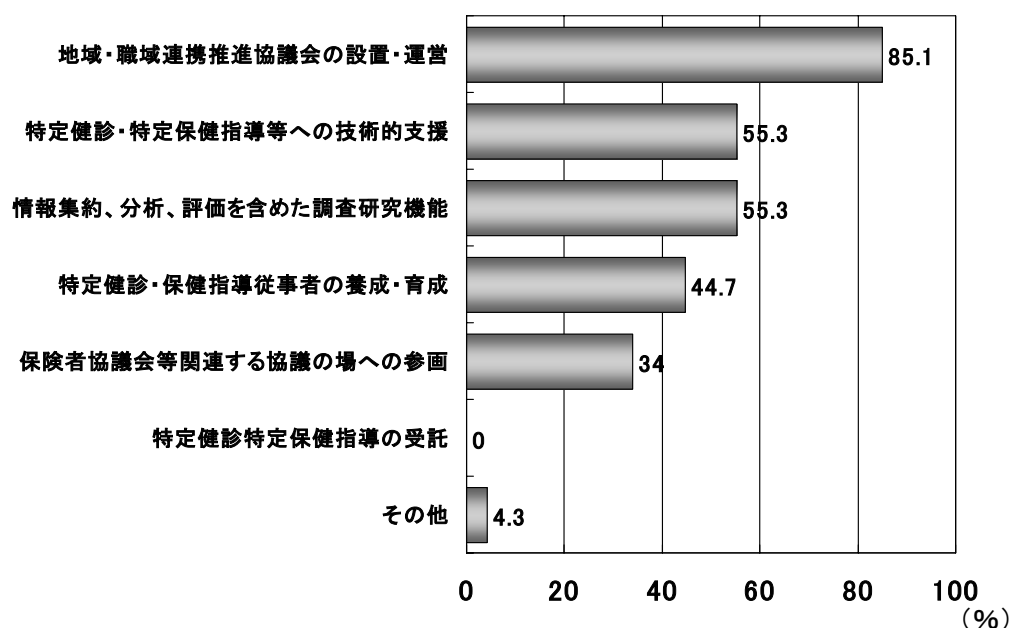
12月・市区型保健所：52/83（62.7%）

指定都市(12*)、中核市等(22)、特別区(18)

*指定都市の複数保健所は市代表1保健所とした。

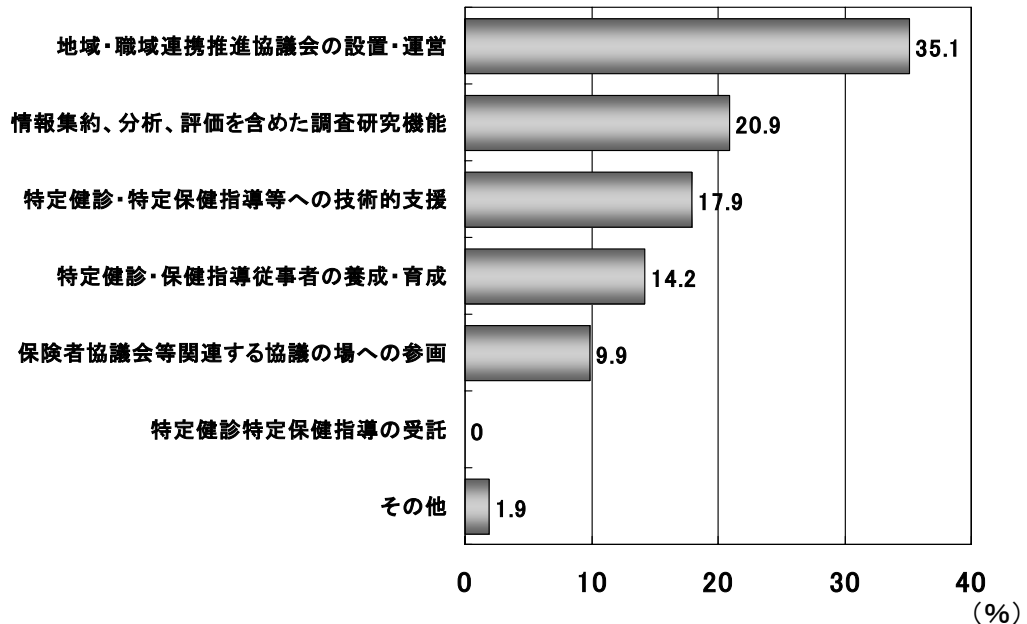
平成20年度以降取り組み予定事項（県型保健所）

重複回答可



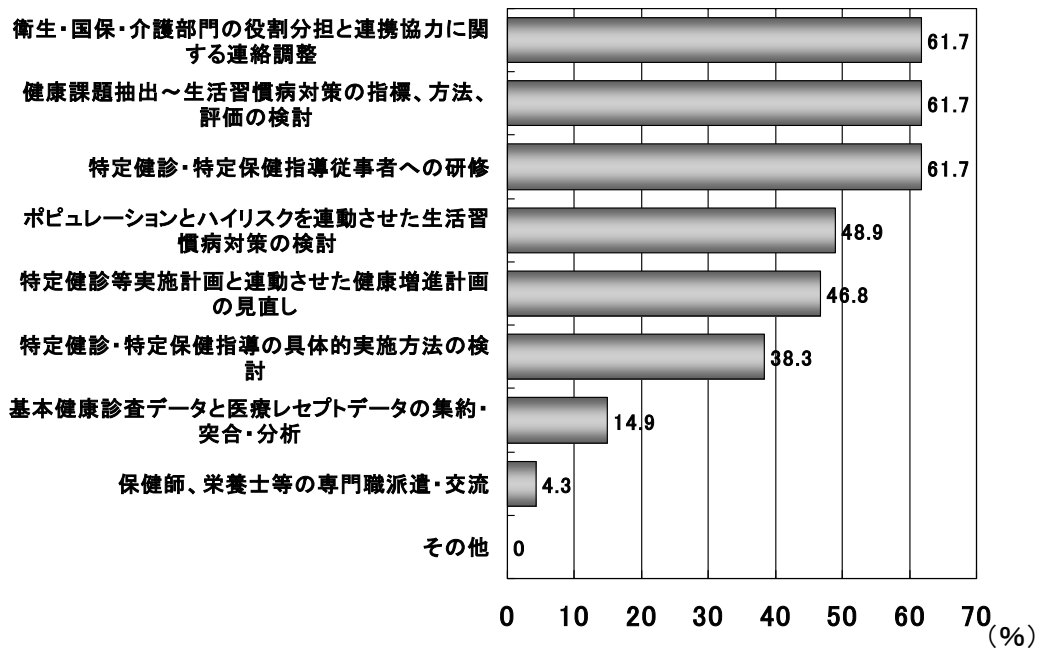
平成20年度以降取り組みの優先度(県型保健所)

重複回答可

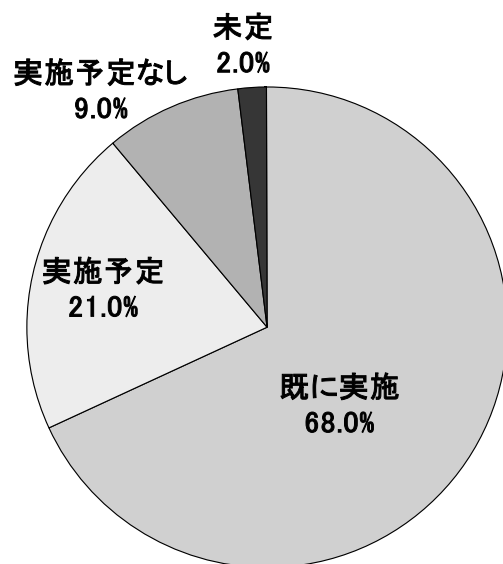


平成19年度に実施している市町村支援内容(県型)

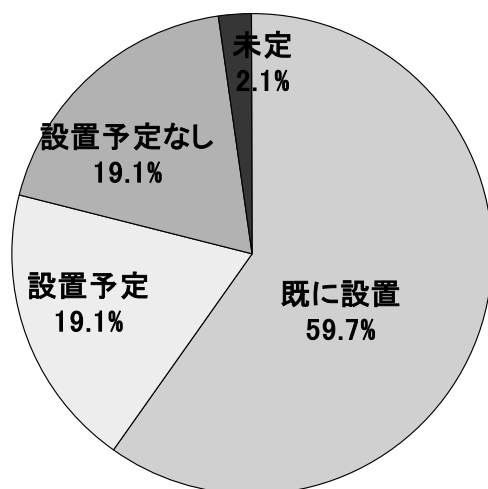
重複回答可



地域・職域連携推進事業の実施状況（県型保健所）

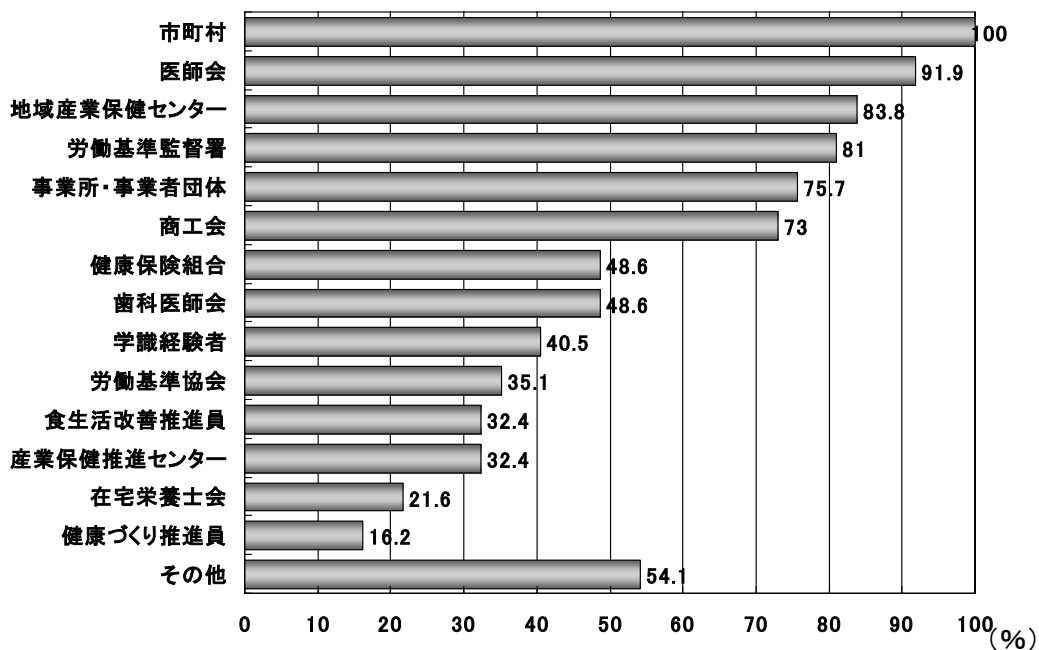


地域・職域連携推進協議会の設置状況（県型保健所）



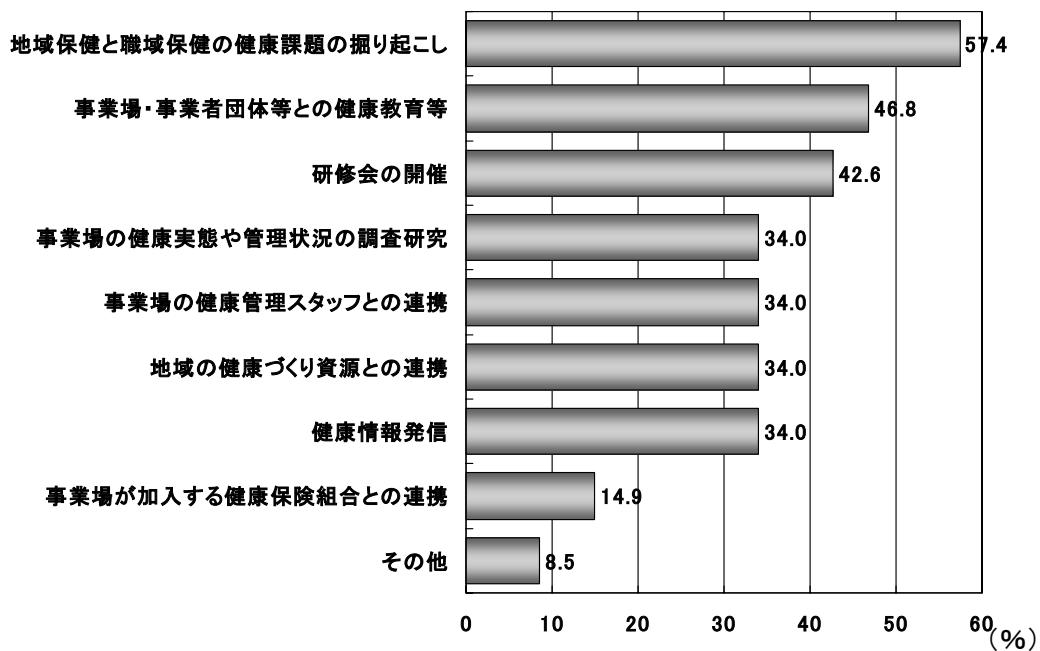
地域・職域連携推進協議会構成メンバー(県型)

n=37 重複回答可

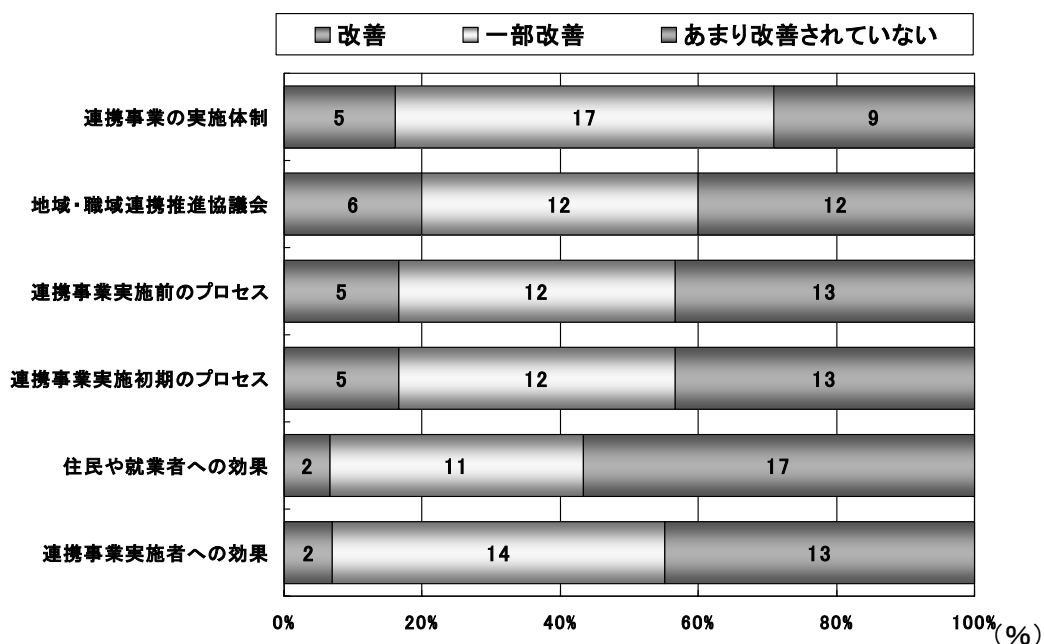


地域・職域連携推進事業の働き盛りへの係わり(県型)

n=47 重複回答可



地域・職域連携推進事業の評価状況(県型)



地域・職域連携推進事業についての自由意見1 (県型保健所)

- 県型保健所の大半は、地域・職域連携推進事業の重要性を認識し、積極的に推進している。ただ、どうしても地域保健主導で推進している状況にあり、地域と職域の相互理解にはまだ時間を要するとの意見であった。

地域・職域連携推進事業についての自由意見2（県型）

- 具体的連携項目としては、特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた取り組みをはじめ、喫煙対策、心の健康づくり、うつ対策や自殺対策等健康づくりの幅広い課題に取り組んでいる。また地域づくりに視点をおいた生活習慣病予防に取り組んでいるところや、先進的取り組みとしては、佐賀市の事例では、糖尿病部会や肝炎対策を協議会のテーマとして推進している。

地域・職域連携推進事業についての自由意見3（県型）

- 小規模事業所については、一様に、事業主の意識が低いことと健康づくりの基盤が泥弱であるとの指摘があり、定期健康診断すら実施していない事業所もあることが明らかになった。また、平成20年からの特定健診等についても十分な情報提供がなされていない等、明らかな情報格差も伺えた。

地域・職域連携推進事業についての自由意見4（県型）

- 事業評価については、事業実施1～2年目のところが多く、職域の健康づくりの改善についての効果判定は時期尚早との意見が多かった。

特定健診・特定保健指導実施に向けての
自由意見1（県型保健所）

- 県型保健所は、特定健診・特定保健指導の実施主体ではないため、会議、研修を通じた市町村支援や、部門間の調整を主とした役割と考えている。
- 関係部門との連携については、全体のネットワークづくりに取り組んでいるところもあれば、縦割りの中で全く連携がとれていないところもあり、取り組みの格差が大きい。さらに、県保険課や国保連合会が主催する会議や研修会との整合性や連携を、今後の課題としている。

特定健診・特定保健指導実施に向けての 自由意見2（県型保健所）

- 具体的な支援内容は、市町村の情報交換、特定保健指導等実施計画策定支援、特定保健指導の技術研修、地域特性を踏まえた健康なまちづくりの支援等がみられた。
- 課題としては、市町村のマンパワー不足、人材育成の必要性、アウトソーシング先の確保、未受診者や非該当への対策も含めたトータルとしての生活習慣病対策、特定健診と連動したポピュレーションアプローチの重要性やその評価方法、健診データの共有、住民や事業所への啓発方法等々、現時点で多くの課題が示された。

市区型保健所の7月調査結果 1

1. 保健所と国保部門との連携体制

・ 検討会を設置している	39 (62%)
・ 保健師等に兼務辞令が発令された	10 (16%)
・ 組織が一体化された	0 (0%)
・ その他	13 (21%)

2. 保健所の役割として本来行うべき事項

・ 健康情報集約～分析～発信の機能	43 (68%)
・ 医療機関、民間等が適切にサービスを指導・助言する機能	37 (59%)
・ データの集約、分析、評価する機能	35 (56%)
・ 研修会の開催	32 (51%)

市区型保健所の7月初回調査結果 2

3. 特定健診・保健指導の実施にあたっての課題

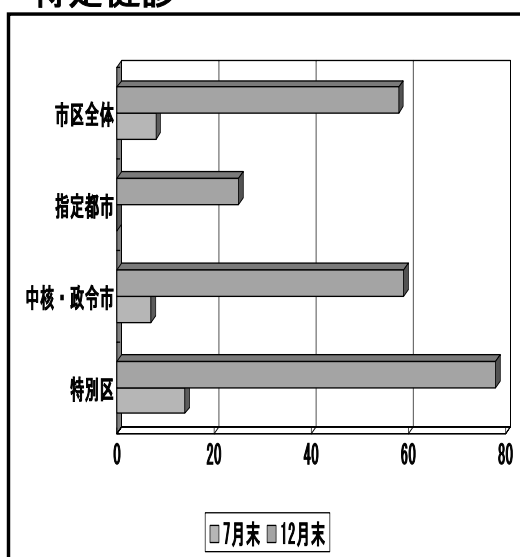
- | | |
|--------------------------------|----------|
| ・ 単価 / 様式の統一化 | 40 (64%) |
| ・ 機器 / 設備 / 人材を満たす拠点の不足 | 31 (49%) |
| ・ 保健指導が行える質を満たす拠点の不足 | 30 (48%) |
| ・ その他：現状体制による評価の困難、サービス提供量の不足等 | |

4. 計画・実施・評価等の実施の方向性(保健所数)

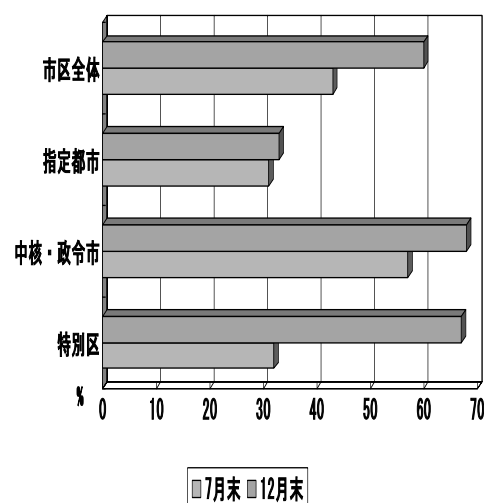
	保健所中心	関与	委託
・ 実施計画の策定	1	48	2
・ 特定健診の実施	5	18	46
・ 保健指導の実施	27	16	35
・ 情報の集約～効果検証	29	49	6
・ レプトの突合～分析～評価	17	52	4

特定健診・保健指導を実施する保健所の割合 (%) (平成19年7月と12月調査の比較)

特定健診

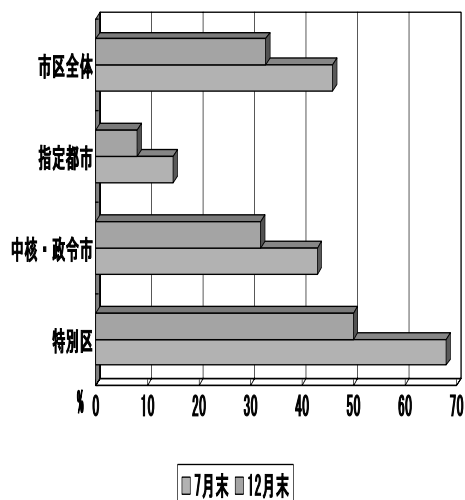


特定保健指導

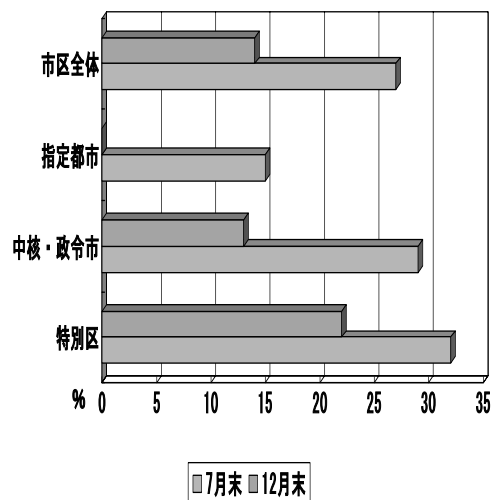


特定健診・保健指導事業の評価等を実施する保健所の割合(%)
(平成19年7月と12月調査の比較)

情報の集約・効果検証



レセプトとの突合/分析/評価



市区型保健所における初回（7月末）と再調査（12月末）の推移

- 組織再編した保健所は、前回と概ね同じ2割以内であった。
- 特定健診を実施する保健所は、前回8%から今回58%と大幅に増加。特定保健指導も初回の43%から今回60%に増加。
- 情報の集約・効果検証の実施は、初回46%であったが33%とやや減少した。
- 健診・保健指導と医療レセプトとの突合・分析・評価の実施は、初回27%から今回14%と減少した。

特定健診・保健指導の実施における課題 (%)

- 自治体間、保険者間の相互乗入れ、単価、様式等の統一化の問題 64%
- 特定健診保健指導が行える機器・設備・人材(専門職)等を満たす拠点がハード、ソフト両面に少なく、サービス提供量も少ない。 49%
- 特定健診・保健指導評価は現体制では困難 43%
- 特定健診・保健指導に従事するスタッフの育成機会が少ない。 43%

県型保健所からの提言1

1. 地域・職域連携推進事業は、働き盛り世代の健康づくりを推進するための中心的事業であり、今回、中小企業における地域保健と職域保健の意識の差が明らかになったことから、県型保健所においては、関係機関との連携の下、継続的な介入・支援が求められる。国においてもこのような状況に鑑み、一層の財政的・技術的支援をお願いしたい。

県型保健所からの提言2

2. 健康増進計画を推進するためには、特定健診・特定保健指導のみならず市町村衛生部門の保健事業を総合的に推進することが求められていることから、県型保健所においては、関係機関の連携協力の下、地域の健康情報の共有と総合的な推進・評価に努める。

県型保健所からの提言3

3. 地域の健康づくりを推進するためには、ハイリスクと連動したポピュレーションアプローチが求められているが、現時点ではポピュレーションアプローチの明確なガイドラインはない。県型保健所の役割として、特定健診等が導入されて以降の、生活習慣病に対する新たなポピュレーションアプローチのあり方について、効果的な実施方法や評価方法の検討が望まれる。

市型保健所の役割に関する課題と提言

- ・半数以上の保健所で国保部門との連携のため検討会の設置等を行っている。中核市等・特別区に比べ、指定都市では低い傾向があり、これは、指定都市では本事業を本庁が実施しているためと考えられる。
- ・半数程度の保健所が、特定健診・保健指導に直接関わらないと回答していた。
- ・特定健診・保健指導に関与しない保健所においては、生活習慣病予防対策としての保健活動を行う上で、健診データを含めた情報は地区診断に必須であり、何らかの関与方法を検索する必要がある。

市型保健所の役割に関する課題と提言

- 多くの保健所が、本来行うべき役割として、地域住民の健康情報を集約・分析・評価することと回答していたが、一方で事業全体のマネジメント機能と回答した保健所は18ヶ所と少なかった。
- 保健所が従来所管していた成人保健の質を確保するため、以下の事項等を明確にする必要がある。
 - 自治体組織として、地域の成人保健の質を確保する方策
 - 保健所(保健専門職)として、今後の関与方法を検討する必要がある

平成20年度の事業計画

- 県型保健所に対して地域・職域連携推進事業評価の達成状況の調査
- 市区型保健所に対して特定健診等の実施状況の調査。
- 国保被保険者の既存健診データと医療レセプトとの突合により、生活習慣病の医療特性を分析する
- 既存の市民健診データと特定健診データの継続性を担保する方策の検討
- 特定健診・保健指導マニュアルの有効性を検証し、見直しに向けての提言を行う。

平成19年度

地域保健総合推進時事業(保健所長会推薦事業)「医療制度改革における生活習慣病対策に関する市区型と県型保健所の役割の検討」

先進事例	県型保健所	奈良県郡山保健所	市区型保健所
	佐賀中部保健福祉事務所	奈良県郡山保健所	板橋区保健所
医療制度改革の取り組み 1地域・職域連携推進事業	①「佐賀中部域・生・活・」 いきいきを考える会」 【佐賀アクション21」 ②糖尿病対策部会 ③肝がん対策部会 ④今後はたばこ・歯科保健 普及定着を図る 設置	「地域職域健康づくり 推進連絡会議」 ①モデル事業所における 支援「健康づくり宣言」 ②商工会女性部健康づくり 事業および商工会健康講座 「メタボリックシンドローム とは・・・」 ③今後は小規模事業所の健康づくり 市単位にモデル事業支援し連携 改善6 小規模事業所においては、労安法に基づく 定期健康診断すらなかなか実施されておら ず、健康に対する意識も低い。地域職域連 携推進協議会を核として、商工会と連携 し、地域の健康づくり関連団体の協力をい ただきながら、小規模事業所をターゲットと した事業展開が重要である。	「組織の再編等」 特定健診・保健指導に対応する為 健診・保健指導担当準備課を 別組織で形成した
2地域・職域連携推進会議			
3地域・職域連携推進事業評価	改善5、一部改善1		
4実施計画の策定	市町村の実施計画策定の支援	実施計画と連動した健康増進計画 の見直し支援	実施計画の策定に関与 基本健診の分析、受診状況 国保被保険者の受信状況分析 健診結果分析、特定健診対象者 の推計、保健指導の階層化 出現率、国保の医療費分析、 生活習慣病対策の必要性 特定健診・保健指導は業者委託
5特定健診・保健指導の関わり	地域保健と職域保健の特定健診・ 保健指導等の認識に温度差がある。 ワーキンググループを糖尿病対策 肝疾患対策部会で各2回開催した 		

千代田保健所	尼崎市保健所	京都市保健所
国保部門・保健所との会議体 「健診のあり方検討会」医師会定例	「ヘルスアップ尼崎戦略事業」 平成17年度～3年間モデル事業 国保レセプト分析(H17) 生活習慣病の実態分析 ポプレーションアプローチのあり方 被保険者集団の疾病特徴と健診結果(H18)メタボ該当者の実態比較 保健指導にむけて学習教材など 評価方法(H18. 12月)ハイリスク者対策(人工透析など)	京都市保健衛生推進室 H19年全国衛生部長会地域保健総合推進事業「特定健診・保健指導の効果的推進のための課題抽出と改善に関する」政令指定都市対象実態調査 今後は、事業実施前後の状況把握 事業評価、精度管理を行う 「H19特定健診・保健指導モデル事業実施」 腹囲測定・特定健診実施、特定保健指導対象者の抽出。保健指導の実施 「京都市民健康づくりプラン」「京都市民
実施計画の策定に関与	実施計画の策定に関与	長寿すこやかプラン」など総合的に実施 主に検討。保健師・栄養士が国保部門へ異動。保健所組織の見直しが想定される 実施計画の策定は業者委託
特定健診・保健指導は保健所が業務委託	特定健診・保健指導は他の部署が実施	業者委託
健診については、以前から医師会へ委託しておりサービスの低下をきたさないことを原則にしているため特定以外の健診は一般財源から実施する方針。対象者も国保加入者以外の健保等の被扶養者や後期高齢者に対しても従来道理保健所で受けざるを得ない。年齢や加入保険別により国保・介護・保健と実施体制が分離しないような地域での実施体制を一体的、連携してとり組む必要がある。	特定保健指導は、保険料を財源として実施することとされているが、今後新たに需要が拡大する保健指導については、国・県による財政的支援が必要である。	実施体制はまだ未確定部分が多い。5、6月の基本健診時に特定健診のモデル実施をしており、その結果に基づいて、現在特定保健指導のモデル実施の準備中である。
情報の集約・効果検証を保健所と他の部署が実施	情報の集約・効果検証を他の部署が実施	情報の集約・効果検証を他の部署が実施
レセプトの集約・突合・分析・評価保健所が実施	業者委託	業者委託
夜間人口約4万人、中間人口約80万人、官公庁や大企業、大学、私立学校などが多い特別区である。	必要な特定保健指導を実施するために、保健師等のマンパワーの確保及び業務委託に伴う財政負担が課題となっているが、逼迫した市財政状況のもと、団塊世代の大量退職の時期を目前にして、専門職の新たな雇用も多くは望めない。問6でも述べたが、市町の衛生部門の保健師等を特定保健指導に利活用することで、国保財政にも資するとする国の考え方は、衛生部門の弱体化を招くことにつながりかねないと危惧している。	京都市のほぼ中央に位置し、人口8万4千弱、高齢化率24%と市内で東山区ついで高い。人口はここ数十年横ばい、出生数も5年間500人前後と変わらないが、高齢化は年々すすんでいる。管内に御所があり、西陣織などの伝統産業、茶道や能、狂言などの家元もあり歴史深い地域である。住民の自治意識は高く、保健委員や民生児童委員の活動も活発。最近ではマンションなどの建築もあり、新しい住民を地域活動にどう巻き込むかが課題となっている。

〔事例２〕

「東京都における脳卒中医療連携体制の構築に向けて」

事例提供者

櫻井 幸枝 （東京都福祉保健局医療政策部
副参事）

事例名	【事例２】東京都における脳卒中医療連携体制の構築に向けて
事例提供者名	櫻井 幸枝（東京都福祉保健局医療政策部副参事）
コメント （１）成功要因分析	●取組の意義と目標を関係者全員で共有 ●東京消防庁（MC協議会）との連携 ●協議会の委員構成の妙案（⇒協議会の発信力） ・各二次保健医療圏域代表者が参画 ⇒各圏域での取引の牽引役に ・関係診療分野におけるキーパーソンが参画 ・大所帯の会議になっても紛糾させない - 会長＆会長代理 ●脳卒中急性期治療を実施している医療機関全件へのアンケート調査による実態把握
（２）事例からみた医療連携	●医療連携の取組方法として、「疾病別」でどこまでやればよいのか、疑問はなきにしもあらずだが、「脳卒中」の「救急搬送体制の構築」に関しては、「疾病別」の取組に向いている喫緊の課題であったと思う。 ●その一方で、「脳卒中」の急性期から回復期や維持期、在宅療養へのシームレスな医療連携体制の整備にあたっては、脳卒中に焦点を絞らずに組む必要がある。
（３）保健所の関与の可能性と役割	●多摩部のように医療圏域ごとに保健所が地域医療連携の実質的な調整役として大きく機能している地域は、医療連携体制の構築が可能。また保健所からの示唆を事業企画に反映でき、取組に厚みが出る。 ●特別区域の場合、地域医療連携体制の構築にあたり、調整役が不在になりがち。現在は中核病院が事務局機能を担うかたちをとっているが、それを各区の保健所がサポートしてくれる関係が出来れば、地域医療連携体制はより円滑に構築されるのではないかと。しかし、自治体間での連携は悩ましいことも事実。現在の医療をめぐる厳しい状況において、これまでの枠組みを越えた地域医療を守る取組として、緩やかな自治体間連携という行政側の取り組み方も有効ではなかろうか。



東京都における 脳卒中医療連携体制の構築に向けて



平成20年8月21日

東京都福祉保健局医療政策部

副参事 櫻井幸枝

本日の予定

- ◆ 東京都脳卒中医療連携推進事業の概要
- ◆ 東京都脳卒中医療連携協議会の検討状況
- ◆ 各二次保健医療圏における取組
- ◆ 医療機能情報提供制度の推進
- ◆ 在宅医療の推進
- ◆ 療養病床の再編成

東京都 脳卒中 医療連携推進事業 の概要

東京都保健医療計画の第四次改定

改定時期

平成20年3月

計画期間

20年4月～25年3月（5年計画）

計画の特徴－4疾病・5事業ごとの連携体制の明示

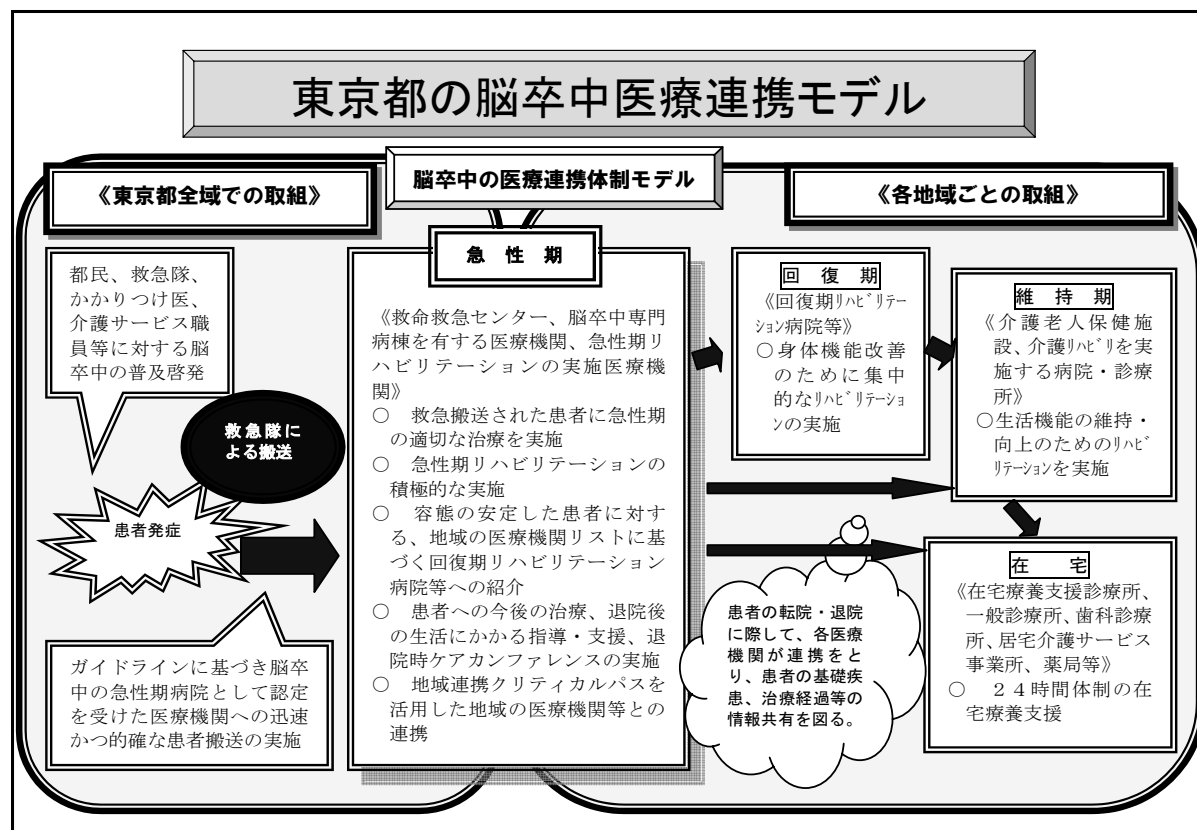
【4疾病】

がん ・ **脳卒中** ・ 急性心筋梗塞 ・ 糖尿病

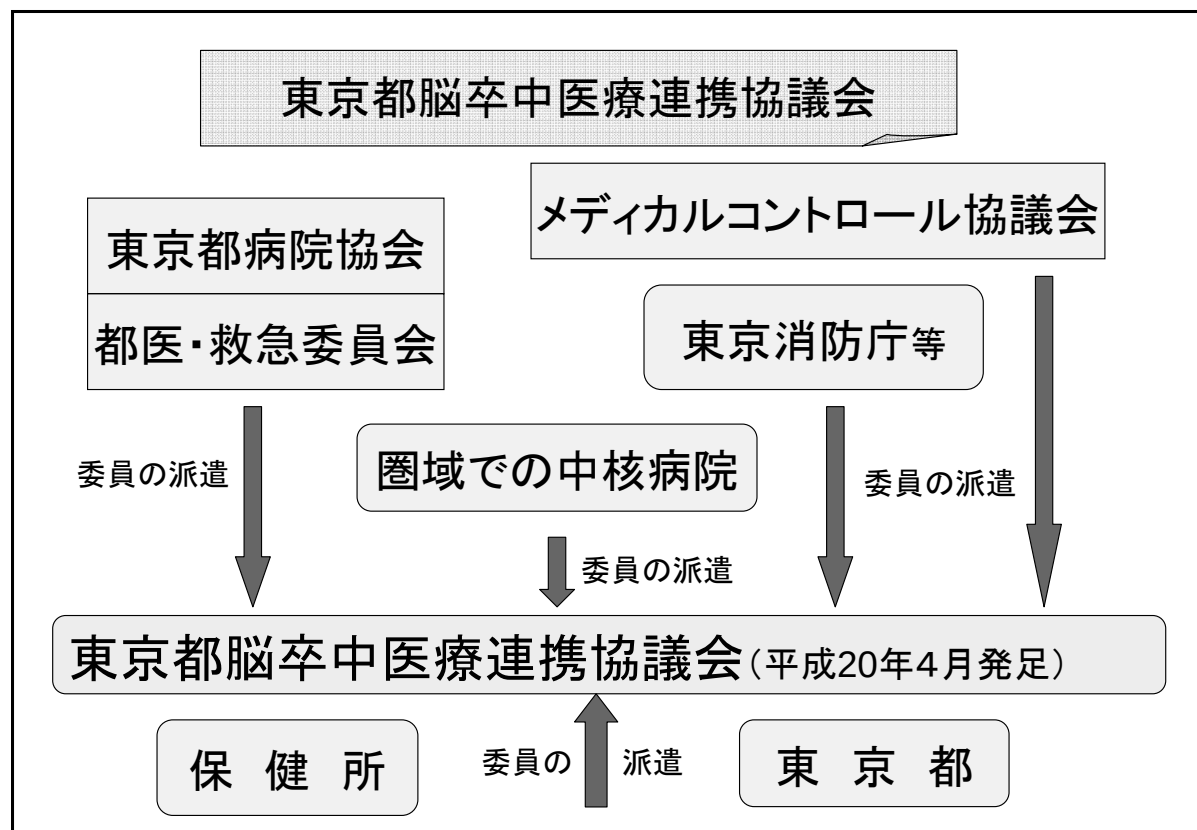
【5事業】

救急医療 ・ 災害医療 ・ へき地医療

周産期医療 ・ 小児救急を含む小児医療



東京都脳卒中 医療連携協議会 の検討状況



東京都脳卒中医療連携協議会 委員構成①			
区分	圏域等	氏 名	所 属 等
二次保健 医療圏 圏域代表	区中央部	○高木 誠	東京都済生会中央病院院長
	区南部	土居 浩	荏原病院脳神経外科部長
	区西南部	佐々木 勝	都立広尾病院副院長
	区西部	上坂 義和	国立国際医療センター戸山病院神経内科医長
		及川 明博	大久保病院脳神経外科部長 (オブザーバー)
	区西北部	丹正 勝久	日本大学医学部附属板橋病院副院長
	区東北部	糟谷 英俊	東京女子医科大学東医療センター脳神経外科部長
	区東部	竹村 信彦	都立墨東病院 脳神経外科部長
	西多摩	高橋 眞冬	青梅市立総合病院神経内科部長
	南多摩	北川 泰久	東海大学医学部附属八王子病院院長
	北多摩西部	高里 良男	国立病院機構災害医療センター副院長
	北多摩南部	富田 博樹	武蔵野赤十字病院院長
	北多摩北部	玉置 肇	西東京市医師会会長
学識 経験者		◎有賀 徹	昭和大学病院副院長
		大平 雅之	慶應義塾大学医学部神経内科助教、弁護士
		篠原 幸人	共済立川病院院長
		林 泰史	東京都リハビリテーション病院院長
		星野 晴彦	慶應義塾大学医学部神経内科准教授
		横田 裕行	日本医科大学附属病院高度救命救急センター教授

東京都脳卒中医療連携協議会 委員構成②

区分	圏域等	氏 名	所 属 等
東京都医師会 東京都病院協会		安藤 高夫	東京都医師会理事、東京都病院協会副会長
		近藤 太郎	東京都医師会理事
		石原 哲	東京都医師会救急委員長
		猪口 正孝	東京都病院協会常任理事
都立病院代表		設楽 信行	都立広尾病院院長
消防関係	東京消防庁	野口 英一	東京消防庁救急部長
		桂川 勇次	東京消防庁救急部救急指導課長
	東久留米市 消防本部	百々 義信	東久留米市消防本部消防長
	稲城市 消防本部	根岸 成男	稲城市消防本部消防長
行政関係	区部	中西 好子	練馬区保健所所長
	多摩部	赤穂 保	多摩立川保健所所長
	東京都	吉井 栄一郎	東京都福祉保健局医療政策部長
		大久保 さつき	東京都福祉保健局参事(医療改革推進担当)

東京都脳卒中医療連携協議会 —おもな検討事項—

- ◇脳卒中の急性期病院の認定基準(ガイドライン)
の作成、急性期病院の認定方法の検討
- ◇急性期病院の医療資源調査、医療連携の参加意向
の確認
- ◇患者発生時における救急隊と連携した速やかな
搬送体制の構築
- ◇搬送体制の評価・検証方法の検討
- ◇地域における標準的なクリティカルパスの提示
- ◇都民等に対する脳卒中の普及啓発活動

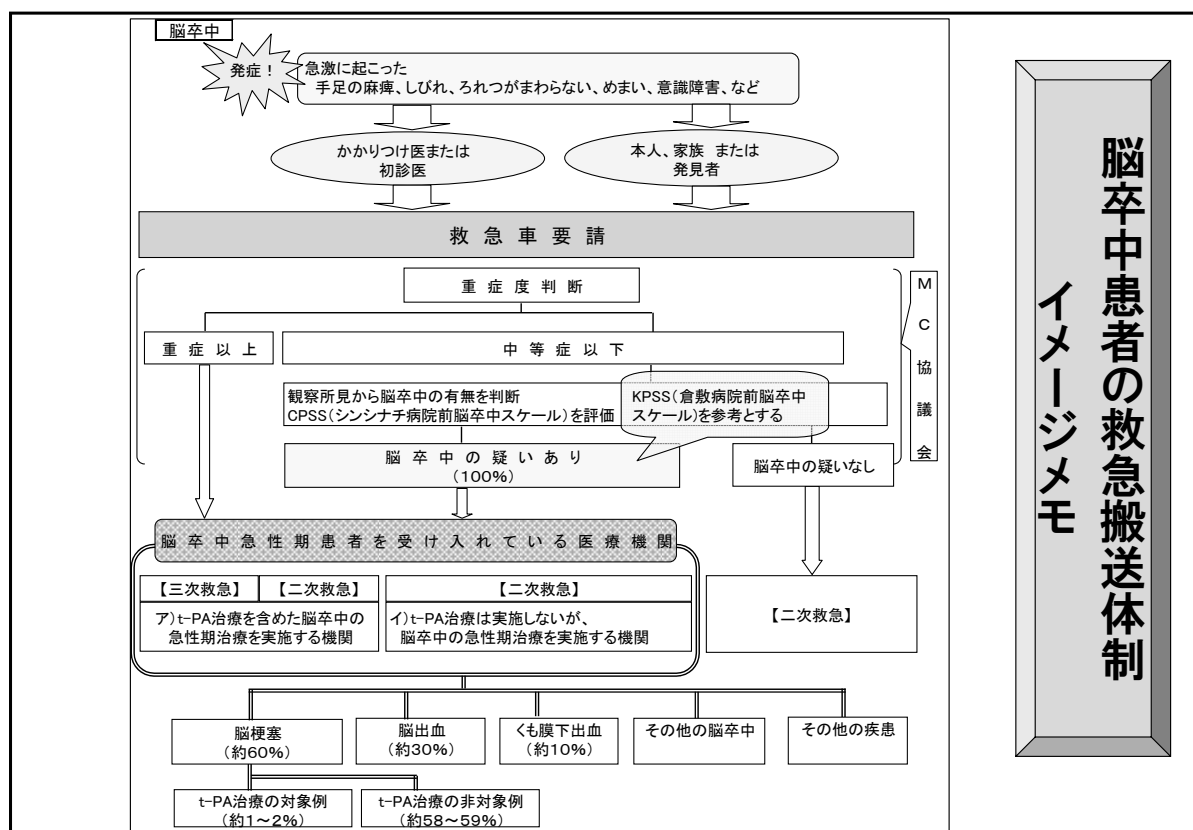
平成21年3月都内全域での脳卒中救急搬送本格スタート！

東京都脳卒中医療連携協議会 —おもな検討事項—

- ◇脳卒中の急性期病院の認定基準(ガイドライン)の作成、急性期病院の認定方法の検討
- ◇急性期病院の医療資源調査、医療連携の参加意向の確認
- ◇患者発生時における救急隊と連携した速やかな搬送体制の構築
- ◇搬送体制の評価・検証方法の検討
- ◇地域における標準的なクリティカルパスの提示
- ◇都民等に対する脳卒中の普及啓発活動

救急搬送体制の構築

平成21年3月都内全域での脳卒中救急搬送本格スタート！



脳卒中患者の救急搬送体制
イメージメモ

脳卒中急性期医療機関に関する実態把握 ～アンケート調査の実施～

対象	a)脳卒中急性期患者 受入医療機関 b)指定二次救急医療機関 及び三次救急医療機関	a)173施設 b)262施設 【再 掲】 a),b)ともに掲げている 医療機関149施設 ※施設数は 平成20年4月1日現在
調査 形式	アンケート調査	郵送
調査 期間	8月	送付、回収、集計

t - P A 治 療 に 係 る 施 設 基 準 比 較

	診療報酬(超急性期脳卒中加算)	日本脳卒中学会
医師	①専ら脳卒中の診断及び治療の 担当経験10年以上 ②脳卒中学会等の t-PA講習会受講 ⇒①かつ②を満たす医師が病院として 1名以上配置(t-PA治療時にいなくても可)	◇急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を 持つ医師を中心とするストロークチーム ◇実施担当医自身が講習会受講済 または 当該施設が発症24時間以内の 急性期脳梗塞の多数例を診療 (例-年間50例程度)
薬剤師	常時配置	
放射線技師	常時配置	配置が必要(CTまたはMRI検査が可能)
臨床検査技師	常時配置	配置が必要(指針にて血液検査必須)
脳外科	脳外科的処置が迅速に行える体制	脳外科的処置が迅速に行える体制 …連携病院 可(Q&A No.35) 搬送に要する時間を考慮しても院内で対応 できる体制が望ましいが、 <u>病院間で適切な契約 または約束が出来ている条件のもとであれば、 必ずしも院内で外科的処置が行えなくとも良い。</u>
治療室	専用治療室 (ICUやSCUと兼用でも可) ⇒必要装置等(ア～エ) ア)救急蘇生装置、イ)除細動器、 ウ)心電計、エ)呼吸循環監視装置	集中治療のための設備 (SCUまたはそれに準ずる設備)
院内設備	CT,MRI,脳血管造影等の 必要な脳画像撮影及び診断が行える体制	CTまたはMRI検査が可能

アンケート調査①									
No.	基準項目	基準内容	選 択 肢 (回答欄の該当する選択肢を○で囲んでください)					回答欄	
			ア	イ	ウ	エ	オ		
①	医師 (病院の体制に 着 眼)	①日本脳卒中学会、神経学会、脳神経外科 学会、救急医学会いずれかの専門医 または専ら脳卒中の診断及び治療の担当経験 10年以上 ②脳卒中学会等の t-PA講習会受講歴	①②とも満たす 医師が 病院に1名以上いる (当直していなくても オンコールで治療が可 能であること。 常勤・非常勤は問わ ない。)	①②とも満たす医師はいないが、 ①を満たし、かつ②の講習を今後受講 する予定の医師が 病院に1名以上いる			①を満たし、かつ②の講習を今後受講 する予定の医師が 病院に1名以上いる	①を満たし、かつ②の講習を 今後受講可能な医師が 病院に1名以上いる	ア～エ いずれかの 体制も ナシ
1'	医師 (実施担当医 に 着 眼)	①急性期脳卒中に対する 十分な知識と経験を有する ②脳卒中学会等の t-PA講習会受講	実施担当医が ①②とも満たす	実施担当医が ①を満たし、 ②の講習を今後受講する 予定	アイの いずれの体制も ナシ				ア イ ウ
②	脳 外 科	脳外科的処置が迅速に行える体制 (必要に応じ速やかに脳外科専門医のコンサル テーションができること)	院内で体制が組める (オンコール可)	院内では組めないが 予め約束している病院で 対応可				アイの いずれの 体制も ナシ	ア イ オ
③	放 射 線 技 師	配置	常時配置 (365日24時間)	常時配置はされていないが、 t-PA治療の適応の可能性のある 患者受入時に対応でき、 かつ治療後36時間の観察期 間にも速やかに対応できる体制 がある				アイの いずれの 体制も ナシ	ア イ オ
④	臨 床 検 査 技 師	配置	常時配置 (365日24時間)	常時配置はされていないが、 t-PA治療の適応の可能性のある 患者受入時に対応でき、 かつ治療後36時間の観察期 間にも速やかに対応できる体制 がある				アイの いずれの 体制も ナシ	ア イ オ
⑤	治 療 室	専用治療室 (ICUやSCUまたはそれに準ずる設備と兼用で も可) ⇒必要装置等(ア～エ) ア)救急蘇生装置、イ)除細動器、 ウ)心電計、エ)呼吸循環監視装置	左記の設備あり				左記の 設備 ナシ	ア オ	
⑥	院 内 設 備	CT、MRI、脳血管造影等の 必要な脳画像撮影及び診断が行える体制	左記の設備あり				左記の 設備 ナシ	ア オ	
⑦	薬 剤 師	配置	常時配置 (365日24時間)	常時配置はされていないが、 t-PA治療の適応の可能性のある 患者受入時に対応でき、 かつ治療後36時間の観察期 間にも速やかに対応できる体制 がある	オンコール体制	医師が対応	ア～エ いずれかの 体制も ナシ	ア イ ウ エ オ	
8	脳血管疾患 急性期リハ	脳血管疾患の急性期リハを行える PTまたはOTが病院に常勤	左記の体制あり	左記の体制ナシ				ア イ	

アンケート調査②																																																	
1) 1ヶ月(28日間)における脳卒中急性期患者受入体制について(その1) 前ページ「アンケート調査(その1)」項目①～⑦(「1'」と「8」を除く)に関し、各項目ともア～エのいずれかに該当する体制、即ち「t-PA治療も含め脳卒中急性期患者受入可能な体制」についてお伺いします。 1ヶ月(4週28日間)を次のように設定した場合(計56枠)、該当する体制が組める枠数をご記入ください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>土</th> <th>日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日勤帯</td> <td>A</td> <td>A</td> <td>A</td> <td>A</td> <td>A</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>夜勤帯</td> <td>B</td> <td>B</td> <td>B</td> <td>B</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> </tbody> </table>						月	火	水	木	金	土	日	日勤帯	A	A	A	A	A	C	C	夜勤帯	B	B	B	B	B	C	C	3) 脳卒中急性期患者の入院受入状況について(入院患者に限る) 平成20年4月～6月における 脳卒中急性期患者の入院受入総数(A) <table border="1"> <tr> <td></td> <td>件</td> </tr> </table> ① (A)のうちt-PA治療を実施した件数 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>件</td> </tr> </table> ② (A)のうち脳外科的処置を必要とした件数 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>件</td> </tr> </table>						件		件		件										
	月	火	水	木	金	土	日																																										
日勤帯	A	A	A	A	A	C	C																																										
夜勤帯	B	B	B	B	B	C	C																																										
	件																																																
	件																																																
	件																																																
2) 1ヶ月(28日間)における脳卒中急性期患者受入体制について(その2) 1)の回答における「合計の回答枠数」が「56」よりも少ない医療機関にお伺いします。 1)の体制に該当しない枠の中で、「t-PA治療は行なわないが、脳卒中急性期患者受入は行っている場合」の、1ヶ月におけるそのような受入枠数をご記入ください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>回答欄</th> <th>1ヶ月</th> <th>平日</th> <th>A</th> <th>…</th> <th>20日間</th> <th>⇒</th> <th>20枠中</th> <th></th> <th>枠程度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>B</td> <td>…</td> <td>20日間</td> <td>⇒</td> <td>20枠中</td> <td></td> <td>枠程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>土日祝</td> <td>C</td> <td>…</td> <td>8日間</td> <td>⇒</td> <td>16枠中</td> <td></td> <td>枠程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="5">28日間 ⇒ 計</td> <td>56枠中</td> <td></td> <td>枠程度</td> </tr> </tbody> </table>					回答欄	1ヶ月	平日	A	…	20日間	⇒	20枠中		枠程度				B	…	20日間	⇒	20枠中		枠程度			土日祝	C	…	8日間	⇒	16枠中		枠程度			28日間 ⇒ 計					56枠中		枠程度	4) 超急性期脳卒中加算の施設基準の届出を行っていますか ア) 届出済 イ) 届出予定(○年○月から) ウ) 届出していない ↳ 差し支えなければ理由もご記入ください。 (例) 担当診療科の医師がt-PA講習会を未受講のため				
回答欄	1ヶ月	平日	A	…	20日間	⇒	20枠中		枠程度																																								
			B	…	20日間	⇒	20枠中		枠程度																																								
		土日祝	C	…	8日間	⇒	16枠中		枠程度																																								
		28日間 ⇒ 計					56枠中		枠程度																																								
5) 都内全域での脳卒中救急搬送体制の構築に関し、ご意見を御願いたします。																																																	

スケジュール

7月30日	第2回協議会：アンケート調査実施の提案
	↓
8月	アンケート実施（送付、回収、集計）
	↓
9月	調査結果を踏まえた、認定基準(ガイドライン)の素案作成
	↓
9月下旬	第3回協議会：認定基準(ガイドライン)の決定
	↓
10月以降	認定基準(ガイドライン)を都内医療機関に提示、 参加意向の確認
	↓
	具体的な搬送体制構築へ

東京都脳卒中医療連携協議会 —おもな検討事項—

- ◇脳卒中の急性期病院の認定基準(ガイドライン)
の作成、急性期病院の認定方法の検討
- ◇急性期病院の医療資源調査、医療連携の参加意向
の確認
- ◇患者発生時における救急隊と連携した速やかな
搬送体制の構築
- ◇**搬送体制の評価・検証方法の検討**
- ◇地域における標準的なクリティカルパスの提示
- ◇**都民等に対する脳卒中の普及啓発活動**

平成21年3月都内全域での脳卒中救急搬送本格スタート！

搬送体制の評価・検証方法の検討

- ◇先行取組に学び、今後、具体的な検討へ
例)長崎県...全救急搬送記録(消防)と1週間後の
確定診断記録(病院)とを突合し分析

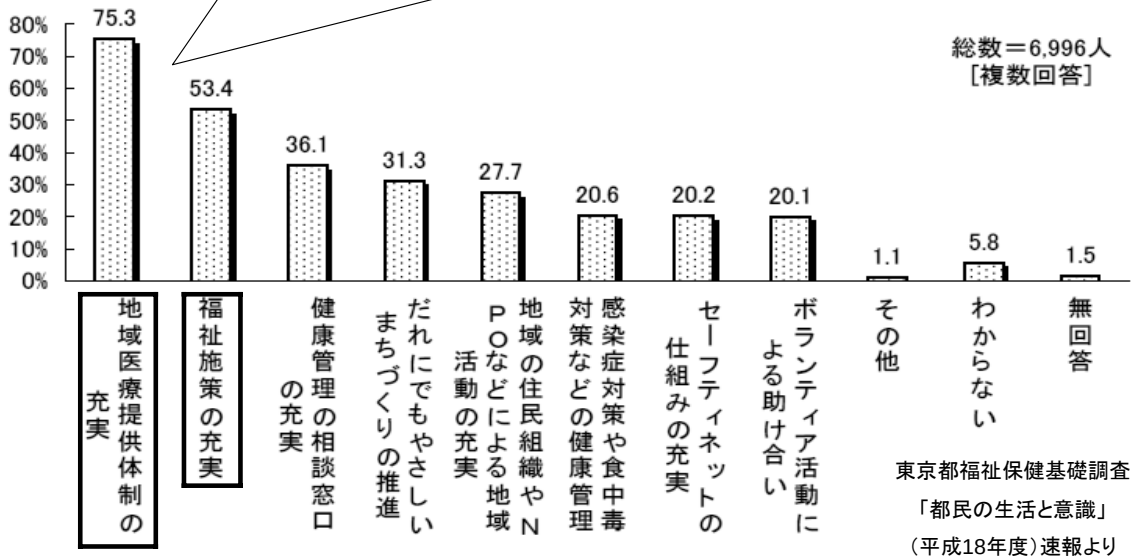
都民等に対する脳卒中の普及啓発活動

- ◇都では、各二次保健医療圏での取組を支援
(委託費、広報、各医療圏間での情報の共有化)

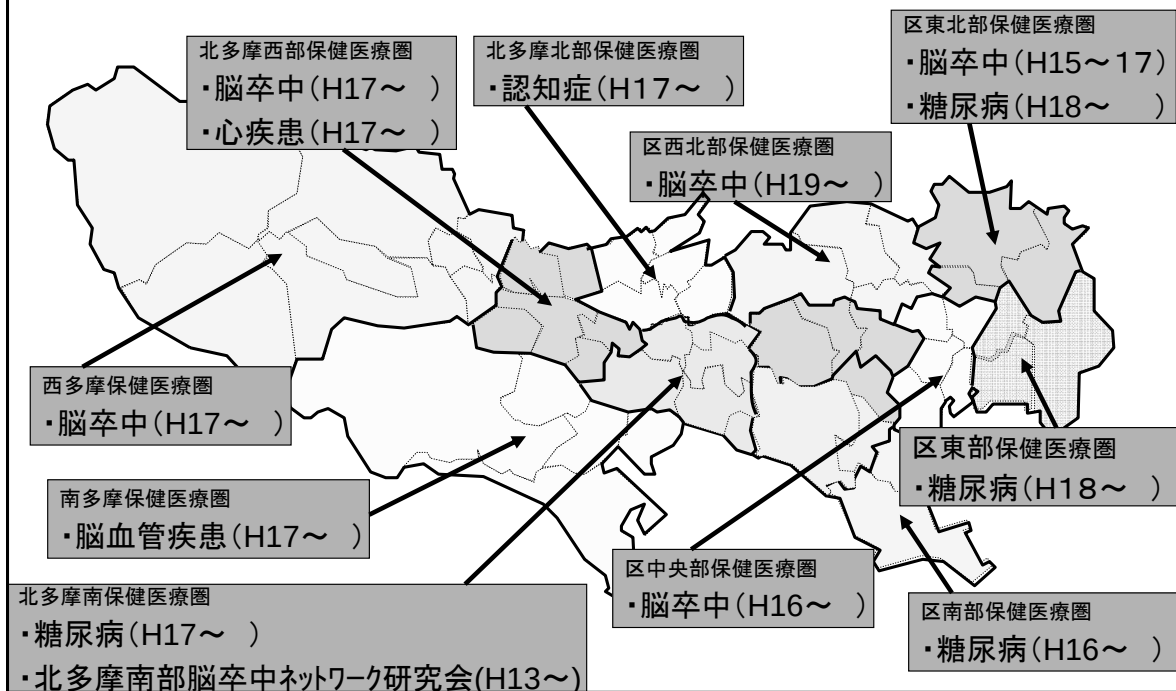
各二次保健医療圏 における取組

地域で安心して生活するために必要なこと

福祉保健医療に関して、どのようなことが必要かたずねたところ
地域医療提供体制(かかりつけ医・病院など)の充実が第1位



二次保健医療圏における疾病別連携の取組



二次保健医療圏における脳卒中医療連携検討会

- ・脳卒中の中核病院
- ・回復期リハ病院
- ・地区医師会
- ・介護老人保健施設
- ・保健所等行政 など

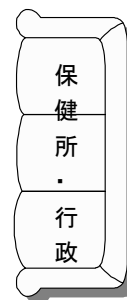
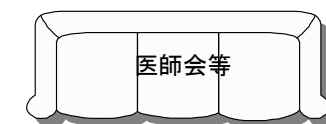


委託

中核病院等に
事務局を委託



- ・医療機関相互の役割
分担の明確化
- ・都民、医療関係者へ
の普及啓発
- ・「予防」から「医療」へ
のスムーズな引継ぎ
- 他



地域脳卒中医療連携圏域別検討会 —おもな検討課題(先行圏域の例)—

- ◇地域における医療機関(病院・診療所)の
医療資源調査及び医療連携の参加意向の確認
- ◇医療連携に参加する医療機関のリスト作成と
リストの内容の周知
- ◇介護サービス事業者との連携体制の検討、
地域における脳卒中の普及啓発活動
- ◇地域のクリティカルパスの作成 など

各二次医療圏における取組状況①区部(H20.7.30現在)

圏域名	構成区市町村	事務局病院等	各圏域別検討会の取組状況
区中央部	千代田・中央・港・文京・台東	東京都済生会中央病院	○医療連携リストの作成 ○平成19年度、区中央部における「t-PAネットワーク」に係る検討開始 ○「区中央部ネットワーク計画(案)」作成 ○「病院前脳卒中救護のプロトコル(案)」作成 ○圏域内の急性期病院を集めて、「ネットワーク計画(案)」に係る意見交換会実施
区南部	品川・大田	荏原病院	○検討会設立のための準備会開催 ○「脳卒中救急医療に関する病院情報調査」実施
区西南部	目黒・世田谷・渋谷	都立広尾病院	○検討会設立のための準備会開催
区西部	新宿・中野・杉並	国立国際医療センター	○検討会設立のための準備会開催
区西北部	豊島・北・板橋・練馬	日本大学医学部附属板橋病院	○「脳卒中患者の受け入れに対する施設状況アンケート調査」実施
区東北部	荒川・足立・葛飾	東京女子医科大学東医療センター	○足立区、葛飾区、荒川区の急性期病院を集めた「区東北部連携連絡会」開催
区東部	墨田・江東・江戸川	都立墨東病院	○検討会設立のための準備会開催予定(8月7日)

各二次医療圏における取組状況②多摩部(H20.7.30現在)

圏域名	構成区市町村	事務局病院等	各圏域別検討会の取組状況
西多摩	青梅・福生・羽村・あきる野・瑞穂・日の出・奥多摩・檜原	西多摩医師会	○医療連携リストの作成 ○患者情報シートの作成 ○医療連携リスト、患者情報シートの使用状況についてのアンケート実施
南多摩	八王子・町田・日野・多摩・稲城	東海大学八王子病院	○医療連携リストの作成 ○医療連携リストの活用状況調査の実施 ○圏域内の脳血管疾患患者の動向調査の実施 ○H20年度はクリティカルパスの作成に取組予定 ※急性期、回復期、維持期、在宅の4つの部会を設置
北多摩西部	立川・昭島・国分寺・国立・東大和・武蔵村山	国立病院機構災害医療センター 共済立川病院	○医療連携ガイドライン作成 ○かかりつけ医カード作成 ○住民むけパンフレット作成 ○t-PA対応可能病院による輪番体制スタート(平成19年8月～) ○クリティカルパスの作成
北多摩南部	武蔵野・三鷹・府中・調布・小金井・狛江	武蔵野赤十字病院	○クリティカルパスの作成 ※「急性期から回復期へのパス」 「回復期から在宅へのパス」 「在宅から急性期へのフィードバックパス」の3部構成 ○社会保険事務局にクリティカルパスの届出を行い、平成20年6月より運用開始 ※急性期病院6施設、回復期病院20施設が届出 ○「在宅へのパス」を普及させるため、在宅医、医師会、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、行政担当者等を対象とした説明会を実施
北多摩北部	小平・東村山・西東京・清瀬・東久留米	西東京市医師会	○第1回北多摩北部医療圏脳卒中ネットワーク委員会開催 ※急性期部会、回復期部会、維持期部会を設置 ※近々に急性期病院カレンダーの検討を開始する予定

医療機能情報提供制度 の推進

東京都医療機関情報システム 

<http://www.himawari.metro.tokyo.jp/qq/qq13tomnlt.asp>

平成15年4月 スタート

平成20年4月 リニューアル

(医療機能情報提供制度に対応)

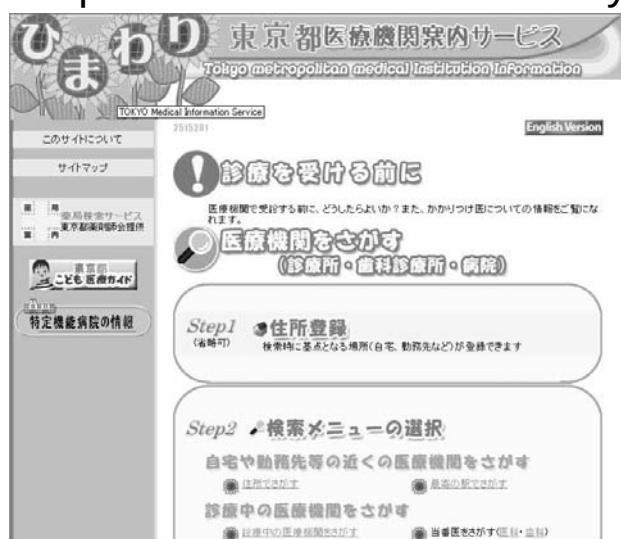
- ・都内の医療機関の情報を集積した情報提供用のインターネット・データベースシステム
- ・パソコン、携帯電話などを利用したインターネットや、FAXなど多彩なメディアからのアクセスが可能
- ・都内医療機関情報を365日24時間提供

「ひまわり」のリニューアル（平成20年4月1日～）

- 医療機能情報提供制度に対応
⇒4月1日現在86%の機関が報告済
- 提供情報の充実
 - ◇助産所の医療機能情報追加
 - ◇**脳卒中関連情報の充実**
 - ◇疾患や治療内容による詳細な検索可能
 - ◇肥満、膠原病などの専門外来が検索可能
- トップページのリニューアル

「ひまわり」 医療機関専用画面の活用

<http://www.himawari.metro.tokyo.jp/qq/qq13tomnlt.asp>



↓
都民用の検索画面の
アドレスを1文字変え
ると...

[qq13tomnlt.asp](http://www.himawari.metro.tokyo.jp/qq/qq13tomnlt.asp)



[qq13momnlt.asp](http://www.himawari.metro.tokyo.jp/qq/qq13momnlt.asp)

医療機関専用画面へ

または⇒「<http://www.himawari.metro.tokyo.jp/med/>」



医療機関専用画面の活用

機関コード・ログインパスワード ⇒ 全医療機関に配布済
データの修正・更新はネット上でいつでもOK

【医療機関専用画面の特徴】

＜医療連携支援＞

- ・地域、診療科目、設備機器等の条件を組み合わせて医療機関を検索
- ・より専門的な情報の表示（医療機器、対応治療内容等）

＜情報交換＞

電子会議室 の機能など



脳卒中関連情報の充実

【急性期病院】

- ・ t-PAの使用、急性期リハの実施、救急患者の受入れ可能時間、緊急手術の実施可能時間、MRIの稼動時間、SCUまたはそれに準じる病棟の設置有無など

【回復期病院】

- ・ リハ病床の有無、脳卒中専門医の勤務体制など

【維持期病院・診療所等】

- ・ 脳卒中患者の受入不可条件、リハ専門医の勤務体制、訪問診療・在宅医療の実施など

脳卒中医療連携の医療資源情報に活用

東京都保健医療計画における 脳卒中の医療機能を担う医療機関数

東京都医療機関情報
システム



	病院 393施設	診療所 77施設	合計
急性期	169	4	173
回復期	231	28	259
維持期	262	70	332

(H20.4.1現在) ＊都福祉保健局ホームページに医療機関一覧掲載

医療情報への都民の理解促進～「医療情報ナビ」～

都民(患者)が医療情報を正しく理解し活用できるように支援
⇒ 適切な受療行動へ

知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/iryoujouhounavi/index.html

シミュレーションストーリーを展開

各シーンで関連する医療情報をわかりやすく解説

「子育て世代編」 子どもが夕方、急に発熱！

「中・高校生編」 お祖母さんが転倒！大腿骨頸部骨折

「シニア編」 外出中、夫が突然倒れた！脳卒中

知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ-シニア編-「脳卒中」

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/iryoujouhounavi/index.html

知っておくべきポイント

- | | | |
|-----------------|------------------------|---------------------------------------|
| シーン
1 | 外出中、夫が突然 倒れた! | 救急のときの対応のしかた、
救急車の呼び方 …………… 4～5 |
| シーン
2 | A病院で治療を開始 | 入院時に必要なもの、
インフォームド・コンセント …………… 6～9 |
| シーン
3 | 第1回目の医療費の請求 | 医療費の内訳、
医療保険制度 …………… 10～13 |
| シーン
4 | 急性期の治療から回復期の治療へ | 転院の理由、
医療機能の分担 …………… 14～15 |
| シーン
5 | 退院から退院後の生活 | 退院の理由、
在宅での医療・介護サービス …………… 16～17 |

シーン **4** 急性期の治療から回復期の治療へ

入院から15日目、担当の医師から転院の申し出がありました。

病状はかなり安定してきましたが、食事など日常生活はほとんど自分ではできません。

「どうして? まだ治っていないののだけど?」「どこへ転院すればいいの?」Mさん夫婦は不安がっぱいです。



なぜ、病院を変わるの?

医療が高度化・専門化しているなか、急性期の治療を行う病院やリハビリテーションを行う病院など、医療機関にも特徴があります。

急性期を脱し、病状が安定してきたMさんは、急性期の治療を行っているA病院から、次に必要なリハビリテーションを行うために転院をすすめられたのです。

自分にあった 転院先選びは?

現在、多くの医療機関には転院先を紹介してくれる部署があり、「医療支援室」「地域医療連携室」などの名称で呼ばれています。

MさんもA病院の医療支援室からの紹介で、「回復期リハビリテーション病棟」をもつ自宅近くのB病院へ転院が決まりました。

期待される医療機能の分担・
地域医療連携について説明

ナビの活用 ～お願い～

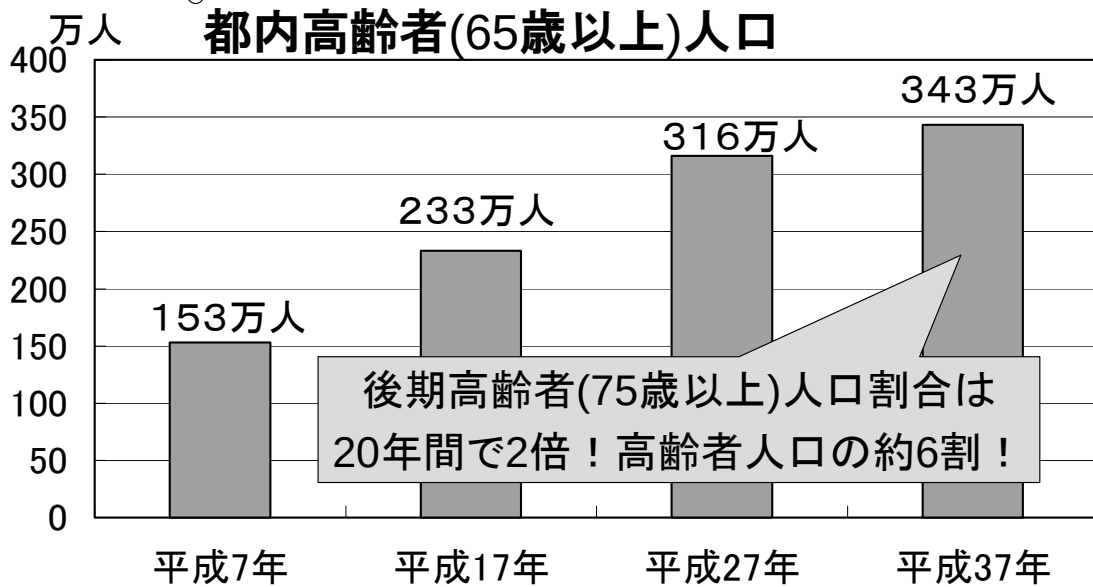
医療保健区市町村包括補助事業の
メニューに入っています。
ナビのご活用をお願い申し上げます。

<(_ _)>

m(・_・)m

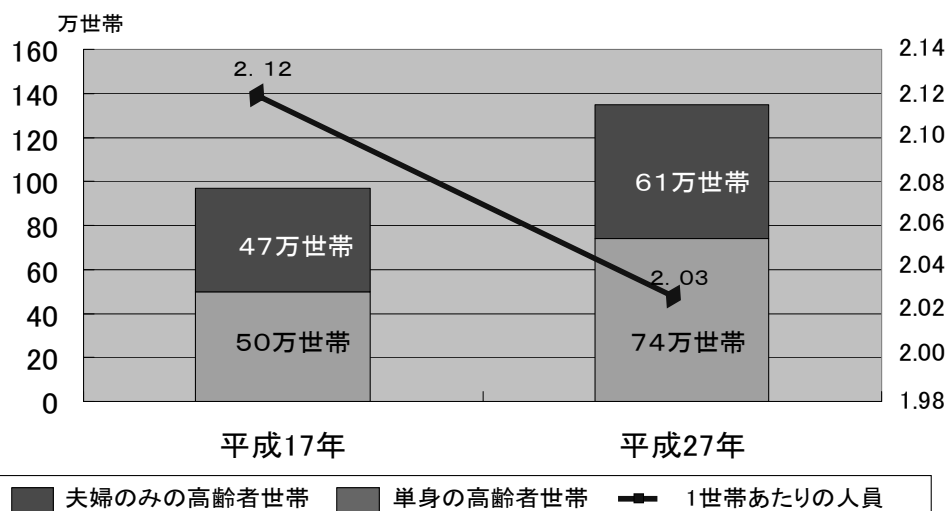
急性期を脱した後の 医療提供体制

東京都の高齢化の進展



国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」(平成19年5月推計)より

一人暮らし・夫婦のみの高齢者世帯



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」(平成17年8月推計)より

在宅医療の推進

医療や介護に対する都民の意識

1. 在宅医療に対する意識

◆「長期療養が必要な場合に理想として在宅療養をしたい」(45%)

◆「実際には実現が難しいと思う」(80%)

(理由) 家族に負担をかける(84%)

療養できる住環境にない(42%)

急変時の対応が不安(41%)

(H18.5 「保健医療に関する世論調査」東京都)

2. 介護が必要になった場合に望む対応

◆「自宅での介護を希望する」(66%)※12年度は52%

◆「高齢者福祉施設入所を希望する」(10.9%)※12年度より半減

(H17 東京都社会福祉基礎調査「高齢者の生活実態」)

東京都の在宅医療の状況

◆ 在宅療養支援診療所

平成18年4月制度化(診療報酬上の優遇措置)

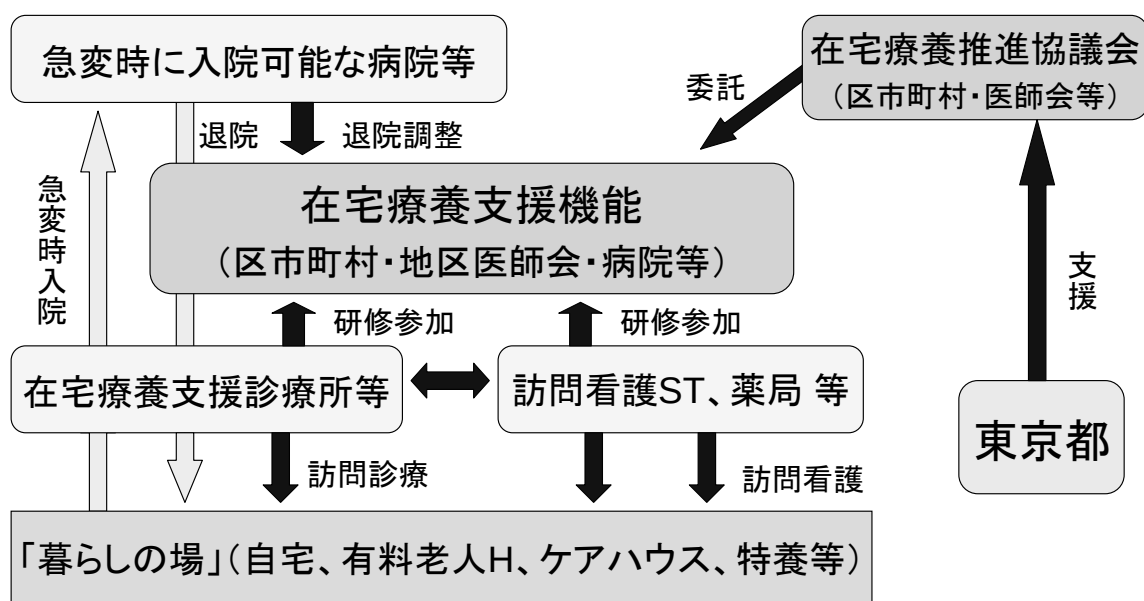
平成20年4月1日現在 1, 179診療所

在宅療養支援診療所の主な要件

- ・24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置
- ・在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保
- ・当該診療所における看取り数を報告すること 等

◆ 都内の診療所の6. 4%が在宅医療を主たる業務とする旨の回答(552／8, 623施設)

在宅療養の基盤強化について



区市町村包括補助を活用した在宅医療基盤整備

【平成19年度実績】

	事業名
港区	在宅緩和ケア支援
新宿区	地域保健医療体制整備協議会の運営 緊急一時入院病床確保事業
台東区	医療連携推進協議会（在宅医療推進協議会）
世田谷区	医療連携推進協議会（在宅医療推進協議会） 在宅医療電話相談センター事業（在宅医療調整・相談事業）
板橋区	おとしより医療相談・援護事業

在宅医療ネットワーク推進事業(H20～21年度)

365日24時間対応可能な在宅療養を支えるネットワーク構築に向けて、
モデル事業の実施・施策化を目指す

東京都福祉保健局

モデル事業の委託(2年間)

事業報告書の提出(2年目)

地区医師会、地域の医療機関(都内3地域を指定)

1 連絡会議の設置・運営

2 課題の抽出、解決に向けた取組の検討

☆都から3モデル地域への共通依頼事項

・在宅医療を担う医師・歯科医師、看護師、ケアマネージャー等の多職種を
交えたケースカンファレンス(症例検討会)

【ねらい】ケースカンファレンスによる「顔の見えるネットワーク構築」

3 事業報告書の作成(2年目)

◇区市町村による在宅医療推進事業の具体的な手法として例示
各区市町村での取組を促す。包括補助事業のメニューとして例示

在宅医療実践ガイドブック (20年3月作成)



- ☆患者を中心に医療従事者がどう「支援」していくかという視点
- ☆在宅医療を様々な職種がチームとして連携・協働して取り組むという視点

第1部 在宅医療とは

認知症／良性疾患／神経難病
悪性疾患／ある開業医の悩み

第2部 在宅医療マニュアル

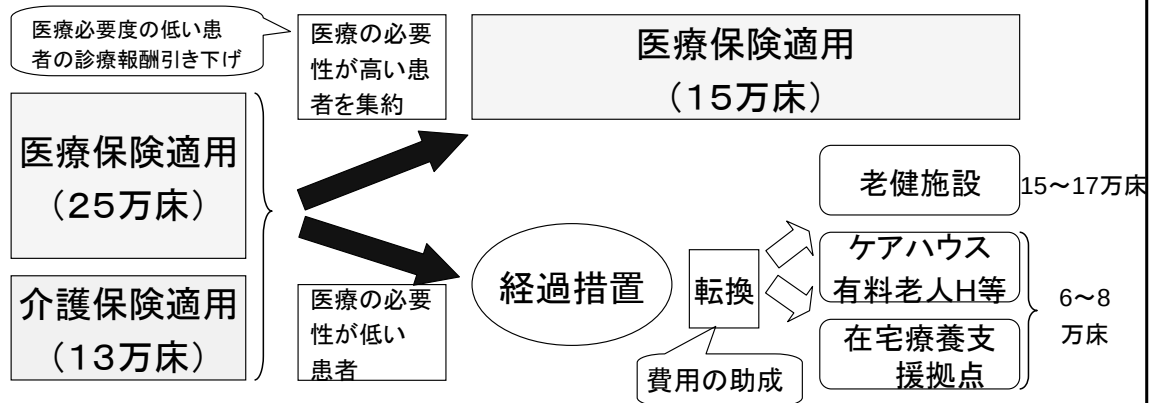
- 第1章 日常生活活動と参加の支援
- 第2章 心身機能の支援
- 第3章 終末期の支援
- 第4章 安心・安全の確保

療養病床の再編成

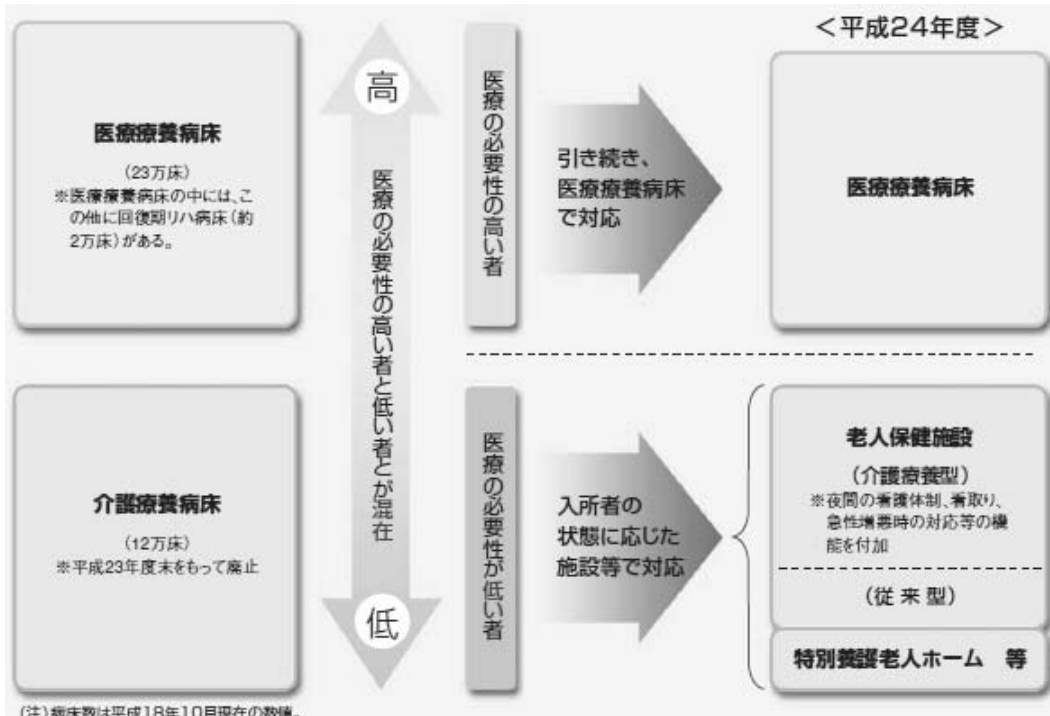
国の医療構造改革における療養病床の再編成

医療サービスの必要性を踏まえ療養病床を再編成

- 医療サービスの必要性の高い方を対象として医療療養病床は存続
- 介護療養病床は6年後に廃止。それまでに老健施設等に転換
- 療養病床の再編を踏まえ地域のケア体制整備を計画的に推進



国：療養病床再編成のイメージ(20年3月)



東京都保健医療計画―基準病床の設定

病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に
病床整備の基準として、医療法に基づき、病床の種別ご
とに基準病床数を設定

《療養病床及び一般病床》 95,744床
(うち療養病床28,077床)
《精神病床》 22,810床
《結核病床》 739床
《感染症病床》 130床

二 次 保 健 医 療 圏	基 準 病 床 数	既 存 病 床 数 (参 考)
区 中 央 部	6,208	14,394
区 南 部	7,930	7,791
区 西 南 部	9,733	9,543
区 西 部	10,556	10,556
区 西 北 部	13,865	13,626
区 東 北 部	9,152	9,015
区 東 部	8,042	7,818
西 多 摩	3,083	4,185
南 多 摩	10,016	10,016
北 多 摩 西 部	4,227	4,223
北 多 摩 南 部	7,486	7,470
北 多 摩 北 部	5,250	5,741
島 し よ	196	55
計	95,744	104,433

注:既存病床数は平成19年4月1日現在

医療法施行規則第30条の30では、二次医療圏ごとの基準病床数の算定に当たって、都道府県全体における基準病床数の上限の算定方法を定めている。これに基づき算定すると、東京都全体における基準病床数の上限は、療養病床が28,077床、一般病床が67,667床となっている。

東京都における病床数

病 床 数

一般病床	8.9万床
療養病床	2.1万床

人口10万人 当たり病床数

一般病床	655床	全国38位
療養病床	164床	全国44位

* 高齢者人口10万人当たり療養病床数:939.2床(全国41位)
(出典)厚生労働省「医療施設調査」(平成18年)

都外の療養病床に入院していると推測される都民
約5,200人

東京都における療養病床再編成 — 東京都医療費適正化計画(H20～24年度) —

療養病床数	計	うち 医療療養病床	うち 介護療養病床
平成18年 10月現在	21,033床	13,122床	7,911床
平成24年度末 目標値	28,077床		

医療療養病床への転換等に係る補助

☆一般病床 ⇒ 医療療養病床に転換

☆医療療養病床の新規開設 など

医療療養病床の整備費に対し、都独自に補助

※医療施設近代化

施設整備との重複×

【整備区分及び補助基準額】

整備前後の療養病床数を比較、

増加病床数に対し補助(補助率1/2)

改修 1床当たり 265万円

改築 1床当たり 636万円

新築 1床当たり 530万円

介護療養病床転換に係る補助

☆介護療養病床を削減 ⇒ 老健施設に転換

転換整備に対し、都独自に補助(国交付金に上乗せ)

【整備区分及び補助基準額】(補助率10/10)

A: 転換創設 1床当たり430万円×促進係数

B: 転換改築 1床当たり516万円×促進係数

C: 転換改修 1床当たり215万円

※ 促進係数...整備率が低い区市町村における整備を促進するため、整備率に応じた促進係数を20年度から導入

〔事例 3〕

「区中央部脳卒中医療連携」

事例提供者

井元 浩平 （台東区保健福祉部参事）

事例名	【事例３】区中央部脳卒中医療連携
事例提供者名	井元 浩平（台東区保健福祉部参事）
コメント （１）成功要因分析	医療連携の分野は広く議論が拡散していたが、脳卒中の分野に特化したことで議論が具体的になった。
（２）事例からみた医療連携	医療連携のツールとして病院、診療所、福祉施設など脳卒中の急性期医療、リハビリ実施機関のリストを作成した。リストには区中央部医療圏２６病院、１４１診療所、１７９福祉施設の情報を掲載した。
（３）保健所の関与の可能性と役割	- 医療連携に関する住民への啓発活動を展開し、脳卒中の急性期医療・リハから回復期・維持期リハの流れの認識の普及を図る。 - 保健所管内の医療機関・保健福祉施設・地域のリハビリ事業や自主的な地区住民の活動などの実態を把握するとともに、保健所間連携による他地区の情報を把握する。 - 把握した情報を管内の病院の医療連携室や医療機関へ提供することにより、医療機関が医療連携パスを作成したり、地域のリハビリ実施期間を選択することが容易になり、医療連携への貢献が可能であると考える。

医療連携 ～区中央部脳卒中医療連携～

台東区 保健福祉部参事
井元浩平

東京発医療改革

- 患者中心の医療
 - － 患者の声相談窓口の創設
- 365日24時間の
安心安全な医療
 - － 都立病院改革
 - － 東京ER
 - － 小児初期救急
 - － 地域医療システム化



医療ネットワーク

- 東京都CCUネットワーク
 - 現在都内62施設のCCUがネットワークを構築している(東京都 CCU連絡協議会 昭和53年～)
- 東京都周産期医療ネットワーク
 - 都内を8ブロックに分け、総合周産期母子医療センターを中心に周産期救急やNICUのネットワークを構築している(東京都周産期医療協議会 平成9年～)

医療連携の推進

- 地域医療連携推進事業 平成4年
 - かかりつけ医機能推進 病診連携推進の先駆け 病院での医療連携室の設置に追い風
- 地域医療支援病院
 - 平成9年 第3次医療法改正で制定
 - 都内6病院(東部地域病院、多摩南部地域病院、武蔵野赤十字病院、榊原記念病院、川北総合病院、多摩北部医療センター)
- 診療情報提供書
 - 平成10年 保険点数化

社会システム維持発展に重要な要素

- 制度的、経済的な裏付けが明確であること(権力・貨幣)
- 深刻かつ重要な社会問題への取り組みであること(真理)
- 熱心な旗振り役がいること(愛)

()は社会学者ルーマンの言うコミュニケーション・メディア

地域医療システム化推進協議会

- 目的: かかりつけ医の定着や医療機関相互の連携など、地域医療の充実を図る為の方策を、二次保健医療件を単位として一体的に推進する為に、特別区の二次保健医療圏ごとに「地域医療システム化推進協議会」を設置する。
- 協議事項:
 - 「かかりつけ医機能推進事業(平成7年～13年)」及び「医療機能連携推進事業(平成6年～16年)」の一体的な推進に関すること
 - 救急医療、ターミナル・ケア及びリハビリテーション医療など、地位の特性を踏まえた総合的な地域医療の確保に関すること
 - 医療情報の活用に関すること
 - 保険医療計画に関すること
 - その他地域医療の充実を図る為に必要なこと

推進協議会の運営

- **実施方法**: 原則として、協議会の運営を担う二次保健医療圏内のいずれかの特別区(以下、「幹事区」という)と東京都が協議会設置委託契約を締結して実施する。
- **幹事区**: 幹事区は各二次保健医療圏内の特別区と東京都が協議の上、二次保健医療圏を構成する特別区の互選により決定する。幹事区は協議会運営の事務局業務を担うものとする。

(平成12年 区中央部 平成13年 区南部)

区中央部地域医療システム化 推進協議会

- 平成12年度
 - 12月協議会設置(13年の幹事区は台東区)
- 平成13年～15年
 - 課題の整理
- 平成16年～18年
 - 脳卒中医療連携検討会が下部組織として発足

平成12年～15年の議題

- 地域医療システム化に向けた課題の整理
 - － 医療資源の把握(H13)
 - － 医療機関の役割分担と連携を効果的に進めるための情報提供と意識啓発(H13、14)
 - － ネットワークによる機能的な連携システム構築の具体的な取り組み(H15)
 - － プライマリケアにおける医科歯科薬科の円滑な連携の仕組みの整備(H14、15)
 - － 初期救急医療、小児応急診療、休日夜間診療の充実(H13)
 - － 実効性のある災害医療体制の整備(H13)

区中央部脳卒中医療連携検討会

- 平成16年 区中央部脳卒中医療連携検討会設置
 - － 論点は急性期医療の現状把握、回復期医療の基準、普及啓発
- 平成17年度 区中央部脳卒中医療提供体制に関する調査
- 平成18年度 脳卒中医療連携リストの作成

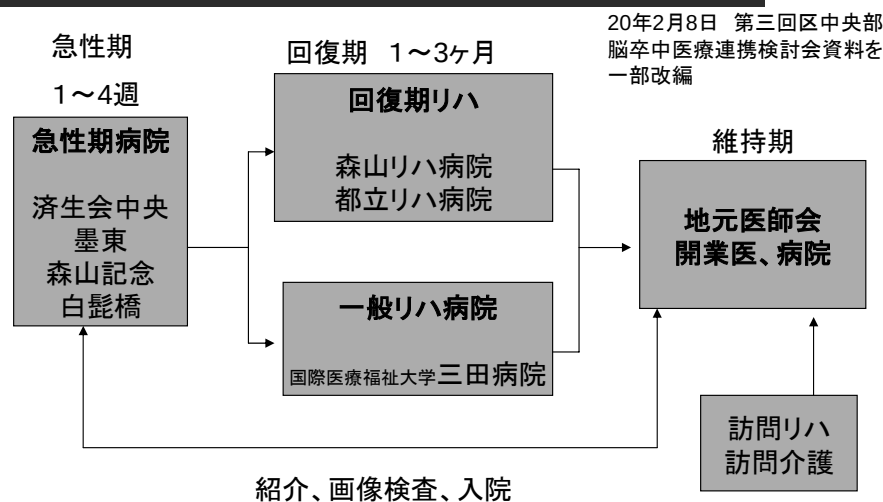
ネットワーク構築における区中央部の特性

- 高度医療実施機関が多数存在する
 - 中心となる医療機関が多数存在し、まとまりがつきにくい(誰がネットワークを管理するか)
- 救急搬送システムが確立している(都内共通)
 - 付加的なシステム導入が容易にできない
(周産期医療ネットワークの救急システムも苦労している)

ネットワーク運用の当面の考え方

- 脳卒中救急医療は当面医療機関の認識次第
 - 脳卒中症例の評価を救急隊がやるのか、医療機関がやるのか
- ネットワークの管理をだれが如何に行うかが当面のポイント
 - 医療機関リスト管理、救急患者の搬送の調整など
- ネットワーク運用の最終的な成否は回復期、維持期の受け皿がポイント
 - 議論はどうしても救急医療に偏りがちであるが

地域連携パスのイメージ



脳卒中医療連携リスト登載医療機関数

- 病院・有床診療所 26施設
 - 急性期 18施設 t-PA 10施設 24時間 12施設
 - 回復期 13施設 維持期 11施設
- 診療所 141施設
 - 訪問診療 95施設 訪問リハ 9施設
 - 外来リハ 9施設 外来診療 115施設
- 福祉施設 179施設
 - 特養ホーム 老健施設 ショートステイ デイケア
 - 訪問看護ステーション 地域包括支援センター

脳卒中医療連携リスト項目

- 医療機関名 所在地 診療科目
- 施設基準(脳血管疾患等リハⅠ Ⅱ など)
- 病床数 リハ病床 他院患者受入可否 外来、訪問
- t-PA使用可否 急性期リハビリ実施 救急体制
- 医師勤務体制(救急専門医 脳卒中治療専門医
夜間休日専門医勤務 オンコール体制)
- リハ専門職(専門医 PT OT ST)
- 検査体制(MRI CT 緊急検査内容)
- 患者受入窓口(連携窓口)
- バリアフリー 訪問歯科診療

その後

- 東京都医療機関案内サービス「ひまわり」をリニューアル
 - 脳卒中関連の情報を東京都独自に調査し、「急性期」「維持期」「回復期」の対応可能な医療機関が検索できます

平成20年4月から



その後 2

- 区中央部脳卒中医療連携検討会（平成19年度
済生会中央病院が事務局）

- 東京都脳卒中医療連携協議会の開催

平成20年4月30日

- － 脳卒中急性期医療実施病院の認定ガイドライン作成
とガイドラインに基づいた医療連携ネットワークづくり
- － 患者発症時に症状に合わせて適切な医療機関に速
やかに救急搬送できる体制の構築
- － 都民への脳卒中に関する普及啓発

19年度医療法改正

- 疾病又は事業ごとに、必要となる医療機能を明
らかにした上で、各医療機能を担う医療機関等
の名称や数値目標が記載される新しい医療計
画を作成
 - － 4疾病 がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病
 - － 5事業 救急医療、災害時における医療、へき地の
医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療、
その他

保健所と医療連携

- 感染症医療
 - － 結核医療
 - － ノロウイルス感染症
 - － 新型インフルエンザ
- 精神医療
- 医療監視(院内感染予防・医療安全など)
- 疾病対策(高血圧、糖尿病など:予防中心)
- リハビリ医療(啓発活動中心)

〔事例 4〕

「東京都北多摩西部脳卒中医療連携」

事例提供者

赤穂 保 （東京都多摩立川保健所長）

事例名	【事例４】東京都北多摩西部脳卒中医療連携
事例提供者名	赤穂 保（東京都多摩立川保健所長）
コメント （１）成功要因分析	・ 保健所の企画調整機能が発揮される ・ 合意形成の場が保証される ・ 地域における拠点（核となる人材）などの存在（事務局機能を担う機関など） ・ 「連携」が各関係機関に実質的なメリットになる（理解、協力が得られる） ・ 何よりも患者・地域住民に指示される ・ クリニカルパスなど必要なツールが共有される ・ 行政計画における位置づけと予算確保がある
（２）事例からみた医療連携	・ 企画の段階から事業の推進に関係した随所、進行管理など、すべての段階で調整
（３）保健所の関与の可能性と役割	・ 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

講演「東京都北多摩西部脳卒中医療連携」（発表要旨）

赤穂 保（多摩立川保健所長）

■
東京都では、平成12年度より「都民の誰もが身近な地域で病態に応じた医療を受けられるようにするため、二次保健医療圏ごとに、地域における医療機能の分化と医療施設相互の連携を進め、地域の状況に応じた医療体制を整えていく」という目的で、圏域単位に協議体を設置し、地域医療の提供体制について協議を行う「地域医療システム化推進事業」の取組を進めてきた。特に平成15年度以降、具体的には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事業が具体化していった。

東京都多摩立川保健所が所管する北多摩西部保健医療圏では、特に圏域として年齢調整死亡率が高い特徴を示す心疾患と、圏域の中で次に死亡率が高く適切な処置で機能予後の改善が期待できる脳卒中の二疾患を対象として、平成17年度より本事業を推進してきた。

事業の展開に際しては、圏域内の中核病院、地区医師会、消防署、各市及び保健所で構成される疾病別医療連携推進検討会を立ち上げ、その下に心疾患部会、脳卒中部会をそれぞれ設け、急性期を中心とする作業の具体化を目指した。

平成17年度は圏域内医療機関を中心とする実態調査を行い、18年度はそれらを踏まえて心疾患（急性心筋梗塞）と脳卒中の急性期における医療連携システム構築に向けたガイドラインや市民向け普及啓発用リーフレット、かかりつけ医カードなどを作成、19年度は市民向け講演会や医師会向け研修会を実施しながらシステムの試行、評価を行ってきた。一連の取組の結果、例えば「急性期病院に発症後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する」などの成果が得られた。

平成20年度より医療法改正に伴う新たな東京都保健医療計画がスタートし、特に4疾病5事業についての取組を全都的に強化する方向性が示された。当圏域においても、都の計画に合わせて「東京都北多摩西部保健医療圏 地域保健医療推進プラン」を改定し、圏域における脳卒中に関する取組をさらに継続発展させて、特に急性期以降、回復期、維持期（在宅）にわたる地域でのシームレスな対応を可能とするシステムづくりを目指して事業を展開することとなった。

一連の取組を通じて保健所が果たしてきた主な役割を列記してみると、

① 事業全体の企画、②関係機関の調整、③組織化・システム化、④情報収集・分析・提供、⑤普及啓発、⑥事業委託事務局（地域中核病院）支援、⑦都計画（本庁施策）への情報発信、企画案提起などを挙げることができる。そして地域でのこうした取組を成功させるためには、参加した誰もが主役意識を持てるように、保健所としての大局観に裏打ちされた地道で粘り強い努力が不可欠である。

東京都北多摩西部保健医療圏 「脳卒中医療連携推進事業」

2008. 8. 21.
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

事業目的

都民の誰もが身近な地域で病態に応じた医療を受けられるようにするため、二次保健医療圏ごとに、地域における医療機能の分化と医療施設相互の連携を進め、地域の状況に応じた医療体制を整えていく。

「システム化推進事業」までの取組

「かかりつけ医機能推進事業」 (平成7年～13年)

- ・地域の医師の「かかりつけ医」としての役割の促進、住民への普及啓発を実施
- ・区市町村に対する補助

「医療機能連携推進事業」 (平成6年～16年)

- ・病院・診療所の機能の分担と連携を図るため、患者紹介や専門的な医療技術・医療機器の相互利用を推進
- ・二次医療圏ごとに1地区医師会に委託

「地域医療システム化推進事業」 (平成12年～)

- ・これまでの二つの事業を二次医療圏単位で一体的に推進するため、二次医療圏ごとに協議体を設置し、医療提供の在り方について協議を行う。
- ・区部は、特別区を通して医療機関等に委託して実施、多摩地域は、都保健所が調整機能を発揮し、地域の中核病院等に委託して実施。

都の取組方針

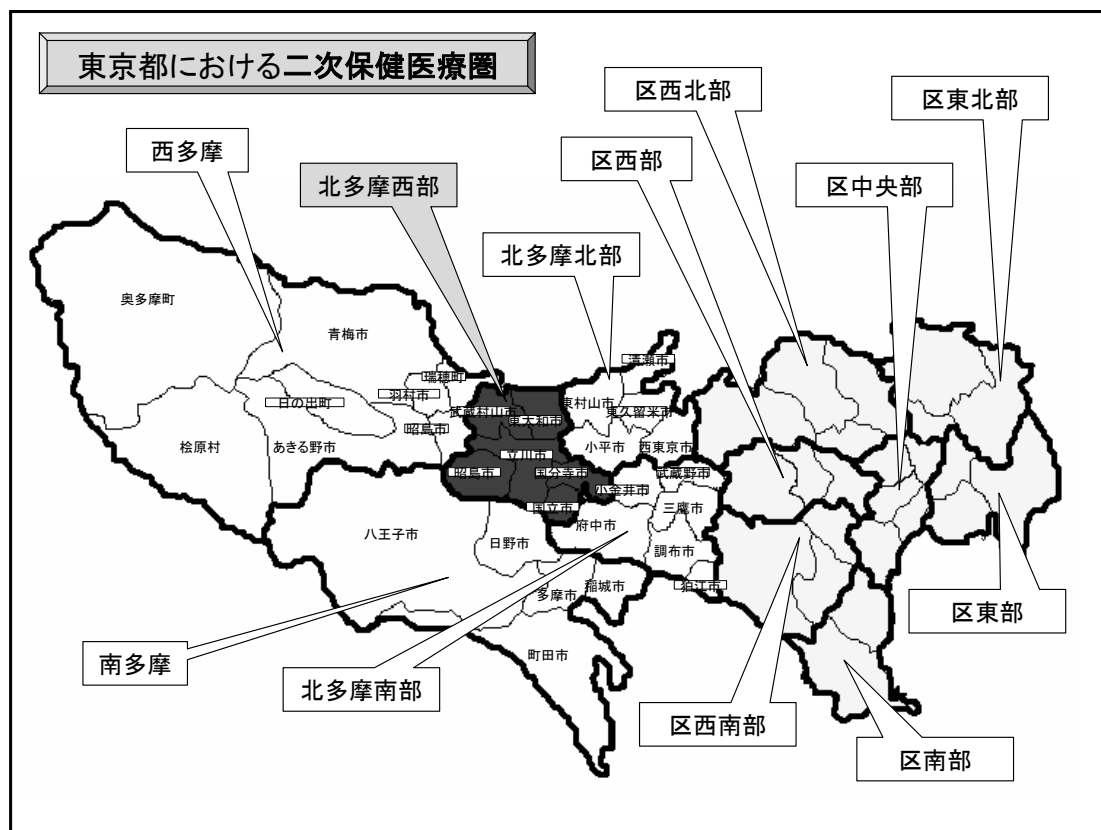
具体的な課題として、疾病別医療連携の推進に重点をおいた取組を実施していく。
・地域の中核病院の医療連携室間のネットワークを強化する。
・患者の疾病(主にがん、糖尿病、心疾患、脳卒中などの生活習慣病)や状況(急性期、亜急性期、慢性期)に応じて、地域で対応できる効果的・効率的な医療提供体制を構築する。

＜平成20年度以降＞
医療法改正に伴う『東京都保健医療計画』及び圏域の「地域保健医療推進プラン」の改定の中であらためて(特に4疾病を対象)計画化⇒『システム化推進事業』の継続・発展

『疾病別医療連携推進事業』 (平成17年～本格実施)

「脳卒中」を共済立川病院が、「心筋梗塞」を災害医療センターが、それぞれ事務局となり地域医療連携システムの構築に着手
⇒平成17年度: 圏内医療機関の実態調査
⇒平成18年度: 急性期における連携システム構築
⇒平成19年度: システムの試行、評価

北多摩西部
医療圏では

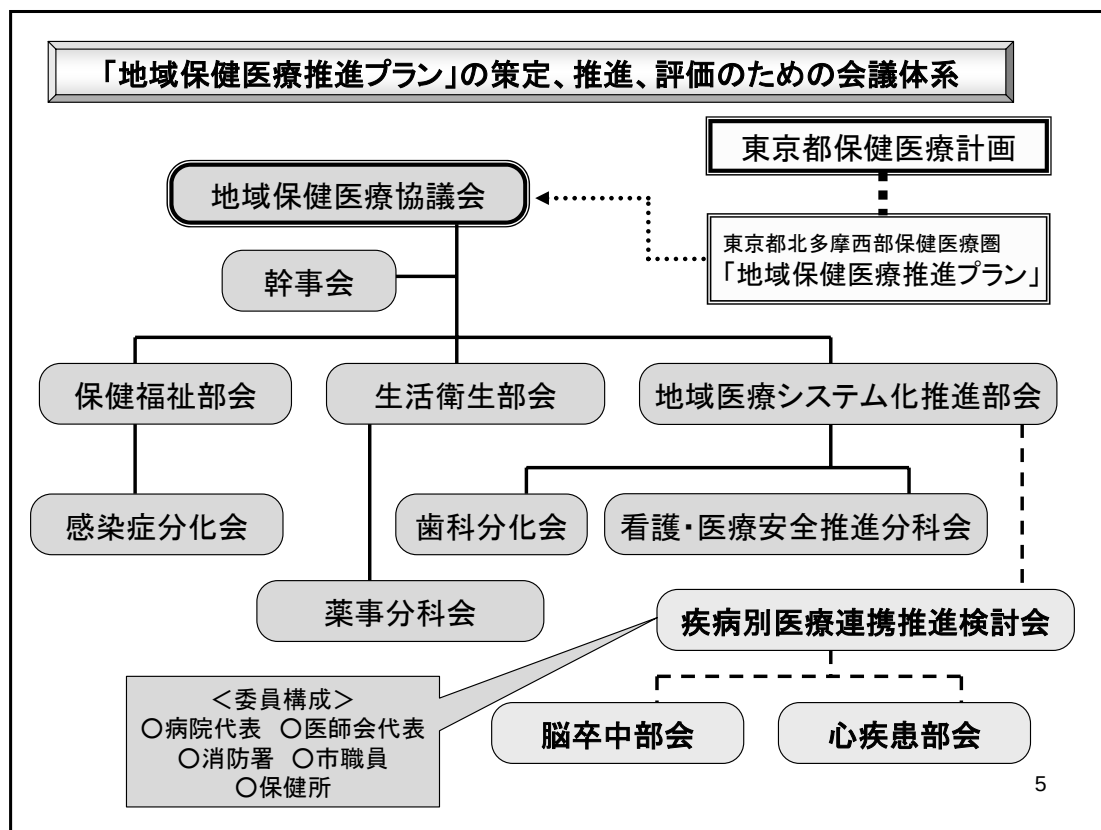


東京都多摩立川保健所管内(北多摩西部保健医療圏)の概況

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。



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

- 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。

＜事業の内容＞

＜事業の進め方＞

事務局病院の主な役割

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

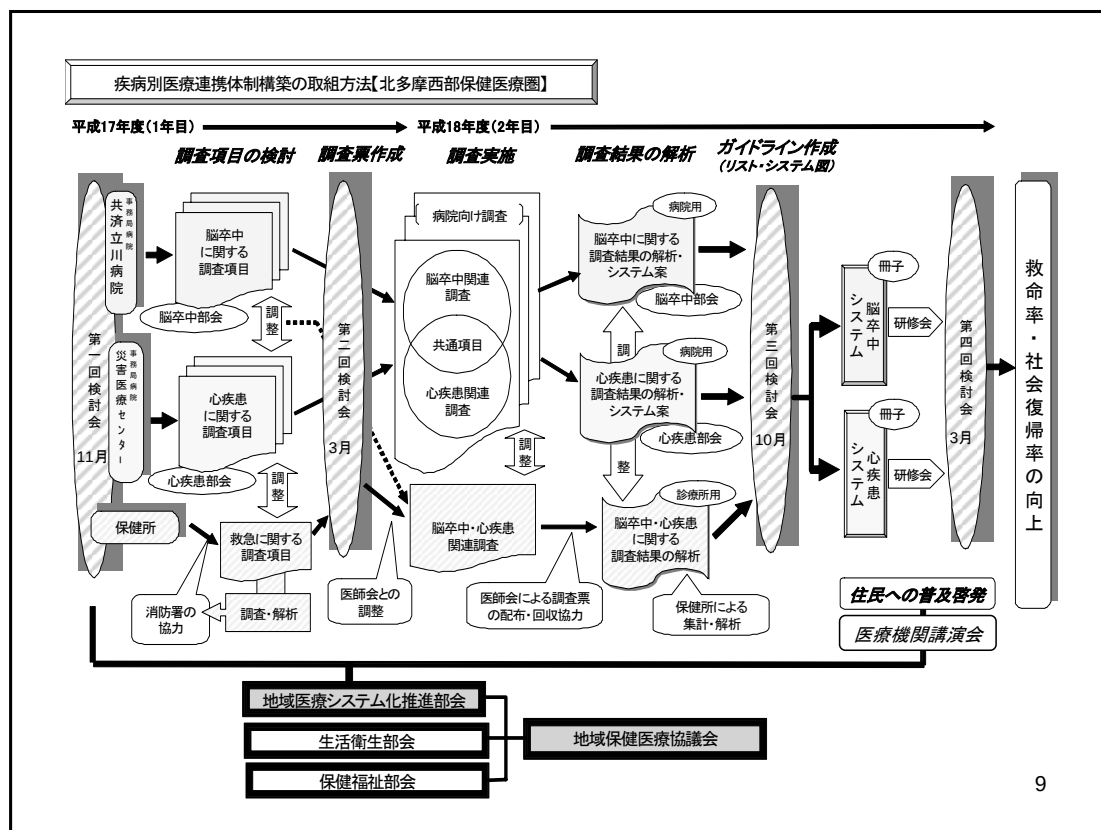
1 圏域における死亡状況(H15)

年齢調整死亡率	①心疾患(男・女)	②脳血管疾患(男・女)	③肺がん(男)
死因別死亡数	①悪性新生物	②心疾患	③脳血管疾患
主要疾病別死亡数	①急性心筋梗塞	②脳梗塞	③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



9

検討会風景



10

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>

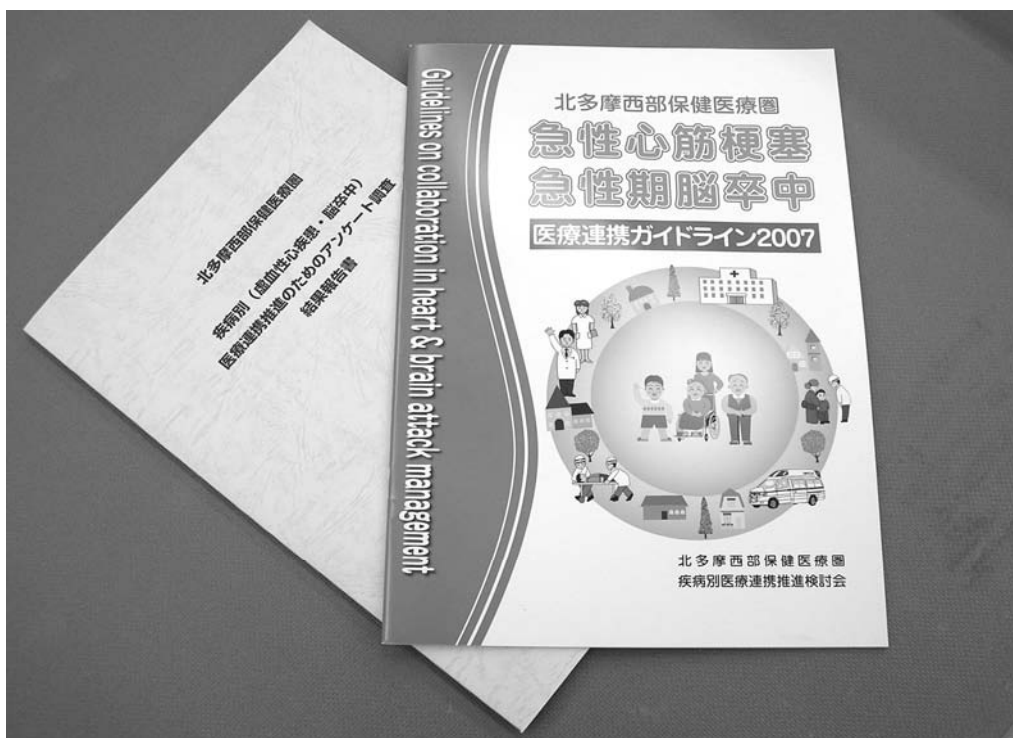
記名式アンケート調査。診療所は医師会を通じて配布、回収（医師会未加入診療所及び国立市の診療所郵送）。圏域内病院及び有床診療所は郵送。圏域外病院は調査票を持参し依頼、郵送にて回収。

11

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場合は4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。
- ⇒①緊急対応可能病院が少ない
②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。

12



13

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）

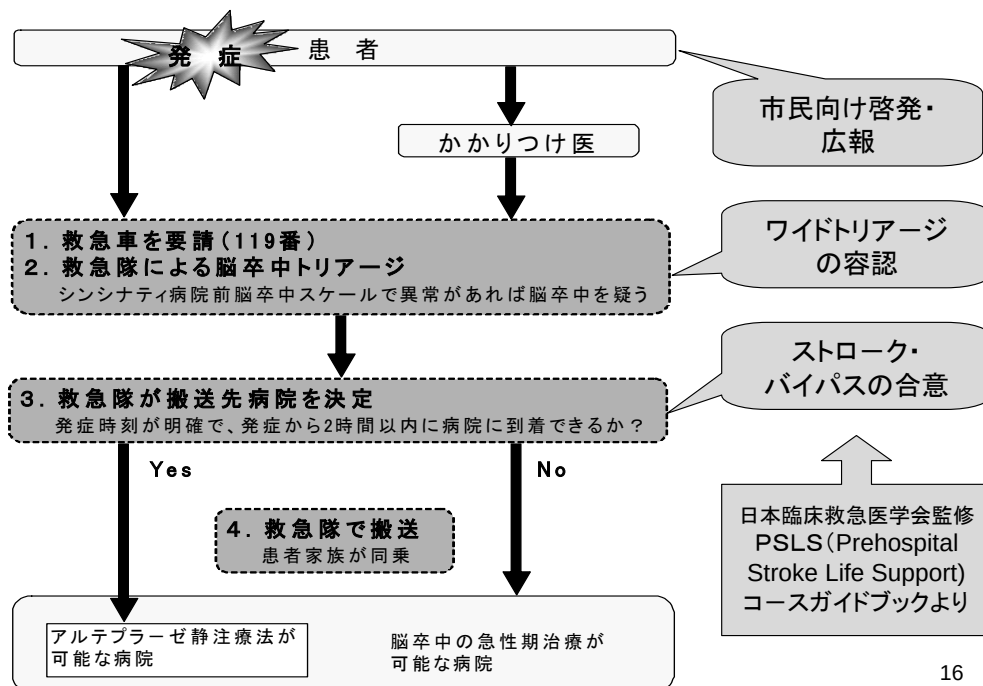
14

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。

15

脳卒中救急医療の流れ図(ガイドラインより)

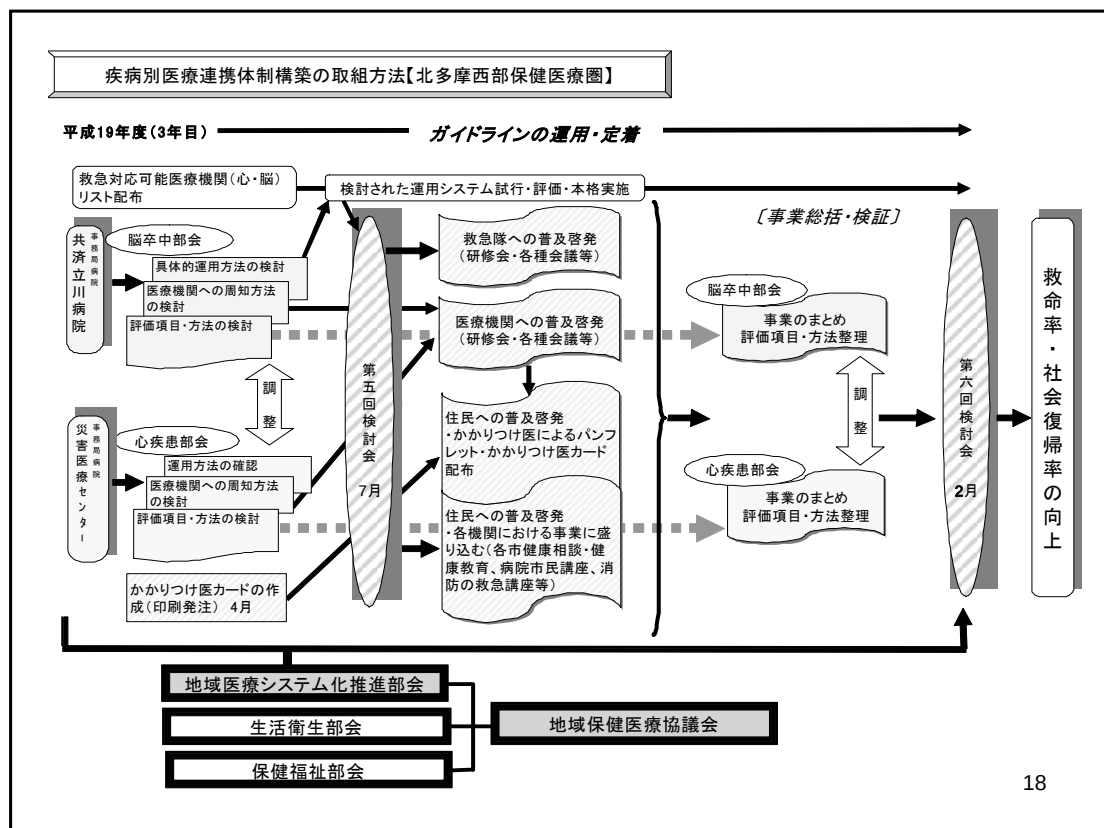


16

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人のことです」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。

17



テーマ **市民対象講演会** (H19.2.3)
「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)

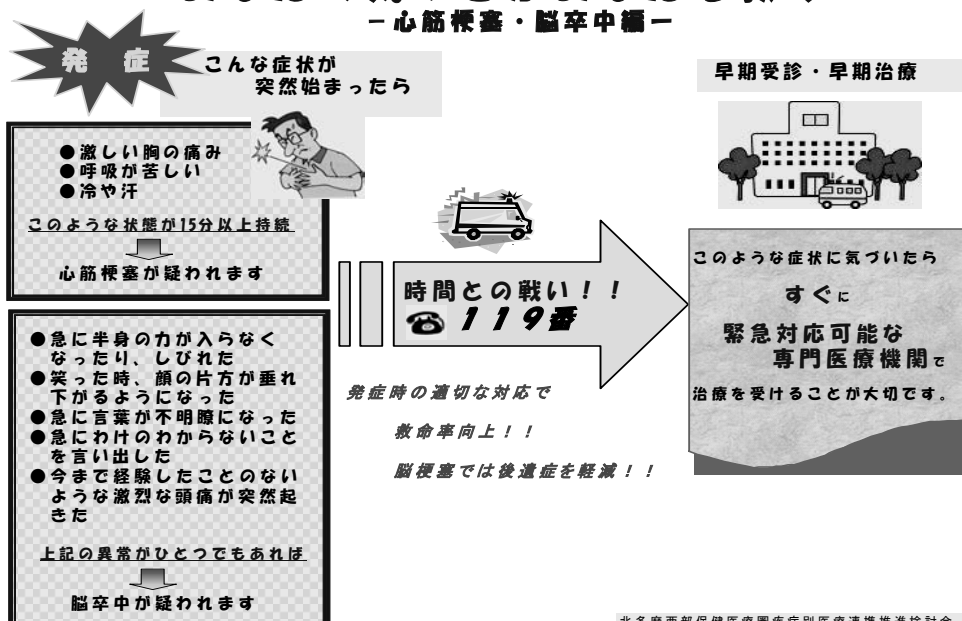
参加者
204名



於)立川市女性総合センター「アイム」

あなたの気づきがあなたを救う

— 心筋梗塞・脳卒中編 —



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)

20

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



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。
周辺の目撃物は 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。

救急車が到着するまでにメモしておきましょう。



- ① 何時何分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

- ② 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（ ）

- ③ 飲んでいる薬の名前は（ ）

- ④ 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.

- ⑤ 緊急時の連絡先
氏名： 続柄：
電話番号：（自宅）
（勤務先）
（携帯）



普及啓発用リーフレット(裏)

21

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（ <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日生）	
診療所・医師	（ <u> </u> ）診療所、（ <u> </u> ）先生	
電話番号	Tel <u> </u>	
診察券番号	No. <u> </u>	
飲んでいる薬	ワーファリン・抗血小板薬（ <u> </u> ）	
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・（ <u> </u> ）	

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（ <u> </u> ）
自宅電話番号	<u> </u>
携帯電話番号	<u> </u>
勤務先名称・電話番号	<u> </u>
その他の連絡先	<u> </u>

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。

22

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)

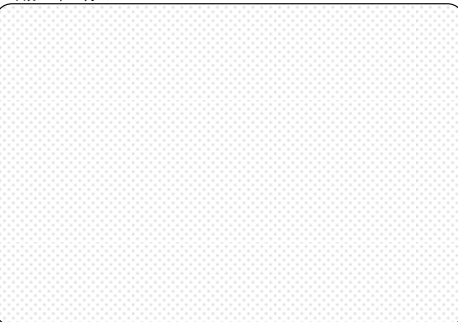
参加者：55名

会場：国家公務員共済組合連合会立川病院

23

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rtPA静注療法カレンダー
平成19年11月



日	月	火	水	木	金	土	日
7日	水	○	○	○	○	○	○
8日	木	○	○	○	○	○	○
9日	金	○	○	○	○	○	○
10日	土	○	○	○	○	○	○
11日	日	○	○	○	○	○	○
12日	月	○	○	○	○	○	○
13日	火	○	○	○	○	○	○
14日	水	○	○	○	○	○	○
15日	木	○	○	○	○	○	○
16日	金	○	○	○	○	○	○
17日	土	○	○	○	○	○	○
18日	日	○	○	○	○	○	○
19日	月	○	○	○	○	○	○
20日	火	○	○	○	○	○	○
21日	水	○	○	○	○	○	○
22日	木	○	○	○	○	○	○
23日	金	○	○	○	○	○	○
24日	土	○	○	○	○	○	○
25日	日	○	○	○	○	○	○
26日	月	○	○	○	○	○	○
27日	火	○	○	○	○	○	○
28日	水	○	○	○	○	○	○
29日	木	○	○	○	○	○	○
30日	金	○	○	○	○	○	○

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

脳一表1	シンシナティ病院前脳卒中スケール	判定
顔面	歯を見せてください。笑ってください。	正常 顔面の動きが左右対称的。 異常 顔面の動きが左右対称でない。
上肢	両目を見つめて、両腕を肩の くまでに10秒間保持してください。	正常 上肢の動きが左右対称なし。ま たは、両上肢とも全く動かな い。 異常 上肢の動きが左右対称ある。
言語	「生を字引とは無知の人の ことだ」と言ってください。	正常 正しい言葉で、流暢に話す。 異常 流暢でない、または、言葉を 間違える、または、話さない。

急性期脳卒中患者の救急搬送の手順

- 現場到着後、まず救急活動基準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」(脳一表1)を評価する。一つでも異常がある場合、約70%の確率で脳卒中である。
 - 発症時刻を確認する。発症時刻が不明の場合は、最後に健康であったことが明らかである時刻を確認する。
 - 「脳卒中救急医療に関する市民向けパンフレット」(資料1)、「かかりつけ医カード」(資料2)に記入してあれば回収する。
 - 搬送先病院を次の基準により選択する。
 - 「シンシナティ病院前脳卒中スケール」(脳一表1)で「異常」が1つ以上ある場合は、脳卒中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。^{①)}
 - かかりつけ医からの救急搬送要請で、かかりつけ医が搬送先病院を指定する場合には、それを優先する。
- ① 脳卒中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^{②)}(脳一表2)を満たす病院(脳一表3)の対応可能日のカレンダーを、毎月までに各消防署、各医師会、各医療機関に配布して、搬送先病院の選択のための情報を提供するシステムを整備する予定である。
- ② 現場に患者の家族が居合わせた場合には、搬送先病院でのインフォームド・コンセントのために、努めて家族を同席させた上、救急搬送を開始する。

24

(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、アルテブラー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、アルテブラー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—翌8時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 それ以外は代表番号 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 25
4日	日	○	○		○内

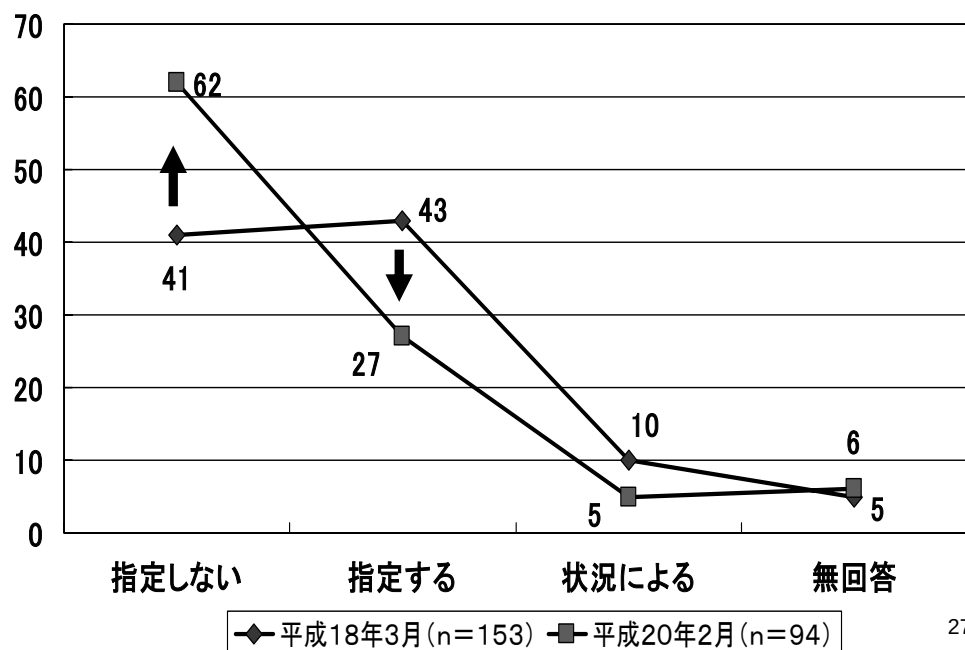
「疾病別医療連携推進事業」3年間の評価

○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

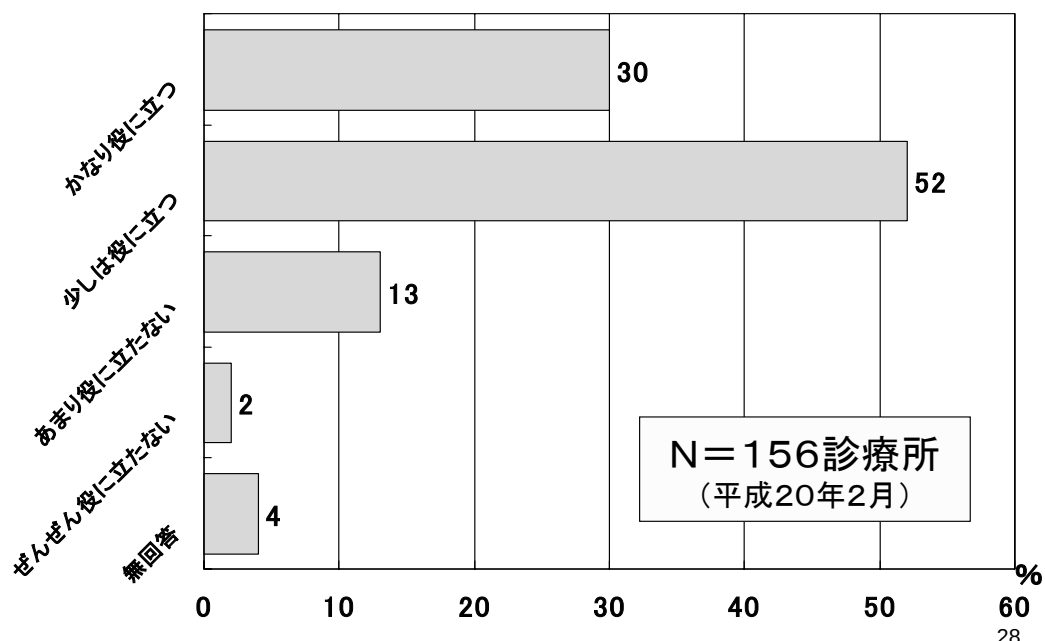
- 1 「疾病別医療連携推進のための医療機関アンケート」
平成18年3月段階と平成20年2月段階の比較
- 2 「消防署(警防課長)へのアンケート」
- 3 「rt-PA静注療法実施3病院の急性脳卒中症例調査」
平成19年7月と平成20年1月の各1か月間の全対象患者比較等で評価すると・・・

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」割合し(%)



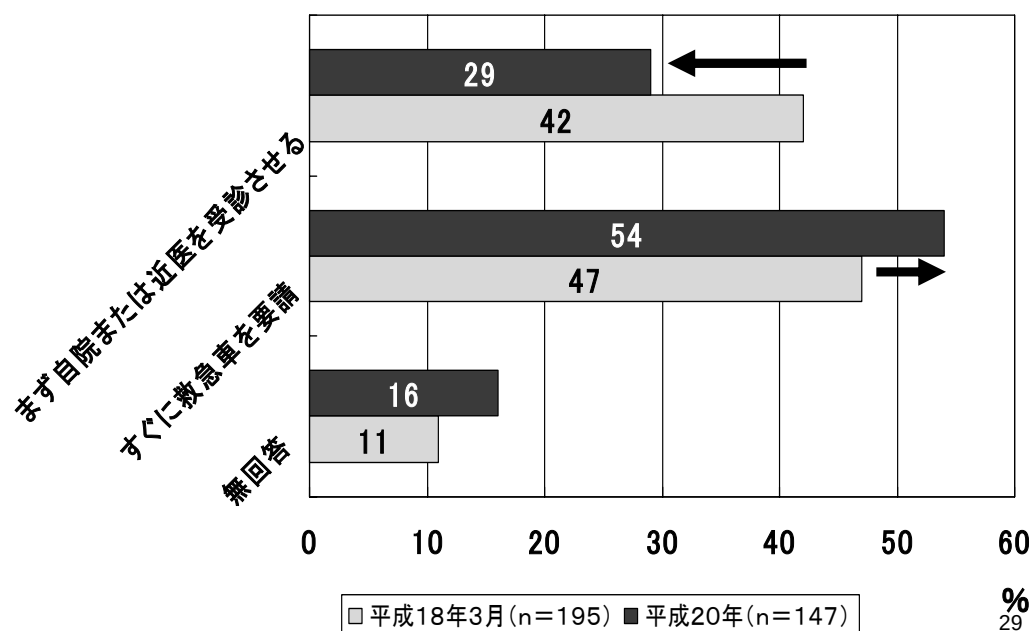
27

「かかりつけ医カード」は役に立つと思いますか



28

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(%)



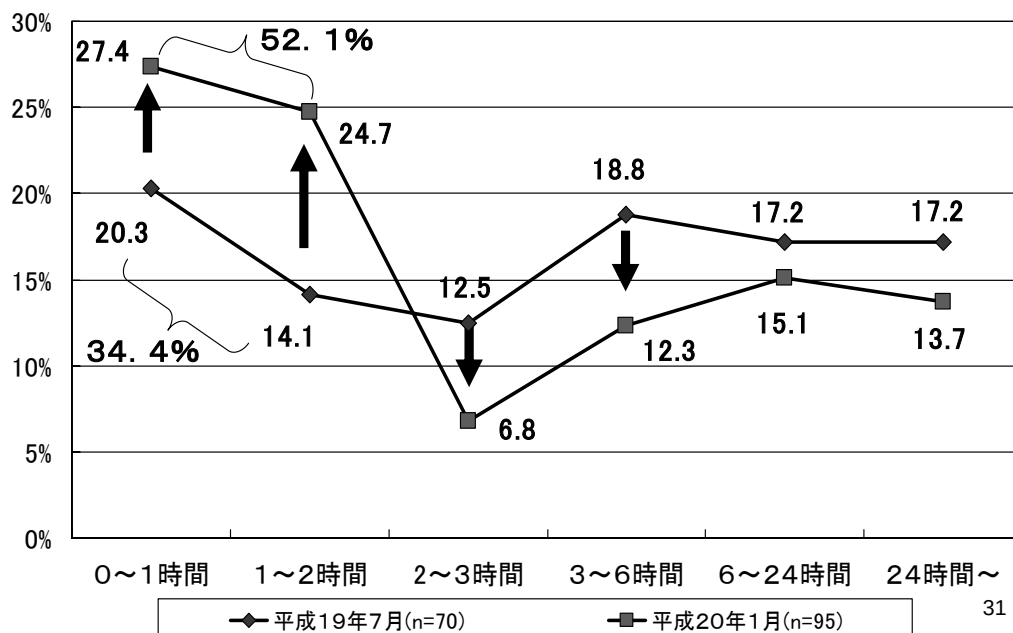
管内救急隊の「rt-PA静注療法カレンダー」の利用状況

(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

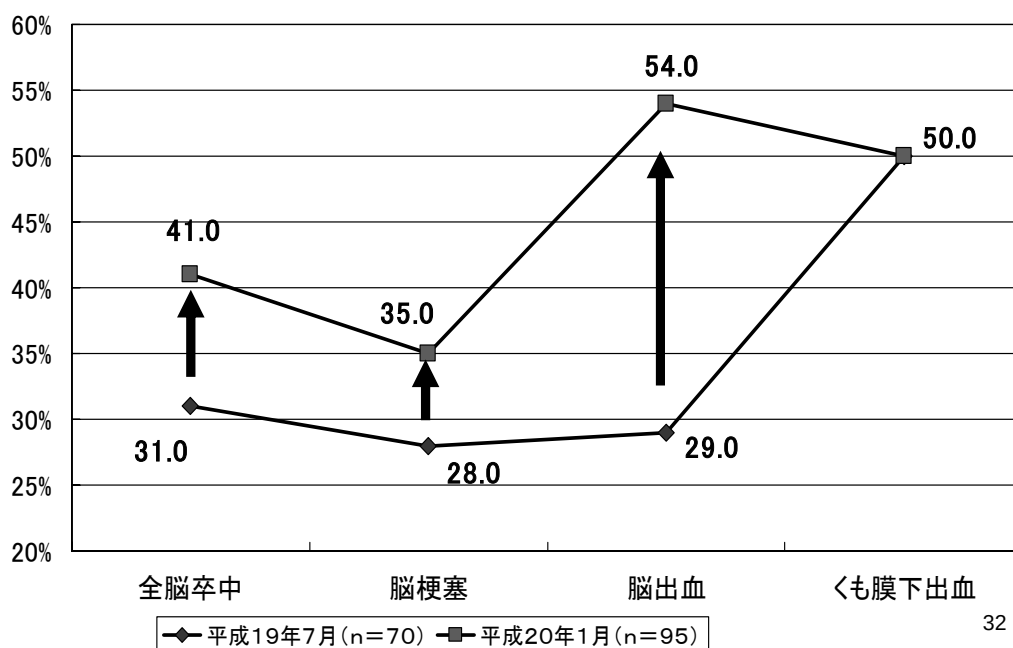
脳卒中患者の発症から来院時間ごとの症例割合(%)

(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)



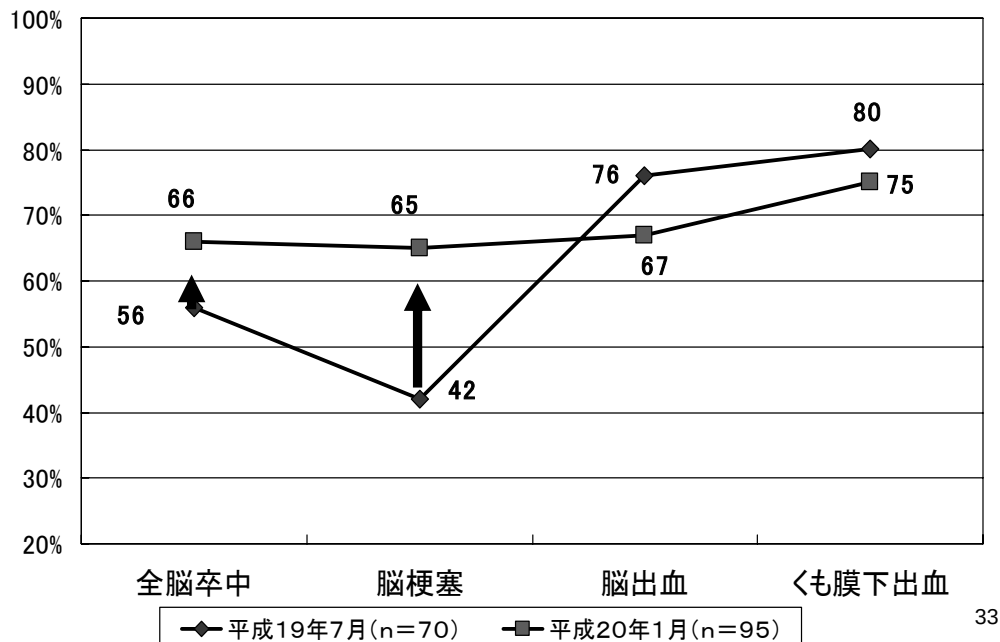
脳卒中(疑い)患者で発症2時間以内に来院できた割合(%)

(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)



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)



33

「疾病別医療連携推進事業」3か年の到達点

- ① 管内を中心とする医療機関の実態調査(平成18年3月)
 - ② 急性期の「医療連携ガイドライン2007」作成(平成19年3月)
 - ③ 市民向け講演会実施(平成19年2月)
 - ④ 市民向けパンフレットの作成配布(各市の協力)
 - ⑤ 医師会向け研修会実施(平成19年3月)
 - ⑥ 「かかりつけ医カード」作成、配布(地区医師会の協力)
 - ⑦ システム普及ポスターの作成
 - ⑧ 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)
- ① 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
 - ② 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＞
- ① 速やかに救急車を要請する割合の増加傾向
 - ② 救急時、救急隊に医療機関選定を任せる割合の増加傾向
 - ③ 救急病院に2時間以内に来院する割合の増加
 - ④ 同病院に救急車で来院する割合の増加

34

「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(かかりつけ医カードの普及等)
- 消防署(救急隊)の理解、協力(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

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ールの開発、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

35

課題解決に向けた平成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、さらに在宅療養まで切れ目のない医療・介護サービスの提供可能な仕組の構築(クリニカルパス等ツール開発を含む)

【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・介護サービス事業者、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」の枠組み再編

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

北多摩脳卒中連携パス協議会
「東大和病院」中心
平成18年3月～自主的な取組

東京都地域リハビリテーション支援事業
「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

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

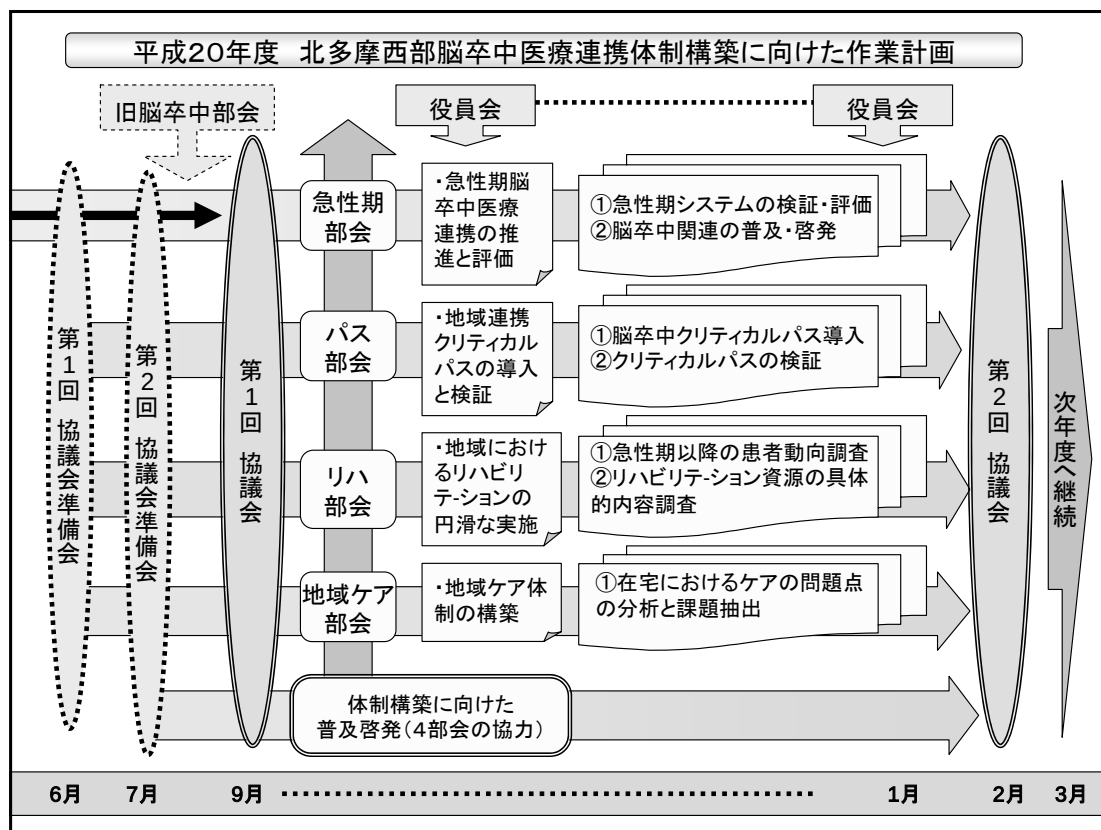
地域ケア
部会

37

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)	①急性期システムの検証・評価 ②地域における脳卒中関連の普及・啓発 ③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)	①脳卒中地域連携クリティカルパスの導入 ②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)	①急性期以降の患者動向調査 ②リハビリテーション資源の具体的内容調査	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)	①在宅におけるケアの問題点の分析と課題の抽出 ②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 ③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 ④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

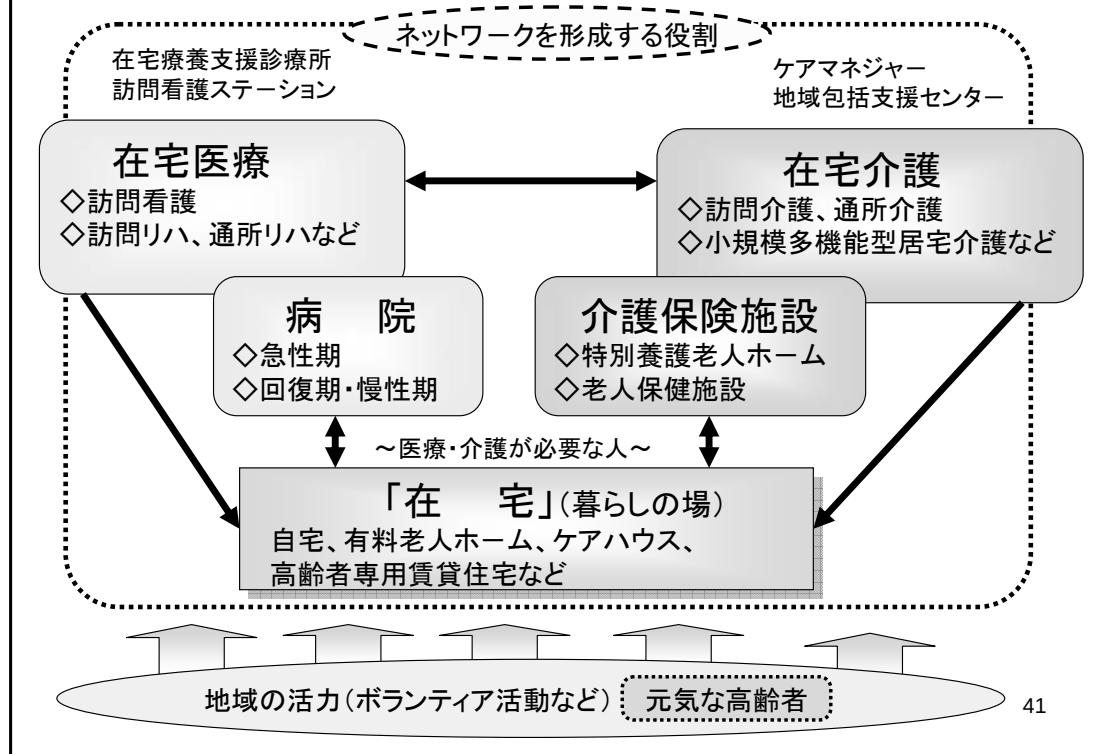
※市民、医療機関、消防などを対象に、システムの効果的推進、連携強化に必要な内容をテーマとする普及
啓発を役員会で企画・調整して「協議会」として実施する。



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)	①急性期システムの検証・評価	①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パスの導入と検証 (パス部会)	①脳卒中地域連携クリティカルパスの導入 ②地域連携クリティカルパスの検証	①北多摩脳卒中連携パス協議会作成パスの圏域内への定着 ②病一病、病一診、訪問看護ステーションで共有できるパスの検討・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)	①急性期以降の患者動向調査 ②リハビリテーション資源の具体的内容調査	①急性期病院以降の患者動向調査⇒(1)と共同 ②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)	①在宅におけるケアの問題点の分析と課題の抽出	①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。

地域ケア体制の将来像（「東京都地域ケア体制整備構想」より）



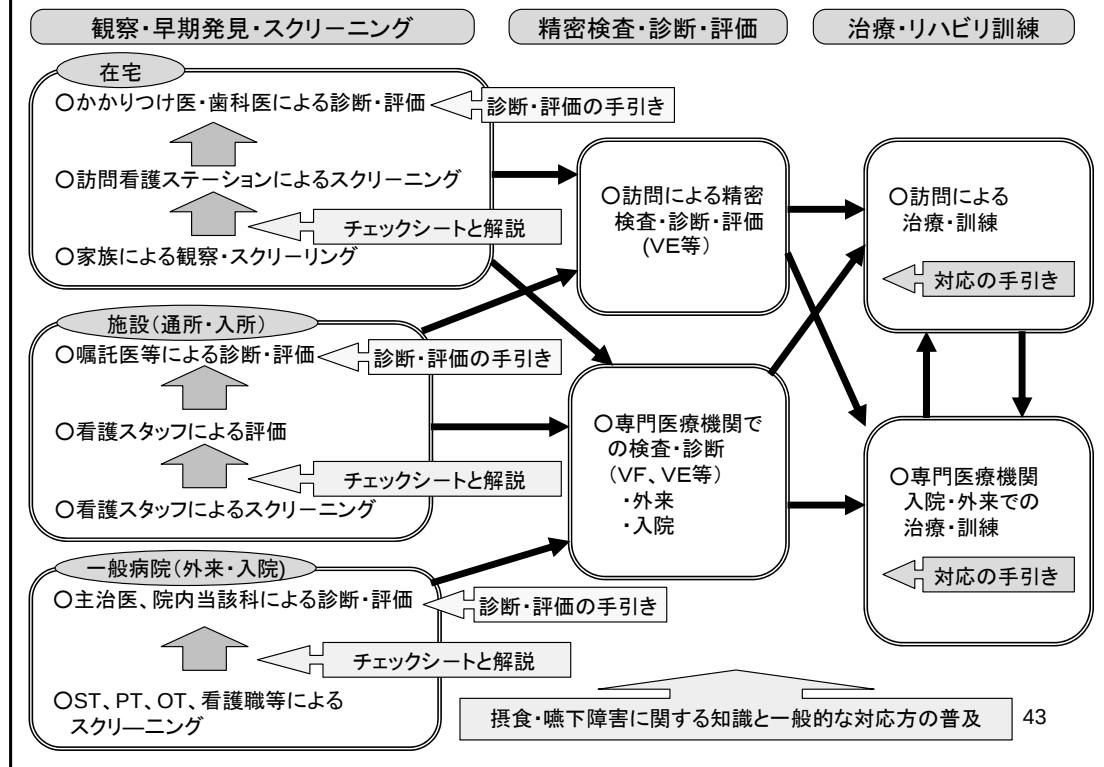
41

摂食・嚥下障害者支援システム構築に向けた問題点・課題(現状)と対応策

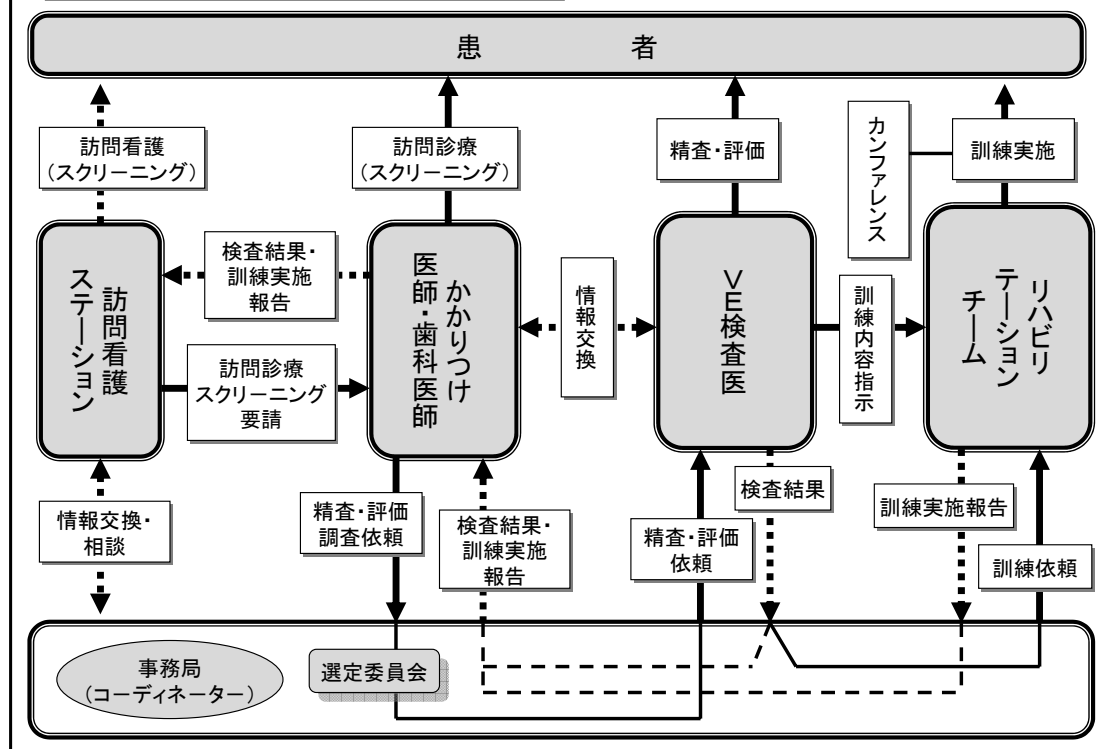
	観察・早期発見・スクリーニング	精密検査・診断・評価	治療・リハビリテーション
在宅	【問題点・課題】 ①家族に対し、摂食・嚥下障害に関する知識・情報が少ない ②摂食・嚥下障害のスクリーニングの基準が確立していない ③摂食・嚥下障害を疑っても、どこにつないでよいかわからない 【対応策】 ①～②→チェックシートの開発・研修 ③→摂食・嚥下障害を専門的に診断・評価してくれる専門医療機関のルート開発	【問題点・課題】 ①在宅訪問により診断・評価・検査(VE、嚥下内視鏡検査、等)を実施できる医師・歯科医師が少ない ②VEの検査機材がない ③在宅で嚥下評価ができる仕組みができていない 【対応策】 ①→VE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) ②→VEの検査機材の確保 ③→在宅で嚥下評価ができるシステムの構築	【問題点・課題】 ①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 ②在宅診療をする医師・歯科医師が少ない。リハビリ・口腔ケアの指導等を行う専門職が少ない ③在宅での対応のしかたについて確立されていない 【対応策】 ①～③→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)
入所施設	【問題点・課題】 ①スクリーニングの基準が確立していない ②摂食・嚥下障害に関する専門家に係る情報が乏しい ③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 【対応策】 ①→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 ②～③→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	【問題点・課題】 ①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 【対応策】 ①→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 ②→施設訪問によるVEの実施を含む摂食・嚥下障害の検査、診断を行なう医師・歯科医師の養成(診断・評価の手引きの開発も含む) ③→必要に応じて診断・評価・検査のための病院ルートの開発	【問題点・課題】 ①摂食・嚥下障害への対応が十分でない ②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 【対応策】 ①～②→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
医療機関(一般病院)	【問題点・課題】 ①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 ②スクリーニングの基準が確立していない ③専門的な診断等が必要な場合の紹介先の情報が乏しい 【対応策】 ①～②→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) ③→摂食・嚥下障害を専門的に評価してくれる相談機関	【問題点・課題】 ①精密検査、診断、評価のできる医療機関が少ない ②往診してくれる専門家が少なく 【対応策】 ①～②→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)	【問題点・課題】 ①治療、リハビリを行なう病院が十分でない ②環境整備など対応方法の指導が十分とは言えない ③栄養摂取のために胃ろう造設となる患者が多い 【対応策】 ①～③→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

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(フローイメージ)

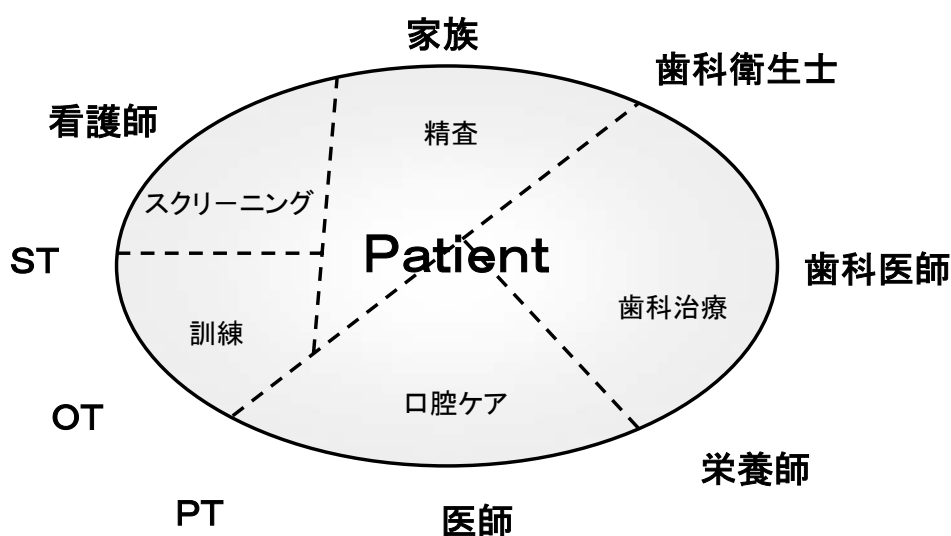


在宅訪問VE検査実施手順(イメージ図)



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ーチをしないと対応できない。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。⇒「チームアプローチ」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

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
- 関係機関の調整
- 組織化・システム化
- 情報収集、分析、提供
- 普及啓発(共同)
- 委託事務局(地域中核病院)支援
- 都計画(本庁施策)への情報発信・企画案提起

〔事例 5〕

「医療連携～練馬区を例にして～」

事例提供者

中西 好子（練馬区保健所長）

事例名	【事例５】医療連携～練馬区を例にして～
事例提供者名	中西 好子（練馬区保健所長）
コメント （１）成功要因分析	・ 医師会、区内の病院との平素から顔が見える関係を作っていることが大きな成功要因である。これには、練馬区は病床不足地区であるため、区が日大光が丘病院、順天堂練馬病院を誘致し、医師会とこの２大学病院との連携を区が強力に進めている背景がある。 ・ 医療連携を行うための予算と場の確保がされていること。 ・ 医療連携を行うことにより、病院と診療所とがそれぞれの機能を発揮し、お互いの利益となっていること。 ・ 事業、疾病毎に牽引していく核になる人材に恵まれていること。 ・ 保健所のさまざまな職種の協働。
（２）事例からみた医療連携	・ 小児医療連携は、初期救急患者が大病院に集中しないように平成１３年から区が医師会委託で平日準夜間帯のクリニックを開始した。大学病院、医師会、区保健所、消防機関と連携会議を行うとともに、区と医師会は小児救急講座等を積極的に行い普及している。これは全国のモデルとなっている。 ・ 災害時医療救護体制の構築；医療資源の少ない練馬区にあって災害時に的確かつ効率的に患者を救護できるように区と大病院、後方医療機関、医師会と連携会議をおこない、重軽傷者のトリアージ方法、受診搬送方法や医療資機材の備蓄のありかたを検討している。区民、災害弱者、医療機関、福祉施設を交えて訓練を行った。 ・ 糖尿病医療連携；特別区の場合は二次医療圏に複数区が属し、二次医療圏は行政体ではないので、なかなか医療連携が進んでおらず、また区民の受療行動は区や二次医療圏を越えているが、糖尿病の場合は比較的診療圏が小さいので区内医療機関内で医療連携を進め、初年度の平成２０年度は医療資源データをまとめた。
（３）保健所の関与の可能性と役割	・ 事業予算 ・ 事業の企画・進行管理 ・ 庁内関係各課・関係機関との調整 ・ 区民への普及啓発

医療連携

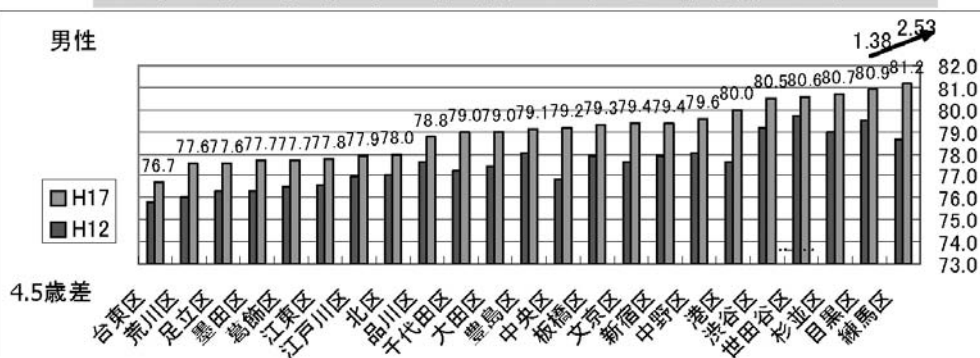
練馬区を例にして

練馬区健康部長（保健所長）

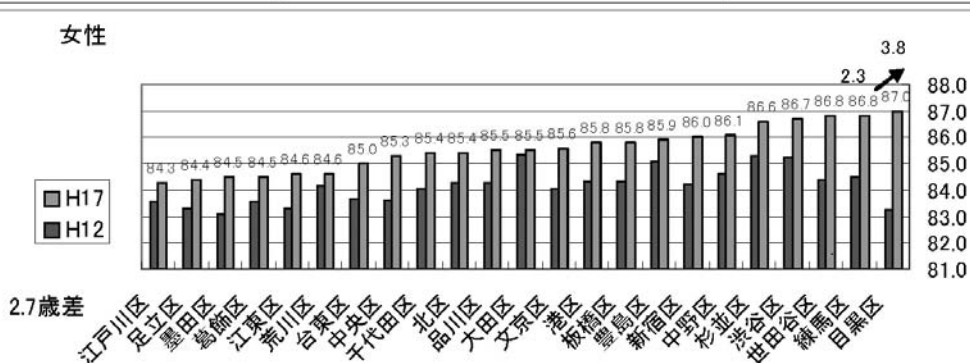
中西 好子

23区平均寿命 平成12年と平成17年

男性



女性



平成17年東京都区市町村別平均寿命

男性



どうして～～
こんな格差!!

女性



23区格差は、男4.5歳、女2.7歳

医療費水準



被保険者一人あたり医療費の東京23区平均に対する比率

- 0.94 倍未満
- 0.94 倍～0.98 倍未満
- 0.98 倍～1.02 倍未満
- 1.02 倍～1.06 倍未満
- 1.06 倍以上

順位	区名	対23区比率
1	杉並区	0.8871
2	中野区	0.9015
3	目黒区	0.9152
4	渋谷区	0.9370
5	世田谷区	0.9457
6	練馬区	0.9509
7	豊島区	0.9514
8	文京区	0.9612
9	新宿区	0.9741
10	板橋区	0.9845
11	東京都	0.9863
12	港区	0.9916
13	江戸川区	0.9963
14	23区	1.0000
15	墨田区	1.0037
16	中央区	1.0227
17	足立区	1.0265
18	葛飾区	1.0329
19	江東区	1.0373
20	台東区	1.0400
21	北区	1.0408
22	千代田区	1.0454
23	品川区	1.0497
24	大田区	1.0711
25	荒川区	1.0853
26	全国	1.1619

参考: 社会保険研究所「地域医療費総覧'04」

自然が豊かな練馬区

清水山麓の森カタクリ



練馬と言えば……
練馬大根



23区内唯一の小泉牧場



葉っぱい基金のキャラクター
びいちゃん



練馬区の農地面積は、
23区内で第1位

位置

23区の北西部
北は板橋区および埼玉県
新座・和光・朝霞の各市に隣接

起伏の少ない武蔵野台地
面積は、48.16km²で
東京都の約2.2%、
特別区の約7.7%に当たる
23区で 5番目 に広い

人口

人口は、702,026人
東京都の約5.4%
特別区の約8.1%
23区で2番目に多い。

全国では20番目に大きい自治体

練馬区

東京都

なんと鳥取県の人口
より多いのです。

練馬区健康部（保健所）の仕事

いわゆる地域保健法に基づく
「保健所」の仕事

食品・環境監視
医務・薬事・墓地許可
感染症・結核
集団給食施設指導
栄養表示基準制度

+

区市町村長の実施する
保健衛生事業

予防接種、母子健診、
がん検診健康づくり
（母子保健法、健康増進法）
介護予防

+

区独自の仕事

医療機関の整備等
医療連携
災害時医療体制の整備

区の保健所長の担っている業務

（保健所長兼〇〇部長、△△担当部長と
名称もいろいろとなっている）

保健所 県型業務	保健所 県型業務	保健所 県型業務
区の保健衛生業務 （母子・老健等）	区の保健衛生業務 （母子・老健等）一部または全部	議会対応 予算 人事
区固有業務 病院確保・災害医療等	議会対応 予算 人事	
議会対応 予算 人事		
保健所＋区保健衛生 ＋区固有業務	保健所＋区保健衛生	保健所 区の保健衛生業務は 他の部署で実施
練馬区・台東区	ほとんどの区 世田谷、大田、港区は地域センターで地区の保健業務。 保健所ラインではない。	中野区、北区



	昭和 23年	昭和 50年	平成 6年	平成 9年	平成 16年	平成 19年
多摩部	都立4	都立17	都立17	都立12	都立7	都立6 八王子市1
島しょ	島しょは中央保健所担当	都立1	都立1	都立1	都立1	都立1
区 部	都立37	区立53	区立53	区立39	区立23	区立23
計	41	71	71	52	31	31

新生保健所

区に移管

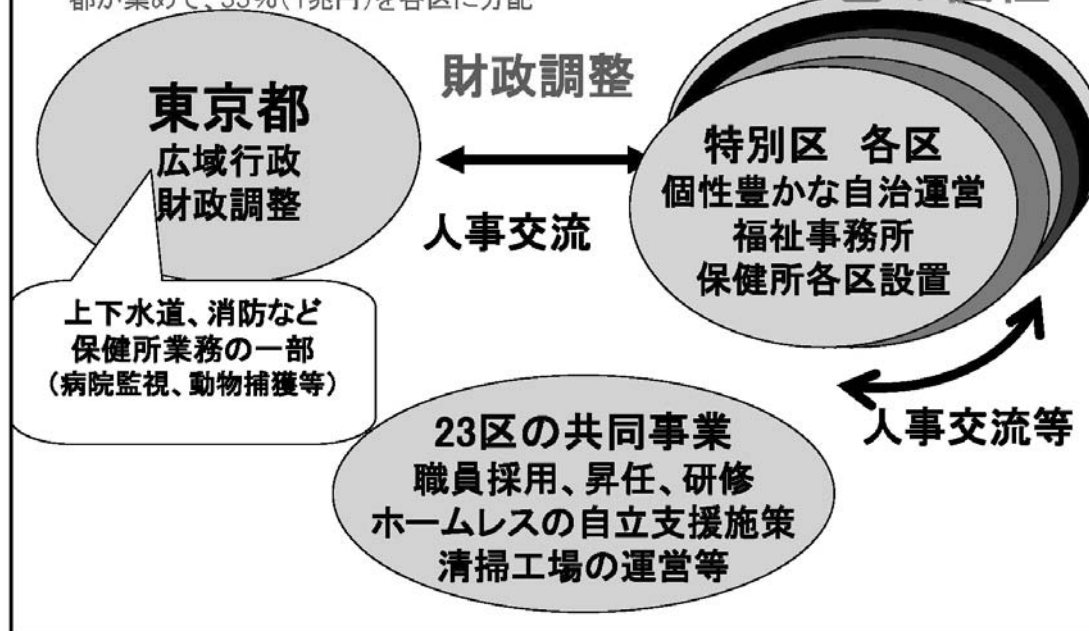
地域保健法施行

**八王子市
保健所政令市へ**

大都市の一体性と自立性の調和のために

固定資産税・住民税法人分・特別土地保有税
(2008年度予算ベース1兆8300億円 本来は市町村税)を
都が集めて、55%(1兆円)を各区に分配

23色の個性



都区のあり方検討会 平成19年1月から 特別区区長会と東京都

1. 都区の事務配分について
2. 特別区の区域のあり方について

特別区の問題

- 昭和22年1区10Km²、人口20万人程度
区部人口400万人程度を想定して23区とした。
- 人口規模格差 3.97倍(千8.9・世35万)→20.13倍(千4.1・世84万)
財政規模格差 2.60倍(世571・鍊220百万)→5.12倍(千42,653・足218,283)百万円(普通会計決算歳出)

- 生活圏の拡大: 自分の区に住んでいる割合 45%
- 行政効率

	23区	横浜市
人口	800万人	360万人
職員	63,500人	15,000人
議員	913人	92人

- 行政区域と経済圏
区境にあるJRの主要駅(乗降客50万人以上/日)
新宿駅(新宿区・渋谷区)東京駅(千代田区・中央区)品川駅(港区・品川区)
新橋駅(港区・千代田区・中央区)秋葉原駅(千代田区・台東区)
有楽町駅(千代田区・中央区)

都区のあり方検討会 平成19年1月から 特別区区長会と東京都

1. 都区の事務配分について
2. 特別区の区域のあり方について

保健医療圏

- ・ 保健医療資源の適切な配置を図るとともに、保健医療機関相互の機能の分担と連携を推進し、健康づくりから疾病の予防、治療、リハビリテーション、介護など総合的な保健医療提供体制の体系化を進めるための地域的単位
- ・ 一次：区市町村単位
- ・ 二次：都民に包括的な保健医療サービスを提供していく上での圏域であり、その整備を図るための地域的単位
- ・ 三次：東京都全域

二次医療圏

- 一般の医療需要に対応するために設定する区域で、入院医療を圏域内で基本的に確保するとともに、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携などにより、都民に包括的な保健医療サービスを提供していく上での圏域であり、その整備を図るための地域的単位
- 医療法第30条の3第2項第1号の規定により、主として病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定する医療計画上の区域でもある。
- 平成元（1989）年に策定した「東京都保健医療計画」において、住民の日常生活行動の状況、交通事情、保健医療関係の既存の地域ブロック、保健医療資源の分布等圏域設定に必要な要素を総合的に勘案の上、複数の区市町村を単位とする13の圏域に設定

東京都13の圏域

二次保健医療圏



東京都第5次保健医療計画（平成20年3月）

二次保健医療圏	基準病床数	既存病床数(参考)
区 中 央 部	6,208	14,394
区 南 部	7,930	7,791
区 西 南 部	9,733	9,543
区 西 部	10,556	10,556
区 西 北 部	13,865	13,626
区 東 北 部	9,152	9,015
区 東 部	8,042	7,818
西 多 摩	3,083	4,185
南 多 摩	10,016	10,016
北 多 摩 西 部	4,227	4,223
北 多 摩 南 部	7,486	7,470
北 多 摩 北 部	5,250	5,741
島 し よ	196	55
計	95,744	104,433

注：既存病床数は平成19年4月1日現在

医療法施行規則第30条の30第1項では、二次医療圏ごとの基準病床数の算定にあたって、都道府県全体における基準病床数の上限の算定方法を定めている。これに基づき算定すると、東京都全体における基準病床数の上限は、療養病床が22,977床、一般病床が67,667床となっている。

[illegible]

病床数データは、東京都福祉保健局医療機関名簿
平成19年6月。人口は平成19年6月住民基本台帳

区西北部二次医療圏病床

練馬区
人口68.2万人
一般・療養病床数 2,060床
10万対302

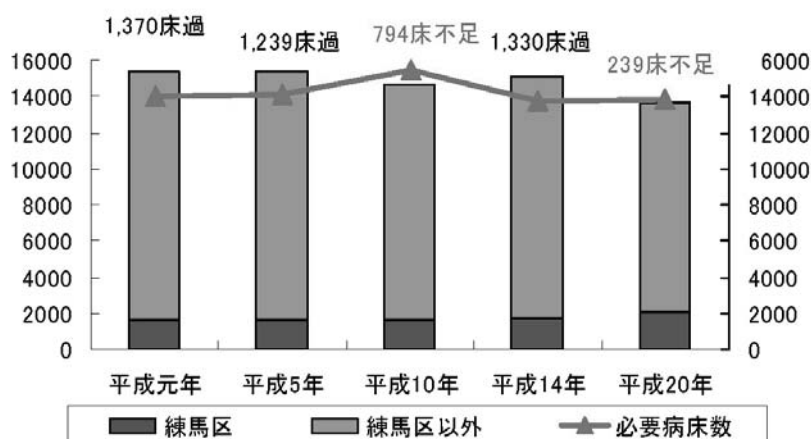
板橋区
人口51.3万人
一般・療養病床数 7,727床
10万対1,506

北区
人口31.6万人
一般・療養病床数 1,916床
10万対602

豊島区
人口24.2万人
一般・療養病床数1879
10万対776

練馬区病床数 23区最下位
人口10万対23区平均(856)の1/3
急性期リハ病床なし。

東京都区西北部保健医療圏病床数推移
東京都保健医療計画



練馬区は圏域の39%の人口を占めるが、病床数はわずか14%しかない。

二次医療圏の見直し要望

平成9年7月東京都知事に対して練馬区長要望

- ・練馬区は23区最低の病床数である。
- ・区西北部医療圏は、板橋区、豊島区、北区、練馬区であるが、板橋区・豊島区に病院が極端に多く、練馬区に新たに病床が確保できない。
- ・区民の入院先は6割が区外。
板橋区＞新宿・中野＞＞＞＞＞北区
- ・生活圏、交通事情から区西部（新宿・中野・杉並）の方がなじむ。

第5次東京都保健医療計画

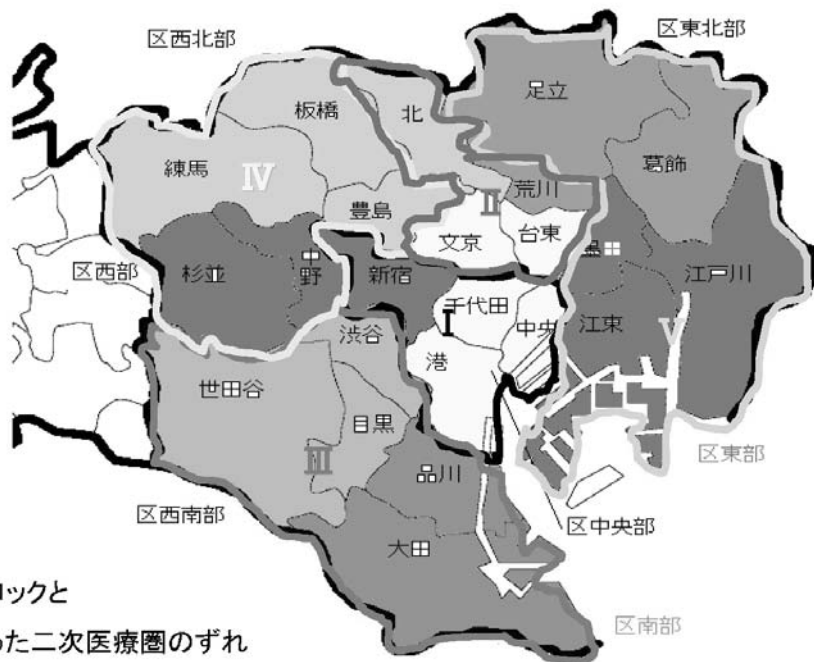
平成20年3月改定

- 平成元年に策定した「東京都保健医療計画」で住民の日常生活の行動の状況、交通事情、保健医療関係の既存の地域ブロック、保健医療資源の分布等圏域設定⇒都内を13の圏域
- 圏域設定後20年近くを経て、現行の二次医療圏に基づく各種保健医療施策の展開が図られていることから、引き続き圏域はそのまま。

保健医療圏（区の立場から）

- 東京都が都内に病床をバランスよく整備するために、なかば機械的な区域割をした。
中心区にはもともと病床が多かったので、周辺区とあわせて圏域とした。
- 既存の福祉や他の行政単位とずれている。
- 23区の医療資源の偏りが著しい。
- 区民の受療行動は、交通機関が発達しており、圏域を飛び越えている。
- 救急搬送は、現場から一番近いところの救急指定医療機関に搬送。（二次医療圏単位ではない。）
- 二次医療圏単位では、各区は恒常的な話し合いの場がない。

区部の二次医療圏と既存の5ブロック



医療連携体制を構築し医療計画に明示 【医療法第30条の4第2項第2号】

4 疾病

(同項第4号に基づき省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

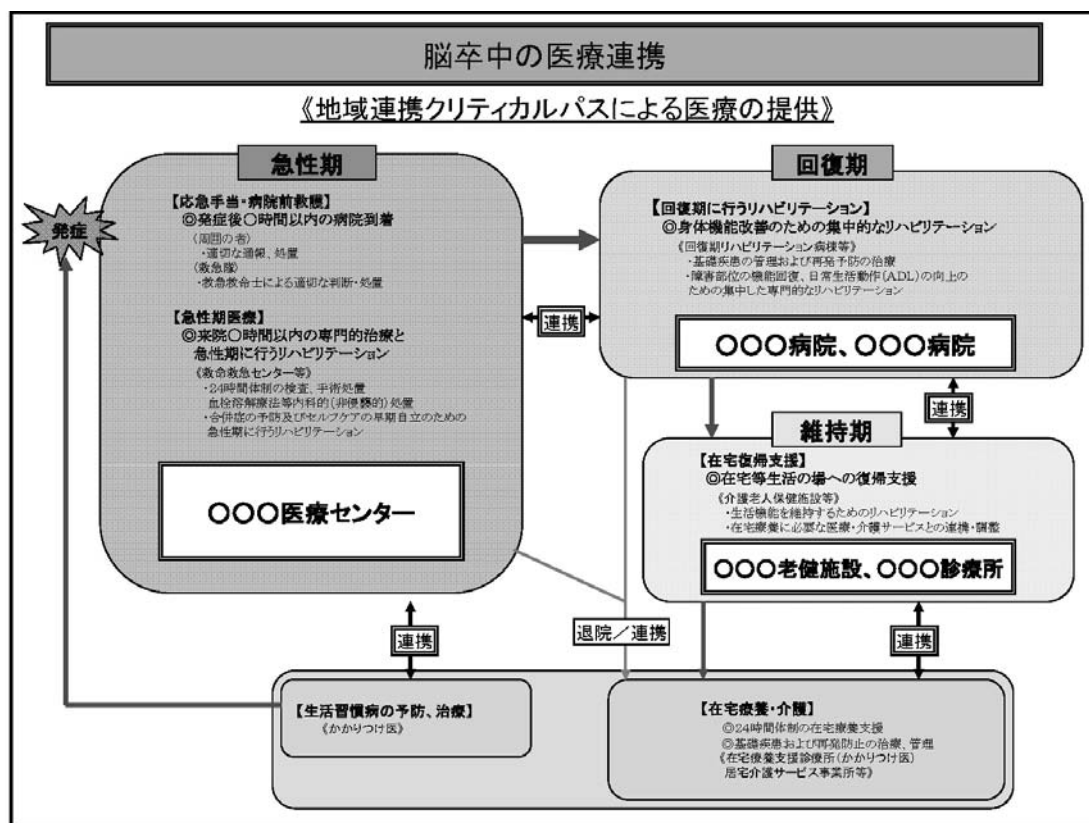
- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 急性心筋梗塞
- ・ 糖尿病

5 事業〔＝救急医療等確保事業〕

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- ・ 救急医療
 - ・ 災害時における医療
 - ・ へき地の医療
 - ・ 周産期医療
 - ・ 小児医療(小児救急医療を含む)
- ・ 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療



区の保健所が医療連携の要となることは

長所

- ・ 区保健所は、区組織であるので、区の他の計画や予算とリンクして、区事業として進められる。
- ・ 区医師会・医療機関等とは、学校保健、災害医療、予防接種、各種健診(検診)とすでに連携をしており、お互いの顔が見える。
- ・ 介護保険、福祉施策は区の事業なので、医療連携と平行して連携が進められる。等

短所

- ・ 住民の受療行動は、区の単位を越えている。
- ・ 区だけでは保健福祉医療資源が不足している
- ・ 救急搬送等は、区単位ではない。等

医療連携を進めていくにあたって

1. 東京都全域で考えるべきこと
2. 区で考えるべきこと
3. 23区全体で考えるべきこと
4. 二次医療圏単位を利用すべきこと

23区はある意味特殊である。



地域連携クリティカルパスの普及・推進に 保健所の関与が期待される場面

(地域連携クリティカルパスの普及・推進方策骨子試案よりH20,8)

1. 医療機関相互の調整(中核病院間、中核病院と連携医療機関等)
 - 医療計画における具体的な医療連携推進の一環として;圏域連携会議や協議会など
 - 医療機能調査をもとに調整
 2. 連携医療機関の拡大、介護保険事業所や保健福祉関係機関の参画
 - 医療機能情報提供制度、薬局機能情報提供制度、介護サービス情報公表制度による診療マップや連携ガイドの作成
 - コメディカル、ケアマネジャー、薬局薬剤師等対象の研修会など
 3. 地域連携クリティカルパスのデータベース
 - 地域連携パスの収集・統計分析に対する支援
 4. 地域住民の啓発、相談対応
 - 地域住民対象の講演会やシンポジウム等を通じて地域医療・福祉連携を啓発
 - 圏域の医療安全支援センターとして地域住民の相談対応
 5. 各種情報の収集・整理・提供
 - 医療連携・医療福祉連携に係る各種法令、事業、予算等について、関係団体・機関への情報提供
 - 医師臨床研修(地域保健・医療)における研修医に対する啓発
- ※保健所は業務上、地域の医療連携・医療福祉連携をアシストしやすい立場にある

医療連携を進めていくにあたって (練馬区の場合) (例示)

1. **東京都全域**
→脳卒中医療連携の急性期(救急搬送)
→災害広域対応 等
2. **区で考えるべきこと**
→災害時初期対応
→小児初期救急
→病診連携(医師会診療所と2大学病院)
→退院促進事業(区と区内精神病院)
→糖尿病医療連携
→介護保険等福祉との連携
3. **23区全体で**→新型インフルエンザ等対応
4. **東京都二次医療圏単位の検討を利用**
→区にはない医療資源を利用するために
区西北部ブロック地域脳卒中医療連携圏域別検討会に参加

練馬区の医療連携（１）小児救急事業の展開

事業名：①練馬区夜間救急こどもクリニック事業（平成13年6月1日開設）

②練馬区小児救急医療連絡協議会（平成16年6月開始）

③小児救急ミニ講座（平成17年度は東京都健やか小児救急応援事業受託。平成18年1月からは、身近なところで子どもの救急対処法等の普及啓発事業を開始）

事業内容

①名称：練馬区夜間救急こどもクリニック（練馬区役所東庁舎2階）

診療時間：平日（月曜日～金曜日）午後8時～午後11時

土曜・日曜・休日・年末年始 午後6時～10時

診療科目：小児科（対象は15歳以下の小児）

診療体制：小児科医師1名、看護師1名、事務1名を1単位としてGW、年末年始は複数単位。

運営形態：社団法人練馬区医師会に事業委託

②練馬区小児救急医療連絡協議会 区医師会3名、区内2大学病院各2名、練馬消防署職員1名、区職員2名

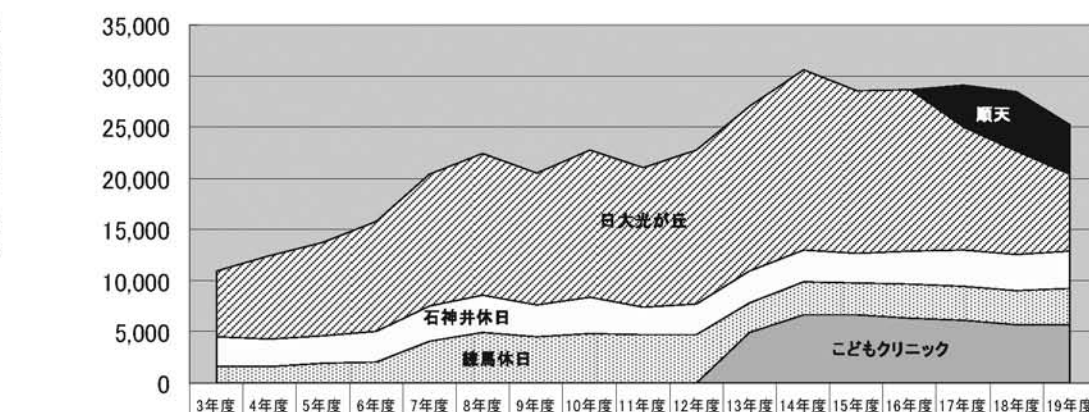
③小児救急ミニ講座：小児科開業医が地域の施設に出向き、子どもの病気や急な症状への対処法などを保護者に講義し、保護者が日頃疑問に思っていることや分からないことに答える。こどもが夜間に熱を出した場合であっても、軽症であれば家庭で対処できるよう啓発することにより、救急対応している病院の負担を軽くする目的で実施。子ども家庭支援センター、保健相談所、NPO施設。平成19年度計18回

【事業開始の経緯】 練馬区では、従前から内科・小児科を標榜する練馬休日急患診療所および石神井休日急患診療所を設置し初期救急医療事業を実施してきた。しかし、受診者のうち約6割は15歳以下のこどもが占めるにもかかわらず、必ずしも小児科医師が診療する体制とはなっていなかった。また、共働き家庭の増加等を背景として小児救急医療のニーズが高い平日の夕刻から午後10時頃までの準夜帯には診療を行っていなかった。そのため、区内の二次医療機関である日本大学医学部付属練馬光が丘病院に小児救急患者が集中し、患者の待ち時間の長時間化、小児科医師の過重労働等の問題が生じていた。このような状況を踏まえ、従前実施していた深夜帯の診療を廃止し、平成13年6月1日から準夜帯に小児科医師による小児初期救急診療を行う練馬区夜間救急こどもクリニックを開始した。なお、平成18年度からは日大練馬光が丘病院および順天堂練馬病院に小児初期救急医療事業を委託している。

小児救急体制の充実と関係機関の連携を図るために、保健所が「小児救急医療連絡協議会」を開催している。

【成果】 二次救急医療機関である日大練馬光が丘病院の年間小児救急患者はピーク時（平成14年度）には17,000人以上受診していたが、夜間救急こどもクリニックの開設、順天練馬病院の開設また、小児救急普及事業等の成果により、4割の年間7,500人まで減少している。

小児救急患者人数

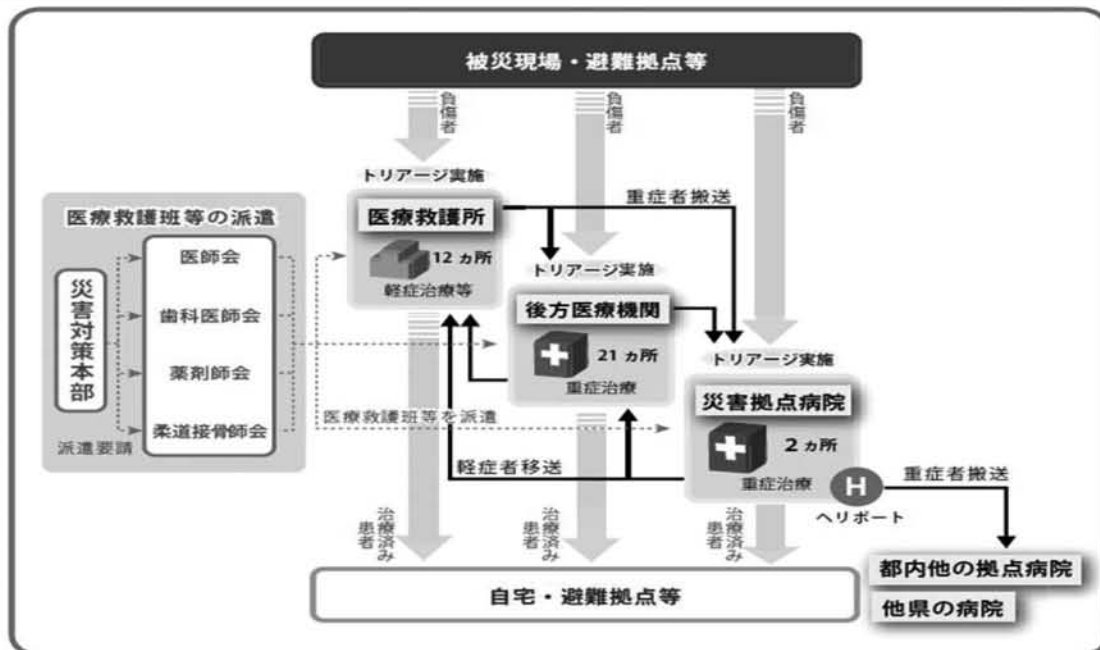


練馬区の医療連携（２）災害医療体制の充実

事業名：災害時医療救護体制の構築と安全安心のまちづくり事業（平成 18 年度から）

事業内容

- 1 目的：区が誘致した 2 つの大学病院（日大練馬光が丘病院・順天堂練馬病院）を核とした災害時医療救護体制についての調査検討を行い、これをもとに関係機関と協議し災害時医療救護体制を構築する。
- 2 経過：①平成 18 年度に、2 つの大学病院、区内の医師会、歯科医師会、薬剤師会、柔道接骨師会、東京都および練馬区からなる「練馬区災害時医療救護体制に係る検討委員会」を設置し、災害時医療救護体制について調査検討を行った。
②平成 19 年度からは、検討委員会の報告書をもとに、災害医療運営連絡会（昭和 57 年設置）に作業部会を設け、各師会と締結している災害時の協定書の見直し、医療救護所の開設運営方法の明確化、医療救護班の派遣体制、トリアージの実施手順などについて協議している。なお、作業部会には警察署および消防署にも参加してもらっている。
- 3 その他：練馬区では、災害時に医療救護活動の中心となる後方医療機関に対し、平成 19 年度から耐震診断・改修等の助成を行っている。
耐震診断（助成率 2/3 助成限度額 200 万円）実施設計（助成率 2/3 助成限度額 450 万円）改修工事（助成率 1/2 助成限度額 6,000 万円）（平成 19 年度実績；耐震診断 1 件）



○平成19年7月2日 平成19年度練馬区災害医療運営連絡会開催

○平成19年8月2日 作業部会の発足 メンバー；医師会、歯科医師会、薬剤師会、柔道接骨師会、日大練馬光が丘病院、順天堂練馬病院、3消防署、3警察署、練馬区

作業部会の検討事項

1 短期目標（2年以内）

- ① 協定書の見直し ② 後方医療機関の開設運営方法の明確化 ③ 医療救護所の開設運営方法の明確化 ④ 医療救護班の派遣体制 ⑤ トリアージの実施手順、実施場所、実施方法の明確化 ⑥ 関係医療機関と連携した訓練の持続的な企画・訓練の体制整備

2 中期目標（3～5年）

- ① 医療救護所（逆搬送先）の設定 ② 拠点病院における医師会の受け入れ体制の整備 ③ ボランティアの受け入れ体制 ④ 医薬品の備蓄（1週間程度） ⑤ 後方医療機関の指令系統、運営要員、運営方法等の明確化 ⑥ 重傷者・被災病院入院患者の搬送先、搬送手段 ⑦ 支援医薬品等の搬送者、配給先、搬送手段の明確化 ⑧ ランニングストック方式による医薬品の管理

