

＜シンポジウム 1—5＞脳血管障害：基礎と臨床の最前線

脳卒中連携医療：新しい脳卒中医療・介護システムの構築

長谷川泰弘

(臨床神経, 48 : 900—901, 2008)

Key words : 臨床指標, 医療の質, 監査

脳卒中の医療は、急性期病院、回復期リハビリテーション病院、介護施設など、地域の複数の医療機関がかかわっておこなう地域の医療である。現在医療の質の評価や質の向上を図る方法として、病院機能評価やクリティカルパスの手法がもちいられているが、これらはあくまで個々の病院や施設の評価にとどまるものであり、急性期から介護、社会復帰まで複数の医療機関がかかわっておこなわれる一連の脳卒中医療自体を評価するシステムはないのが現状である。長い一連の脳卒中医療を切れ目なくつなぐ手段として、地域連携パスの導入が模索されているが、あくまで連携がおこなわれる患者の情報が主体となり、急性期病院で死亡した患者や、軽症あるいはきわめて重症などの理由により回復期病院を経由しない症例のデータは反映されない。脳卒中医療全体が反映されるような何らかの clinical indicator (臨床指標) の開発が求められる。求められる臨床指標には、科学的裏づけ(エビデンス)があり、誰がどの地域で測定しても同じ結果がえられるという信頼性 (inter-rater reliability, internal consistency, test-retest reliability) が検証され、必要な指標については、実際におこなわれていることが Clinical Audit (臨床監査) で裏付けをとりうるものでなければならず、地域間の比較や経年的変化の比較に耐える指標と測定方法を開発しなければならない。

諸外国では急性期医療あるいは急性期から介護にいたるまでの臨床指標を定めて定期的にこれを測定し、経年的にあるいは地域別に比較するシステムをすでに整備しつつある (Ta-

ble 1)。英国では、全国の脳卒中ユニットの質を 12 の臨床指標で 2 年ごとに評価し、目標指数に近づける National Sentinel Stroke Audit を 1998 年から開始している。デンマークでは、入院 24 時間以内の CT、MRI 施行率、入院 24 時間以内の理学療法士の評価数、30 日目の死亡率、介護施設入所率など、簡単ではあるが確実な脳卒中医療の質を評価できる 8 つの臨床指標とその理想数値を定め (Table 2)、定期的に各地域の脳卒中医療の質を評価し、国家規模で目標とする医療レベルに到達させる仕組み (Nationale Indikator Projekt) を完成させ、2000 年から運用している。英国もデンマークも脳卒中治療は公的に運営される施設でおこなわれていることから、これらの評価は容易であるものと思われるが、我が国と同様私的医療機関の多い米国では、rt-PA 静注療法施行施設として primary stroke center (PSC) が提案され、2004 年から JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) がその認証を開始している。同様にドイツ連邦でも 2004 年から German Stroke Society/German Neurology Society ならびに German Stroke Foundation が脳卒中ユニットの定義を示し、高度な脳卒中医療を提供する first order SU と一般的な治療をおこなう second order SU の二つに分けてこれを認証して全国に広げ、現在では全脳卒中患者の 4 割以上がいずれかの SU で治療を受けるにいたり、2006 年には脳卒中急性期医療のための臨床指標を公表している。また、2007 年には豪州でも National Sentinel Stroke Audit の結果を公表している。

我が国では、SCU 評価のための「脳卒中急性期インディケータマニュアル(案)」が厚生労働省研究班「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定と監査システム開発に関する

Table 1 諸外国における脳卒中医療評価システム

1998 年	
英国	National Sentinel Stroke Audit 開始
2000 年	
デンマーク	National Stroke Indicator Project 開始
2004 年	
米国	JCAHO 脳卒中救急医療の施設認証に着手
豪州	SCOPE Study SU の有効な Process の研究
ドイツ	北欧型 + 集中治療型の SU 認証開始
2006 年	
ドイツ	脳卒中急性期医療のための Indicator 公表
2007 年	
豪州	National Sentinel Stroke Audit 報告

Table 2 デンマークの脳卒中臨床指標と目標値

1. Stroke Unit で治療された患者の率	90%
2. 入院 48 時間以内の抗血小板薬投与率	95%
入院 14 日以内の抗凝固薬投与率	60%
3. 入院 24 時間以内の CT/MR scan 施行率	90%
4. 入院 24 時間以内の PT 評価率	90%
5. 入院 24 時間以内の OT 評価率	90%
6. 入院 24 時間以内の栄養評価率	90%
7. 30 日目の死亡率	< 20%
8. 介護施設入所率	< 30%

る研究班」(主任研究者：国立循環器病センター峰松一夫部長)によってまとめられており、適切に定義された SCU を軸

とする、介護にいたるまでの包括的な脳卒中診療評価システムの確立が期待される。

### Abstract

#### Development of new systems for monitoring the quality of stroke care in community

Yasuhiro Hasegawa

Department of Neurology, St. Marianna University School of Medicine, Kanagawa, Japan

Stroke patients receive acute care and a variable period of rehabilitation in community hospitals. Some patients also receive long-term care in nursing homes. Quality assessment of each hospital and nursing home does not necessarily reflect quality of total stroke care providing in the community. Clinical indicators representing total stroke care are needed for the continuous improvement of stroke care. In several countries, measurement of quality of stroke care had recently been started. Since 1998, National Sentinel Stroke Audit had been performed every two years using simple 12 clinical indicators in England. In 2000, a nation-wide audit system named “Nationale Indikator Projekt Apopleksi” was developed in Denmark. In 2006, the quality indicator board of the German Stroke Registers Group published indicators for measuring quality of acute stroke care. In 2007, the first issue of the National Sentinel Stroke Audit was published in Australia.

Clinical indicators must be meaningful, valid, and evidence-based. Inter-rater reliability, internal consistency, and test-retest reliability should be tested to serve as a useful marker of healthcare quality in the community. It is urgently need to develop adequate indicators for measuring quality of stroke care in Japan.

(Clin Neurol, 48: 900—901, 2008)

**Key words:** clinical indicator, quality of care, audit

---