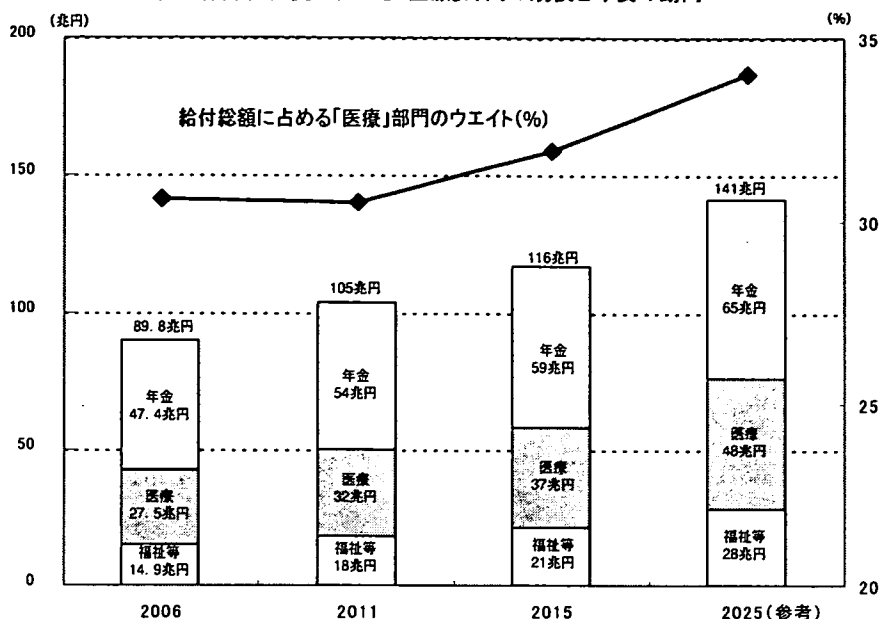


図15 社会保障給付費における「医療」部門の規模と今後の動向

円から 141 兆円に増加する推計となっており、部門別にみた増加幅では「医療」部門が最も大きいことがわかる。しかしながら、その一方では石本（2008 pp. 45 - 46）が指摘するように、OECD 諸国で比較すれば総医療費の対 GDP 比や 1 人当たり年間医療費は、先進国の中でもわが国が最も低い水準にある



(注) 1. 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し(18年5月推計)」による。
2. 図中の数値は、2004年の年金制度改革、2005年の介護保険制度改革及び2006年の医療保険制度改革の効果を織り込んだもの。

という見方もできる。仮に、医療費の効率化に向けた具体的な取組の積み重ねやその実績に対する評価無くして、必要な医療給付をカットするだけの議論が先行する場合には、結局は患者の自己負担が増えざるを得ない結果となるため、高齢者世帯をはじめ国民生活に与える多大な影響が懸念される³⁷。むしろ、今回の医療制度改革で盛り込まれた取組について、国や都道府県、市町村、医療保険者等の関係者がそれぞれの役割を十分に果たしつつ成果を最大限に達成していくこと、そして、まずはその実績評価を踏まえて的確な改善を加えていくこと（「PDCA サイクル」の考え方）こそが強く求められるところである。

最後に、本分野において今後必要と考えられる分析について言及する。19年度はあくまでも医療制度改革が本格的にスタートする前年度であったため、本稿においては国の指針やガイドライン等で示された範囲内で、想定される取組及び相互連携の在り方などを考察することに留まらざるを得なかった。したがって、今後は、実際に都道府県や医療保険者が策定する各種計画の事例に当てはめて、改革の趣旨がどのように受け止められ、地域の保健・医療・福祉の現場で如何に実現されていくのかを、実証データも踏まえつつ検証することが重要である。特に、20年10月からは新たに「全国健康保険協会」が発足するとともに、21年度には第4期介護保険事業支援計画が策定され、23年度末に向けて療養病床の再編成が進められるなど、予定される制度的動向を注意深く見極めることも必要である。

³⁷ 第7回「社会保障の在り方に関する懇談会」資料（17年3月18日）において、厚生労働省が提示した粗い試算によれば、医療給付費を GDP の伸びの範囲内に抑えるために自己負担比率を上げた場合には、例えば70歳代後半の高齢者夫婦世帯の場合、2025年度における自己負担分は1月当たり113,000円程度と見込まれ、標準的な年金額292,000円の4割強に達する見通しとなること等が示されている。また、仁木（2007 p. 202）では、医療費の伸びを経済成長の範囲内に抑える「医療費の伸び率管理制度」が導入された場合には、わが国の医療費水準が他の主要先進6か国よりも低い水準に固定されること等を指摘している。

本稿はこうした本格的な政策研究の前段階として位置付けられるが、既にこれまで述べてきたように幾つかの論点は明らかとなっていることから、本分野における分析をさらに深めることを通じて、22年度の実施状況評価や25年度の実績評価に向けた、一層の政策的インプリケーションを提示していくことが求められる。

参考文献

- 池上直己 (2006) 「ベーシック医療問題 (第3版)」 日本経済新聞社
- 石本忠義 (2008) 「医療費政策の国際的動向」 『週刊社会保障 No. 2465』
- 柴畑 潤 (2007) 「医療保険の構造改革 - 平成18年改革の軌跡とポイント -」 法研
- 遠藤久夫 (2005) 「医療制度のガバナンス」 『季刊社会保障研究 Vol. 41 No. 3』
- 尾形裕也 (2007) 「医療費適正化と地域医療計画」 『医療白書 2007年度版』 日本医療企画
- 尾形裕也 (2001) 「保険者機能に関する考察」 『季刊社会保障研究 Vol. 36 No. 1』
- 小塩隆士 (2006) 「人口減少時代の社会保障改革」 日本経済新聞社
- 小林篤・岡本茂雄 (2006) 「生活習慣病対策のための疾病予防支援サービス」 日本経済新聞社
- 権丈善一 (2005) 「医療保険制度の課題と将来」 『週刊社会保障 No. 2344』
- 駒村康平 (2005) 「21世紀の社会保障制度を求めて」 『社会保障制度の新たな制度設計』 慶應義塾大学出版会
- 島田晴雄 (2007) 「高齢成熟社会における医療産業・健康産業の役割」 『医療白書 2007年度版』 日本医療企画
- 田中 滋・二木 立 (2006) 「保健・医療提供制度」 勁草書房
- 二木 立 (2007) 「医療改革 - 危機から希望へ -」 勁草書房
- 松田晋哉 (2007) 「医療保険者への生活習慣病健診の義務化」 『医療白書 2007年度版』 日本医療企画
- 山崎泰彦 (2003) 「保険者機能と医療制度改革」 『医療制度改革と保険者機能』
- 山崎泰彦 (2005) 「患者・国民のための医療改革」 社会保険研究所
- 高齢者医療制度研究会 (2006) 「新たな高齢者医療制度」 中央法規
- 政府・与党医療改革協議会 (2005) 「医療制度改革大綱」
- 厚生労働省健康局 (2008) 「特定健康診査・特定保健指導のアウトソーシング先実態調査」
- 厚生労働省保険局 (2008) 「健康保険被保険者実態調査 (18年10月)」
- 医療経済研究機構 (2006) 「政府管掌健康保険における医療費分析手法等に関する研究」
- 日本経営者団体連合会 (2006) 「生活習慣病予防に係る特定健康診査・特定保健指導のアウトソース推進に向けて」
- 健康保険組合連合会 (2007) 「これからの医療提供体制と健保組合の役割 (提言)」
- 健康保険組合連合会 (2007) 「健保組合 IT 基本構想 (最終報告)」
- 経済財政諮問会議 (2008) 「日本経済の進路と戦略」

急性期脳卒中医療の提供状況の経年変化分析

～急性期へのアクセス・入院時特性・入退院の状況を中心に～

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

今般の医療制度改革の中で、医療の機能分化・連携を推進するため、都道府県単位での、主な疾病（がん、脳卒中等）に対する具体的な医療計画策定が進められている。ただし、これら一連の医療計画策定過程（①計画の策定→②計画の実行→③評価→④改善策の検討）が実効性を伴うためには、まず、対象となる疾患（本稿では脳卒中）に対する医療提供の現状と課題を整理する必要がある。

そこで、今回、急性期脳卒中医療に焦点をあて、同領域に関する全国規模のデータベースを有する社団法人日本脳卒中協会に、「脳卒中急性期患者データベース¹（JSSRS）」のデータ提供を依頼した。そして、2005年までに登録された対象者について、発症時の状況、来院手段、症状及び入退院時の重症度などの経年変化を検証した。

脳卒中データバンク登録医療機関（定点調査機関）における急性期脳卒中医療の現状把握、ならびに今後の適切な医療提供体制の在り方に関する示唆の獲得が本研究の目的である。

2. 研究方法

1) 実施方法および倫理面への配慮

本研究実施にあたり、まず、社団法人日本脳卒中協会の脳卒中データバンク部門に対し、研究概要と調査研究への協力要請を記載した書面を送付、協会内部で実施の可否、実施上の留意事項、提供可能なデータ項目などの内部検討を経た上で、同意の文書を書面により得た。なお、データ抽出は、日本脳卒中協会が実施した上で提供して頂く形とした。

個人が特定可能な情報は、登録時点で削除されている。抽出されたデータベースは以下の項目（主なもの）で構成されている²。

- ① 基本属性（年齢）
- ② 発症時の状況及び来院手段に関するデータ
（脳卒中発症時間、発症時間帯、来院方法、紹介元 など）
- ③ 入院時の症状・診断名・重症度に関するデータ
（確定診断名、発症型、主症状、入院時重症度スコアなど）
- ④ 治療結果に関するデータ など
（入院期間、退院時重症度スコア など）

今回、ご提供いただいた1998年から2005年度末までの登録者データベースをもとに、急性期医療へのアクセス（来院手段、来院までの時間）、入院時特性（病型）、入退院の状況（入院期間、入退院時の重症度）の経年変化を検証した。

2) 統計学的解析

脳卒中の重症度を表す Japan Stroke Scale³(以下、JSS)、NIH Stroke Scale⁴(以下、NIHSS)、予後を表す modified Rankin Scale (以下、mRS) の2001～2003年度間の比較(多群間比較)に関しては、ノンパラメトリックデータであることから、Kruskal-Wallis 検定後に Mann-Whitney のU検定(2群間毎の検定であるため、有意水準は0.05の1/3 (=0.017))を用いた。

3) 対象

1998年から2005年度末までに蓄積され、データ精査が完了している脳卒中急性期患者データベースシステムが有する約16,000件のデータのうち、年間登録件数が4,000人以上で安定している2001～2003年度の合計登録者13,308人を分析対象とした。

表1. 年度別登録者数と分析対象者(2001～2003年度登録者)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	合計
男性	11	111	1,508	2,636	2,802	2,494	91	9,653
女性	10	86	1,082	1,821	1,884	1,671	73	6,627
合計	21	197	2,590	4,457	4,686	4,165	164	16,280

3. 研究結果

1) 性別・年齢階級別対象者数

2001年度から2003年度の登録者合計13,308人の性別内訳は、「男性」7,932人(構成比59.6%)、「女性」5,376人(40.4%)、年齢階級別内訳は、「50歳未満」779人(5.9%)、「50歳代」1,918人(14.4%)、「60歳代」3,309人(24.9%)、「70歳代」4,348人(32.7%)、「80歳代」2,537人(19.1%)、「90歳以上」417人(3.1%)、平均年齢は69.6±12.4歳(男性67.6±12.0歳、女性72.7±12.4歳)であった。

2001～2003年間に於いて、性別構成割合に差はみられないが、年齢階級では、80歳以上の構成割合が、2001年度21.3%、2002年度22.1%、2003年度23.3%と増加傾向にある。

表2. 性別にみた対象者数

	登録者数(人)				構成割合(%)			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
男性	2,636	2,802	2,494	7,932	59.1	59.8	59.9	59.6
女性	1,821	1,884	1,671	5,376	40.9	40.2	40.1	40.4
合計	4,457	4,686	4,165	13,308	100.0	100.0	100.0	100.0

表 3. 年齢階級別にみた対象者数

	登録者数 (人)				構成割合 (%)			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
50 歳未満	258	296	225	779	5.8	6.3	5.4	5.9
50 歳代	649	689	580	1,918	14.6	14.7	13.9	14.4
60 歳代	1,157	1,128	1,024	3,309	26.0	24.1	24.6	24.9
70 歳代	1,445	1,539	1,364	4,348	32.4	32.8	32.7	32.7
80 歳代	815	884	838	2,537	18.3	18.9	20.1	19.1
90 歳以上	133	150	134	417	3.0	3.2	3.2	3.1
合計	4,457	4,686	4,165	13,308	100.0	100.0	100.0	100.0

2) 急性期医療へのアクセス

(1) 来院方法

来院方法をみると (未回答 248 人を除く)、「救急車」7,054 人 (54.0%)、「介助来院 (自家用車など)」3,965 人 (30.4%)、「自力来院 (バス、運転ほか)」1,773 人 (13.6%)、「院内発症」204 人 (1.6%)、「救急外来」9 人 (0.1%)、「その他 (他院紹介を含む)」55 人 (0.4%) であった。なお、2001～2003 年間の来院方法に、大きな差はみられない。

表 4. 来院方法

	登録者数 (人)				構成割合 (%)			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
救急車	2,360	2,540	2,154	7,054	54.3	55.5	52.1	54.0
介助来院	1,320	1,316	1,329	3,965	30.3	28.8	32.2	30.4
自力来院	579	638	556	1,773	13.3	13.9	13.5	13.6
院内発症	74	65	65	204	1.7	1.4	1.6	1.6
救急外来	5	3	1	9	0.1	0.1	0.0	0.1
他院紹介	2	0	0	2	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	10	15	28	53	0.2	0.3	0.7	0.4
合計	4,350	4,577	4,133	13,060	100.0	100.0	100.0	100.0

(2) 発症 - 来院時間

発症から来院までの時間をみると、「1hr 未満」1,759 人 (13.2%)、「1～2hr 未満」1,836 人 (13.8%)、「2～4hr 未満」2,019 人 (15.2%)、「4～6hr 未満」985 人 (7.4%)、「6～12hr 未満」1,386 人 (10.4%)、「12～24hr 未満」1,546 人 (11.6%)、「24～48hr 未満」1,674 人 (12.6%)、「48hr 以上」2,103 人 (15.8%) であった。

発症から 2hr 未満 (t-PA の目安) の来院者割合は、2001 年度 30.2%、2002 年度 26.2%、2003 年度 24.6%と、減少傾向 (急性期医療へのアクセスの悪化) がみられた。

表 5. 発症 - 来院時間

	登録者数 (人)				構成割合 (%)			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
1hr 未満	658	604	497	1,759	14.8	12.9	11.9	13.2
1hr 以上	686	623	527	1,836	15.4	13.3	12.7	13.8
2hr 以上	683	714	622	2,019	15.3	15.2	14.9	15.2
4hr 以上	293	359	333	985	6.6	7.7	8.0	7.4
6hr 以上	437	520	429	1,386	9.8	11.1	10.3	10.4
12hr 以上	485	552	509	1,546	10.9	11.8	12.2	11.6
24hr 以上	529	557	588	1,674	11.9	11.9	14.1	12.6
48hr 以上	686	757	660	2,103	15.4	16.2	15.8	15.8
合計	4,457	4,686	4,165	13,308	100.0	100.0	100.0	100.0

さらに、病型別に発症 - 来院時間をみると、発症から 1hr 未満の来院者割合が「くも膜下出血」27.4%、「動静脈奇形 (arteriovenous malformation、以下 AVM) による脳出血」26.3%、「高血圧性脳出血」23.0%に対し、「ラクナ梗塞」4.0%、「アテローム血栓性梗塞」6.8%、「アテローム血栓性塞栓」9.5%と、病型による差異が大きかった。

表 6. 病型別にみた発症 - 来院時間 (上: 対象者数 (人)、下: 構成割合 (%))

	1hr 未満	1hr 以上	2hr 以上	4hr 以上	6hr 以上	12hr 以上	24hr 以上	48hr 以上	合計
TIA	151	168	158	78	69	64	57	64	809
アテローム血栓性梗塞	171	236	329	202	309	344	416	520	2,527
アテローム血栓性塞栓	71	102	119	54	71	90	97	145	749
くも膜下出血	202	117	123	43	69	57	59	68	738
ラクナ梗塞	126	181	326	230	436	544	581	737	3,161
心原性脳梗塞	542	521	457	205	228	227	222	217	2,619
その他脳梗塞	87	86	127	48	72	87	105	166	778
AVM による脳出血	10	6	8	2	0	3	0	9	38
高血圧性脳出血	364	360	311	100	99	105	108	136	1,583
その他脳出血	35	59	61	23	33	25	29	41	306
合計	1,759	1,836	2,019	985	1,386	1,546	1,674	2,103	13,308

	1hr 未満	1hr 以上	2hr 以上	4hr 以上	6hr 以上	12hr 以上	24hr 以上	48hr 以上	合計
TIA	18.7	20.8	19.5	9.6	8.5	7.9	7.0	7.9	100.0
アテローム血栓性梗塞	6.8	9.3	13.0	8.0	12.2	13.6	16.5	20.6	100.0
アテローム血栓性塞栓	9.5	13.6	15.9	7.2	9.5	12.0	13.0	19.4	100.0
くも膜下出血	27.4	15.9	16.7	5.8	9.3	7.7	8.0	9.2	100.0
ラクナ梗塞	4.0	5.7	10.3	7.3	13.8	17.2	18.4	23.3	100.0
心原性脳梗塞	20.7	19.9	17.4	7.8	8.7	8.7	8.5	8.3	100.0
その他脳梗塞	11.2	11.1	16.3	6.2	9.3	11.2	13.5	21.3	100.0
AVM による脳出血	26.3	15.8	21.1	5.3	0.0	7.9	0.0	23.7	100.0
高血圧性脳出血	23.0	22.7	19.6	6.3	6.3	6.6	6.8	8.6	100.0
その他脳出血	11.4	19.3	19.9	7.5	10.8	8.2	9.5	13.4	100.0
合計	13.2	13.8	15.2	7.4	10.4	11.6	12.6	15.8	100.0

3) 入院時特性 (病型)

病型をみると、「ラクナ梗塞」が23.8%と最も多く、次いで「心原性脳梗塞」19.7%、「アテローム血栓性梗塞」19.0%、「高血圧性脳出血」11.9%、「TIA」6.1%の順であった。

2001～2003年間の病型構成割合をみると、「アテローム血栓性梗塞」が、2001年度16.9%、2002年度19.8%、2003年度20.2%と、年々増加傾向にあった。

表 8. 病型別みた対象者数と構成割合

	登録者数 (人)				構成割合 (%)			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
ラクナ梗塞	1,041	1,068	1,052	3,161	23.4	22.8	25.3	23.8
心原性脳梗塞	963	863	793	2,619	21.6	18.4	19.0	19.7
アテローム血栓性梗塞	754	930	843	2,527	16.9	19.8	20.2	19.0
高血圧性脳出血	542	597	444	1,583	12.2	12.7	10.7	11.9
TIA	315	234	260	809	7.1	5.0	6.2	6.1
その他脳梗塞	265	279	234	778	5.9	6.0	5.6	5.8
アテローム血栓性塞栓	224	287	238	749	5.0	6.1	5.7	5.6
くも膜下出血	255	285	198	738	5.7	6.1	4.8	5.5
その他脳出血	88	125	93	306	2.0	2.7	2.2	2.3
AVMによる脳出血	10	18	10	38	0.2	0.4	0.2	0.3
合計	4,457	4,686	4,165	13,308	100.0	100.0	100.0	100.0

4) 入退院の状況

(1) 入院日数

入院日数をみると、「1週間未満」1,169人(8.8%)、「1～2週間未満」2,913人(21.9%)、「2～3週間未満」2,916人(21.9%)、「3週間以上1ヶ月未満」1,703人(12.8%)、「1～2ヶ月未満」2,968人(22.3%)、「2～3ヶ月未満」817人(6.1%)、「3～6ヶ月未満」585人(4.4%)、「6ヶ月以上1年未満」188人(1.4%)、「1年以上」49人(0.4%)であった。

1ヶ月未満の退院者割合は、2001年度63.4%、2002年度63.3%、2003年度69.9%と、2003年度では増加傾向(早期退院者の増加傾向)がみられた。

表 7. 入院日数

	登録者数 (人)				構成割合 (%)			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
1週間未満	446	349	374	1,169	10.0	7.4	9.0	8.8
1週間以上	888	972	1,053	2,913	19.9	20.7	25.3	21.9
2週間以上	880	1,058	978	2,916	19.7	22.6	23.5	21.9
3週間以上	610	585	508	1,703	13.7	12.5	12.2	12.8
1ヶ月以上	1,055	1,062	851	2,968	23.7	22.7	20.4	22.3
2ヶ月以上	304	285	228	817	6.8	6.1	5.5	6.1
3ヶ月以上	194	232	159	585	4.4	5.0	3.8	4.4
6ヶ月以上	47	128	13	188	1.1	2.7	0.3	1.4
1年以上	33	15	1	49	0.7	0.3	0.0	0.4
合計	4,457	4,686	4,165	13,308	100.0	100.0	100.0	100.0

(2) 入退院時の重症度と予後

① JSS

入院時及び退院時の JSS データを入手できた 11,931 人について、平均値の変化をみると、入院時は、2001 年度 6.35 ± 8.22 、2002 年度 6.19 ± 7.91 、2003 年度 5.82 ± 7.61 、退院時は、2001 年度 4.83 ± 8.59 、2002 年度 4.75 ± 8.41 、2003 年度 4.58 ± 8.23 であった。

ここで、入院時 JSS 平均値の 2001～2003 年度間の差について、Kruskal-Wallis 検定を実施した結果、3 群間に有意な差がみられた ($\chi^2=9.292$, $p=0.010$)。そこで、各 2 群間の平均値の差について、Mann-Whitney の U 検定を実施した結果 (有意水準=0.017)、2001-2002 年間には差はないものの ($Z=-0.047$, $p=0.963$)、2001-2003 年間 ($Z=-2.581$, $p=0.010$)、2002-2003 年間 ($Z=-2.712$, $p=0.007$) には有意な差 (改善) がみられた。

一方、退院時 JSS に関しては、2001～2003 年度間の平均値に有意な差はみられなかった ($\chi^2=1.794$, $p=0.408$)。

表 10. 入院時・退院時の JSS

	入院時				退院時			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
登録者数	3,706	4,369	3,856	11,931	3,706	4,369	3,856	11,931
平均値	6.35	6.19	5.82	6.12	4.83	4.75	4.58	4.72
標準偏差	8.22	7.91	7.61	7.91	8.59	8.41	8.23	8.41
標準誤差	0.14	0.12	0.12	0.07	0.14	0.13	0.13	0.08
平均値信頼区間上限	6.08	5.95	5.58	5.98	4.55	4.50	4.32	4.57
平均値信頼区間下限	6.61	6.42	6.06	6.26	5.10	5.00	4.83	4.87
最小値	-0.67	-1.39	-1.41	-1.41	-12.64	-3.84	-2.6	-12.64
最大値	28.01	28.01	28.15	28.15	28.01	28.01	28.15	28.15

注. 平均値の信頼区間は 95%のもの。

② NIHSS

入院時及び退院時の NIHSS データを入手できた 11,932 人について、平均値の変化をみると、入院時は、2001 年度 9.10 ± 11.04 、2002 年度 8.66 ± 10.37 、2003 年度 7.98 ± 9.83 、退院時は、2001 年度 7.41 ± 12.26 、2002 年度 7.18 ± 11.96 、2003 年度 6.83 ± 11.63 であった。

ここで、入院時 NIHSS 平均値の 2001～2003 年度間の差について、Kruskal-Wallis 検定を実施した結果、3 群間に有意な差がみられた ($\chi^2=12.179$, $p=0.002$)。そこで、各 2 群間の平均値の差について、Mann-Whitney の U 検定を実施した結果 (有意水準=0.017)、2001-2002 年間には差はないものの ($Z=-0.212$, $p=0.832$)、2001-2003 年間 ($Z=-3.041$, $p=0.002$)、2002-2003 年間 ($Z=-3.020$, $p=0.003$) には有意な差 (改善) がみられた。

一方、退院時 NIHSS に関しては、2001～2003 年度間の平均値に有意な差はみられなかった ($\chi^2=3.514$, $p=0.173$)。

表 11. 入院時・退院時の NIHSS

	入院時				退院時			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
登録者数	3,705	4,370	3,857	11,932	3,705	4,370	3,857	11,932
平均値	9.10	8.66	7.98	8.58	7.41	7.18	6.83	7.14
標準偏差	11.04	10.37	9.83	10.42	12.26	11.96	11.63	11.95
標準誤差	0.18	0.16	0.16	0.10	0.20	0.18	0.19	0.11
平均値信頼区間上限	8.75	8.35	7.67	8.39	7.02	6.82	6.46	6.92
平均値信頼区間下限	9.46	8.97	8.29	8.76	7.81	7.53	7.20	7.35
最小値	0	0	0	0	0	0	0	0
最大値	43	42	42	43	42	42	42	42

注. 平均値の信頼区間は 95%のもの。

③ mRS⁵

対象者のうち、入院時及び退院時の mRS データを入手できた 8,505 人について、平均値の変化をみると、入院時は、2001 年度 3.11 ± 1.65 、2002 年度 3.24 ± 1.52 、2003 年度 3.15 ± 1.56 、退院時は、2001 年度 2.46 ± 1.92 、2002 年度 2.35 ± 1.90 、2003 年度 2.32 ± 1.90 であった。

ここで、入院時 mRS 平均値の 2001～2003 年度間の差について、Kruskal-Wallis 検定を実施した結果、3 群間に有意な差がみられた ($\chi^2=7.268$, $p=0.026$)。そこで、各 2 群間の平均値の差について、Mann-Whitney の U 検定を実施した結果 (有意水準=0.017)、2001-2002 年間 ($Z=-2.202$, $p=0.028$)、2001-2003 年間 ($Z=-3.540$, $p=0.724$)、2002-2003 年間 ($Z=-2.308$, $p=0.021$) と全ての群間で有意な差はみられなかった。

退院時 mRS 平均値の 2001～2003 年度間の差についても、Kruskal-Wallis 検定を実施した結果、3 群間に有意な差がみられた ($\chi^2=7.541$, $p=0.023$)。そこで、各 2 群間の平均値の差について、Mann-Whitney の U 検定を実施した結果 (有意水準=0.017)、2001-2002 年間 ($Z=-2.111$, $p=0.035$)、2002-2003 年間 ($Z=-0.756$, $p=0.449$) には差はないものの、2001-2003 年間 ($Z=-2.705$, $p=0.007$) には有意な差がみられた。

表 12. 入院時の mRS

	登録者数 (人)				構成割合 (%)			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
0	142	110	138	390	8.0	3.2	4.2	4.6
1	226	494	492	1,212	12.7	14.3	15.1	14.3
2	301	570	556	1,427	16.9	16.5	17.1	16.8
3	242	525	496	1,263	13.6	15.2	15.2	14.9
4	371	799	714	1,884	20.8	23.1	21.9	22.2
5	500	966	851	2,317	28.0	27.9	26.1	27.2
6	1	0	11	12	0.1	0.0	0.3	0.1
合計	1,783	3,464	3,258	8,505	100.0	100.0	100.0	100.0

表 13. 退院時の mRS

	登録者数 (人)				構成割合 (%)			
	2001	2002	2003	合計	2001	2002	2003	合計
0	303	673	680	1,656	17.0	19.4	20.9	19.5
1	441	838	743	2,022	24.7	24.2	22.8	23.8
2	258	475	475	1,208	14.5	13.7	14.6	14.2
3	172	373	325	870	9.6	10.8	10.0	10.2
4	262	542	518	1,322	14.7	15.6	15.9	15.5
5	208	306	284	798	11.7	8.8	8.7	9.4
6	139	257	233	629	7.8	7.4	7.2	7.4
合計	1,783	3,464	3,258	8,505	100.0	100.0	100.0	100.0

4. まとめ及び考察

本研究は、脳卒中に対する医療機能の実態を把握するために、「脳卒中急性期患者データベース」のデータ（年間登録例が約 4,000 件で推移している 2001～2003 年間のデータ）をもとに、急性期医療へのアクセス、入院者特性（病型）、入退院の状況の経年変化を検証し、脳卒中データバンク登録者医療機関（定点医療機関）における急性期脳卒中医療の実態把握、ならびに適切な医療提供体制の在り方に関する示唆の獲得を目的としたものである。

以下、本研究のまとめと考察を行う。

1) 性別・年齢階級別対象者数

2001～2003 年間の経年変化をみると、性別構成割合に差はみられないが、年齢階級では、80 歳以上の構成割合が年々増加傾向にあった。

野田らが行った病型と脳梗塞危険因子に関する研究によると⁶、TIA、ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞の患者年齢分布は、70 歳代をピークとし、60 歳代と 80 歳以上がほぼ同数の分布であるが、心原性脳塞栓では 80 歳以上の症例の割合が、他の病型に比べて多いと指摘されている。

これから 20 年間は、後期高齢者の急増が予測されており、80 歳以上高齢者の脳梗塞患者、特に、心原性脳塞栓患者の増加が見込まれる。今後、高齢者、特に後期高齢者の心原性脳塞栓の予防に対する強化が必要と思われた。

2) 急性期医療へのアクセス

発症から来院までの時間、例えば t-PA 導入上の目安となる、発症から 2hr 未満の来院者割合は、2001 年度 30.2%、2002 年度 26.2%、2003 年度 24.6%と、減少傾向（急性期医療へのアクセスの悪化）がみられた。

また、発症から 1hr 未満の来院者割合を病型別にみると、「くも膜下出血」27.4%、「AVM による脳出血」26.3%、「高血圧性脳出血」23.0%に対し、「ラクナ梗塞」4.0%、「アテローム血栓性梗塞」6.8%、「アテローム血栓性塞栓」9.5%と、症状がはっきりとわかる脳出血系は早期に来院できているが、逆に症状が徐々に進行する疾患の場合、来院が遅れている可能性が示唆された。

急性期医療へのアクセスに関しては、救急車の搬送上の課題（連携上の問題）、急性期医療の受け皿の課題、本人・家族の症状に対する早期発見など、課題が多岐にわたるが、そ

それぞれの個別課題に対する解決策の提示と実践が必要と感じた。

3) 入院者特性 (病型)

病型をみると、「ラクナ梗塞」が23.8%と最も多く、次いで「心原性脳梗塞」19.7%、「アテローム血栓性梗塞」19.0%、「高血圧性脳出血」11.9%、「TIA」6.1%の順であったが、このうち、アテローム血栓性梗塞が年々増加傾向にあった。

急性期医療へのアクセスのところでも指摘したが、同疾患の発症から1hr未滿の来院者割合は6.8%に過ぎない。同疾患に関しては、本人・家族の早期発見を促す施策を強化すべきと考える。

4) 脳卒中の重症度と予後の指標

1ヶ月未滿の退院者割合をみると、2001年度63.4%、2002年度63.3%、2003年度69.9%と、2003年度では早期退院者の増加傾向がみられた。国は平均在院日数の更なる短縮化を進めているが、これら政策動向や治療技術の進展(t-PA導入)を反映した結果と思われた。

入院時の重症度スケールをみると、JSS、NIHSSとも、2003年度から有意な改善が認められた一方、退院時は年度間に有意な差は認められなかった。

この結果は、2003年度においては、他の年度に比べ、入院時の重症度は軽いものの、退院時は変わらないことを意味する。したがって、入退院期間間での改善度合いが、2003年度は低下している可能性がある。これは、後期高齢者の増加なども影響している可能性があるが、その原因究明と、これら現象が継続しているのか否かのモニタリングが必要であろう。

参考文献

- 1) 小林祥泰(2005): 脳卒中急性期患者データベースの開発経緯と現状, 脳卒中データバンク 2005, pp.2-5
- 2) 小林祥泰(2005): 脳卒中急性期患者データベース入力画面, 脳卒中データバンク 2005, pp.10-15
- 3) 後藤文男(1997): 日本脳卒中学会・脳卒中重症度スケール(急性期)の発表に当たって, 脳卒中, No.19, pp.1-5
- 4) Lyden P, Brott T, Tilley B, et al(1994). Improved reliability of the NIH Stroke Scale using video training. NINDS TPA Stroke Study Group. Stroke, Vol.25, No.11, pp.2220-2226
- 5) Bonita R, Beaglehole R.(1988). Recovery of motor function after stroke. Stroke, Vol.19, No.12, pp.1497-1500
- 6) 野田公一, 近藤啓太, 寺澤英夫(2005): 病型別にみた脳梗塞危険因子, 脳卒中データバンク 2005, pp.48-49

維持期脳卒中患者に対する医療・介護連携の現状と課題 ～居宅介護支援事業所調査より～

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

2005年12月、社会保障審議会医療部会が「医療提供体制に関する意見」を発表した。これは「患者の視点に立った、患者のための医療提供体制の改革」を基本的考えとしつつ、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない良質で効率的な医療を提供しながら費用適正化を図る仕組みを、地域をベースとして再構築するというものであった（医療機関完結型から地域完結型の医療提供体制への転換）。また、医療機能の分化と連携、医療・介護間の機能分担と連携を推進するため、①医療計画 ②診療報酬評価 ③在宅療養拠点の評価 ④情報開示 の観点から様々な対策が講じられた。

このうち、医療計画制度に関しては、医療提供サイドの視点、量的な視点、医療機関の階層型連携を念頭に置いた視点で構想されたこれまでの医療計画を、患者を中心とし、かつ、医療機能を重視した形での柔軟なネットワーク型連携へと転換することを基本的考えとした見直し形に見直された。求めたのは、患者の病期に着目し、地域にある医療機関、介護サービス提供者、行政などのそれぞれの有する機能を最大限発揮しながら、一人の患者に関与していくという地域完結のネットワーク型連携である。こうした流れを受け、各都道府県は、4疾患（①がん ②脳卒中 ③急性心筋梗塞 ④糖尿病）、5事業（①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地の医療 ④周産期医療 ⑤小児医療（救急医療含む））について、地域の医療連携体制を構築するとともに、地域の実情に応じた各医療機関の機能分担と連携の状況（具体的な医療の流れとその担当）を医療計画に明記することとなった。ただし、これら一連の医療計画策定過程（①計画の策定→②計画の実行→③評価→④改善策の検討）が実効性を伴うためには、まず、対象となる疾患（本稿では脳卒中）に対する医療・介護サービス提供の現状と課題を整理する必要がある。

そこで、今回、維持期脳卒中に焦点をあて、これら対象者に対し医療・介護サービスを提供している事業所（合計857事業所）へのアンケート調査を実施した。

本稿では、そのうち、医療・介護サービス提供時のマネジメントの中心となる居宅介護支援事業所（合計241事業所）に対するアンケート調査結果について報告する。

2. 研究方法

1) 調査対象

大阪豊能地区（池田市、箕面市、豊能町、能勢町、豊中市、吹田市）の居宅介護支援事業所（合計241事業所）を調査対象とした。

2) 調査方法および調査時期

調査方法は、自己記入式質問紙による郵送調査法を用いた。実施に際し、アンケート用紙に、本調査の趣旨、データ公表に関する留意点等を記載した文書（共同研究者である国立循環器病センター長東医師との連名）を添付し、調査への協力を依頼した。

対象事業所数 241 事業所、回収数 113 事業所（回収率:46.9%）であった。調査時期は 2008 年 1 月末～2 月中旬で、未回答者の未回答理由については調査していない。なお、調査結果の分析内容毎に、該当質問に対する無回答を除いたため、有効回答数は分析毎で異なっている。

3. 研究結果

1) 事業所の状況

(1) 開設主体

有効回答 113 事業所の開設主体をみると、「営利法人（会社）」が 58 事業所（51.3%）と最も多く、次いで「社会福祉法人」20 事業所（17.7%）、「医療法人」18 事業所（15.9%）、「財団法人」「NPO 法人」6 事業所（5.3%）、「社会福祉協議会」「社団法人」2 事業所（1.8%）、「その他」1 事業所（0.9%）であった。

(2) 併設事業の状況

有効回答 113 事業所の併設事業の有無をみると、「併設あり」106 事業所（93.8%）、「併設なし」7 事業所（6.2%）と、ほとんどの法人が何らかの医療・介護サービス事業所を併設している状況であった。なお、併設なし 7 事業所の内訳は、「営利法人」6 事業所、「社会福祉法人」1 事業所であった。

ここで、主な開設主体別に、併設事業の状況をみる。

「医療法人」（N=18）では、「訪問看護ステーション（以下、訪問看護 St）」が 55.6%と最も多く、次いで「訪問介護」44.4%、「通所リハビリテーション（以下、通所リハ）」38.9%、「老健」「一般病床等（療養病床、回復期リハ病床以外）」33.3%の順であった。

「社会福祉法人」（N=20）では、「訪問介護」「通所介護」が 85.0%と最も多く、次いで「特養」70.0%、「短期入所」65.0%の順であった。

「財団法人」（N=6）では、「訪問介護」が 83.3%と最も多く、次いで「訪問看護 St」「通所介護」66.7%、「地域包括支援センター（以下、包括センター）」50.0%の順であった。

「営利法人」（N=58）では、「訪問介護」が 79.3%と最も多く、次いで「通所介護」17.2%の順であった。

「NPO 法人」（N=6）では、「通所介護」が 66.7%と最も多く、次いで「訪問介護」50.0%の順であった。

「社会福祉協議会（以下、社協）」（N=2）では、「通所介護」100%、「老健」「通所リハ」「短期入所」「包括センター」50.0%、「社団法人」（N=2）では、「訪問看護 St」「その他」50.0%であった。

表 1. 居宅介護支援事業所の併設事業の状況 (N=113)

	開設主体								合計
	医療 法人	社協	社福 法人	社団 法人	財団 法人	営利 法人	NPO 法人	その他	
事業所数 (ヶ所)									
合計	18	2	20	2	6	58	6	1	113
併設なし	0	0	1	0	0	6	0	0	7
併設あり	18	2	19	2	6	52	6	1	106
①特養	0	0	14	0	0	0	0	0	14
②老健	6	1	1	0	1	0	0	0	9
③療養医療	3	0	0	0	0	0	0	0	3
④療養介護	1	0	0	0	0	0	0	0	1
⑤回復期リハ	2	0	0	0	0	0	0	0	2
⑥その他病床	6	0	1	0	0	0	0	1	8
⑦訪問介護	8	1	17	0	5	46	3	0	80
⑧訪問入浴	0	0	0	0	0	1	0	0	1
⑨訪看 (病院等)	3	0	0	0	1	0	1	0	5
⑩訪看 St	10	0	1	1	4	3	0	0	19
⑪訪問リハ	4	0	0	0	0	0	0	0	4
⑫通所介護	2	2	17	0	4	10	4	0	39
⑬通所リハ	7	1	1	0	1	0	0	1	11
⑭短期入所	4	1	13	0	0	0	0	0	18
⑮GH	1	0	1	0	0	3	0	0	5
⑯ケアハウス	0	0	3	0	0	0	0	0	3
⑰小規模多機能	0	0	0	0	0	2	0	0	2
⑱包括センター	2	1	4	0	3	0	0	0	10
⑲その他	2	0	2	1	0	6	1	0	12
開設主体別事業所数に対する種別サービス事業所併設率 (%)									
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
併設なし	0.0	0.0	5.0	0.0	0.0	10.3	0.0	0.0	6.2
併設あり	100.0	100.0	95.0	100.0	100.0	89.7	100.0	100.0	93.8
①特養	0.0	0.0	70.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.4
②老健	33.3	50.0	5.0	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	8.0
③療養医療	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7
④療養介護	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
⑤回復期リハ	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8
⑥その他病床	33.3	0.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	7.1
⑦訪問介護	44.4	50.0	85.0	0.0	83.3	79.3	50.0	0.0	70.8
⑧訪問入浴	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.9
⑨訪看 (病院等)	16.7	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	16.7	0.0	4.4
⑩訪看 St	55.6	0.0	5.0	50.0	66.7	5.2	0.0	0.0	16.8
⑪訪問リハ	22.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.5
⑫通所介護	11.1	100.0	85.0	0.0	66.7	17.2	66.7	0.0	34.5
⑬通所リハ	38.9	50.0	5.0	0.0	16.7	0.0	0.0	100.0	9.7
⑭短期入所	22.2	50.0	65.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.9
⑮GH	5.6	0.0	5.0	0.0	0.0	5.2	0.0	0.0	4.4
⑯ケアハウス	0.0	0.0	15.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7
⑰小規模多機能	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0	0.0	1.8
⑱包括センター	11.1	50.0	20.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	8.8
⑲その他	11.1	0.0	10.0	50.0	0.0	10.3	16.7	0.0	10.6

2) 脳卒中患者の状況

(1) 要介護利用者数／脳卒中患者数

要介護利用者数および脳卒中患者数の両方に回答があった 76 事業所の、要介護者数は 54.7 ± 43.1 人、脳卒中患者数は 14.7 ± 16.1 人、要介護者数に占める脳卒中患者割合（以下、脳卒中患者割合）は $25.0 \pm 12.2\%$ であった。図 1 に、要介護者数と脳卒中患者数の散布図を示すが、要介護者が多い事業所ほど、脳卒中患者数も多いことがわかる。

ここで、脳卒中患者割合別にみた事業所数の度数分布をみると、「20-30%」が 26 事業所（34.2%）と最も多く、次いで「10-20%」21 事業所（27.6%）、「30-40%」11 事業所（14.5%）、「40-50%」8 事業所（10.5%）、「10%未満」7 事業所（9.2%）、「50%以上」3 事業所（3.9%）の順であった。

図 1. 要介護者数と脳卒中患者数 (N=76)

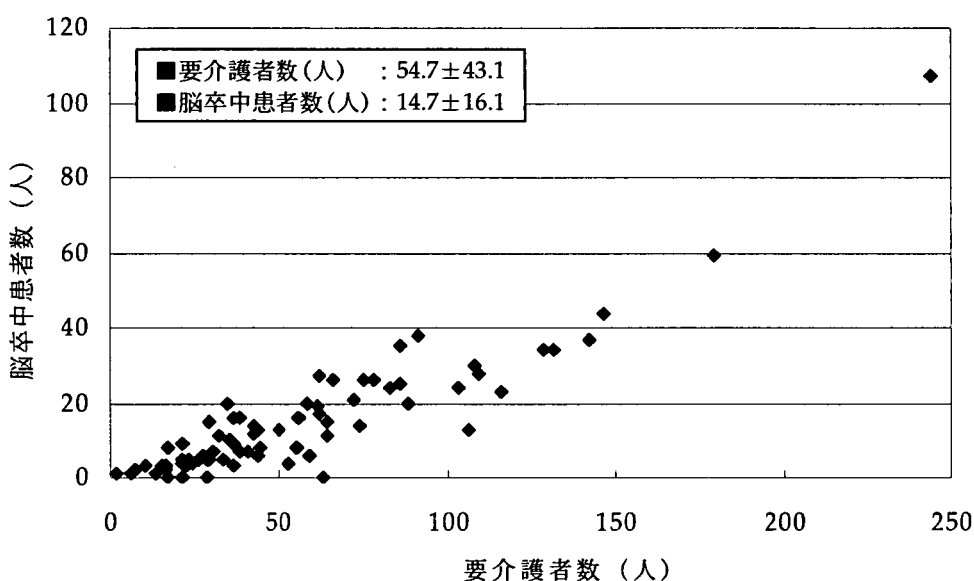
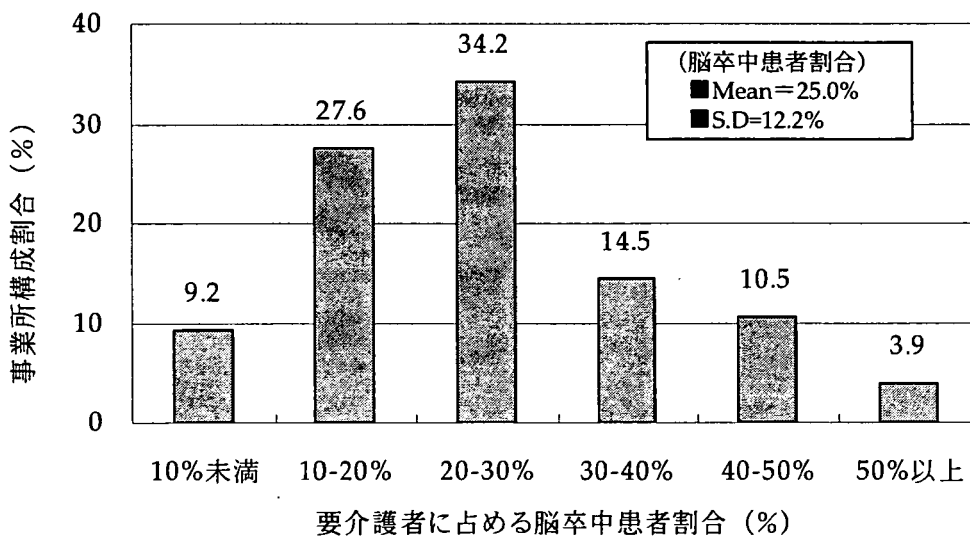


図 2. 脳卒中患者割合別にみた事業所構成割合 (N=76)



また、脳卒中患者割合の平均値（全体 25.0%）を開設主体別にみると、「その他（N=1）」が 44.4%と最も高く、次いで「医療法人（N=13）」32.3%、「社協（N=2）」25.9%、「社会福祉法人（N=12）」25.2%、「営利法人（N=41）」23.5%、「財団法人（N=1）」22.7%、「社団法人（N=1）」20.0%、「NPO 法人（N=5）」14.5%の順であった。

表 2. 開設主体別にみた要介護者数／脳卒中患者数／脳卒中患者割合の平均値

開設主体	事業所数 (ヶ所)	要介護者数 (人)		脳卒中患者数 (人)		脳卒中患者割合 (%)	
		mean	SD	mean	SD	mean	SD
合計	76	54.7	43.1	14.7	16.1	25.0	12.2
医療法人	13	69.5	61.4	22.2	27.7	32.3	16.7
社協	2	125.5	23.3	32.5	6.4	25.9	0.3
社福法人	12	70.8	40.2	18.5	13.3	25.2	12.7
社団法人	1	15.0	-	3.0	-	20.0	-
財団法人	1	88.0	-	20.0	-	22.7	-
営利法人	41	45.0	35.1	11.7	11.8	23.5	10.0
NPO 法人	5	33.8	19.3	5.2	4.9	14.5	9.8
その他	1	36.0	-	16.0	-	44.4	-

(2) ワーファリン服用者の状況

有効回答 100 事業所について、ワーファリン服用者の有無をみると、「現在いる」71 事業所 (71.0%)、「過去にはいたが、現在はいない」13 事業所 (13.0%)、「過去にも現在にもいない」16 事業所 (16.0%) であった。

ここで、「現在いる」割合を開設主体別にみると、「社協（N=2）」「社団法人（N=2）」「その他（N=1）」100.0%、「社会福祉法人（N=17）」88.2%、「医療法人（N=15）」73.3%、「営利法人（N=52）」65.4%、「NPO 法人（N=5）」60.0%、「財団法人（N=6）」50.0%の順であった。

表 3. 開設主体別にみたワーファリン服用患者の状況

	人数 (人)				構成割合 (%)			
	現在 いる	過去に いた	いない	合計	現在 いる	過去に いた	いない	合計
合計	71	13	16	100	71.0	13.0	16.0	100.0
医療法人	11	1	3	15	73.3	6.7	20.0	100.0
社協	2	0	0	2	100.0	0.0	0.0	100.0
社福法人	15	2	0	17	88.2	11.8	0.0	100.0
社団法人	2	0	0	2	100.0	0.0	0.0	100.0
財団法人	3	1	2	6	50.0	16.7	33.3	100.0
営利法人	34	8	10	52	65.4	15.4	19.2	100.0
NPO 法人	3	1	1	5	60.0	20.0	20.0	100.0
その他	1	0	0	1	100.0	0.0	0.0	100.0

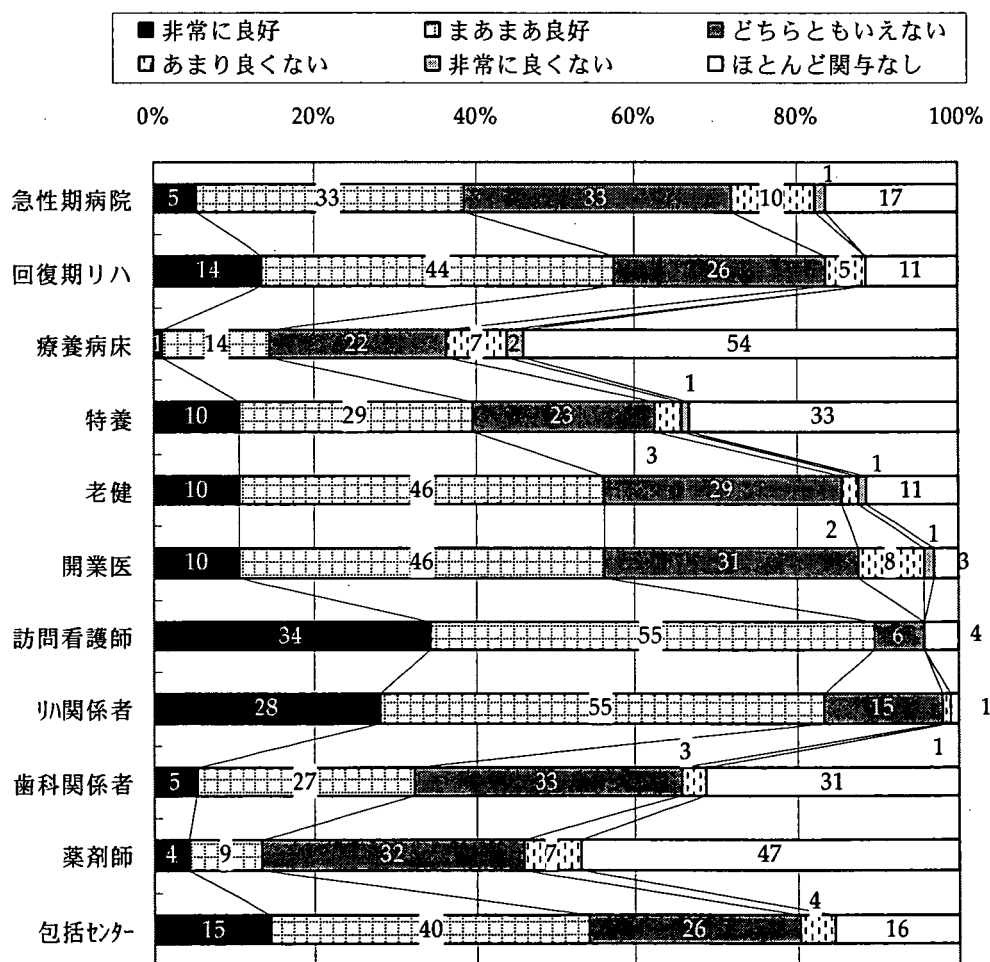
3) ケアマネジメント実施における他施設・他職種との連携状況

(1) 脳卒中患者に関する他施設・他職種との連携状況

脳卒中患者へのケアマネジメント実施における他施設・他職種との連携状況に関しては(有効回答 96 事業所)、“非常に良好～まあまあ良好”は、「訪問看護師」が 89.6%と最も多く、次いで「リハ関係者」83.3%、「回復期リハ病棟」57.3%、「老健」「開業医」56.3%、「包括センター」54.2%、「特養」39.6%、「急性期病院」38.5%、「歯科関係者」32.3%、「療養病床」14.6%、「薬剤師」13.5%の順であった。一方、“あまり良くない～非常に良くない”は、「急性期病院」11.5%、「療養病床」「開業医」9.4%、「薬剤師」7.3%の順であった。

また、“ほとんど関与がない”は、「療養病床」54.2%、「薬剤師」46.9%、「特養」33.3%、「歯科関係者」31.3%の順であった。

図 3. 脳卒中患者へのケアマネジメント実施における連携状況 (N=96)



(2) 脳卒中患者に対するリハビリ・機能訓練のケアプランへの導入

脳卒中患者に対するリハビリ・機能訓練のケアプランの導入に関しては（有効回答 109 事業所）、「必要時にほぼ導入出来ている」49 事業所（45.0%）、「まあまあ導入出来ている」51 事業所（46.5%）、「どちらともいえない」7 事業所（6.4%）、「あまり導入出来ていない」1 事業所（0.9%）であった。

ここで、「必要時にほぼ導入出来ている」割合を開設主体別にみると、「NPO 法人 (N=6)」66.7%、「社団法人 (N=2)」「財団法人 (N=6)」50.0%、「営利法人 (N=52)」49.1%、「医療法人 (N=15)」43.8%、「社会福祉法人 (N=19)」31.6%、「社協 (N=2)」「その他 (N=1)」0.0%の順であった。

表 4. 脳卒中患者に対するリハビリ・機能訓練のケアプランへの導入状況

	必要時 ほぼ導入	まあまあ 導入	どちらとも いえない	あまり導入 出来てない	必要性 なし	合計
事業所数 (ヶ所)						
合計	49	51	7	1	1	109
医療法人	7	9	0	0	0	16
社協	0	1	1	0	0	2
社福法人	6	11	2	0	0	19
社団法人	1	1	0	0	0	2
財団法人	3	3	0	0	0	6
営利法人	28	23	4	1	1	57
NPO 法人	4	2	0	0	0	6
その他	0	1	0	0	0	1
構成割合 (%)						
合計	45.0	46.8	6.4	0.9	0.9	100.0
医療法人	43.8	56.3	0.0	0.0	0.0	100.0
社協	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	100.0
社福法人	31.6	57.9	10.5	0.0	0.0	100.0
社団法人	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100.0
財団法人	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	100.0
営利法人	49.1	40.4	7.0	1.8	1.8	100.0
NPO 法人	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0	100.0
その他	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0

4. まとめ及び考察

現在、脳卒中患者の病期（急性期、回復期、維持期）に着目し、地域にある医療機関、介護サービス提供者、行政などのそれぞれの有する機能を最大限発揮しながら、一人の患者に関与していくという地域完結のネットワーク型連携が求められている。

本研究は、維持期脳卒中に着目し、これら対象者に対し医療・介護サービスを提供している事業所へのアンケート調査をもとに、医療機関間や医療・介護間の連携、関係職種間の連携の現状と課題、リハビリテーションや機能訓練を中心としたサービス提供上の課題を明らかにすることを目的としたものである。本稿では、特に、包括的・継続的サービス提供の要となる居宅介護支援事業所に対する調査結果について報告した。

以下、本研究のまとめと考察を行う。

1) 調査回答者の代表性の部分的検証

まず、今回の回答事業所の開設主体の構成割合をみると、「営利法人」51.3%、「社会福祉法人・社協」19.5%、「医療法人」15.9%、「社団・財団法人」7.1%、「NPO 法人」5.3%であった。全国の全事業所を対象とした調査¹によると、「営利法人」34.8%、「社会福祉法人・社協」30.6%、「医療法人」21.1%、「社団・財団法人」3.8%、「NPO 法人」3.0%と、全国調査に比べ、営利法人の割合が16ポイント多く、逆に、社会福祉法人が11ポイント、医療法人が5ポイント少なかった。

全体的な構成割合の傾向は近く、ある程度の代表性は確保されていると思われるが、結果の判断においては、これらの差を考慮にいれておく必要がある。

2) ケアマネジャーの独立性について

併設事業の状況を見ると、「併設あり」93.8%と、独立系の居宅介護事業所は7事業所(6.2%)のみで、このうち6事業所は営利法人立であった。

ケアマネジメントに関しては、サービス事業所からの独立性・中立性が求められているが、現実的にはサービス提供を実施している法人が設立主体の中心となっており、その法人に雇用されているケアマネジャーに、完全なる中立性を求めるのは困難である。

これを解決する最善の方法は、法人外の関係者を交えたケアカンファレンス（以下、CC）の実践であろう。いくら外部評価・外部監査を強化しても、効果には限界がある。広島県尾道市の医師会主体のCC実践のように²、適切なサービスが、各関係者が納得する形で選択されていく形を標準とすることこそが、不適切なサービスをなくしながら、利用者のQOLを高める最善・最短の道と考える。

3) 脳卒中患者の状況について

今回の調査で、要介護利用者に占める脳卒中患者の割合が約25%であること、また、これを開設主体別にみた場合、「医療法人」32.3%に対し、「NPO 法人」14.5%、「社団法人」20.0%、「財団法人」22.7%など、法人によって少し差はあるものの、ほとんどの法人で2割以上の脳卒中患者がいることが明らかになった。

また、ワーファリン服用に関する質問から、全事業所の71%に、現在服用患者がいることもわかった。

ワーファリンに関しては、再発を防ぐ観点からも、その管理は非常に重要である。しかしながら、適宜、血液凝固速度をチェックしながら処方をコントロールすることが求められるため、開業医によっては管理が難しい、煩わしいと感じる人も多いとの声も聞く。

病診連携を進める観点からも、また、脳卒中患者に関係するケアマネジャーが多いという実態からも、ワーファリンの標準的な管理のあり方を現場レベルに浸透させることが必要である。

4) 脳卒中患者に関するケアマネジャーと他機関・他職種連携

今回の調査で、①ケアマネジャーと訪問看護師、リハビリ関係者間の連携状況は良好であること ②急性期病院などとの連携が他に比べ不十分なこと ③療養病床や歯科関係者、薬剤師などほとんど関与できていない(関与していない)割合が、他に比べ多いこと などの実態が明らかになった。

現在進められている医療・介護制度改革では、ケアマネジャーに対し、包括的・継続的関与が求められている³。特に、退院支援への関与は重要視されていることから、急性期病院との連携強化は必須である。

急性期病院との連携が困難な原因を整理した上で、具体的解決策を、各事業所単位での対応だけでなく、関係団体や多職種が関与した検討部会などで検討し、解決に向けた努力を図ることが必要である。

参考文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成 18 年介護サービス施設・事業所調査，2007
- 2) 片山壽(2003)：地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦，内科，Vol.92，No.3，pp.578-583
- 3) 川越雅弘(2006)：我が国における医療と介護の機能分担と連携，海外社会保障研，No.156，pp.4-18