

表 1. 患者居住地内訳

		転科群(39)		直接入院群(48)	
区西北部 2 次医療圏	板橋区	14	32	20	39
	練馬区	6		12	
	豊島区	5		6	
	北区	7		1	
区西部 2次医療圏	新宿区	0	0	0	3
	中野区	0		1	
	杉並区	0		2	
他の 23 区		5		3	
都 23 区以外		0		1	
東京都以外		2		2	

表 2. リハ入院期間と入院時、退院時 FIM

		転科群(39)	直接入院群(48)
リハ入院期間		50.6±22.8	62.4±28.3
入院 時	FIM 運動項目	51.7±15.8	38.8±20.4
	FIM 認知項目	25.9±6.5	20.3±8.2
	FIM 総得点	77.7±20.5	59.0±26.8
退院 時	FIM 運動項目	71.1±15.8	56.1±24.7
	FIM 認知項目	31.7±4.6	25.4±8.7
	FIM 総得点	102.8±19.1	81.5±31.5

表 3. 転帰

	転科群(39)	直接入院群(48)
自宅	32	28
転院等	7	20
転院先	病院(リハ目的) 0 病院(療養目的) 5 老健等 2	病院(リハ目的) 2 病院(療養目的) 11 老健 7
自宅復帰率	82.1%	58.3%

表 4. 直接入院群:紹介元医療機関所在地

		直接入院群(48)	
区西北部 2 次医療圏	板橋区	17	23
	練馬区	6	
	豊島区	0	
	北区	0	
区西部 2次医療圏	新宿区	17	19
	中野区	0	
	杉並区	2	
他の 23 区		1	
都 23 区以外		1	
東京都以外		4	

Ⅱ. 分担研究報告

1. 脳卒中診療連携の動向調査

c. 脳卒中診療連携に関する実態調査：回復期の立場から

6) 当院における脳卒中診療の現状

国立病院機構村山医療センター

水野勝広

【研究要旨】

【目的】当院におけるリハビリテーション科受診患者の動向から、診療連携の現状と問題点を把握する。

【方法】平成19年5月1日から平成20年1月までに当院リハビリテーション科に受診相談を受けた患者の紹介元、原疾患を集計した。

【結果】受診患者の総数は104名、紹介元は医療機関から95名、ケアマネージャーなど医療機関以外から3名、本人・家族からの直接相談16名であった。紹介医療機関の種類別の患者数は、国立病院機構51名(51.6%)と半数以上を占めた。医療機関の所在地別では、多摩地域69名(内、北多摩西部2次医療圏55名)と近隣地域からの紹介が多かった。疾患別にみると脳血管障害60名と最も多かった。

【考察】急性期病院から回復期病院への転院に際しては、系列病院もしくは古くからつながりのある病院を第一に転院先を決めていく傾向が強いことが推測される。当院の周辺地域では人口に対する回復期病床の比率が比較的多く、地域完結型に近い形で急性期から回復期への連携が可能であると考えられ、特定の病院同士だけでなく、地域ぐるみでの連携が今後一層進むことが期待される。

【はじめに】

当院は旧国立療養所を元にし、運動器疾患の準ナショナルセンターとして整形外科を中心として運動器疾患、脊髄損傷などの患者を多く受け入れているが、リハビリテーション専門病棟を1病棟有し、脳卒中の回復期を中心とした専門的リハビリテーションを必要とする患者のリハビリテーション治療も行っている。2006年度からは北多摩西部2次医療圏の地域リハビリテーション支援センターに指定され、地域リハビリテーション事業を企画している。

当院のリハビリテーション科は現在リハビリテーション科医4名（内、リハビリテーション科専門医1名）、理学療法士9名、作業療法士5名、言語療法士2名で構成されており、リハビリテーション専門病棟に入院中の患者及び、運動器疾患、脊髄損傷などで整形外科等に入院中の患者のリハビリテーション治療と整形外科・リハビリテーション科通院中の患者の外来リハビリテーションを行っている。

当院では初診患者の相談は医療連携室（医療ソーシャルワーカー2名、看護師1名）で一括して受け付けており、リハビリテーション科への受診相談もすべて医療連携室で対応している。今回、われわれは今年度のリハビリテーション科初診患者の紹介元を集計し、当院での診療連携の現状を把握し、今後の課題などを検討することとした。

【方法】

平成19年5月1日から平成20年1月までに地域連携室を通じて当院リハビリテーション科に受診相談を受けた患者の紹介元、原疾患を集計した。

【結果】

受診患者の総数は104名、紹介元は医療機関から95名、ケアマネージャーなど医療機関以外から3名、本人・家族からの直接相談16名であった（図1）。紹介医療機関の種類別の患者数は、国立病院機構51名、大学病院9名、公立病院10名、民間病院11名、民間医院4名であった（図2）。医療機関の所在地別では、多摩地域69名（内、北多摩西部2次医療圏55名）、東京23区内13名、他県3名であった（図3）。

疾患別にみると脳血管障害60名、その他の脳疾患9名、骨関節疾患19名、その他11名であった。

【考察】

当院リハビリテーション科の受診患者の91.3%が、医療機関からの紹介であり、大半は紹介元医療機関に入院中の患者の転院に関する相談であった。医療機関の内訳としては、国立病院機構が51.6%と半数以上を占めていた。また、疾患別にみると脳血管障害が63.1%と最も多かった。当院の属する北多摩西部2次医療圏には脳血管障害の急性期を扱う3次救急医療機関が3施設あるが、国立病院機構災害医療セ

ンターからの紹介が大半を占めており、他の 2 病院からの紹介は少なかった。紹介元医療機関の所在地別にみると、多摩地域が 81.1%と多く、東京 23 区が 15.3%であり、東京都内からの紹介が大半を占めていた。

当院の紹介患者の動向のみから、地域の脳血管障害患者の動向を把握することは困難であるが、急性期病院から回復期病院への転院に際しては、当院と災害医療センターのように、系列病院もしくは古くからつながりのある病院を第一に転院先を決めていく傾向が強いことが推測される。当院の周辺地域では、東京 23 区内に比べれば、人口に対する回復期病床の比率が多いことから、地域完結型に近い形で急性期から回復期への連携が可能であると考えられるが、病院同士のつながりがあまり重視されると患者側の選択の幅が狭まる可能性がある。現在、北多摩西部 2 次医療圏を中心とした、脳卒中診療連携パスの作成の動きが活発化しており、急性期、回復期、維持期にわたる多数の病院が参加して協議している。このような交流を通して、特定の病院同士だけでなく、地域ぐるみでの連携が進むことが期待される。

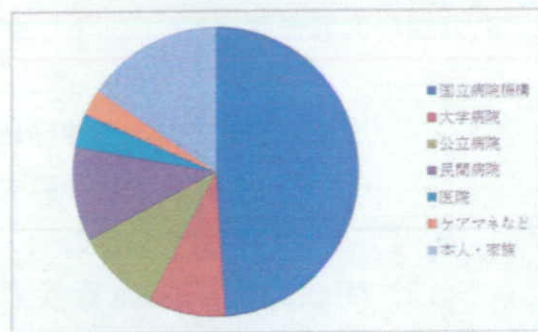


図 1. リハビリテーション科受診患者の紹介元内訳 (n=104)

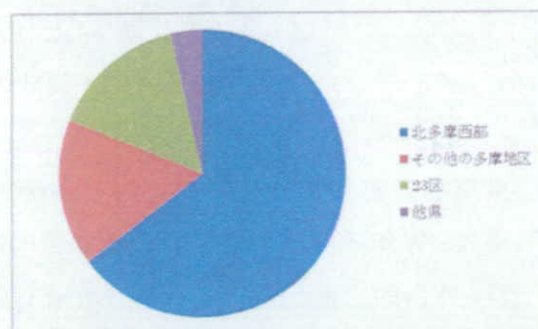


図 2. 受診患者の紹介元医療機関の所在地 (n=85)

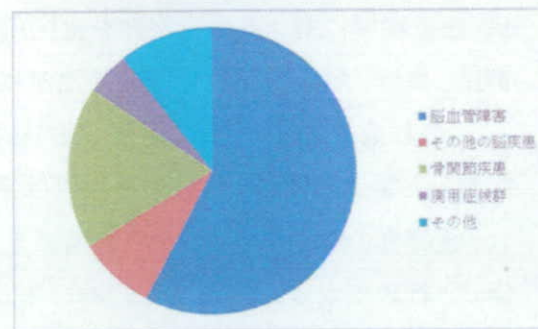


図 3. 受診患者の原因疾患内訳 (n=104)

Ⅱ.分担研究報告書

1.脳卒中診療連携の動向調査

c.脳卒中診療連携に関する実態調査：回復期の立場から

7) 南多摩圏域脳血管疾患医療連携の取り組みについて

永生病院リハビリテーション科 飯田達能、今村安秀、千野直一

同内科 安藤高朗

新天本病院リハビリテーション科 高田耕太郎¹⁾

多摩丘陵病院リハビリテーション科 村上恵一

東京都の南多摩医療圏ではリハビリテーションを含む脳血管疾患の医療連携作業を平成 17 年 6 月より開始した。その目的は脳血管疾患を発症した場合に、急性期の内科、外科的治療とともに、身近な地域で症状に応じて効果的かつ効率的にリハを提供し、住民が地域で安心して暮らせる医療連携システムを構築することである。この医療連携検討会の役割として①南多摩圏域脳血管疾患医療連携検討会の開催・運営（検討内容は急性期から維持期に至るまでの、脳血管疾患におけるシステムの構築、住民・医療機関に対する普及啓発を実施）②病期別医療連携リストの作成③各種調査の実施、集計、解析④施設の選定や治療に関する地域の統一的判断基準（連携ガイドライン）の作成である。以上の事業の取り組みを南多摩保健所が支援し各関係団体との調整役となった。結果：医療連携検討会は平成 17 年 8 月から 18 年 3 月まで 7 回開催され、医師会、歯科医師会、脳血管疾患を取り扱う急性期、回復期、維持期の各病期の病院、行政側から保健福祉センター・各保健所より委員が参加した。本連携検討会が主導して各病院、診療所、歯科診療所、介護保険事業所、行政機関合計 1623 施設に脳血管疾患症例の受け入れ状況、リハ資源、歯科診療所では口腔ケアや摂食嚥下障害の取り組みについて調査した。一次調査での回収率は平均 61%で、二次調査として病院、介護保険事業所には受け入れ態勢とその判断基準等を加味し、南多摩圏域脳血管疾患医療連携施設名簿および、その運用の手引きを完成させた。

Ⅱ. 分担研究報告書

1. 脳卒中診療連携の動向調査

c. 脳卒中診療連携動に関する実態調査：回復期の立場から

8) 河北リハビリテーション病院の回復期リハビリ実績と地域連携

医療法人財団河北総合病院河北リハビリテーション病院

松井道彦

【研究要旨】

大都市圏に存在するセミ・スタント・アロン型の回復期リハビリテーション病院である当院では、135床の療養病床の回復期ベッドを有し、入院患者のほぼ半数を同財団である河北総合病院から残り半分を周辺急性期医療機関からのリハビリ適応患者で構成されている。入院患者の疾患内訳は、2006年度：脳卒中61%、整形疾患30%、廃用症候群8%、その他1%となっている。平均在院日数は、全体で2006年度61.1日となっている。これは整形疾患が30%前後含まれていることがあり、脳卒中のみでは、概ね70日前後と全国平均と同じである。入院患者の医療圏をみると、2005年度は河北総合病院48.2%、杉並区内9.9%、二次医療圏10.1%、三次医療圏24.3%、その他7.4%、2006年度では、それぞれ46.9%、6.0%、17.3%、26.6%、3.1%となり、近隣に回復期リハビリテーション病床が増加したこともあり、遠方からの入院が多くなっている。

地域リハビリテーション病院として退院援助を充実する努力を継続し、退院後の在宅でのADL評価を行い、日々のケアにフィードバックを続けている。母数が少ないが、退院援助の良し悪しとその後の在宅ADLに影響していることがほぼ判明している。また、河北総合病院からの患者と他病院からの患者との比較では、ADLの改善度は同様だが、平均在院日数が短い傾向にあることも確認された。今後母数を増やして検証を進めたい。

1 はじめに

大都市に存在するリハビリテーション専門病院の回復期リハビリテーションの変遷とリハビリテーションという切り口からの地域連携の在り方を模索してきた経過を報告する。

河北リハビリテーション病院は、医療法人財団河北総合病院(急性期病院/地域中核病院)と物理的に距離を置いたセミ・スタンドアロン型の回復期リハビリテーション専門病院である。約半数の患者を河北総合病院から受け入れ、残りは都内各所の急性期病院から受け入れている。開院当初から、“地域”を意識し、できるだけ退院援助が行える地域在住の患者を優先して受け入れてきた。「人間の復権」「住み慣れた地域で、そこに住む人たちと共に生きる」ことを目標に、在宅復帰に向けてリハビリテーションを行い、退院援助に努めてきた成果、および地域との連携について報告する。

2 河北リハビリテーション病院の変遷

河北リハビリテーション病院は、2001年2月の開院である。当時は、急性期医療機関に色々な点から短期入院の圧力があり、その受け皿としての療養病床の必要性が語られていた時代であった。当医療法人財団河北総合病院でも、地域医療の中核的病院として、救急医療の充実・拡張する計画があり、より在院日数の短縮が課題となっていた。そのため急性期医療施設“河北総合病院”の受け皿としての療養病床の必要性が高まっていた。

一方、脳卒中後のリハビリテーションの需要が高まるにつれ、適切なリハビリテーション提供施設の必要が叫ばれるようになって

いた。特に急性期リハビリテーションの重要性が強調されたが、急性期医療機関での在院日数減少の状況から、急性期医療の終了から、最も積極的にリハビリテーションが展開できる時期、そして在宅、通院で展開されるリハビリテーションに継続する時期が、“回復期リハビリテーション”として注目されるようになった。制度上も急性期—回復期—維持期という住み分けが実施された。医療法人財団河北総合病院では、当初単なる急性期治療後の受け皿としての療養病床を考慮されていたが、最終的には、2病棟の回復期リハビリテーション病棟と1病棟の療養病棟として、地域回復期リハビリテーションの中核的機関となるべく準備を行った。当時は、東京都内の民間医療機関でリハビリテーションを専門提供する医療施設は極めて少なかった。

病床開設許認可の経緯は以下のようである。

平成13年(2001)2月 2階病棟(47床)・3階病棟(46床)計93床で開院

平成13年(2001)4月 4階病棟(42床)を開床 計135床

平成13年(2001)6月 3階病棟 回復期リハビリテーション病棟認可

平成14年(2002)8月 2階病棟 回復期リハビリテーション病棟認可

平成17年(2005)12月 4階病棟 回復期リハビリテーション病棟認可

2001年2月の開院当初、医師、看護師、介護職など十分な人員が確保できず、漸次の病床開床となり、河北総合病院からの脳卒中患者、大腿骨頸部骨折を中心とする骨折患者、肺炎後、その他重症手術後などの廃用症候群の患者を回復期リハビリテーシ

オン病床で、そのほかの患者を通常療養病床に受け入れた。当時は人的に余裕もなく、地域の急性期医療機関からの回復期対象患者の受け入れは事実上難しく、地域への積極的な連携の案内はしていなかった。

2004年度に入って、河北総合病院からの受け入れ患者数が減少したことに伴い、周辺急性期医療機関に直接出向いて、回復期リハビリテーション対象患者を積極的に受け入れたい旨を伝えた。この後、近隣の医療機関からの依頼が増加した。2005年度には回復期リハビリテーション対象患者の入院が増加し、回復期リハビリテーション病棟を取得していない療養病床にも多くの回復期対象患者を受け入れる状況となり、残り1病棟(4階病棟)も回復期リハビリテーション病棟の認可を受け、3病棟(135床)すべてが回復期リハビリテーション病棟となった。他医療機関からの患者を受け入れた当初は、新入院患者のうち河北総合病院から70%、他院から30%の比率であったが、2005年度以後は、新入院670~680件の内約50%が河北総合病院、同じく約50%が他病院である。入院患者の疾患内訳は、2005年度:脳卒中56%、整形疾患32%、廃用症候群8%、その他4%、2006年度:61%、30%、8%、1%、となっている。平均在院日数は、2005年度64.5日、2006年度61.1日となっている。これは整形疾患が30%前後含まれていることがある。脳卒中患者だけをみると、概ね70日前後と全国平均となっている。

3. 患者受け入れプログラム

開院当初は、急性期病院の医師またはMSWからのFAX依頼(診療情報提供所とADL表)を当院MSWが受けて、入院外来の

調整を行い、河北総合病院からの患者については、本人(可能であれば)と家族に来院してもらっての入院外来で、他院からの場合には、必ず本人と家族による入院外来で情報収集したのち、週2回の入院判定会議において入院の可否を判定していた。2002年度からは、医師またはMSWからのFAX依頼をMSWが受けて入院外来の調整を行い、家族のみの入院外来を行って情報収集し、週2回の入院判定会議で判定していた。この当時は依頼から判定までに、概ね1~3週間を必要とし、更に判定会議後の連絡で時間を費やしていた。2005年度からは、入院時のプロセスを簡素化するとともに患者さんの状態をできるだけ正確に把握して判定すること、更に退院援助を充実するため、その窓口としてカスタマー・サポート・センター(MSWのみでなく、医師(兼務)、看護師(兼務)、セラピスト(兼務)を含む)を設けた。転院依頼病院からのFAX依頼(診療情報提供書とADL票)を窓口であるMSWのみでなく、カスタマー・サポート・センター兼務の医師・看護師・セラピストと情報共有し、更に必要な情報は電話で直接収集・確認することとして、入院外来を廃止した。更に、2006年度からは、極力待機期間の短縮を図る意味から、月曜から土曜まで毎日入院判定会議を開き、FAX依頼のあった即日入院の可否を判定することとした。この変更により、確認事項のないケースでは、ベッドの空きがあればFAX依頼から数日での入院が可能となった。

4. 入院中のプロセス:

a. 入院時ミーティングとリハビリテーション・カンファレンス: 入院当日、担当の医師・

看護師・介護士・PT・OT・ST・MSW が集まり、情報共有し、患者の希望、家族の希望および患者の ADL を確認して当座の治療計画を作成する。1週間程度の経過観察の後、担当者および関係者（患者本人・家族を除く）が一堂に会して、初回のリハビリテーション・カンファレンスを行い、予後予測を行い、入院期間、退院時 ADL レベル、リハビリテーション・プラン、退院援助などについて検討する。結果は、本人とご家族に伝えて、理解を得ると共に、積極的な入院中の協力と退院準備をお願いしている。以後1ヶ月毎にカンファレンスを行い、治療状況の確認や修正を行っている。

また、病棟ではリハビリテーション・カンファレンスの前、および随時必要時に患者毎の担当者が集まって合同カンファレンスを実施して、情報を共有・調整・確認を行って調和あるリハビリテーション・ケアの実施を図っている。これは開院当初より現在まで改良を加えながら継続している。

b.家庭訪問(家屋調査):在宅方針の患者に対しては、在宅で安全で積極的な生活を送っていただく目的で、本人・家族の了解のもと“家庭訪問”を行っている。障害を負って初めて自宅へ戻ることになる患者本人同行の下、PT・OT が伺って家屋の状況を検分し、障害に応じた家屋改修(段差、手すりなど)や福祉機器の提案を行っている。

他医療機関からの入院患者が増加するに従い、家庭訪問を実施できない遠隔地の患者さんの場合には、自宅の図面やトイレ・風呂・玄関などの写真を参考にして、必要な改修や福祉機器のアドバイスも行っている。

c.退院準備のプロセス:退院が近付くと、家族指導を中心とする退院準備を実施する。

同居または介護する家族を対象に、本人の障害に見合い、更に自宅の状況に見合った介助方法を、看護師・セラピストの指導のもとで繰り返し時間をかけて体得してもらっている。同時に本人・家族、そして地域の担当ケアマネージャーを交えて、退院後の最適な生活プログラムを策定する。

更に必要な場合には、かかりつけ医をも交えて退院後のリハビリテーション・プログラムや生活プログラムを検討する。

4. 大都会型の回復期リハビリテーション病院と地域連携

前記した患者受け入れや入院中のプログラムは、基本的には何処の回復期リハビリテーション病院でも、ほぼ同じ工夫が行われていることと思う。しかし、大都会では地方に比較して回復期リハビリテーション病床数は極めて少なく、また、偏在している状況にある。厚生労働省による最近の医療整備計画により、療養病床削減の圧力と急性期病院の経営不振から、急速に回復期リハビリテーション病床は増加してきているが、まだまだ地方との格差を埋めるには至っていない。日本リハビリテーション病院・施設協会の2007年7月末の集計によると、対人口10万人で最も病床数が多いのは高知県(117床)で、次いで山梨県(87床)であるのに対して、20床以下は滋賀県、茨城県、神奈川県、東京都、千葉県であり、全国平均では、33床となっており、概ね西高東低の傾向が認められる。

また大都会での移動は、自家用車や介護用車両、公共交通機関などにより容易であり、遠距離から入院してくるケースが多くなっている。当院の例で入院患者の医療圏を

みると、2005年度は河北総合病院 48.2%、杉並区内 9.9%、二次医療圏 10.1%、三次医療圏 24.3%、その他 7.4%、2006年度では、それぞれ 46.9%、6.0%、17.3%、26.6%、3.1%となり、近隣に回復期リハビリテーション病床が増加したこともあり、遠方からの入院が多くなっている。従って、回復期リハビリテーション終了後に在宅に向けた支援に限界が生じ、思うような十分なサポートが、退院時だけでなくその後の支援やリハビリテーション・ケアも実施できない。当然、患者・家族と相談の上、自宅周辺でのサービスを紹介したり、かかりつけ医、リハビリテーション施設に、治療・リハビリテーション経過を詳細に伝達している。

また、地域医師会の会員に当リハビリテーション病院で、リハビリ外来を実施し、他急性期・回復期リハビリテーション病院退院後の外来リハビリテーション訓練を受け入れていること、各診療所受診中の患者で短期リハビリテーション訓練が必要だと思われる患者のADLを評価し、必要であれば外来または短期入院リハビリテーション訓練を提供する旨を紹介し、積極的に地域住民の寝たきり排除、ADLの維持・向上に配慮して外来の充実を図っている。

5. 今後の検討課題

a.回復期リハビリテーション病院退院後のADLの推移: 予てから退院後の家庭訪問により、1～3か月後のADLの状況調査から、現在まで、退院指導・支援の在り方に多くのフィードバックが得られている。今年度もアンケート調査を含めて、家庭訪問による実地調査を継続して資料収集を継続してきている。今後も調査を継続して、退院後の

ADL維持にとって適切な退院支援や退院後のリハビリ・サービスの在り方の質的向上を模索してゆく。

b.地域との連携による寝たきり介護の減少:

地域のかかりつけ医である診療所やリハビリテーション施設とより提携を深め、情報共有を進めることで、住民のADLを維持・向上し、寝たきり介護を要する住民を極力減少させるプログラムを推し進めることが必要である。このため今年度は、地域診療所に直接出向き、アンケート調査を実施して、医師・患者のニーズを把握する努力を行ってきた。今後も地域を拡大して情報を収集し、地域診療所と住民が参加しやすいプログラムの開発を目指したい。

5.おわりに

東京都は全体としては、高齢化率は他府県に対して低いと考えられるが、当病院がある杉並区では高齢化は進んでおり、当病院が受け入れている患者の平均年齢は2005年度73.7歳、2006年度63.5歳であり、圧倒的に高齢者が多くなっている。

まだまだ情報収集途中であるが、河北総合病院からの脳卒中患者と他病院からの患者の在宅までの発症後の入院期間を比較すると、河北グループ内でケアした患者の方は入院期間が短く、ADLの改善もよいとの傾向が認められている。当然、他病院からの患者との重症度比較など、検討しなければならないことも多いが、急性期病院の急性期リハビリテーションの良し悪しと回復期リハビリテーション病院へのスムーズな転院、その後の適切なリハビリテーション・ケアが大切なことが示唆される。他の医療機関ともより早期からの情報共有とスムー

ズな転院システムの構築が、脳卒中患者のADL改善にとって大いに望まれるところである。

表1:職員数と入院患者・リハ外来数の推移

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年*
医師	5.4人	5.4人	5.0人	5.0人	6.5人	6.6人	7.4人*
看護	29人	32人	43人	35人	41人	40.5人	42.5人*
セラピスト	35人	40人	46人	56人	57人	69人	73人*
MSW	6人	6人	5人	6人	6人	6人	6人*
入院患者#	93.9人	104.1人	110.1人	115.1人	114.4人	112.4人	117人*
リハ外来##	—	—	2058人	1829人	2879人	3138人	2979人*

#:入院患者＝一日平均入院患者数、##:リハ外来＝年間延べ外来リハビリ患者数

*:2007年度は2008年1月までの10ヶ月の実績

セラピスト＝PT, OT, STの総計人数

Ⅱ.分担研究報告書

1.脳卒中診療連携の動向調査

c.脳卒中診療連携動に関する実態調査：回復期の立場から

9)埼玉県総合リハビリテーションセンター回復期病棟

の現状と県内回復期病棟の動向

埼玉県総合リハビリテーションセンター

高木 博史

【研究要旨】

当センター回復期病棟の脳卒中患者の動向を調査した。自宅復帰の割合が増えていたが発症から入院までの期間には変化がなかった。県内の回復期病院数は増加がみられたが、総病床数は横ばいであった。急性期病院からの転院は電話で申し込み、外来受診して決まる従来の体制に変わりはない。

1 埼玉県総合リハビリテーションセンター回復期病棟の現状

平成19年1月から12月までに回復期病棟に入院した患者は233名。内脳卒中は201名であった。脳出血105名、脳梗塞86名、クモ膜下出血10名で男性が114名、女性が56名。患者の年齢分布は表1の通りである。発症から入院までの平均日数は38日(表2)であった。入院は原則医療相談室を通して受付、外来で医師が診察して入院調整会議にかけているが、FAXでの相談も受け付けており問題がないと判断できれば直接転院してくる場合もある。初診から転院までの期間は平均12日(表3)であったが、相談を受けて3日以内に転院してきた患者も19例いた。201名のうち12月末までに退院した169名について転帰を調べた。自宅復帰は145名(85.8%)、他の回復期病院への転院が11名(6.5%)、老健への移行は9名(5.3%)、4名(2%)が合併症の治療のため一般病院へ転院している。平均入院期間は73日(表4)、他の回復期病院への転院患者は発症から入院までの期間が平均40日だが、在院日数は87日とやや長い。老健への退院患者は発症から平均40日で入院し、在院期間は平均74日であった。

FIM解析可能な149名(4月以降の退院で現在のオーダーリングシステムで調査可能な症例)につき解析した。入院時FIMは全体の平均が76.2、退院時は99.4。老健へ移行した9例は入院時57.8から退院時73.2といずれも平均を下回っている。これに対し他の回復期へ転院した10例は入院時が64.3と低いが発症から退院時は99.4と改善率が高かった。疾患別では脳出血79例が75.

7から100、脳梗塞62例が76.9から97へ、クモ膜下出血8例が74.9から107へと改善がみられた。

紹介元病院は同一医療圏が19病院111例と過半数を占める。県内の他の医療圏は20病院61例。首都圏は都内が10病院、東京以外では4県7病院、関東外からも5病院と非常に多岐に渡っている。発症から転入院までの期間はどの医療圏でも40日前後で差はなかった。

2 埼玉県内の回復期病棟の動向

現在埼玉県内の回復期病棟を有するのは30病院、総病床数は1995床。昨年と比べ5施設増えたが総病床数はあまり変わっていない。

二次保健医療圏別にみると東部は6病院466床、中央11病院659床、西部第一9病院638床、西部第二2病院94床、利根1病院116床、比企1病院22床と偏りがみられる。(表5)脳卒中地域連携パスは検討段階を経てようやく一部で採用され始めたばかりである。現時点での入院はそれぞれの回復期病院の医療相談室や地域連携室に電話で申し込み、外来で医師の診察を受けてから転院が決まるのが殆どである。当センターのように電話で申し込まれた段階で外来に来るのが大変とわかれば所定の情報提供書を相手先の病院に送り、記入して返信してもらって検討する施設もみられるが、申し込みから転院までの待機期間は平均1~2週間という所が多い。また最近では急性期病院で回復期病棟を新たに開設して同一施設内で家庭復帰まで進めるところも見られ始めた。

3.おわりに

県内の地域連携パスは第一歩を踏み出したところである。当センターのように多施設から患者を受け入れている所は少ない。ITを利用しての情報共有システムは診療連携に関して有用と考えられるが、個人情報保護の面から危惧を抱く人が多く、普及するまでには更なる検討を必要とする見込みである。

初診から入院	症例数
1週以内	67
1週～2週	80
2週～3週	42
3週以上	13
*3日以内	19

表1 年齢分布

年齢分布	症例数
<30	5
30～39	12
40～49	29
50～59	57
60～69	56
70～79	37
≥80	5

表4 入院期間

入院期間	症例数
30日未満	6
30日～40日	14
40日～50日	6
50日～60日	19
60日～70日	16
70日～80日	13
80日～90日	46
90日～100日	49

表2 発症から転院までの期間

発症から入院まで	症例数
2週間以内	5
2週～3週	12
3週～4週	39
4週～5週	44
5週～6週	30
6週～7週	32
7週～8週	26
8週～9週	7
9週～10週	6

表3 待機期間

Ⅱ. 分担研究報告書

1. 脳卒中診療連携の動向調査

c. 脳卒中診療連携動に関する実態調査：回復期の立場から

10) 千葉県地域リハビリテーション支援センターの

新情報検索システム～脳卒中を中心に～

千葉県千葉リハビリテーションセンター

吉永勝訓

【研究要旨】

千葉県千葉リハビリテーションセンターは、地域リハビリテーション支援センターとしての立場から、地域におけるリハビリテーション資源の情報検索システム「情報マップ」を構築し、急性期・回復期のリハビリテーション医療機関、介護保険各事業所、訪問看護ステーション、障害児の通園機関などに関する情報を提供してきた。情報の内容には、医療機関の基本情報、施設概況（駐車場の詳細などを含む）、リハビリテーション部門（対応できる疾患や提供できる専門技術などを含む）、受診条件（予約の必要性などを含む）、併設施設などが含まれ、できるだけ“利用できる”情報を提供することを心がけている。地域リハビリテーション推進事業は、今後の千葉県の脳卒中診療連携体制の構築のなかで、より重要な役割を担っていく可能性があると考えられ、今回紹介した新情報検索システムもさらに整備を進めることで有効に活用されることが期待される。

I. 千葉県地域リハビリテーション支援体制

千葉県では13年3月に千葉県・県医師会による地域リハ資源調査が行われ、13年7月には千葉県地域リハ協議会が設置され、14年3月「地域リハビリテーション連携指針」が策定・公表された。千葉県の地域リハビリテーション支援体制の組織としては、都道府県地域リハ支援センターを1ヶ所置き、二次保健医療圏(現在9圏域)ごとに1ヶ所の地域リハ広域支援センターを設置している。平成15年から指定が始まり、平成19年4月にすべて圏域での指定が終わりようやくネットワークの核が完成した。平成18年度から国の補助が無くなり千葉県の一般財源による事業に移行したが、千葉県の方針としては、当面のあいだ本事業を継続する予定である。そして平成19年度は「地域リハビリテーション連携指針」の見直し作業を行ってきた。これは、本支援事業に対する大規模な意識調査を本年度千葉県が行い、その結果にもとづいて、現在の千葉県の情勢によりふさわしい連携指針を再構築するというもので、本年度末には公表されて平成20年度からの本県における地域リハ推進事業の活動指針になる予定である。

千葉県千葉リハセンター(www.chiba-reha.jp/reha/reha.html)は平成15年度に千葉県地域リハ支援センター(当時千葉県では“地域リハビリテーション総合支援センター”と呼称)の指定を受けた。具体的な広域支援センターについては本研究事業18年度事業報告書または、千葉リハセンターのHPを参照していただきたい。

2 千葉県地域リハ支援センターの提供

する新しい情報検索システム

1)経緯: 千葉リハセンターでは県地域リハ支援センターの立場から、そのHP内に地域リハの情報検索システムを掲載しており、急性期・回復期のリハビリテーション医療機関、介護保険各事業所、訪問看護ステーション、障害児の通園機関などに関する情報を提供してきた。

平成19年度は、新しい情報システム(“情報マップ”と呼称)の構築を行った。今まで県地域リハ支援センターと広域支援センターの乱闘者連絡会議を毎年3~4回開催してきたが、現場で役に立つリハ情報を盛り込んだ情報システムの必要性が18年度までの連絡会議で提案されたため、19年度では県地域リハ支援センターを中心に、各広域支援センターからの意見・協力を得ながら作成したものである。

2)情報マップの調査対象機関数と回収率: 千葉県内の医療機関(病院、診療所)、介護保険事業所(特養、老健、デイサービス、デイケア)、訪問看護ステーションに対して、調査を行った。対象機関数、回収数(回収率)は表の通りである。。

3)調査内容と情報公開:調査票は、医療機関向け、介護保険事業所向け、訪問看護ステーション向けの3種類を作成し、それぞれの機関に送付した。医療機関(病院・診療所)向けの調査票を図に示す。

調査内容は医療機関の基本情報、施設概況(駐車場の詳細などを含む)、リハビリテーション部門(対応できる疾患や提供できる専門技術などを含む)、受診条件(予約の必要性などを含む)、併設施設などから構成され、できるだけ“利用できる”情報を盛り込むように心がけた。また、情報提供はするが当

センターのHP上に載せたくない情報については、公開しないこととし非公開の希望をとった。

3.千葉県脳卒中診療連携体制における地域リハ推進事業の役割

千葉県は人口対の医療従事者数が非常に少ない県である。リハビリテーションの資源も同様に少ない。このような中で、各疾患のリハビリテーションを円滑に進めるには、急性期・回復期・維持期のリハビリテーション連携の充実が不可欠と考えている。19年度に千葉県健康福祉部が策定してきた「循環型地域医療連携システムイメージ図」の中で、脳卒中と心筋梗塞については、回復期リハの対応機関およびそのネットワークに関して、地域リハ推進事業の各施設（県支援センター、広域支援センター）が明確に位置づけられた。また国が推奨している脳卒中連携パスの本県における展開においても、この事業を利用している広域支援センターが散見されるようになった。従って今後の当県の脳卒中診療連携体制の構築のなかで、本推進事業はより重要な役割を担っていく可能性があると考えられ、今回紹介した新情報検索システムもさらに整備を進めることで有効に活用されることが期待される。

表. 情報マップの調査対象機関数と回収率:

	配布数	回収数(%)		配布数	回収数(率)
病院	196	104(53.1%)	訪看	325	190(58.4%)
診療所	505	135(26.7%)	ディサービス	851	463(46.1%)
特養	208	107(51.4%)	ディケア	213	74(66.2%)
老健	127	87(68.5%)	総計	<u>2298</u>	<u>1220(46.9%)</u>