

表 10. 短期間独居者の転院先決定経緯

症例	年齢	性別	自宅の問題点	キーパーソン	転院先	入院期間	転院先選択経緯
1	44	F		家族は名古屋にて上京せず 本人が判断・面接も行った	都内	27	麻痺はすぐ消失し記憶障害残存 復職のための高機能リハ転院
2	95	F		敷地内に娘息子	都内	25	療養病棟を併設する回復期病棟
3	54	M	階段有	宇都宮の姉	栃木県	27	姉宅の近くを紹介
4	71	M		近くに娘家族	都内	17	自宅・娘宅から近い病院
5	59	M		姉と自宅近くの友人	都内	16	自宅・姉宅から近い病院
6	62	F		いとこ	都内	21	独居不問の病院を紹介
7	86	F		近くに息子	都内	24	独居不問の病院を紹介
8	83	F		本人宅が店で、 通勤してくる息子がいる	都内	23	独居不問の病院を紹介
9	71	F		娘四人近所	都内	16	自宅・娘宅から近い病院 転院時点では体力訓練レベル
10	81	F		隣県に息子	都内	17	失語のみで自宅退院の目処有
11	77	F		息子近所	都内	20	息子宅引取りを前提に申し込み
12	66	M		同じマンションに義弟。息子都内	都内	22	息子宅引取りを前提に申し込み
13	71	M	階段有	生保W	都内	25	独居不問の病院を紹介
14	71	M	階段有	生保W	静岡県	16	独居・生保不問の病院を紹介
15	61	M		生保W	都内	26	独居・生保不問の病院を紹介

### (3) 社会的背景

長期間群の家族人数は、独居 15 例、65 歳以上の配偶者と二世帯 3 例、65 歳未満の同居家族のある症例が 9 例だった。9 例中、二人暮らしは 4 例だった。

独居 15 例のリハ初診時のキーパーソン(推定も含む)は、生活保護担当者(すでに生活保護)2 例、勤務先の上司 1 例(その後生活保護申請)、非同居の兄弟 5 例、非同居の子供 1 例、非同居の高齢母 1 例、未定 5 例であった。非同居の親族がキーパーソンの 8 症例中、5 例が他府県(宮城 1・茨城 1・岡山 1・神奈川 1・埼玉 1)であった。未定の 5 例のうち、3 症例は兄弟姉妹を探し出したが、協力者となってくれたのは 1 症例(生活保護を申請して埼玉の兄弟の近くの病院に転院)であった。

住宅環境については、問題なし(階段不要の住まいがある)19 例、問題あり(階段を要する)4 例、住処がなくなる症例が 4 例であった。4 例中 2 例は会社の宿舎、1 例は日雇い労働者で住所の実態は不明、1 例は路上生活から福祉施設に入所したばかりであった。なお、所有・賃貸の有無は問うていない。独居 15 例の自宅状況は、問題なし(階段不要の住まいがある)7 例、問題あり(階段を要する)3 例、住処がなくなる症例が 4 例であった。

他府県在住者の発症は 2 症例で、工作中 1 例、友人宅 1 例であった。

長期間群 27 症例の転院先は、都内 20 例、他府県 7 例であった。他府県に転院した 7 例の内訳は、他府県の親族の近く(岡山・宮城・茨城・埼玉の計 4 症例)、他府県在住者 2 症例、入院後申請した生保ワ

ーカーの紹介によるもの 1 例であった。神奈川県に娘がいた 1 症例については、本人がかかりつけだった都内の病院の関連都内リハ病棟に転院した。また、当初会社の上司がキーパーソンだった症例は、会社の近く(自宅住所の近くでもある)千葉県の病院に転院し、費用については生活保護を申請した。

独居者 15 症例の転院先選択までの経緯を表 11 に示す。回復期病棟の中でも、生活保護症例の受け入れや独居者の受け入れについては、理解のある病院ばかりではないため、あらかじめ打診の上での受診となり、また、入院相談面接の省略を交渉することもあった。遠隔地の専門リハビリテーション病院検査は、MSWではなく、リハビリテーション科の医師が行った。

### 3. 短期間群と長期間群の比較

短期間群と長期間群の重症度・社会的要因について、グラフ 2 から 7 に比較を示す。重症度という点では、軽症症例が多く短期群にはふくまれていず、医療的需要という点では、併存症が少なく、合併症が経過中に起きない症例が短期群に多く含まれている。しかし、社会的要因についても、短期群と長期間群を比較すると、長期間群には、若年同居家族が少なかった。また、独居者の人数は同じだが、キーパーソンには差があり、短期群では、主に子供世代がキーパーソンであったのに比し、長期間群では、高齢の兄弟しか親族がいない、また、親族がキーパーソンになりえない症例も多かった。また、非正規雇用にて、発病と共に収入も住居も失い、生活保護申請後

表 11. 長期間独居者の転院先決定経緯

症例	年齢	性別	自宅の問題点	キーパーソン	転院先	入院期間	転院先選択経緯
1	55	M	職場の宿舎	当院のMSW →生保申請後生保W	静岡県	55	生保Wと当院MSWの協力にて静岡の病院
2	56	M	職場の宿舎	生保申請し、 兄弟も埼玉に見つかった	埼玉県	48	パチンコ店発症にて当初身元不明。 兄弟宅近くの病院を紹介
3	61	M	簡易宿泊施設	当院のMSW →生保申請後生保W	都内	52	生保で受け入れ可能な病院を紹介
4	59	M	アパート2階	当院のMSW →生保申請後生保W	都内	58	生保で受け入れ可能な病院を紹介 転院時にはすでに杖歩行レベル
5	68	M		当院のMSW。年金生活	都内	47	独居不問の病院を紹介 面接省略を交渉
6	63	M	福祉施設	生保W	都内	42	生保で受け入れ可能な病院を紹介
7	65	M		生保W	都内	48	生保で受け入れ可能な病院を紹介
8	61	M		当初会社専務、 →生保申請後生保Wも	千葉県	55	会社に近く、生保・独居不問の病院へ
9	56	M	アパート2階	仙台在住の兄	宮城県	52	リハから仙台市内の病院を紹介
10	46	M		都内在住の姉	都内	46	独居不問の病院を紹介、姉が面接
11	78	F		茨城在住の娘2人	茨城県	42	紹介病院を家族希望でキャンセルし 2件目に見学した病院に決定
12	60	F		都内在住の弟妹	都内	57	空床待ち中に先方の都合で入院延期となり 2ヶ月以内に入るために別の病院探しをし
13	70	M	アパート2階	岡山在住の兄弟	岡山県	43	リハから岡山の病院を紹介
14	76	F		神奈川在住の子供二人	都内	54	本人のかかりつけ病院の関連病院
15	60	M		都内に81歳の母	都内	53	生保で受け入れ可能な病院を紹介 転院時にはすでに体力訓練レベル



でない医療費の目処も立たない症例が含まれていた。

## 考察

急性期病院から回復期リハビリテーションを担う施設への早期かつスムーズな転院は、リハビリテーション治療の上で重要な課題である。

しかし、転院にあたっては、病院の選定、申し込み、承諾、空床待ちの各ステップを踏む必要があり、回復期症例を受け入れられる施設の病床数の問題、回復期病床での医学管理能力、等が問題になっている。また、申し込みにあたっては、家族ないしキーパーソンの面接を必要とする病院が多く、独居者の不利はつとに指摘されている。大都市においては、家族の絆が薄く、核家族や独居者が多い。また、地方に家族があり連絡に時間を要する場合も少なくない。非正規雇用者も少なくない。

一昨年の報告書でも紹介したように、当院は、入院後すぐ、リハビリテーション転院がゴールになりそうな症例かどうかを判断して、病院の選定を開始している。多くの症例では脳外科・神経内科の病棟主治医レベルで交渉が開始できる体制であり、地理的な問題や複雑な症状などから主治医が困った場合にはリハビリテーション科に相談がある。その場合、即日か翌日にはリハビリテーション科が病院を提案している。またいっぽう、緊急入院の時点で家族がわかっていない場合、搬入時の状況から、医療費の支払いや親族探しなどが必要と判断されてMSWが介入を開始している。回復期リハビリテーション病棟では、生活保護・

独居者は入りにくいとはいえ、近隣に、生保・独居でも受け入れ可能な大規模回復期リハビリテーション病院もあるため、全身状態が安定して生活保護の症例(医療費が払える)では、初回のカンファレンス(入院後1週間以内)時にほとんど病院候補は決定し、先方への交渉の第一報は開始されている。もしその時点で候補が定まっていなければ、具体的な提案がなされるのが常である。

しかし、独居で、親族というセーフティーネットも、生活保護というセーフティーネットもない症例は、医療費の支払いという段階での問題点をクリアしないと転院は申し込めない。住居も仕事先に頼っている非正規労働者が問題である。すなわち、生活保護の申請(その前には身元の確認や親族探しに日数を要する)、許可により、はじめて医療費が確保され、正式な転院交渉に入れる。そのための社会的入院期間が、急性期病院で発生してしまっている。

また、非同居の親族に連絡をとる場合にも時日を要する。特に、兄弟の場合には、子供の場合ほどには親身で迅速な対応が得られない場合が多いし、協力的でも、上京に時間がかかったり、複数の親族が協議する間の時日を要する場合もある。

いっぽう、医療的な面からは、入院時から合併症/並存症を抱えている症例が少なくないことが明らかとなった。その中には、訓練が中断するような状態ばかりではなく、インスリンの導入のように、訓練の中断はないが管理面で回復期病棟で対応が困難なものも含まれていた。嚥下障害についても、一定期間の訓練

を経ずに、転院先の要望にて胃瘻作成したケースもあった。

いっぽうで、脳血管外科系の手術のように、急性期医療機関の担当である医療行為もあり、基本的には早期転院を励行しつつも、急性期医療機関において、検査や治療を受けながらも必要な量のリハビリテーションを受ける事の出来る体制が必要であることも再確認された。

急性期リハビリテーションの重要性が指摘されているとはいえ、急性期総合病院におけるリハビリテーション資源(療法士数)はいまだ乏しい<sup>2</sup>。当院は 365 日体制の脳卒中救急を行い、常時 60 名程度の脳卒中症例が入院している。その中には、急性期の意識障害や、重症症例、あるいはごく軽いラクナ梗塞等も含まれるため、回復期リハビリテーション病棟ほどの訓練必要時間数はないと思われるが、平均して、摂食機能療法も含めて 1 日 4 単位を週に 5 日受けるためにも療法士数は約 13 名必要である。現在、一般病院における療法士数は 100 症例あたり 5.4 名と推定され<sup>3</sup>、一般病床には脳卒中以外にもリハビリテーションを必要とする症例はあることを考えるときわめて少ない。脳卒中ケアユニットが 30 床あれば、(ベッドの空き等を考えても)5 名のスタッフは必要である。しかしながら、診療報酬での規定は、1 名の理学療法士または作業療法士にすぎない。

急性期医療機関の意義として、合併症/併存床の種類が多彩であることも、今後とも注意を払うべき点である。また、合併症/併存症についても、入院前の生活の質が関係してくるものもある。入院によりはじめて重症の糖尿病

が指摘された症例、貧血などの異常な検査結果が発見されるなど、それまで検診や医療機関への受診を行ってきた症例や、独居のために発見に時間がかかり搬入時に既に肺炎を発症していた症例など、医療的な自己管理や社会的交流面で貧しい症例が散見された。

急性期病院での tPA などの普及、急性期から回復期への連携、回復期リハビリテーション病棟の増加など、医療の先端部分は進歩してきている半面、社会における格差の拡大・核家族化と社会的交流の低下等により、これらの医療の恩恵を受けられない症例もまた、増加してきているという事実を踏まえて、今後の大都市における脳卒中リハビリテーション連携体制の構築が必要と考える。

1 伊藤郁乃、他、くも膜下出血の転帰・入院日数に影響を及ぼす因子の検討、総合リハ、37: 65-70, 2009.

2 田中一成、他、急性期病院におけるリハビリテーション、日本医事新報 4410, 85-88, 2008.

3 厚生労働省ホームページ。平成 19 年医療施設(動態)調査・病院報告の概況より。平成 19 年の一般病院の従事者数は理学療法士 34658.3 人、作業療法士 17432.5 人、言語聴覚士 6713.4 人。一般病院の一日平均在院患者数は 109462 人。単純計算で 100 人の入院患者あたり 5.37 人の療法士となる。しかし、一般病床で回復期リハビリテーション病棟を算定しているところなどに集中していることも勘案する必要はある。

## II. 分担研究報告書

### 2. 脳卒中診療連携に関する実態調査

#### b) 回復期における脳卒中診療連携の動向

#### 1) 回復期からみた脳卒中診療連携体制

##### ー入院待機日数についてー

昭和大学医学部ハビリテーション医学教室

昭和大学藤が丘リハビリテーション病院

渡辺 英靖 水間 正澄

#### 【研究要旨】

平成19年4月1日から平成20年12月31日までに当科に入院した脳卒中患者220名のうち、再入院や当院外来からの入院を除外し、申し込みから入院までの待機期間が明らかであった138名を対象とし、入院待機日数に着目して診療録・入院申込用紙にもとづいた後方視的調査を行い、平成19年度と入院システムを改善した平成20年度との比較を行った。また、大学付属急性期3病院(リハ専門医常勤)からとその他の急性期病院からの転院との比較も併せて行った。

平成19年度の入院待機日数は $22.3 \pm 8.8$ 日であり、脳卒中発症から申し込みまでの期間は $63.1 \pm 43.4$ 日と約2ヶ月を要していた。付属病院と他病院との比較では、入院待機日数は $13.0 \pm 5.5$ 日に対して $27.0 \pm 8.6$ 日と付属病院において有意に短い結果であった。発症から申し込みまでの期間は $51.4 \pm 34.7$ 日に対して $69.0 \pm 46.8$ 日と付属病院においてやや早い傾向が見られた。

平成20年度の入院待機日数については、付属病院は $20.2 \pm 9.6$ 日と平成19年度に比して有意に延長し、他病院は $23.9 \pm 6.7$ 日と短縮傾向が認められた。発症から申し込みまでの期間は、 $27.5 \pm 13.0$ 日(付属病院 $29.1 \pm 14.9$ 日、他病院 $24.5 \pm 9.6$ 日)と有意な短縮を認めた。

入院待機日数に影響を与える因子として、転院受け入れシステム上の問題、病棟管理上の問題(満床・看護体制・マンパワーなど)などが考えられる。転院手続きにおける効率化を図るだけでなく、リハに精通した医師による急性期病院と回復期病院と意思疎通が促進されれば入院待機日数の短縮は可能であると考えられる。



## はじめに

当院は地域リハビリテーション(以下、リハ)医療の中核としての役割とともに、昭和大学付属の各急性期病院(以下、附属病院)の後方病院としての役割も担っている。また、回復期にある患者を入院対象としているが一般病床にて運用しているため疾患や発症から入院までの期間に制約はない。今回、当科に転院した脳卒中患者における待機期間に着目し、平成19年度と問題点を改善して取り組んだ平成20年度との比較検討を行った。

## 対象と方法

平成19年度(平成19年4月1日～平成20年3月31日)の1年間に当科に入院した患者220名のうち再入院や当院外来からの入院を除外し、申し込みから入院までの待機期間が明らかであった脳卒中患者81名(男性45名、女性36名、年齢 $65.5 \pm 11.2$ 歳)、平成20年度は期間を平成20年4月1日から12月31日までに入院した脳卒中患者57名(男性41名、女性16名、年齢 $67.7 \pm 8.5$ 歳)を対象とし、後方視的に入院待機日数に着目して診療録・入院申込用紙により調査を行った。申し込み日とは、当院もしくは紹介元書式の入院申込用紙がFaxにて送信された日、医療ソーシャルワーカー(以下MSW)への転院相談の電話連絡が来た日、紹介元医師から直接当院医師へ電話連絡が来た日とした。さらに、これらの項目につき比較的スムーズな連携のとれるリハ科専門医常勤の本学付属急性期病院(以下附属病院)と他の急性期病院

(以下他病院)との比較検討を行った。

なお、紹介元の都合により入院待機期間が延長した症例は対象外とした。

## 結果

### 1. 入院待機日数(表1)

平成19年度当科入院脳卒中患者全体の疾患内訳としては、クモ膜下出血10例・脳梗塞39例・脳出血32例で、脳梗塞が最も多かった。入院待機日数は $22.3 \pm 8.8$ 日であり、申し込みから入院までに約3週間であった。2週間以内の割合は25.9%、1ヶ月以内は85.1%であった。脳卒中発症から申し込みまでの期間は $63.1 \pm 43.4$ 日と約2ヶ月を要していた。附属病院と他病院との比較では、患者数はそれぞれ27名、54名と他病院からの紹介患者が2倍を占めていた。入院待機日数は $13.0 \pm 5.5$ 日に対して $27.0 \pm 8.6$ 日と附属病院において有意に短い結果であった。特に2週間以内の入院割合は66.7%を占めており、1ヶ月以内に100%の患者が入院していた。それに対して他病院からの2週間以内の割合は5.6%、1ヶ月以内に77.8%の患者が入院するという結果であった。発症から申し込みまでの期間は、 $51.4 \pm 34.7$ 日に対して $69.0 \pm 46.8$ 日と附属病院においてやや早い傾向が見られた。

### 2. 平成19年度と20年度との

#### 入院待機日数の比較(表1)

平成20年度の紹介患者数は全体として57名であったが、附属病院37名、他病院20名と、前年度と比較して附属病院からの患者数の増加が認められた。入院待機日数について

は、付属病院については  $20.2 \pm 9.6$  日と有意に延長していたが、他病院で  $23.9 \pm 6.7$  日と短縮傾向が認められた。発症から申し込みまでの期間は、 $27.5 \pm 13.0$  日(付属病院  $29.1 \pm 14.9$  日、他病院  $24.5 \pm 9.6$  日)と有意な短縮を認めた。

## 考察

当院は横浜市北部地域に属する青葉区にあり、平成 2 年に開設された大学付属の総合的リハ専門病院で病床数は 216 床、リハ科のベッド数は 60 床である。入院患者は脳卒中回復期を中心に、脊髄損傷・切断・骨関節疾患・末梢神経障害・廃用症候群などで、付属病院からは悪性腫瘍患者のリハの受け入れもを行っている。当院から約 100 メートルの位置に藤が丘病院があり、定期的なバスの運行により維持透析や他科依頼のための受診も可能で、当院入院患者の急変時にも対応している。

発症から申し込みまでの期間が平均で 2 ヶ月を超えていた理由は、リハ科病床の全てが一般病床のため発症からの入院期間に制約がなく、回復期病棟入院適応外(発症 2 ヶ月を越える)患者の紹介が主であったと認められる。

当科に脳卒中患者の紹介があった付属病院は急性期 3 病院で、A:東京都内の昭和大学院(853 床)、B:横浜市北部地域医療圏(都筑区)にある昭和大学横浜市北部病院(653 床)、C:当院から 100 メートルの位置にある藤が丘病院(667 床)である。各付属病院にはリハ科が開設され当科所属のリハ医が常勤医として勤務している。そのため付属病院と他病

院とでは転院受け入れのシステムや連携の質も異なっている。一般的なシステムとしては、①当院書式の入院申込用紙に患者情報を記載し Fax で送信②記載された内容から入院の適応を審査し、面談の可否を決定③患者及び家族と直接面談を行い、MSW による聞き取りと医師による診察の上、入院の可否を決定④週 1 回(水曜日)行われる入院審査会議に各科担当医師・病棟責任者が出席し、入院患者の病態・ADL を確認の上入院日及び入院病棟が決定、と以上 4 つの段階を経ていた。これは、従来からみられている一般的な転院パターンのシステムと考えられる。それに対して付属病院とのシステムにおいては、各病院における主治医ないし家族が当院への転院を希望した際、常勤リハ医が診察を行い家族状況・生活環境等を含めて最終ゴールを予測したうえで当院への転院の必要性を判断し当院担当医に直接電話連絡を行う方法に変更した。詳細な情報交換がリアルタイムに可能なため、その場で入院の可否を決定することが可能となった。これは、ニーズと資源のマッチングシステムに類似したシステムとも考えられる。これらに加え、平成 20 年度からは週 1 回であったベッド調整会議を週 2 回に増やし開催しリハ科医師が中心となって入院調整を行うようにした。以上より一般的なシステムと比較すると、附属病院・他病院ともに入院待機日数の短縮が図られた。さらに、付属病院との連携ではリハ医の介入により上記②・③を省略することが可能となっている。付属病院における入院待機日数が有意に短縮できたのは、やはりこのシステムの違いが大きな要因である。



受け皿となるリハ病院においては、入院待機日数を少しでも短縮するために出来ることとして、転院受け入れシステムの改善はもとより各付属病院の常勤リハ医との更に迅速な情報交換、他病院についてはより密度の濃い情報交換であると考えられる。具体的には、入院審査会議を廃止するなどのシステムの見直しを図る一方、付属病院のリハ医に対してはより早期に当院への紹介を促し必要に応じて当院医師による回診を行うことであり、他病院に対しては定期的な連携会議への出席による情報交換の実践などである。その結果として、平成 20 年度では、付属病院からの紹介患者数が増加し、発症から申し込みまでの期間が有意に短縮するという結果となった。しかし、他病院からの入院待機日数も短縮している一方で付属病院からの入院待機日数が有意に延長していた。これは、発症後早期にリハ医が当院入院の適応ありと判断すると、その時点で、「〇日後には転院可能であろう」との見通しをたて早期に当院に情報提供をするために生じた現象と考えられる。すなわち、予測に基づいた早期の情報提供時期も待機期間にカウントされてしまった結果であり、主治医に時期からの予測に基づいた情報提供は急性期・回復期にとってもベッド調整のための時間的余裕が生じ転院をスムーズに進めることを可能にするものと考えられた。

そのためにも、急性期・回復期双方の病院にリハ科医師が常駐することがのぞまれる。

## おわりに

入院待機日数を規定するものとして、転院受け入れ時のシステム上の問題、病棟管理上の問題(満床・看護体制・マンパワーなど)などが考えられる。転院手続きにおける効率化を図り、リハに精通した医師による急性期病院と回復期との意思の疎通が図ることができれば入院待機日数の短縮は可能である。

(表1) 平成20年度当科入院脳卒中患者の内訳

	患者数 (人)	年齢 (歳)	発症から申し込み までの期間(日)	入院待機日数 (日)				
				2週以内	1ヶ月以内	1ヶ月以内		
平成 19年度	付属病院	27(M14/F13)	65.2±9.8	51.4±34.7	13.0±5.5	36.7%(18/27)	100%(27/27)	
	他病院	54(M31/F23)	65.7±11.9	69.0±46.8	27.0±8.6	*	5.6%(3/54)	
	合計	81(M45/F36)	65.5±11.2	63.1±43.4	22.3±8.8	1.s	25.9%(21/81)	85.1%(69/81)
平成 20年度	付属病院	37(M25/F12)	69.4±8.1	29.1±14.9	20.2±9.6	*	37.8%(14/37)	83.8%(31/37)
	他病院	20(M16/F4)	64.8±9.5	24.5±9.6	23.9±6.7	*	25.0%(5/20)	90.0%(18/20)
	合計	57(M41/F16)	67.7±8.5	27.5±13.0	21.5±8.9		33.3%(19/57)	86.0%(49/57)

\* p&lt;0.05 \*\* p&lt;0.01

## II. 分担研究報告書

### 2. 脳卒中診療連携に関する実態調査

#### b) 回復期における脳卒中診療連携の動向

### 2) マッチングシステム普及のために、北多摩北部二次医療圏 におけるモデル事業

多摩北部医療センター リハビリテーション科

鴨下 博

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

里宇明元、長谷公隆、辻 哲也

#### 【研究要旨】

多摩北部医療センターは平成14年度東京都から北多摩北部二次医療圏地域リハビリテーション支援センターの指定を受け、脳卒中リハビリテーションネットワーク構築のために各種の事業を行ってきた。脳卒中診療連携体制構築を目的に本研究が開発したマッチングデータベースは、実用段階に到達した。そこで、北多摩北部二次医療圏をモデル地区として脳卒中リハビリテーションネットワーク構築のツールである本システムへの参加を医療圏内にある全ての脳卒中对応医療機関に呼びかけた。

12月に電話による確認を行った。30ある医療機関中登録可能が4、検討中が20だった。2月郵送によるアンケートを実施し、14の病院から回答を得た。6病院が登録しており、検討中が6、登録不可は2病院だった。12月検討中の2病院が新たに登録したことになる。アンケートの回答がなかった病院について本システム上から確認したところ、6病院以外に登録をしていた病院はなかった。マッチングが成立した症例はなかった。

呼びかけが11月初旬と実施期間が短く、医療圏にある唯一の三次救急病院の参加がなく症例の供給が少ないことが、マッチング不成立の原因と考えられた。また、周知期間も短く、アンケートからはシステムについて十分に理解されていないと推定された。

高齢者が自宅で安心して暮らせるためには、一般病院(二次救急)、救急救命センター(三次救急)、リハ病院による医療面だけでなく、介護保健、予防を含めかかりつけ医、福祉施設、行政それぞれが多中心的に参加する連携システムが不可欠である。脳卒中リハビリテーションネットワークを構築し、切れ目のないリハを実現するためにマッチングシステムが一つのツールとして使われていくことに異論はないであろう。普及には課題が多いことが、今回明らかになった。今後も、慶應義塾大学の協力を得て普及に努め、当医療圏における脳卒中診療連携体制の構築を進めていきたい。



## はじめに

脳卒中診療体制構築を目的に本研究が開発したマッチングデータベースは実用段階に到達した。慶応大学医学部リハビリテーション医学教室の全面的協力の下、北多摩北部二次医療圏地域リハビリテーション支援センターの責任医師として当医療圏をモデル地区にして、脳卒中リハビリテーションネットワーク構築のツールである本システムへの参加を医療圏内にある全ての脳卒中对応医療機関に呼びかけた。

アンケートを実施したところ、本システムが普及するために解決せねばならない課題が浮かび上がり、普及のための方策について考察したので報告する。

## 方法

北多摩北部二次医療圏にある脳卒中对応医療機関は、急性期病院が11、回復期、維持期の病院が19、計30ある。それら全ての医療機関に、本システムが実用化されていること、今後も無償利用が可能であることを強調し、慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室と北多摩北部二次医療圏地域リハビリテーション支援センターとの連名によるお願い文の郵送を11月に行い、本システムへの参加を呼びかけた。

12月、慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室が、参加状況について30の医療機関へ電話による確認を行った。2月初旬、郵送によるアンケートを筆者が実施した。また、アンケート回収終了後に一部の病院には電話による確認を行った。

## 結果

12月の段階では参加可能医療機関が4、一方、検討中が20と多数を占めていた。不参加を表明したのは、6病院だった。アンケートにたいし14の病院から回答があった。参加病院が6、不参加は2病院だった。アンケート回収後、2病院に電話で問い合わせをしたところ、不参加との返事だった(表)。アンケート返送がない病院についてシステム上から確認したところ、6病院以外に登録をしていた病院はなかった。

## 考察

多摩北部医療センターは平成14年度東京都に地域リハビリテーション支援センターの指定を受け、脳卒中リハビリテーションネットワーク構築のため各種の事業を行ってきた<sup>1,2)</sup>。また、北多摩北部医師会と医療圏内の全医療機関が参加する北多摩北部医療圏医療機能推進協議会は、平成19年から脳卒中ネットワーク構築に向けて準備を進め、平成20年度に脳卒中ネットワーク委員会を立ち上げた。委員会は平成20年7月18日北多摩北部脳卒中ネットワーク講演会を開催し、マッチングシステム リハナビ東京について慶應義塾大学医学部リハビリテーション科教授里宇明元先生を講師に招き特別講演を行った。北多摩北部脳卒中ネットワーク委員会の準備段階から参加をしていた筆者は、地域リハビリテーション支援センターの責任医師でもあり、本研究が開発したマッチングデータベースが実用段階となったことを受けて、脳卒中診療ネットワーク構築のツールである本シ

システムへの参加を医療圏内にある全ての脳卒中対応医療機関に呼びかけた。二次医療圏をモデル地区にすることで本システムが普及するための課題を明らかにした。

30ある医療機関のうち12月の段階では登録可能が4であったが、2月に実施したアンケートの結果6病院が登録していた。11月に参加を呼びかけ、周知期間が短かったにもかかわらず6病院が参加したことを成功とみるかはむずかしいが、今後の普及に弾みをつけたことは間違いないであろう。

実施期間が短く、実際にマッチングが成立した症例はなかった。医療圏にある唯一の三次救急病院の参加がなく、供給症例の少ないことも原因の一つであると推定される。また、周知期間も短く、アンケートからはシステムの十分な理解がなされていないことが窺えた。

今後、多くの病院で使われていくには、一つでも多く急性期病院が参加し供給量を増やすことがシステム普及の鍵を握っていると考えられる。また、急性期病院から回復期あるいは維持期への転院は脳卒中以外の疾患も多く、汎用性のあるシステムの開発が望まれる。そして、脳卒中地域連携バスが各地域で始まっており、バスと連動するシステムであれば利便性は増し、参加病院も増加することが期待できる。今回のアンケートでは、使い方がわからないとの意見が寄せられており、マニュアルの作成が急務である。

高齢者が自宅で安心して暮らせるためには、

一般病院(二次救急)、救急救命センター(三次救急)、リハ病院だけでなく、かかりつけ医、福祉施設、行政それぞれが多中心的に参加する連携システムが不可欠である<sup>3)</sup>。脳卒中患者のリハビリテーション連携体制を構築し、切れ目のないリハを実現するためにマッチングシステムが一つの有効なツールであることに疑いはなく、今後の普及が期待される。

## まとめ

慶應義塾大学の協力を得てこれからも本システムの普及に努め、北多摩北部二次医療における脳卒中診療連携体制の構築を進めていきたい。

## 文献

- 1) 鴨下博:リハビリ手帳併用による地域リハ推進の有用性について、長寿科学総合研究事業 大都市圏の脳卒中診療連携体制の構築、平成18年度 総括研究報告書 p129-135.
- 2) 鴨下博:北多摩北部二次医療圏脳卒中診療連携体制の現状と課題、長寿科学総合研究事業 大都市圏の脳卒中診療連携体制の構築、平成19年度 総括研究報告書 p55-58.
- 3) 鴨下博:北多摩北部二次医療圏における地域リハビリテーションの取り組み-リハビリ手帳について-、Monthly Book Medical Rehabilitation No.102、63-68、2009.

リハナビ東京に関するアンケート

2009.1.20

北多摩北部脳卒中医療機関 担当者の方々へ

長寿科学総合研究事業としてリハナビ東京（急性期病院と回復期リハ病院のマッチングシステム）の開発を進めております（班長 慶應義塾大学 里宇明元教授）。私は班員の一人として、また地域リハ支援事業を行っていることから、この北多摩北部をモデル地区として、この地域の脳卒中医療に携わる医療機関に参加をお願いしているところです。昨年12月の時点では登録が4施設、検討中が15施設でした。1施設でも多く、参加をお願い申し上げます。

さて、この地域でも脳卒中地域連携バスが始動いたしました。急性期治療から在宅療養まで継ぎ目のないリハビリテーションを実施できることを目指しておりますが、このリハナビ東京は便利なツールとしてご活用いただけたと思います。今後の発展のために、アンケートにご協力をお願いします。

ご多用中のところ誠に申し訳ありませんが、アンケートは返信用封筒にて（2月6日までに）返送をお願いいたします。

慶應義塾大学リハビリテーション科 大瀧佐和子（教授秘書）  
電話 慶應義塾教授室：03-5363-3832

北多摩北部地域リハ支援事業 責任者：  
多摩北部医療センター リハビリテーション科 鴨下 博  
電話 地域連携室：042-396-3811（内 2073）

リハナビ東京アンケート

病院名 \_\_\_\_\_ 回答者名 \_\_\_\_\_

1. リハナビ東京に登録していますか。 （登録している 検討中 登録不可）
2. 登録できない理由について差し支えなければお教えてください。 ←
3. 登録された施設に回答をお願いします。
  - ①12月から1月までに退院した脳血管障害患者数は、何人ですか。
  - ②マッチングシステムを利用した件数は、何件ですか。
  - ③マッチングできた件数は、何件ですか。
  - ④今後このデータベースを利用するのに改良点はありますか。
  - ⑤不要な項目、必要な項目があれば教えてください。
  - ⑥その他、ご意見、ご感想等ありましたらご記入ください。

ありがとうございました



表 アンケート結果

【脳卒中対応医療機関】

		病院数	12月調査			2月アンケート		
			登録	検討中	不可	登録	検討中	不可
急性期 (11)	三次救急	1	1			(1)*		
	二次救急	2	1 1			1		
	二次救急+亜急性期病床	1	1			1		
	二次救急+回復期病床	3	1	2		1	1	
	二次救急+回復期+療養型病床	4	3 1			1		
回復期+維持期 (19)	亜急性期病床	1	1			1		
	回復期+療養型病床	9	1	6	2	2	3	(1)*
	療養型病床	9	1	6	2	1	1	1
合計		30	4	20	6	6	6	2 (2)*

\* ( )内は電話による確認

## Ⅱ.分担研究報告書

### 2.脳卒中診療連携に関する実態調査

#### b)回復期における脳卒中診療連携の動向

### 3)当院回復期病棟における脳卒中診療連携と成果主義について

東京都リハビリテーション病院リハビリテーション科  
新藤恵一郎、堀田富士子

#### 【研究要旨】

2008年度より、脳卒中リハビリテーション診療に、脳卒中地域連携バス、回復期リハビリテーション病棟のいわゆる“成果主義”が導入された。2008年4月以降、当院に入院した脳卒中患者301名につき調査した。結果、脳卒中地域連携バスの利用は16名(全体の5%)と少なく、その理由として、紹介元となる急性期病院が多く、バスが統一されていないことが考えられた。また、成果主義については、診療システムを変更することなく「回復期リハビリテーション病棟入院料1」と「重症患者回復病棟加算」を算定可能であった。しかし、日常生活機能評価や基準に疑問を感じる部分があり、今後の見直しが必要であると感じられた。

### 【はじめに】

当院は回復期119床、一般病床46床を有する回復期リハビリテーション病院であり、また、区東部(墨田区、江東区、江戸川区)の地域リハビリテーション支援センターに指定されている。

2008年度より、脳卒中リハビリテーション診療は、2つの大きな制度が導入された。1つは「脳卒中地域連携バス」、もう1つは、回復期リハビリテーション病棟の診療報酬を、重症者の割合と居宅等復帰率により分ける、いわゆる“成果主義”である。

そこで、2008年4月以降の、当院の脳卒中診療連携の動向を調査した。

### 【患者住所と紹介元病院】

2008年4月から12月までに当院回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中患者は301名であった。

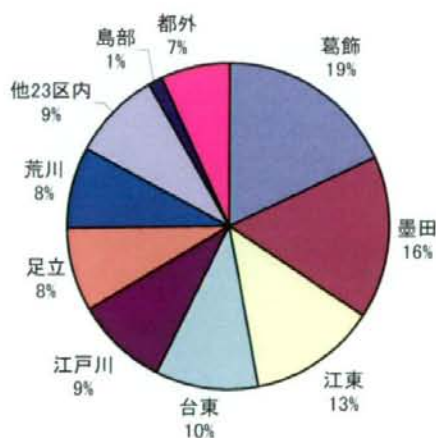
入院患者の住所別にみると、葛飾区19%、墨田区16%、江東区13%と続き、区東部3区で38%であった(図1)。また、葛飾区、足立区、荒川区、台東区を加えた近隣7区で83%であった。

当院は墨田区の北西部に位置し、江東区や江戸川区よりも、近隣4区にむしろ近く、例年と同様の傾向であった。

図1: 当院に入院した脳卒中患者の患者住所

(2008年4月～12月:301名)

患者居住地別

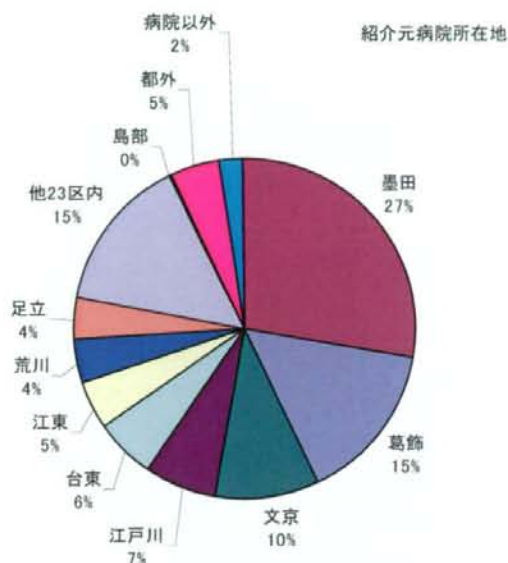




一方、紹介元となった医療機関は、61 病院、2 診療所、などであった。紹介元の病院の住所別にみると、墨田区 27%、葛飾区

15%、文京区 10%と続き、区東部 3 区で 39%、近隣 7 区で 68%であった(図 2)。

図2: 当院に入院した脳卒中患者の紹介元病院所在地  
(2008年4月~12月:301名)



#### 【脳卒中地域連携パスの導入状況】

現在は、「Metropolitan Stroke Network 研究会(旧慈恵式)」「墨東式」の2つに参加している。2008年4月から12月までに、この2つの脳卒中地域連携パスを利用した患者は、16名と全体の5%で、「Metropolitan Stroke Network 研究会」4病院7名、「墨東式」2病院9名であった。

#### 【回復期リハビリテーション病棟入院料について】

2008年4月より、「回復期リハビリテーショ

ン病棟入院料1」「重症患者回復病棟加算」を算定している。

2008年4月から12月までに当院回復期リハビリテーション病棟に入院した患者は446名(そのうち脳卒中301名、他に頭部外傷、骨関節疾患など)、退院した患者は424名、平均在院日数は73.4日であった。

成果主義にかかわる指標となる、日常生活機能評価10点以上の重症者の割合は、平均26.0%(14.3%-34.1%)、また、居宅等復帰率は、平均81.1%(72.5%-89.4%)、改善した重症者の割合は77.6%(42.9%-88.9%)で

あった。

## 【考察】

### 1) 脳卒中地域連携パスについて

脳卒中地域連携パスを利用する患者が少なかった理由として、紹介元となる急性期病院が多く、広い地域に分布し、脳卒中地域連携パスが統一されていないことがあげられる。

回復期病院の立場からすると、多くの脳卒中地域連携パスに参加すればするほど、各脳卒中地域連携パスへの対応が必要となり、また計画管理病院と連携する医療機関との間での定期的な会合が増加するため、負担が大きくなる。地域での脳卒中連携を深め、またそれに係わる労力を効率化するために、「脳卒中地域連携パス」の統一化は必要であろうが、そもそも何のためにパスを導入したのか、という視点が置き去りにされている。たとえば、パスのバリエーションの検討などを行っていかなければならない。

現状では、回復期病院は、紹介の多い急性期病院の脳卒中連携パスに参加するにとどまっているのではないだろうか。回復期病院が中心となって作成した脳卒中地域連携パスの方がより効率的になるともいわれており、今後の課題である。また、同じ急性期病院であっても、診療科によって(救急部・脳神経外科・神経内科など)導入状況が異なっており、急性期病院の中でも、脳卒中地域連携パスがまだ浸透していないことも伺えた。

### 2) 日常生活機能評価について

当院では、日常生活動作(ADL)の評価として、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure:FIM)、またリハビリテーション総合実施計画書では Barthel Index(BI)を継続的に用いている。さらに、日常生活機能評価が加わったことで、看護師の負担が増加した。

日常生活機能評価は、もともと ICU やハイケアユニットにおける看護要員数を算定する評価の一部であり、臨床的なリハビリの評価にそぐわない部分がある。たとえば、「床上安静の指示」は、回復期リハビリテーション病棟に入院してリハビリを行う患者にはなじまない。また、回復期リハビリテーションを要する原因疾患として多くを占める脳卒中による片麻痺患者では、「どちらかの手を胸元まで持ち上げられる」は可能な項目となり臨床的な意味が無い。一方で、日常生活動作で欠かせない排泄や入浴に関する項目が欠如している。

石川誠氏も、“協議会で「日常生活機能評価」と FIM の関係を検証しました。その結果、両者の間には互換性があるとは言い難いことがわかりました。「日常生活機能評価」は看護必要度(必要看護人員の算定ツール)なのです。ですから協議会では、BI、FIM とはそもそも視点の異なる評価であると考え、両方を調べるように主張しています”(総合リハビリテーション 36 巻 11 号)、とも述べており、回復期リハビリテーション病棟の成果、すなわち ADL を測る尺度として日常生活機能評価の妥当性が無いことが確か

められた。臨床で広く用いられているFIMには著作権の問題があり、日本の診療報酬体系で用いることができるかどうかは不透明であるが、見直しが必要であると考える。

### 3) いわゆる成果主義について

当院の脳卒中回復期リハビリテーションの診療システムは、昨年度の報告書で述べたように、急性期病院から回復期病院への転院をより円滑に進めるよう、2007年12月より新しい方式で運用している。今回の診療報酬改正に対して変更はしていないが、いま現在、「回復期リハビリテーション病棟入院料1」「重症患者回復病棟加算」を算定している。全国回復期リハビリテーション連絡協議会の報告によれば、両方算定している病院は約68%、「入院料1のみ」7%、「入院料2」約25%と述べられている。

回復期リハビリテーション病棟は、看護師の人数や病棟の配置などのために、介護量の多い患者ばかり入院を受け入れることは困難である。介護に手のかかる患者は、排泄コントロールがつかない患者、摂食動作が介助の患者、また夜間不穏や高次脳機能障害のために目が離せない患者などであり、医学的な安定性や合併症とともに、当院の入院審査の時にも注意している点である。しかし、高次脳機能障害のために歩行は可能だが目が離せないような患者は、非常に手が掛かるが、日常生活機能評価では重症者(10点以上)にはならない。

もう1つの基準である、居宅等復帰率を一律に定めたために、特に高齢化率が高く、施設が充実していない地方において、回復

期リハビリ病棟を出た後の行き場がない状況が取り上げられてきている。実際、自宅退院が可能であるかどうかには、患者のADL自立度のみならず、同居家族や介護力の有無、経済力、利用可能な介護サービスや福祉サービスなどが影響する。また、居宅等復帰率には、介護老人ホームなどの施設の充実度も影響する。

居宅等復帰率を上げるために独居患者が敬遠されたり、逆に「入院料2」と割り切つてリハビリの質を下げってしまうようでは、日本のリハビリテーションが後退してしまう懸念がある。

最近のリハビリテーションに対する診療報酬は、改定の頻度が多く、また厳しいものが続いているが、診療報酬の見直しが必要ではないかと考える。