

脳卒中地域医療連携の現状についての地域別解析

-北海道-

札幌医科大学 脳神経外科

齊藤 正樹

データ解析の手順

頂いたエクセルデータを EXCEL 本体のソフト及び、「EXCEL 統計」(エスミ社) というソフトを用いて解析しました。

まず、各 ABCDE のデータから、「全国のデータと北海道のデータを比較して北海道での回答で特徴的なもの」を選び出しました(全国データと北海道データ : 1 or 0、を χ^2 乗検定してそこから有意だったもの(結果は①)、を選び出し、次に有意 (**および*) なもので、ロジスティック解析(結果は②)を行いました。ただし 1or 0 以外の変数が数値表記のものは「ウィルコクソンの順位和検定」で解析しました。)。この②を太字で表しました。

次に②を選び、北海道単独でのデータと再度 χ^2 乗検定を行い有意であった回答(結果を③に示す)を選び、それらでロジスティック解析を行いました(結果を④に示す)。しかし、③→④と解析しようとする、かえって特徴が分かりづらい結果(③で得られた回答と関連の強い設問があたかも無いかのように見える。、本当に無いかもしれませんが、仮にあっても無いように見えてしまいます。)になりました。北海道では返答した施設の数が少ないなどの問題があったからでしょうか。そこで、結果の中で、最も重要なのは太字の部分まで、であると思い、それに準じた考察(案)を記載いたします。

1) 全国と北海道の比較

①全国 v s 北海道で(全国を 0 と表記して、北海道は 1 としました)、

北海道で特徴的だった設問回答(特に有意** < 0.025 、有意* < 0.05)

回復期病棟用アンケート (A) 結果

A** **Q9f** (受け入れ制限の理由: 人工呼吸器である)

A* Q2n (回復期病棟以外の機能: 短期入所療養介護)

Q2p (回復期病棟以外の機能: 夜間対応型訪問介護)

Q9n (受け入れ困難の理由: 特になし)

Q15a (脳卒中日常生活評価: Barthel Index)

Q22b (脳卒中における地域医療圏: 二次医療圏)

Q23g (脳卒中地域医療で中心的役割は: こだわらない)

Q25a (急性期病院に希望すること: 急病のときすぐ受け入れて欲しい)

Q25c (急性期病院に希望すること: マイナスの面も含め十分な医療情報がほしい)

Q27b (一般診療所に希望すること: 脳卒中患者の医療情報を共有したい)

Q38 (介護保険への理解は?理解なし 0 or 理解あり 1 で分類 : 理解あり)

Q42c (医療保険と介護保険の利点:システムが理解しやすい)

一般診療所アンケート (B) 結果

- B** Q1a (標榜科:内科) 少ない
Q1c (標榜科:脳神経外科) 多い
Q8 (要介護における脳卒中既往のある患者の数は?多い/少ない: 多い)
Q13f (急性期脳卒中を診療する場合:ほとんど外来で治療する)
Q15b (脳卒中地域医療で中心的役割は?:回復期病棟)
Q15f (脳卒中地域医療で中止陰的役割は?:地域によって異なる)
- B* Q6 (脳卒中既往のある患者 多い/少ない: 多い)
Q7 (一ヶ月に診療する要介護者 実数患者数 : 多い)
Q13g (急性期脳卒中を診療する場合:その他)
Q14d (脳卒中における地域医療圏:地域によって異なる)
Q15a (脳卒中医療の中心的役割:急性期病院 多い)

維持期入院入所施設アンケート (C) 結果

- C** Q2L (通所介護)
Q2 (通所訪問)
Q37e (維持期の適切な評価尺度:維持期施設・事業所との連携機能の尺度)
Q37f (維持期の適切な評価尺度:医療・介護情報の共有機能の尺度)
- C* Q16d (脳卒中における地域医療圏:地域によって異なる)
Q17b (脳卒中地域医療での中心的役割:維持期施設・事業所)
Q19b (急性期病院に期待すること:十分な医療情報を伝達して欲しい)
Q19i (急性期病院に希望すること:特になし)
Q29 (自治体連携は良好か? 良好 1/不良 0 : 良好)
Q? (連携共有は?)..... この設問はどう解釈するか不明

通所および訪問施設事業所アンケート (D) 結果

- D** Q7j (受け入れ制限理由:経管栄養)
Q18b (一般診療所に希望すること:脳卒中医療情報を共有したい)

- Q34h (維持期在宅介護施設・事業所の評価尺度：リハビリ機能の尺度)
- D* Q7a (受け入れ制限の理由：重症)
- Q7k (受け入れ制限の理由：胃ろう)
- Q11c (脳卒中医療における地域医療圏の範囲：都道府県)
- Q11d (脳卒中医療における地域医療圏の範囲：地域によって異なる)
- Q33e (医療保険と介護保険の利点は：脳卒中患者が理解できる)

急性期病院用アンケート (E) 結果

- E** Q4d (脳卒中における地域医療圏：地域によって異なる)
- E* Q2f (急性期以外の機能：介護老人保健施設)
- Q3a (脳卒中患者の日常生活評価：Barthel Index)
- Q10e (一般診療所に期待すること：在宅生活支援に力を入れて欲しい)
- Q13 (周辺連携は 良好 1/不良 0 : 良好)
- Q16g (周辺地域の医療連携に希望すること：特になし)
- Q17 (自治体連携は良好 1/不良 0 : 良好)

その結果からロジスティック解析で、選び出された質問項目②は

- A** なし
- A* Q2n (短期入所療養介護) 回帰係数 -2.3199 オッズ比 10.1748
- Q15a (Barthel Index) 回帰係数 -1.1252 オッズ比 0.3246
- B** なし
- B* なし (有意と言えるものが検出できないが、敢えて選ぶとして Q1a Q15b)
- C** なし
- C* Q19b(急性期病院に希望すること：十分な医療情報を伝達してほしい)
- 回帰係数 -1.4161 オッズ比 0.2427
- Q29(自治体連携：良好) 回帰係数 1.2142 オッズ比 3.3676

D** Q18b (一般診療所への希望：脳卒中患者の医療情報を共有したい)
回帰係数 -0.6651 オッズ比 0.5142

Q34h (第三者が維持期施設を評価するのに適当な尺度：連携もしくは情報共有機能のいずれか)
回帰係数 -0.7438 オッズ比 0.4796

D* Q33e (脳卒中患者が満足できる)
回帰係数 -0.7348 オッズ比 4.0094

E** Q4d (地域医療圏とはどの範囲？：地域によって異なる)
回帰係数 0.9714 オッズ比 2.6417

E* Q3a (脳卒中中の日常動作の評価：Barthal Index)
回帰係数 -0.7066 オッズ比 0.4933

Q16g (周辺地域の連携構築で希望すること：特になし)
回帰係数 0.8396 オッズ比 2.3155

北海道データ同士での解析

2) 次に北海道のデータのみを用い、各 ABCDE で上記に選び出された質問項目と他の質問項目との間でカイ二乗検定を行い、有意とされたものを選び出しました。その結果は、

北海道 A にて

Q2n とカイ二乗検定で有意だった質問

**Q2i

* Q2c Q2j Q2k Q2L Q2 維持期 Q2 通所訪問 Q10 Q12 Q30a Q35b Q37b

→これらをロジスティック解析しても Q2 n に関連のある質問は検出できなかった。

Q15a とカイ二乗検定で有意だった質問

**Q2r Q37c

* Q9f Q9i Q15b Q43e Q43 連携に関わるもの

→これらをロジスティック解析しても Q15a に関連のある質問は検出できなかった。

北海道 B にて

Q1a とカイ二乗検定で有意だった質問

**Q1c Q 心内脳外 Q1f Q13b Q13e

* Q1d Q1g Q11 (リハビリ提供している) Q12c Q12c Q14e Q32e

→これらをロジスティック解析しても Q1a に関連のある質問は検出できなかった。

Q15b とカイ二乗検定で有意だった質問

**Q1e Q21i

* Q1i Q12e Q13d Q17g Q19f Q32e

→これらをロジスティック解析しても Q15b に関連のある質問は検出できなかった。

北海道 C にて

Q19b とカイ二乗検定で有意だった質問

**Q13a Q17g Q35b

*Q2k Q2m Q20 (回復期連携) Q24 (維持期連携) Q25 (周辺地域連携)

Q37c Q37e

→ロジスティック解析しても Q19b に関連のある質問は検出できなかった。

Q29 (自治体連携) とカイ二乗検定で有意だった質問

**Q20 回復期連携 Q22 診療所連携 Q25 周辺地域連携 Q29 (自治体連携)

*Q2m Q2o Q17a Q17f Q18 (急性期連携) Q32 ケアマネ関与

Q36b Q37c

→ロジスティック解析しても Q29 (自治体連携) に関連ある質問は検出できなかった。

北海道 D について

Q18b とカイ二乗検定で有意だった質問

**Q10a Q12c Q16a Q16f Q18c Q18e Q18f Q20f Q22c Q26e

*Q2h Q6 (医師関与) Q7n Q14b Q14f Q14g Q18h Q20c Q22f Q26f

→ロジスティック解析して Q18b に関連のある質問は検出できなかった。

Q34h とカイ二乗検定で有意だった質問

**Q33e

* Q2m (通所訪問) Q2v Q16b Q31 介護サービス
→これらをロジスティック解析して Q34h に関連のある質問は検出できなかった。

Q33e (医療保険と介護保険のシステムの利点→脳卒中患者が満足できる) と
カイ二乗検定で有意だった質問

** Q34h

* Q33d

→これらをロジスティック解析して Q33e (上記) に関連のある質問は Q34h であった。

* Q34h (維持期在宅介護施設・事業所を評価する適切な尺度: リハビリ機能の尺度)

回帰係数 2.9651 オッズ比 19.3966

北海道 E について

Q3a とカイ二乗検定で有意だった質問

** Q5g

* Q10b Q16f

→ロジスティック解析して Q3a に関連のある質問は検出されなかった。

Q4d とカイ二乗検定で有意だった質問

** Q2v Q2 併設なし Q4a Q4b Q10b Q12c Q12j Q22b

* Q2 (維持期施設) Q4e Q4f Q8c Q8g Q8h Q8i Q12d Q16e Q22c

→ロジスティック解析して Q4d に関連のある質問は検出されなかった。

Q16g とカイ二乗検定で有意だった質問

** Q10h Q22f (設問に対して「特になし」を選んだ場合 Q10h Q22f となる)

* Q4b Q5c Q5e Q8j Q10b Q12c Q12L Q16a Q16c Q16d Q16e Q18d Q22c

→これらをロジスティック解析して Q16g に関連のある質問は検出されなかった。

古賀先生の気にされていたように、北海道の場合、有効回答数の少なさが統計の際に影響しているかもしれませんが、重要な点がいくつも見つかりました。なお、少ない回答数で解析したため、十分な統計的な有意差が出なかった可能性もあります。そこを補うに十分

なデータは、古賀先生が先に解析された、全国 VS 北海道の%比較であり、n が少ないためかえてこのほうが特徴をよく表現しているものもあると思われます。

考察の参考にして下さい。

「急性期の受け入れは比較的容易で、急性期病院もしくは回復期で完結する傾向がうかがわれる北海道脳卒中医療は、脳外科主体の北海道の脳卒中医療を象徴している」

「脳卒中を念頭に置いた場合、一般診療所でも脳外科医の関わりが多く、内科医が少ない。」
「急性期は比較的充実しているが、人工呼吸器などの重装備の医療へのアクセスが保障される傾向がある。しかし、維持期になると胃ろうや経管栄養などの内科管理やリハビリテーションなどの問題が目立つのは、それらが脳外科では補え切れない問題である可能性が伺われる」

「北海道行政は支庁制でありこれに準じた医療圏単位の医療が行われるため、急性期は医療圏単位、介護保険は市町村単位で進められるため維持期は市町村単位が重視される。とりもなおさず、急性期－回復期と維持期の行政の管轄が異なるため、これらをつなぐ行政の整備が今後は重要である。」

北海道では脳神経外科に依存した脳卒中医療が行われている事は J-MUSIC でも報告されてきた。全国に比べて、急性期の人工呼吸器使用などは受け入れ拒否の理由にならない傾向や、夜間対応も行う傾向などが目立っている。このように北海道では脳卒中急性期の対応は全国に比して進んでいる様子が伺えるが、その背景には脳外科医の存在が示唆される。その一方で、経管栄養や胃ろうの管理が施設入所の阻害因子になる傾向があったり、維持期以降のリハビリテーションが切望されている事、回復期以降の維持期との連携はむしろ関心が薄いことを示唆する所見が得られた。これは、北海道の医療は支庁・二次医療圏単位、福祉は市町村単位で行われていることや、北海道の脳外科医が急性期から回復期の中で脳卒中医療を完結させる傾向があることを示唆しているのかもしれない。また、脳外科医医師があまり進出しているとは考えづらい維持期以降の福祉との連携は、特に情報共有の点で改善の余地が残されていると思われる。また、アンケート解析の結果は、内科医の脳卒中医療・福祉への参加は北海道では不良であること、リハビリテーション医の参入が遅れていることを示唆する。このように脳外科医が中心の北海道の脳卒中医療は急性期から回復期には充実しているものの、内科的観点・リハビリテーションの観点から見ると不十分であることが示された。特に維持期以降にその影響が強いことが示唆された。また、良きも悪きも脳外科医に大きく依存している北海道の脳卒中医療は、脳外科医が急

激に少なくなっている影響を大きく受ける可能性が高いことは容易に予想がつく。残念ながら、その点で、北海道の脳卒中医療の将来は悲観的である。少ない脳外科医を広く薄く広域の北海道に配置することは効果的とは考えづらい。計画的な法を整備して、しっかりとした財源の下、計画的にクランクやコメディカルを導入したり、(特に北海道の場合は急性期以上に維持期に注目し)、在宅支援システム、介護システムを整備して、減少する脳外科医でも脳卒中医療の質の維持ができるようにするべきで、また、リハビリテーション医や内科医の導入を進めることが必要である。

脳卒中地域医療の現状を把握するための全国調査から見た

回復期から維持期施設事業所の現状

—秋田県、長野県と全国データとの比較から—

所属：秋田県立脳血管研究センター

安井信之

背景：平成 18 年度には急性期を中心とした脳卒中医療の実態調査およびインディケーターの選定をおこなってきた。脳卒中医療および介護の地域連携の重要性が強調されているが、急性期以降の回復期から維持期の全国的な実態は不明である。

目的：急性期脳卒中以降の回復期から維持期までの全国の脳卒中地域医療の実態を調査したが、本稿では、選択した全国 12 都道府県の中で共に人口低密度県である秋田県（以下秋田）と長野県（以下長野）の現状を、全国データと比較を行い、この地域の実態を明らかにする事が目的である。

方法：人口密度分布を考慮し 12 の都道府県（北海道、秋田県、群馬県、東京都、神奈川県、長野県、大阪府、和歌山県、広島県、徳島県、東京都、鹿児島県；平成 19 年 10 月現在の推計人口 5293 万人、日本総人口の 41.4%）を選択しアンケート調査を施行した。回復期から維持期までの脳卒中医療・介護を担っている可能性のある施設（事業所）を、回復期リハビリ病棟（回復期病棟）、A 群、一般診療所（B 群）、維持期入院入所施設（C 群）、通所および訪問施設事業所（D 群）の 4 群に分けた。脳卒中地域医療で重要な役割を果たしている A 群では、全施設を対象とした。B 群では、名称に神経内科、脳神経外科、リハビリ科のある診療所は脳卒中診療に関わっている可能性が高いため全てを対象とした。残りの一般診療所から小児科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、形成外科、保健センター、企業や役所の医務室など脳卒中を診療する可能性が低い診療所を除外し、無作為に選択した 10%を対象に加えた。C 群では、医療保険対象の医療療養病床と介護保険給付対象の介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、特定施設のうち無作為に選択した全体の 10%を対象とした。D 群では、訪問入浴介護や福祉用具貸与、特定福祉用具販売事業所、特定施設入居者生活介護を除外した居宅介護サービスを提供している全ての施設事業所から無作為に選択した 10%を対象とした。各群の特徴に合わせてアンケートを作成した。アンケートの内容は、脳卒中医療・介護従事の有無、施設・事業所の現況、脳卒中地域連携、介護保険、適当な評価尺度についてであった。最終的に全国の A 群 347 施設、B 群 3709 施設、C 群 771 施設、D 群 4166 施設事業所に対してアンケート郵送法により実態調査を行った。その中で秋田には、A 群 5 施設、B 群 68 施設、C 群 22 施設、D 群 106 施設事業所にアンケートを郵送した。長野には、A 群 16 施設、B 群 134 施設、C 群 38 施設、D 群 231 施設事業所にアンケートを郵送した。

結果：アンケートの概要と各群の結果

1) 施設群別の郵送数と回答率

A 群は全国では 347 施設（402 病棟）を対象に調査し、174 施設（50%）から有効回答を得た。解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは 166 施設（95%）であった。そのう

ち秋田では5施設、有効回答は5施設(100%)、解析に使用した脳卒中患者を診療している施設は5施設(100%)、長野では16施設に郵送、有効回答は7施設(43.8%)、解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは7施設(100%)であった。

B群は全国では3709施設を対象に調査し、764施設(20.6%)から有効回答を得た。解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは440施設(57.6%)であった。そのうち秋田では68施設、有効回答は8施設(11.8%)、解析に使用した脳卒中患者を診療している施設は5施設(62.5%)、長野では134施設に郵送、有効回答は28施設(20.9%)、解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは17施設(60.7%)であった。

C群は全国では711施設を対象に調査し、182施設(23.6%)から有効回答を得た。解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは150施設(82.4%)であった。そのうち秋田では22施設、有効回答は9施設(40.9%)、解析に使用した脳卒中患者を診療している施設は9施設(100%)、長野では38施設に郵送、有効回答は8施設(21.1%)、解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは7施設(87.5%)であった。

D群は全国では4166施設を対象に調査し、896施設(21.5%)から有効回答を得た。解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは715施設(79.8%)であった。そのうち秋田では106施設、有効回答は26施設(24.5%)、解析に使用した脳卒中患者を診療している施設は21施設(80.8%)、長野では231施設に郵送、有効回答は56施設(24.2%)、解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは48施設(85.7%)であった。

2) 回復期リハビリ病棟(回復期病棟)

I. 回復期病棟の概要に関する質問

急性期病院に併設が長野で86%、全国が68%、秋田が20%であった。医療療養病床群に併設されていたのは長野で29%、全国が46%、秋田が80%であった(表A-1)。平均病床は長野が64床、秋田と全国が58床であったが長野は施設間のばらつきが大きかった(表A-2)。脳卒中患者が利用していたのは秋田がその67%であったが、長野・全国は60%であった(表A-3)。スタッフは多職種からなっており、秋田で理学療法士、作業療法士の数がやや少なかったが、その他の職種では人員数は長野・秋田共にほぼ全国と同じレベルであった(表A-4)。医師が脳卒中患者診療に十分に関わっていたのは長野が86%、秋田が80%、全国77%と何れも高値であった(表A-5)。脳血管疾患等リハビリ基準料Iの施設基準を取得していたのは長野が100%、全国は89%、秋田が60%であった。(表A-6)。受け入れ制限理由で高かったのは、透析が長野で71%、全国60%、秋田40%、人工呼吸器が長野で57%、全国で55%、秋田が20%であった(表A-7)。受け入れ待機1週間以内は全国が47%、秋田が40%、長野が28%、2週間以内は秋田・長野が100%、全国が84%であった(表A-8)。脳卒中患者1人に対する多職種によるカンファレンス頻度は1ヶ月に1回以上は長野で100%、全国で93%、秋田で80%であった(表A-9)。「十分なリハビリ機能があるか判断できない」もしくは「十分なリハビリ

機能があるとはいえない」と回答したのは長野が14%、全国26%、秋田が40%であった(表A-10)。365日のリハビリを施行していたのは長野が43%、全国22%、秋田0%であった。(表A-11)各患者への1日のリハビリ実施平均単位数は全国、長野が平均6.2単位、秋田が4.6単位であった(表A-12)。日常生活動作の評価にFunctional Independence Measure(FIM)を使っていたのが全国で72%、秋田で60%、長野が57%であった。(表A-13)。機能改善評価の頻度は、1週間に1回以上は秋田で20%、全国で10%、長野で0%、2週間に1回以上は秋田が40%、全国が25%、長野が14%、1ヶ月に1回以上は長野が100%、全国が96%、秋田が80%であった(表A-14)。脳卒中患者の平均在院日数は秋田が98日、全国が88日、長野が71日で(表A-15)、自宅退院率は秋田が73%、長野が62%、全国が61%、であった(表A-16)。クリニカルパスの使用率は秋田が10%、全国が9%、長野が1%であった(表A-17)。長期的なフォローアップを積極的に行っているのは全国で27%、秋田・長野は0%(表A-18)、維持期施設事業所へリハビリの教育や指導を積極的に行っているのは全国で27%、秋田は20%、長野が14%であった(表A-19)。

II. 脳卒中地域連携に関する質問

地域医療圏が「二次医療圏」であるとしたのは長野が57%、全国が42%、秋田は20%であった(表A-20)。その中心的役割を持つ施設が「急性期病院」と答えたのは全国と長野が42%、秋田は0%、「回復期病棟」と答えたのは秋田が40%、全国が38%、長野は14%であった(表A-21)。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は秋田・長野が100%、全国も93%であった(表A-22)。急性期病院への希望では「急病の受け入れ」が全国で61%、秋田で60%、長野で43%、「マイナス面まで含めた医療情報の伝達」が秋田で100%、全国が62%、長野が43%であった(表A-23)。一般診療所との連携が良好と答えたのは長野が100%、全国が71%、秋田が60%であった(表A-24)。一般診療所への希望では、「脳卒中患者の医療情報の共有」が秋田は80%全国が36%、長野が14%、「在宅生活支援」が秋田で60%、長野が57%、全国が55%であった(表A-25)。維持期施設事業所との連携が良好との回答は全国が87%、長野が86%、秋田が80%であった(表A-26)。脳卒中患者が維持期施設事業所に移る時に急性期病院からの医療情報を「十分に伝達できている」のは長野が71%、全国が37%、秋田は0%で、「だいたいできている」は秋田で100%、全国が60%、長野が29%であった(表A-27)。維持期施設事業所への希望では「待機期間の短縮」は長野が86%、秋田が80%、全国が70%で、「リハビリの充実」が秋田で80%、全国で66%、長野は43%、「在宅生活支援に力を入れて欲しい」が秋田で80%、全国で36%、長野で14%であった(表A-28)。他院の回復期病棟との「連携が良好」なのは長野が43%、全国が42%、秋田が20%で、「ほとんど関わりがない」は長野が43%、秋田で40%、全国で27%であった(表A-29)。周辺地域全体の連携が良好なのが長野は100%、秋田は80%、全国は78%であった(表A-30)。地域連携パスなどで医療情報を既に共有しているのは全国では13%、秋田・長

野共に0%、「共有する予定」は全国で56%、長野で71%、秋田が20%、「共有する予定なし」は秋田で60%、長野で29%、全国で25%であった(表A-31)。地域連携パスなどで介護情報を「既に共有している」のは全国では13%、秋田・長野共に0%、「共有する予定」は長野で71%、全国で55%、秋田は0%、「共有する予定なし」は秋田で80%、全国で28%、長野で29%であった(表A-32)。周辺地域の連携構築では「自治体と医療介護従事者が協力した連携づくり」を希望するものが秋田で60%、全国で45%、長野で43%、「連絡会などの場が欲しい」と答えたのが秋田で80%、全国42%、長野は29%であった(表A-33)。「自治体との連携が良好」は長野が71%、全国が43%、秋田が40%であった(表A-34)。自治体に対する希望では「みんなが協働する意識を高める環境作り」を希望するものが秋田で80%、全国で67%、長野で57%であった(表A-35)。

Ⅲ. 介護保険に関する質問

介護保険を十分に理解している従事者がいたのは長野では100%、全国で65%、秋田で60%であった(表A-36)。介護支援専門員が脳卒中患者に「十分に関わりをもっている」のはすべての施設で約40%であった(表A-37)。依頼に応じて介護保険主治医意見書を全て作成していたのは秋田で100%、長野で86%、全国は85%であった(表A-38)。医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なリハビリを提供しにくい」が最多で、秋田では100%、長野が86%、全国で84%が答えた(表A-39)。医療保険と介護保険によるシステムについては、何れにおいても利点を挙げるものは、問題点を挙げるものよりわずかであった(表A-40)。

Ⅳ. 回復期病棟の適切な評価尺度に関する質問(表A-41)

第三者が回復期病棟を評価するのに適当な評価尺度は、「リハビリ機能」が何れの施設においても最多で全国と長野が86%、秋田が80%であった。「連携」もしくは「情報共有」のいずれかと回答したのは秋田で100%、全国で60%、長野で57%であった。その他で高値であったのは、全国では自宅退院率(55%)、秋田では多職種によるカンファレンス、急性期病院・維持期施設との連携が60%、長野では多職種によるカンファレンスが57%であった。

3) 一般診療所

Ⅰ. 診療所の概要に関する質問

脳卒中診療していた標榜診療科の内訳は、全国では内科が76%、次いで、消化器科23%、脳神経外科21%、循環器科21%、リハビリ科18%、外科15%、神経内科13%、整形外科11%が10%以上であった。秋田では内科が100%、循環器科が40%、消化器科が20%、長野では内科が59%、脳神経外科が24%、消化器科・外科が18%、整形外科・呼吸器科・精神科・泌尿器科が12%であった(表B-1)。診療所以外の医療や介護の機能・役割は「なし」が全国(55%)、秋田(60%)、長野(30%)だった(表B-2)。有床診療所は全国で11%、平均17床で、うち脳卒中患者が7床を利用していたが、秋田・長野共に0%

であった（表 B-3-5）。1 ヶ月の診療患者は秋田が 1100 人、長野が 738 人、全国が 623 人で、うち脳卒中既往患者は夫々 40 人、175 人、82 人であった（表 B-6-7）。要介護者は全国が 62 人、長野が 46 人、秋田が 21 人で、うち脳卒中既往患者は夫々 32 人、27 人、14 人であった（表 B-8-9）。要介護者の訪問診療を行っているのは秋田が 100%、長野が 71%、全国が 57%（表 B-10）であった。脳卒中既往患者が必要なリハビリを「だいたい受けている」以上と回答したのは長野で 71%、全国で 51%であったが秋田は 0%であった（表 B-11）。リハビリを提供していたのは秋田が 60%、全国が 37%、長野が 29%（表 B-12）、日常生活動作の評価スケールに介護保険意見書の日常生活自立度を用いていたのは長野が 77%、全国が 69%、秋田が 60%であった（表 B-13）。急性期脳梗塞患者を診療する場合、「すべて、すぐに急性期病院に紹介する」が秋田では 100%、全国では 63%、長野では 53%、「症例により、すぐに急性期病院に紹介する」は全国で 30%、長野で 29%であった（表 B-14）。

II. 脳卒中地域連携に関する質問

脳卒中における地域医療圏の範囲は「市町村」と答えたのは秋田が 80%、長野と全国が 29%、「二次医療圏」と答えたのは全国が 34%、長野が 29%、秋田は 20%であった（表 B-15）。地域医療で中心的役割をもつべき施設では急性期病院が秋田では 80%、全国では 68%、長野は 65%であった（表 B-16）。急性期病院との連携が「非常に良好／一部良好」（以下、良好）は秋田が 100%、長野が 88%、全国は 68%であった（表 B-17）。急性期病院への希望では「急病の受け入れ」が長野では 94%、全国で 86%だが、秋田は 20%でリハビリ機能を充実して欲しいが 40%、「十分な医療情報の伝達」が全国で 36%、長野が 35%であったが秋田は 0%だった（表 B-18）。回復期病棟との連携が良好は長野が 71%、秋田が 60%、全国は 47%であった（表 B-19）。回復期病棟への希望で多かったのは「リハビリ機能の充実」で全国では 55%、長野が 53%、秋田が 40%であった（表 B-20）。維持期施設・事業所との連携が良好は長野が 88%、秋田が 80%、全国は 58%であった（表 B-21）。維持期施設事業所へ「待機期間の短縮」を秋田が 80%、全国は 42%、長野は 35%、「入院・入所基準の緩和」を長野が 41%、秋田が 40%、全国が 35%、「リハビリの充実」を全国では 53%、長野は 41%、秋田は 20%が希望していた（表 B-22）。他の診療所との連携が良好は秋田が 60%、長野は 53%、全国が 45%で、「ほとんど関わり」がないが秋田で 40%、全国が 28%、長野は 18%であった（表 B-23）。周辺地域全体の連携が良好が長野は 82%、秋田が 60%、秋田は 59%であった（表 B-24）。「医療情報を地域連携パスなどで既に共有している」のは長野が 29%、全国は 11%、秋田は 0%で、「共有する予定」が全国で 27%、長野が 24%、秋田が 20%、「共有する予定なし」が秋田で 60%、全国が 57%、長野が 35%であった（表 B-25）。「介護情報を地域連携パスなどで既に共有している」のは長野で 29%、全国が 10%、秋田は 0%で、「共有する予定」は全国で 26%、秋田が 20%、長野が 18%、「共有する予定なし」は秋田が 80%。全国が 60%、長野は 53%であった（表 B-26）。周辺地域の連携構築では「自治体と医療介護従

事者が協力した連携づくり」が長野で47%、全国が38%、秋田は20%、「医療・介護従事者主体の連携づくり」を長野では47%、秋田が40%、希望していた（表B-27）。「自治体との連携が良好」は秋田で80%、長野が65%、全国が31%であった（表B-28）。自治体に「みんなが協働する意識を高める環境作り」を長野で71%、全国が63%、秋田では60%が希望していた（表B-29）。

Ⅲ. 介護保険に関する質問

介護保険を「十分に理解している従事者」がいた施設は、秋田では40%、長野は35%、全国は34%であった（表B-30）。介護支援専門員が脳卒中患者に「十分に関わりをもって」いるのは、秋田は40%、全国は16%、長野は6%、「大体関わりを持っている」を入ると秋田80%、長野71%、全国67%であった（表B-31）。介護保険の主治医意見書の依頼があった場合、「すべて作成」していたのは秋田が100%、長野は88%、全国では86%の施設であった（表B-32）。医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なりハビリを提供しにくい」と答えたのは全国と秋田が60%、長野が47%、「十分な介護を提供しにくいと」が長野で53%、全国が44%、秋田が40%、「システムが理解しにくい」が何れにおいても約40%でみられた（表B-33）。医療保険と介護保険によるシステムの利点は問題点よりも何れにおいても回答が少なかった（表B-34）。

Ⅳ. 診療所の適切な評価尺度に関する質問（表B-35）

第三者が診療所を評価するのに適当な評価尺度では、「急性期病院との連携」が秋田で80%、長野で71%、全国で68%、「連携もしくは情報共有機能」が秋田・長野で100%、全国は91%であった。

4) 維持期入院入所施設

Ⅰ. 維持期入院入所施設の概要に関する質問

回答した施設の内訳は、医療療養が全国で37%、秋田で22%、長野で14%、介護療養は全国で25%、秋田で33%、長野で14%、老健は全国で21%、秋田で33%、長野で57%、特養は全国で25%、秋田で22%、長野で14%、特定施設は全国で13%、秋田で22%、長野で0%、など（複数回答）であった（表C-1）。平均ベッド数は全国が106ベッド、秋田が83ベッド、長野が87ベッドあり、脳卒中患者が利用していたのは夫々37ベッド、45ベッド49ベッドであった（表C-2、3）。スタッフは多職種からなっていたが、全国の看護補助者平均30人、看護師25人、医師5人に比べると長野・秋田は少なかったが、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、言語聴覚士は全国・地域により違っていた（表C-4）。医師が脳卒中患者へ「十分に関わっている」と回答したのは秋田が67%、全国が32%、長野が0%、「余り関わりがない」が全国で8%、秋田で0%、長野は29%であった（表C-5）。受け入れ制限理由は人工呼吸器が全国で67%、長野が71%、秋田が56%、透析が全国で59%、長野が29%、秋田が67%、気管切開が全国44%、長野が43%、秋田が22%であった（表C-6）。受入待機1週間以内は全国で11%、長野・

秋田共に0%、2週間以内は全国27%、秋田11%、長野0%、1ヶ月以内は全国39%、秋田11%、長野14%、3ヶ月以内は全国49%、秋田33%、長野14%、半年以上が全国22%、秋田33%、長野57%であった(表C-7)。脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由は、「独居」「高齢者のみの世帯」が何れでも秋田で78%、全国で73%、長野で57%を占め、「その他の介護力不足」が秋田で78%、全国で77%、長野が71%などであった(表C-8)。脳卒中患者にリハビリを「十分に提供できている」と回答したのは全国で9%、秋田・長野共に0%であった(表C-9)。患者1人に対する多職種によるカンファレンスの頻度は、「おこなっていない」が全国で14%、秋田が11%、長野は0%、「1ヶ月に1回以上」は全国が25%、秋田が22%、長野が29%、2ヶ月に1回以上は全国が29%、秋田が22%、長野が29%、「3ヶ月に1回以上」は全国が51%、秋田が56%、長野が72%であった(表C-10)。十分なリハビリ機能を維持しているのは全国で15%、長野が14%、秋田が0%のみであった(表C-11)。日常生活動作の評価には主に介護保険意見書の日常生活自立度を全国が61%、長野が43%、秋田が33%用いていた(表C-12)。脳卒中患者の平均在滞日数は秋田が652日、長野が530日、全国が354日であった(表C-13)。脳卒中患者の自宅へもどる割合は全国・長野が10%、秋田が9%であった(表C-14)。

II. 脳卒中地域連携に関する質問

多くが地域医療圏の範囲を「市町村」と回答したのは長野では57%、全国では38%、秋田は33%、二次医療圏と答えたのは長野が0%、全国は21%、秋田は44%であった(表C-15)。地域医療での中心的役割については「急性期病院」が秋田で56%、全国が42%、長野が29%、「回復期病棟」が全国は33%、長野は14%、秋田は11%、「維持期施設」は長野が29%、全国は22%、秋田は11%を挙げていた(表C-16)。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は秋田では67%、全国で63%、長野は29%であった(表C-17)。急性期病院への要望は、「急病の受け入れ」を何れの地域でも70%以上希望していた(表C-18)。回復期病棟との連携が良好は秋田で44%、全国で42%、長野は29%であった(表C-19)。回復期病棟への希望では「リハビリ機能の充実」が全国で48%、長野で43%、秋田で33%、その他「入院中の医療や運動機能・日常生活動作に関する情報」の提供を40%程度が希望していた(表C-20)。一般診療所との連携が「良好」は秋田では56%、全国は52%、長野は0%であった(表C-21)。一般診療所への希望では「医療情報の共有」が全国で44%、長野が43%、秋田が33%、「介護情報の共有」を全国で41%、長野が29%、秋田が44%、「在宅生活支援に力を入れる」を全ての地域で30%前後希望していた(表C-22)。他の維持期施設事業所との連携が良好は秋田が89%、全国で54%、長野が29%であった(表C-23)。周辺地域全体の連携が「良好」は全国で49%、秋田で33%、長野で29%であった(表C-24)。周辺地域との連携についての希望では、長野秋田共に全国よりも少なかったが、その中では「連絡会などのコミュニケーションの場が欲しい」「脳卒中患者の介護情報を共有したい」と答えたのが秋田で多かった(表C-25)。医療情報を地域連携パスなどで既に共有しているの

は長野で 14%、全国で 8%、秋田で 0%、共有する予定は全国で 19%、秋田で 11%、長野で 0%、共有する予定なしは秋田で 78%、全国で 64%、長野で 43%であった(表 C-26)。介護情報を地域連携パスなどで既に共有しているのは長野が 14%、秋田が 11%、全国が 8%、共有する予定が全国で 19%、長野で 14%、秋田は 0%、共有する予定なしが秋田では 78%、全国で 61%、長野で 43%であった(表 C-27)。自治体との連携が良好は秋田が 44%、全国が 24%、長野が 14%であった(表 C-28)。自治体への希望では「みんなが協働する意識を高める環境作り」を全国で 58%、長野で 43%、秋田で 22%、「脳卒中患者の医療や介護の現状をもっと調べてほしい」を秋田では 44%、全国で 35%、長野で 29%が希望していた(表 C-29)。

Ⅲ. 介護保険に関する質問

介護保険を「十分に理解している従事者がいる」施設は全国で 47%、秋田で 44%、長野で 29%であった(表 C-30)。介護支援専門員が「十分に関わりをもっている」のは秋田で 78%、全国が 35%、長野は 14%であった(表 C-31)。「十分な介護サービスを提供できている」のは秋田で 22%、全国で 17%、長野は 0%であった(表 C-32)。介護保険の主治医意見書は、秋田では 67%、全国が 58%、長野が 43%の施設が全て作成していた(表 C-33)。医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なリハビリを提供しにくい」が全国では 53%、秋田で 44%、長野で 43%、「地域連携が難しい」が秋田で 67%、全国が 30%、長野が 14%、「システムが理解しにくい」が長野で 43%、全国で 33%、秋田で 22%であった(表 C-34)。医療保険と介護保険によるシステムの利点は問題点よりも回答が少なく 30%を越えたものは何れにおいてもなかった(表 C-35)。

Ⅳ. 維持期入院入所施設の適切な評価尺度に関する質問(表 C-36)

第三者が維持期入院入所施設を評価するのに適当な評価尺度では「リハビリ機能」と答えたのが秋田で 56%、全国で 47%、長野で 43%、「在宅生活支援」が秋田で 44%、長野で 43%、全国で 41%、「急性期病院との連携機能」が全国で 37%、長野で 43%、秋田で 44%であった。「連携」もしくは「情報共有」のいずれかと回答したのは全国で 64%、長野で 57%、秋田で 56%であった。

5) 通所および訪問施設事業所

I. 通所および訪問施設事業所の概要に関する質問

回答した介護事業の内訳は通所介護が全国で 37%、長野で 52%、秋田で 24%、訪問介護は全国が 36%、長野が 31%、秋田が 19%、訪問看護は全国が 24%、長野が 21%、秋田が 10%、通所リハビリは全国が 18%、長野が 25%、秋田が 24%、老健は全国で 12%、長野で 19%、秋田で 24%、短期入所生活介護は全国で 15%、長野で 19%、秋田で 33%、短期入所療養介護は全国で 9%、長野で 15%、秋田で 19%であった(表 D-1)。1ヶ月の平均利用者は全国で 111人、長野で 95人、秋田で 71人、うち脳卒中患者は全国で 26人、長野で 24人、秋田で 29人であった(表 D-2, D-3)。スタッフは看護師が全国で 6

人、長野で4人、秋田で5人、介護職員が全国で19人、長野で13人、秋田で17人、介護専門支援員が全国・長野で3人、秋田で2人、理学療法士は全国・長野が2人、秋田が1人、作業療法士は全ての地域で1人、言語聴覚士は全ての地域で1人未満であった(表D-4)。脳卒中患者への医師の関わりでは、「十分に関わりをもっている」は全国が16%、長野が17%、秋田が38%、「だいたい関わりをもっている」は全国が46%、長野が54%、秋田が48%、「あまり関わりがない」は全国が22%、長野が8%、秋田が10%、「どちらともいえない」は全国が10%、長野が10%、秋田が5%であった(表D-5)。受け入れ制限の理由は「特になし」は全国が47%、長野が54%、秋田が38%、「人工呼吸器」は全国が25%、長野が10%、秋田が48%、「気管切開」は全国が25%、長野が10%、秋田が33%、「透析」は全国が22%、長野が17%、秋田が38%、「重症」は全国が21%、長野が21%、秋田が33%であった(表D-6)。全ての地域で81%が何らかの方法でリハビリを提供していた(表D-7)。脳卒中後遺症のある利用者がリハビリを「十分に受けている」は全国が10%、長野が6%、秋田が10%、「だいたい受けている」は全国が61%、長野が65%、秋田が57%、「あまり受けていない」は全国が21%、長野が19%、秋田が33%であった(表D-8)。日常生活動作の評価スケールは「介護保険意見書の日常生活自立度」が全国は72%、長野が63%、秋田が76%であった(表9)。

II. 脳卒中地域連携に関する質問

地域医療圏の範囲を「市町村」とする回答は全国が43%、長野が44%、秋田が33%で最多であった(表D-10)。地域医療での中心的役割は回復期病棟が全国は38%、長野が31%、秋田が33%、急性期病院では全国が30%、長野が19%、秋田が33%、維持期施設事業所は全国が27%、長野が27%、秋田が33%であった(表D-11)。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は全国が37%、長野が43%、秋田が48%であった(表D-12)。急性期病院への希望では、「急病の受け入れ」は全国が69%、長野が43%、秋田62%、「十分な医療情報の伝達」は全国が57%、長野・秋田が48%、「リハビリ機能の充実」は全国が41%、長野が33%、秋田が57%、「在宅生活支援」は全国が39%、長野が23%、秋田が33%、「急性期の運動機能や日常生活動作に関する情報」は全国が39%、長野が27%、秋田が43%であった(表D-13)。回復期病棟との連携が良好は全国が37%、長野・秋田が48%であった(表D-14)。回復期病棟への希望では、「入院中の運動機能や日常生活動作に関する情報」は全国が61%、長野が52%、秋田が48%、「リハビリ機能に充実」は全国が52%、長野が46%、秋田が57%、「入院中の医療情報の伝達」は全国が50%、長野が38%、秋田が52%、「在宅生活支援」は全国が45%、長野・秋田が29%であった(表D-15)。一般診療所との連携が「良好」は全国が51%、長野が63%、秋田が72%であった(表D-16)。一般診療所への希望では、「介護情報の共有」は全国が47%、長野が44%、秋田が52%、「在宅生活支援」は全国が46%、長野が29%、秋田が30%、「医療情報の共有」は全国が44%、長野が40%、秋田が38%、「急病の受け入れ」は全国が43%、長野が42%、秋田が48%であった(表D-17)。維持期入院入所施

設との連携が良好は全国が 48%、長野が 60%、秋田が 48%であった（表 D-18）。維持期入院入所施設への希望では、「リハビリの充実」は全国が 52%、長野が 46%、秋田が 43%、「在宅生活支援」は全国が 41%、長野が 42%、秋田が 29%、「運動機能や日常生活動作に関する情報」は全国が 41%、長野が 42%、秋田が 19%であった（表 D-19）。通所および訪問施設事業所との連携が「良好」は全国が 58%、長野が 69%、秋田が 48%であった（表 D-20）。通所および訪問施設事業所への希望では、「運動機能や日常生活動作に関する情報共有」は全国が 51%、長野が 44%、秋田が 43%、「リハビリの充実」は全国が 47%、長野が 40%、秋田が 48%であった（表 D-21）。周辺地域全体の連携が良好は全国が 38%、長野が 60%、秋田が 29%であった（表 D-22）。医療情報を「地域連携パスなどで既に共有している」のは全国で 9%、長野が 13%、秋田が 0%、「共有する予定」は全国が 15%、長野が 17%、秋田が 10%、「共有する予定なし」は全国が 62%、長野が 54%、秋田が 81%であった（表 D-23）。介護情報を「地域連携パスなどで既に共有している」のは全国が 10%、長野が 13%、秋田が 10%、「共有する予定」は全国・長野が 17%、秋田が 10%、「共有する予定なし」は全国が 59%、長野が 56%、秋田が 71%であった（表 D-24）。周辺地域の連携構築で「自治体と医療介護従事者が協力した連携づくり」を全国が 47%、長野が 40%、秋田は 24%が希望していた（表 D-25）。自治体との連携が「良好」は全国が 20%、長野が 42%、秋田が 19%であった（表 D-26）。自治体に「みんなが協働する意識を高める環境作り」を全国では 66%、長野が 54%、秋田では 57%、「地域における医療および介護情報の提供」を全国では 45%、長野が 38%、秋田では 57%が希望していた（表 D-27）。

Ⅲ. 介護保険に関する質問

介護保険を「十分に理解している従事者がいる」のは全国・長野が 50%、秋田は 43%であった（表 D-28）。介護支援専門員が「十分に関わりをもっている」のは全国では 39%、長野が 29%、秋田は 43%であった（表 D-29）。「十分な介護サービスを提供できている」のは全国では 12%、長野が 8%、秋田では 19%であった（表 D-30）。医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なリハビリを提供しにくい」が全国では 60%、長野が 54%、秋田では 38%であった（表 D-31）。医療保険と介護保険によるシステムの利点の回答は少なかったが、「十分な介護を提供しやすい」が全国・長野で 17%、秋田は 24%、「十分なリハビリを提供しやすい」が全国では 6%、長野が 4%、秋田では 14%であった（表 D-32）。

Ⅳ. 通所および訪問施設事業所の適切な評価尺度に関する質問

第三者が通所および訪問施設事業所を評価するのに適当な評価尺度は、「介護支援専門員との連携」が全国・長野では 44%、秋田では 48%、「地域での医療および介護情報の共有機能」が全国では 42%、長野が 46%、秋田では 38%、「維持期病院・施設との連携」が全国では 33%、長野が 35%、秋田では 57%、「連携」もしくは「情報共有」のいずれかと回答したのは全国・長野が 81%、秋田は 85%であった（表 D-33）。