

秋田・長野の結果の特徴：取り上げた地域は人口低密度地域であり、その特徴について以下に結果をまとめた。

I. 各施設群について

今回、低人口密度地域として対象とした長野は面積が 13,104 km²あり日本で 4 番目に面積が広い地域であり、人口は 219 万人（16 位）、秋田は面積が 11,434 km²で 5 番目に面積が広く、人口は 114 万人（37 位）である（面積は平成 19 年 10 月 1 日現在：国土交通省国土地理院とりまとめ、人口は平成 17 年国勢調査に基づく）。長野は秋田の面積より 1.14 倍広いが人口は 1.9 倍あり、秋田がより人口低密度県である。秋田・長野共に脳卒中死亡率の高位県であった。

A 群）回復期施設数は長野が 16 施設に対し秋田県が 5 施設と人口比以上に秋田で回復期施設が少なかった。何れにおいても全ての施設で脳卒中患者診療していた。B 群）一般診療所は長野が 134 施設、秋田が 68 施設と人口比で換算するとほぼ同じ施設であったが回答率が低かった。有効回答の内、脳卒中を診療していたのはその中の 5 施設（63%）、17 施設（61%）と比率はほぼ同じであった。C 群）維持期入院入所施設も秋田が 22 施設、長野が 38 施設と人口比ではほぼ同じ施設数があった。有効回答パーセントは長野県が秋田県の約半分であった。脳卒中を診療していたのは秋田が全施設、長野は 88%と共に多かった。D 群）通所および訪問施設事業所は長野県が 231 施設、秋田県が 106 施設と人口比の換算数よりも長野県で多かった。有効回答（ほぼ 1/4）、脳卒中の診療施設（8 割強）共にほぼ同じであった。まとめると一般診療所以外では脳卒中患者を高率に診療していた。違っていたのは、秋田県で A 群）回復期施設および D 群）通所および訪問施設事業所が長野県に比べて少ないことであった。

II. 回復期病棟の選択地域における特徴

病棟については、長野ではほとんどの施設が急性期病院に併設されていたが、秋田では医療療養病床に併設されているのがほとんどであった。リハビリ基準料 I の算定を長野では全施設が取得していたが秋田は少なかった。受け入れ制限理由では透析や人工呼吸器が長野で高頻度、秋田で低頻度であったが、長野で急性期病院に併設が多く、秋田で療養病床に併設されていた事からは矛盾すると思われる結果であった。受け入れ待機期間は 2 週間以内には長野・秋田共に 100%受け入れており、全国と比べても高頻度であった。リハビリ機能について秋田では不十分と答えた頻度が高かったが、これは秋田県において 365 日リハビリを施行している施設がなかった事、1 日の平均リハ単位数が秋田県において少なかった事を反映していると考えられた。平均在院日数は秋田県で長かったが自宅退院率は秋田が高かった。長野県は在院日数が全国平均よりも 17 日短かったが、自宅退院率は全国平均とほぼ同じであった。

地域連携については、対象医療圏を二次医療圏と答えたのが秋田県で 20%と少なか

ったが、秋田県では回復期リハ施設が少なく二次医療圏ごとに整備されていないことを反映していた。急性期病院との連携は長野・秋田共に良好であった。一般診療所との連携が良好は秋田で少なく、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県で多く、長野は少なかった。維持期施設事業所との連携は全ての地域で良好だったが、待機時間の短縮は何れにおいても課題としてあげられた。在宅支援へ力を入れて欲しいという希望が秋田で高頻度であった。周辺地域の連携構築は全ての地域で良好と答えたが、地域連携パスで医療情報、介護情報共に共有している所は秋田・長野共になく、共有する予定も秋田で低かった。周辺地域の連携構築では秋田で連絡会などの場が欲しいという要望が高かった。自治体との連携が良好は秋田で低く、自治体への希望では環境作りを希望するものが秋田で高頻度であった。

介護保健については十分に理解している従事者が長野では100%であったが全国・秋田は60%と差が見られた。医療保健と介護保険によるシステムの問題点では、何れにおいても十分なりハビリを提供し難いが非常に高頻度であり、システム自体に問題があるとの指摘が多く、利点を挙げたものは少なかった。回復期病棟の評価尺度についてはリハビリ機能と答えたのが何れにおいても最も高頻度であった。

III. 一般診療所の選択地域における特徴

診療所では、何れの地域においても標榜診療科では内科が多くを占めており、全国・長野共に二割強が脳神経外科を標榜していたが、秋田には脳神経外科はなかった。長野・秋田共に有床診療所はゼロであった。1ヶ月の診療患者数は秋田が1100人で長野(738人)全国(623人)よりも多かったが、脳卒中既往患者数、要介護患者数やその中の脳卒中既往患者数が秋田は長野の半数程度であった。要介護者の訪問診療を長野・秋田共に全国よりも高頻度に行っていた。急性期脳梗塞患者をすべて直ぐに急性期病院へ紹介すると秋田では100%が答えたが、全国や長野では症例によりを加えても93%、82%であった。

地域連携では、範囲を市町村と答えたのが秋田では80%と非常に高かった。急性期病院との連携は秋田県・長野県共に良好が全国を上回っていた。急性期病院への希望では、長野県や全国で急病の受け入れが高頻度であったが秋田県では少なく、医療情報の伝達を希望した施設はなく、秋田県で急性期病院と一般療養所との連携の良さの反映と思われた。回復期病棟や維持期施設事業所との連携も長野県・秋田県共に良好が全国平均を上回っていた。秋田県では維持期施設事業所への待機期間の短縮の要望が他に比べて80%と2倍頻度が高かった。医療情報を連携パスで共有が何れの地域でも低く、これからの課題である。一般診療所で自治体との連携は良好と答えた頻度は秋田が非常に高く、長野が次いだ。長野でも全国に比べると2倍有り、両地域の自治体との連携が良好である事が示された。

介護保険については十分に理解している従事者が最高の秋田でも40%と低く回復期

施設とは違っていた。介護支援専門員の関わりがあると答えたのは全ての地域で高頻度であった。医療保健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難い、十分な介護を提供し難い、システムが理解し難いが全ての地域で高頻度だった。利点では秋田で十分な介護を提供しやすいが40%であった以外は少なかった。回復期病棟の評価尺度については、連携もしくは情報共有機能が非常に高値、次いで急性期病院との連携機能が何れにおいても高値であった。その他では長野で維持期施設事業所との連携機能が53%と高値であった。

IV. 維持期入院入所施設の選択地域における特徴

施設の内訳では、長野の特徴は老健が57%と多く、医療療養、介護療養。特養は各14%と少なく、特定施設はなかった。秋田では介護療養・老健が33%と多く、医療療養・特養・特定施設が各22%であった。平均ベッド数は全国と比べると長野・秋田で少なかったが、脳卒中患者の利用していた割合が全国の約1/3よりも高く、長野・秋田で過半数を超えていた。スタッフ数では長野で看護師・看護補助者が最も少なく、ソーシャルワーカーが秋田で少なかった。秋田では医師が最も多く脳卒中患者に十分関わっており、余り関わらないが長野で最も高く29%を占めた。受け入れ制限理由では人工呼吸器は長野で高頻度、透析は秋田が高頻度、気管切開は秋田で少なかった。受け入れ待機期間は長野が最も長く57%が半年を越えていた。秋田においても33%が1ヶ月以上半年以内、33%は半年を越えていた。在宅で生活出来ない理由では、独居や高齢者のみの世帯が秋田がぜん国よりも高く長野で低かった。リハビリの提供については全国でも低かったが長野・秋田共に十分提供出来ると答えた施設はなかった。脳卒中患者の平均滞在日数は秋田が652日、長野が530日と何れも全国よりかなり長期であった。

地域連携の医療圏については、長野は市町村が高く、二次医療圏と答えたのは長野に無く、秋田が高頻度であった。地域医療の中心的役割については急性期病院との答えが秋田で高頻度だったのが特徴的であった。それとも関連するが急性期病院との連携が良好と答えたのが秋田で高く、長野の2倍以上であった。回復期病棟との連携では秋田も急性期病院よりも低かった。一般診療所・他の維持期施設事業所との連携が良好は秋田で多く、長野は少なかった。周辺地域全体との連携は秋田・長野共に良好が少なく、医療情報をパスなどで連携している、今後連携する予定共に低値で、取り組みはまだ為されていないのが実情であった。その割には両地域共に周辺地域の連携作りについての希望が全国に比べて少なかった。介護情報についても共有している、共有の予定共に少なかった。自治体との連携が良好と答えたのは秋田が高く、自治体へ共同する意識を高める環境作りを希望したのは全国・長野で高かったが秋田は少なかった。

介護保険では、介護支援専門員が十分関わりを持っていると答えたのが秋田で非常に高かったが全国は1/3、長野は1/5であった。十分な介護サービスの提供については全体に低いが、長野では出来ていると答えた施設はなかった。医療保健と介護保険による

システムの問題点では共通して「十分なリハビリが提供し難い」が多く、「地域連携が難しい」は秋田で高く、「システムが理解し難い」が長野で多かった。維持期入院入所施設の評価尺度では、連携もしくは情報共有が全体共に高く、その他「急性期病院との連携」、「リハビリ機能」や「在宅生活支援」が多かった。

V. 通所および訪問施設事業所の選択地域における特徴

事業所の機能・役割では、全国では通所介護、訪問介護、訪問看護の順に多かったが、長野で通所介護が非常に多く、次いで訪問介護、通所リハビリであった。秋田では短期入所生活介護がやや多く、老健、訪問介護、通所リハビリが続いた。1ヶ月の平均利用者は秋田が少なかったがその中の脳卒中患者の数は秋田が最も多かった。脳卒中患者への医師の関わりも秋田で高かった。受け入れ制限の理由では人工呼吸器・透析が秋田で高かった。すべての地域で高頻度にリハビリを提供していると答えていたが、脳卒中後遺症のある患者へのリハビリを十分に受けていると答えたのは10%以下と少なく、大体受けているが60%程度であった。

地域医療圏の範囲が市町村と答えたのが何れでも多かった。急性期病院・回復期病棟・一般診療所との連携が長野・秋田共に全国より良好であったが、急性期病院への希望で直ぐに受け入れて欲しいが長野で少なく、リハビリ機能の充実が秋田で多かった。回復期病棟・一般診療所への希望では「連絡会やカンファレンスを定期的に持ちたい」が秋田で少なく、「在宅支援に力を入れて欲しい」が長野・秋田共に少なかった。維持期施設事業所との連携は、入院・入所施設、通所・訪問共に良好が長野で多かった。希望は「脳卒中患者の運動機能や日常生活動作に関する情報の伝達」が入院・入所施設で、「連絡会やカンファレンスを定期的に持ちたい」が通所・訪問施設で秋田は少なかった。周辺地域全体の連携が良好は長野で多く、秋田で少なかった。地域連携パスの共有、今後の予定共に全体的に少ないが、特に秋田で少なかった。周辺地域での連携構築での希望では「自治体と医療・介護従事者が協力した連携づくり」が長野・秋田で少なく、「脳卒中患者の介護情報を共有したい」が秋田で多かった。自治体との連携は「良好」が長野で多く、秋田で少なく、自治体への希望では地域における「医療および介護に関する情報をもっと提供して欲しい」が長野で少なく、秋田で多かった。

介護保険に関する質問では、介護支援専門員が「十分に関わりをもっている」が長野で少なく、「十分な介護サービスが提供出来ている」が秋田で多かった。

「十分なリハビリを提供し難い」が秋田で少なく、医療保健と介護保険によるシステムの問題点の指摘が利点を指摘したものよりも圧倒的に多かったが、利点としてあげられた中では「十分なリハビリを提供出来る」と答えたのが秋田で14%と低値だが、他の地域と比べれば高かった。通所および訪問施設事業所を評価するのに適切な尺度についての回答はほぼ共通していたが、「維持期病院・施設との連携」が秋田で高かった。

まとめと考察

我が国の脳卒中に従事している回復期病棟、一般診療所、維持期入院入所施設、通所および訪問施設事業所の4群について、全国と人口低密度県である秋田・長野の比較を行い、人口低密度県が抱える問題、秋田と長野の個別の特徴の抽出を試みた。施設数の数や偏り、回答施設数が少ない事も有り、統計学的な解析は行わなかった。秋田は平成19年度の人口10万人当たりの脳卒中死亡率で1位、長野は5位と共に脳卒中死亡率が高い脳卒中多発県であった。

施設数では、秋田では回復期施設および通所および訪問施設事業所が長野に比べて少ないのが相違点であった。回復期病棟では全ての施設、一般診療所で6割強、それ以外においては8割以上の施設で脳卒中患者を診療していた。

秋田・長野共に全国と比べて同じ傾向がみられたのは、回復期病棟では、脳卒中患者の病床利用数、受け入れ待機期間が2週間以内、急性期病院との連携が良好の頻度が高かったが、地域連携パスで医療・介護情報を共有している施設が共になかった。一般診療所では、要介護者・要介護者のうち脳卒中既往者が少なかったが、要介護者の訪問診療を行っている施設が多かった。急性期病院・回復期病棟・維持期施設事業所との良好な連携、自治体との連携が良好であった。維持期施設事業所では平均ベッド数は少ないが、脳卒中患者の利用割合が高く、受け入れ待機期間が共に長く、リハビリを提供出来る施設は共に存在しなかった。また、脳卒中患者の平均滞在日数が共に長かった。周辺地域全体との連携の良好、連携パスの使用、今後の使用予定共に少なかった。通所および訪問施設事業所では、急性期病院・回復期病棟・一般診療所との良好な連携が高頻度であった。回復期病棟・一般診療所への希望では「在宅支援に力を入れて欲しい」、周辺地域での連携構築の希望では「自治体と医療・介護従事者が協力した連携作り」が共に少なく、良好な連携を反映していた。

上にまとめた両県で共通に求められた項目では、維持期施設事業所を除き急性期病院との連携が良好であり、秋田県においては維持期施設事業所においても急性期病院との連携は良好であった。その他の群間や自治体との連携は回復期病棟を除いて良好との回答が多かった。施設群間の連携は人口密度の高低に関わらず良好な状態が必要である。特に、急性期病院との連携は、脳卒中発症時には低密度地域においては搬送に時間を必要とする事や緊急度から考えても必須のものであり、それが良好と認識されている事は重要である。むしろ人口高密度地域において急患の救急搬入が困難な状況が頻発している状況とは対照的であった。地域連携パスの導入、導入予定が共に少ないが、連携が良好に保たれており、現在の情報のやり取りでも必要情報が十分お互いに取得出来ると判断されているとも考えられた。維持期施設事業所で脳卒中患者の利用割合が高く、平均滞在日数が長かったが、これは人口低密度が原因というよりもリハビリを提供出来

る施設が存在しない事との関連が伺われた。

秋田と長野の間に違いが見られたのは、回復期病棟では長野が急性期病院に併設が高頻度であったが、秋田では医療療養病床に併設が高頻度だった。リハビリ基準Ⅰの算定を長野では全施設が行っていたが秋田では少なかった。受け入れ制限の理由で透析や人口呼吸器が長野で高頻度であった。リハビリ機能が秋田で不十分と答えた施設が多かったが、365日リハを施行している施設が秋田になく、1日のリハ単位数も少なかった。在院日数は秋田で長く自宅退院率が秋田で高かった。対象医療圏が二次医療圏と答えた施設が秋田に少なく、一般診療所との連携が良好は秋田で少なく、一般診療所との脳卒中患者の医療情報の共有の希望が秋田で高かった。維持期施設との連携で在宅支援に力を入れて欲しいが秋田で高かった。地域連携構築で連絡会の場が欲しいが秋田で多く、自治体との連携が良好は秋田で低く、皆で共同する意識を高める環境を作って欲しいが高頻度であった。

一般診療所では、秋田の標榜科で脳神経外科がなかった。秋田で一ヶ月の診療患者数が非常に多かった。長野では診療する脳卒中既往患者数が診療する患者の1/5と非常に多くを占めており、診療する要介護者・脳卒中による要介護者も秋田の倍近く多かったが全国よりも少なかった。急性期脳梗塞患者を全て急性期病院へ送るが秋田で100%と高かった。地域連携の範囲を市町村と答えた施設が秋田で多かった。秋田では急性期病院への希望で急病の受け入れを上げた施設が少なく、医療情報の伝達を挙げた施設はなかった。秋田県では維持期施設事業所への希望で待機期間の短縮が非常に高かった。医療保健と介護保険によるシステムの利点で十分な介護を提供しやすいが秋田のみ高頻度であった。

維持期施設事業所では、長野で老健が多いのが特徴であった。スタッフ数では長野で看護師・看護補助者が少なく、秋田でソーシャルワーカーが少なかった。脳卒中患者への医師の関与が秋田で多く、長野で少なかった。受け入れ制限理由では人工呼吸器が長野で高く、秋田では透析が高頻度で、気管切開は少なかった。受け入れ待機期間は長野が長かった。在宅出来ない理由では、独居や高齢者のみの世帯が秋田で高く、長野は低かった。地域医療の医療圏については長野では市町村が高頻度で二次医療圏と答えた施設はなかったが、秋田では二次医療圏高く、次いで市町村であった。地域医療の中心的役割では急性期病院と答えたのが秋田は高頻度で、急性期病院・回復期病棟との連携が良好も秋田で高かった。自治体との連携良好が秋田で高く、自治体へ共同する意識を高める環境作りの希望が秋田で少なかった。介護保険で介護支援専門員が十分関わりを持っているが秋田で非常に高かった。医療保健と介護保険によるシステムの問題点の中では、地域連携が難しいが秋田で高く、システムが理解しにくい長野で高かった。

通所および訪問施設事業所の機能・役割では長野で通所介護が多く、秋田では短期入所生活介護がやや多かった。1ヶ月の平均利用者数は秋田で少なかったが、脳卒中患者

の数は秋田が最も多かった。脳卒中患者への医師の関わりも秋田で高かった。受け入れ制限の理由では人工呼吸器・透析が秋田で高かった。急性期病院への希望では、直ぐに受け入れてほしいが長野で少なく、リハビリ機能の充実が秋田で多かった。回復期病棟・一般診療所への希望では、連絡会やカンファレンスを定期的に持ちたいが秋田で少なく、在宅支援に力を入れて欲しいが長野・秋田共に少なかった。維持期施設事業所との連携は、入院・入所施設、通所・訪問共に良好が長野で多かった。希望は脳卒中患者の運動機能や日常生活動作に関する情報の伝達が入院・入所施設で、連絡会やカンファレンスを定期的に持ちたいが通所・訪問施設で秋田は少なかった。周辺地域全体の連携が良好は長野で多く、秋田で少なかった。地域連携パスの共有、今後の予定が特に秋田で少なかった。周辺地域での連携構築での希望では脳卒中患者の介護情報を共有したいが秋田で多かった。自治体との連携は良好が長野で多く、秋田で少なく、自治体への希望では地域における医療および介護に関する情報をもっと提供して欲しいが長野で少なく、秋田で多かった。介護保険に関する質問では、介護支援専門員が十分に関わりをもっているが長野で少なく、十分な介護サービスが提供出来ているが秋田で多く、十分なリハビリを提供し難いが秋田で少なく、通所および訪問施設事業所を評価するのに適切な尺度では維持期病院・施設との連携が秋田で高かった。

秋田で回復期病棟、通所および訪問施設事業所が少ないのが特徴であった。その他秋田では、回復期病棟が医療療養病床に併設された施設が多く、リハビリ機能が不十分と答えた施設が多く、施行されていたリハビリ機能が低く、在院日数は100日と全国平均より10日長かったが自宅復帰率は高かった。一般診療所では脳神経外科を標榜していた診療所はなく、診療患者に占める脳卒中患者や既往患者の数が少なく、脳卒中患者の外来診療が病院において行われる頻度が高いと思われた。診療する要介護者・要介護者のうちの脳卒中既往患者が少なかったが、これは上記に加え、在宅出来ずに施設で診られていたことの反映と考えられた。受診者が脳梗塞を発症すれば全て急性期病院へ搬送しており、急性期病院との連携が良好であった。介護保険で介護を提供しやすいとの答えが秋田のみ40%と高かった。維持期施設事業所ではソーシャルワーカーが少なく、脳卒中患者への医師の関与が高かった。在宅出来ない理由として秋田で独居や高齢者のみの世帯が多く挙げられたが、これは秋田で若年者が少なく高齢化率が高い事を反映していた。他施設や自治体との連携が良好との答えが多かった。通所および訪問施設事業所では短期入所生活介護が多く、脳卒中患者の利用が多く、医師の関わりも高かった。周辺地域全体、自治体との連携は良好が共に少なく、秋田の他の群と比べても低かった。

長野では、回復期病棟の多くは急性期病院に併設されており、リハビリ機能が高度で在院日数は70日と短かった。自宅復帰率は秋田よりは低いが全国レベルであった。受け入れ制限の理由で透析や人工呼吸器が多かったが、急性期病院に併設されていたのとは矛盾するように思われた。一般診療所で診療する脳卒中既往患者数が非常に多かったが、これは在宅で診られている脳卒中患者が病院ではなく一般診療所で多く診察を受け

ている事を反映していた。維持期施設事業所では、長野は老健施設が多かった。脳卒中患者への医師の関与が少なく、受け入れ待機期間が非常に長く、他施設や自治体との連携が良好と答えた施設が少ないのが長野の問題点であった。通所および訪問施設事業所では通所介護が多かった。サービス利用者の内、脳卒中患者数が少なかったのは一般診療所で脳卒中が多く診られていたためと思われた。維持期施設事業所・自治体との連携が良好と答えた施設が多く、秋田県で良好の答えが少なかったのと対照的であった。

結語

低人口密度地域である秋田と長野における急性期以後の脳卒中の診療実態を明らかにするために全国のアンケート結果とこれら2県の結果とを比較した。両県は人口低密度以外にも共に脳卒中死亡率が高いのが共通点である。両県共に一般診療所で6割強、それ以外においては8割以上の施設が脳卒中患者を診療しており、脳卒中患者の利用割合が高かった。両県共に、急性期病院や各群の施設間の連携が良好であったが、連携パスの使用には消極的であった。秋田と長野の間での相違点も多く、人口密度以外に施設の配置、施設間、自治体との連携など、各県ごと、施設群ごとに取り組まなければいけない問題点が多くある事が示された。特に秋田においては、回復期病棟および通所および訪問施設事業所が少なく、回復期病棟でリハビリ機能が充実していない事が明らかとなった。

脳卒中地域医療連携の現状についての地域別解析

－群馬県－

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することである。また、群馬県の調査を抽出し、群馬県の実態を調査した。

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、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%)を選択した。その中で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、急性期病院(E)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。E群は小児科、産婦人科、眼科、耳鼻科などを除外した全ての急性期病院を対象とした。最終的にA群347施設、B群3709施設、C群771施設、D群4166施設事業所、E群2185施設に対してアンケート郵送法により実態調査を行った。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。群馬県には、A群17施設、B群135施設、C群33施設、D群183施設事業所、E群89施設にアンケートを郵送した。

結果:群馬県の回復期病棟(A)群:全国と比較し、急性期病院としての役割も80%と高い一方で、医療療養病床群30.0%、介護療養型医療施設10.0%、介護老人保健施設10%、訪問介護10%、通所介護10%の役割は少なかった。全病床数、脳卒中の利用病床数は全国レベルであるが、脳卒中患者の平均在院日数は 77.8 ± 40.4 日と短かった。勤務するスタッフ数や医師の脳卒中患者への関わりは全国レベルであるが、褥瘡、認知症、不穏があると受け入れがたかった。受け入れ待機期間は3日以内と短く、ADLの評価スケールはFunctional Independence Measureを多用していた。急性期病院を脳卒中地域医療で中心的な施設と考え、一般診療所、維持期施設・事業所との連携は良好であるが、他院の回復病棟や自治体との連携はあまり良好でなく、診療所には在宅生活支援に力を入れて欲しいと考えていた。

一般診療所(B)群:全国と比較し介護やリハビリ的な役割は極端に少ないが、一ヶ月に診療する脳卒中既往患者数は 117.0 ± 280.8 人と全国より多数であった。群馬でのリハビリの提供は7.7%と少なく、診療所レベルでは全国も含めADLの評価にはBarthel IndexやFunctional Independence Measureの使用は少なく、圧倒的に日常生活自立度を多用していた。また、急性期脳卒中の診察時には、連携が非常に良いと考えている急性期病院へ84.6%紹

介し、76.9%が急性期病院を脳卒中の中心的な役割をになう施設と考えていた。一方で、回復期病棟や維持期施設・事業所との連携は約2〜3割があまり良好でない〜悪くで、61.5%がリハビリ機能の充実を希望していた。

維持期入院入所施設(C)群:全国と比較し介護老人保健施設としての役割が50.0%と高かったが、維持期病棟に勤務している医師数が 1.3 ± 0.6 人、看護師数が 6.8 ± 6.2 人と少なく、施設のベッド数も 67.6 ± 31.2 床、脳卒中の利用ベッド数も 24.6 ± 25.7 床と少なかった。また、人工呼吸器の使用や気管切開があると100%受け入れが不可能で、透析施行や胃瘻の存在、経管栄養施行例でも受け入れが困難であった。在宅復帰率は $12.4 \pm 19.9\%$ で全国を上回るも、独居、介護力不足が在宅復帰阻止の主な理由であった。

通所および訪問施設事業所(D)群:全国的と比較し、通所介護、通所リハビリ、短期入所生活介護、介護老人福祉・保健施設としての役割が多く、1ヶ月のサービス利用者数およびそのうちの脳卒中数がともに全国より多かった。

急性期病院(E)群:群馬県の急性期病院は、全国の急性期病院と比較し通所リハビリ39.1%、一般診療所21.7%としての役割が高く、ADL評価スケールとしてmodified Rankin Scaleの使用が低かった。また、全国と比べ回復期病棟が脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設と考え、他の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所、自治体との連携が、非常に良好ではないが一部とは良好と考えている割合が全国より高かった。連携施設への要望は、全国と同様に回復期病棟、維持期施設・事業所へは待機時間の短縮、リハビリ機能の充実を、一般診療所へは患者急変時の迅速な受け入れを挙げている。

考案:脳卒中地域医療における群馬県での問題点がいくつか認められた。群馬県の回復期病棟では、全国と比較して急性期病院としての役割も兼ね備えており、平均在院日数も受け入れ待機期間も短かったが、褥瘡、認知症、不穏があると受け入れがたかった。診療所では介護やリハビリ的な役割が極端に少なく、回復期病棟や維持期施設・事業所との連携があまり良好でなかった。また、維持期入院入所施設では、医師数、看護師数が少なく、施設のベッド数、脳卒中の利用ベッド数も少なかった。急性期病院は、全国の急性期病院と比較し通所リハビリ、一般診療所としての役割が高く、回復期病棟が脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設と考え、他の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所、自治体との連携が、非常に良好ではないが一部とは良好と考えている割合が全国より高かった。診療所の介護やリハビリの役割拡大および病診連携の改善、さらに維持期入院入所施設への脳卒中専門の医師、看護師の早期補充、ベッド数の増床により、より良い脳卒中地域連携が提供されると考えられた。

脳卒中地域医療連携の現状についての地域別解析

-東京都-

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することである。また、東京都の調査を抽出し、東京都の実態を調査した。

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、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%)を選択した。その中で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、急性期病院(E)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。E群は小児科、産婦人科、眼科、耳鼻科などを除外した全ての急性期病院を対象とした。最終的にA群347施設、B群3709施設、C群771施設、D群4166施設事業所、E群2185施設に対してアンケート郵送法により実態調査を行った。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。東京都には、A群42施設、B群996施設、C群113施設、D群688施設事業所、E群409施設にアンケートを郵送した。

結果:

回復期リハビリ病棟(A)群:東京都の回復期病棟群は全国の回復期病棟群と比較し、介護療養型医療施設 26.3%、一般診療所 21.1%としての役割を兼ねることが多かったが、訪問入浴介助 0%、通所介護 5.3%、短期入所療養介護 5.3%($p<0.05$)、訪問介護 10.5%、介護老人保健施設 10.5%、通所リハビリ 15.8%($p<0.05$)、訪問リハビリ 31.6%、医療療養病床群 36.8%としての役割は低かった。東京の全病床数は 66.0 ± 38.1 床と全国レベルであったが、脳卒中の利用病床数は 44.6 床と有意差はないものの全国の 34.7 ± 29.5 床より多く、脳卒中患者の平均在院日数も東京が 99.6 ± 25.2 日、全国が 87.9 ± 31.6 日と東京で長期であった(有意差なし)。勤務するスタッフ数や医師の脳卒中患者への関わりは全国レベルであるが、東京では透析、気管切開、不穏($p=0.047$)があると受け入れが困難であった。受け入れ待機期間は14日以内と全国レベルであったが、“十分なりハビリ機能があるとは判断できない”を選択したのが10.5%と全国を上回った。ADL評価スケールは東京では Barthel Index を、全国では Functional Independence Measure を多用していた。脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設については、東京では回復期病棟、全国では急性期病院を多く選択していたが、東京、全国ともに急性期病院との連携が非常に良好とは考えておらず、

東京は維持期施設・事業所、他院回復期病棟との連携も全国と比較し良好とは考えていなかった。また東京は“維持期施設・事業所へ転院する際の医療情報伝達があまりにできていない”を選択したのが全国を上回り 10.5%を占め ($p<0.05$)、介護支援専門員との十分な関わりを持っているのも 15.8%と低かった。

一般診療所(B)群:回復期病棟群と同様に全国と比較し訪問介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリの施行が少なく、一ヶ月に診療する脳卒中既往患者数も 49.6 ± 93.4 人と全国より少ない傾向にあった ($p=0.097$)。東京の診療所レベルでのリハビリの提供は少なく、全国の診療所と同様に ADL の評価には Barthel Index や Functional Independence Measure の使用が少なく、圧倒的に日常生活自立度を多用していた。また、全国的に急性期脳卒中を診察した際には、連携が非常に良いと考えている急性期病院への紹介が 9 割を超え、8 割以上が急性期病院と回復期病棟を脳卒中医療の中心的な役割を担う施設と考えていた。一方で、回復期病棟や維持期施設・事業所との連携は約 2 割があまり良好でないと考え、5 割以上が同施設にリハビリ機能の充実を希望していた。

維持期入院入所施設(C)群:全国に比較し回復期病棟 19.0%や一般診療所 14.3%としての機能を持つ割合が多かったが、逆に介護老人保健施設としての役割が 9.5%と低かった。また、人工呼吸器の使用 81.0%や気管切開 52.4%、経管栄養 23.8%があると受け入れ困難となるのが全国より多く、独居、介護力不足、継続的医療の必要性で在宅に復帰できない症例が多かった。脳卒中の自宅復帰率は $5.0\pm 10.4\%$ と全国を下回った。

通所および訪問施設事業所(D)群:全国的に訪問介護、通所介護、訪問介護の役割を担うとし、急性期病院、回復期病棟、維持期施設・事業所が脳卒中の中心的な役割を持つべき施設と考えていた。

急性期病院(E)群:東京都の急性期病院は、全国の急性期病院と比較し訪問リハビリ 9.3%、医療療養病床群 16.3%、訪問介護 23.3%としての役割が低く、ADL 評価スケールは Functional Independence Measure より modified Rankin Scale を多用していた。また、全国と同様に急性期病院が脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設と考えているが、他の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所、自治体との連携が非常に良好と考えている割合は全国より低かった。連携施設への要望は、全国と同様に回復期病棟へはリハビリ機能の充実、待機時間の短縮を、一般診療所へは維持期脳卒中患者の外来フォローアップ、維持期施設・事業所へは待機時間の短縮を挙げていた。

考案:全国と比較し脳卒中地域医療における東京での問題点が認められた。回復期病棟群では訪問入浴介助、通所介護、短期入所療養介護、訪問介護、介護老人保健施設、通所リハビリ、訪問リハビリ、医療療養病床群としての役割が低く、透析、気管切開、不穏があると受け入れが困難となり、急性期病院、維持期施設・事業所、他院回復期病棟との連携が良好とは考えていなかった。また一般診療所群でも訪問介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリの施行が少なく、回復期病棟や維持期施設・事業所との連携も約 2 割があまり良好でなかった。また、維持期入院入所施設群での独居、介護力不足、継続的医療の必要性により在宅への復帰が困難となる症例の多さが浮き彫りとなった。急性期病院は、全国の急性期病院と比較し、訪問リハビリ 9.3%、医療療養病床群 16.3%、訪問介護 23.3%としての役割が低く、全国と同様に急性期病院が脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設と考え、他の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所、自治体との連携が非常に良好と考えている割合は全国より低かった。東京都では、脳卒中医療・介護を担っている各施設間における連携の早期是正と在宅介護への介入の重要性が考えられた。

脳卒中地域医療連携の現状についての地域別解析

-神奈川県-

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することである。また、神奈川県の実態を抽出し、神奈川県の実態を調査した。

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、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%)を選択した。その中で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、急性期病院(E)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。E群は小児科、産婦人科、眼科、耳鼻科などを除外した全ての急性期病院を対象とした。最終的にA群347施設、B群3709施設、C群771施設、D群4166施設事業所、E群2185施設に対してアンケート郵送法により実態調査を行った。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。神奈川県には、A群31施設、B群485施設、C群87施設、D群514施設事業所、E群213施設にアンケートを郵送した。

結果:以下、神奈川県における脳卒中地域医療の現状について、全国と対比して示した。両群の比較には、 χ^2 検定、Mann-Whitney-U検定を用いた。

回復期病棟(A)群:回復期病棟以外の機能・役割として、訪問リハ、通所リハを合わせ持つ施設が少なかった($p=0.011$, 0.056)。勤務するスタッフ数はすべての職種において変わらないが、脳血管疾患等リハビリ科Ⅱの施設基準が22.2%と全国(11%)より多く($p=0.082$)、脳卒中患者への医師の関わりが“十分もしくはだいたい関わりを持っている”が少なかった($p=0.026$)。患者1人に対する多職種によるカンファレンス頻度は2週間に1回までが88.9%と全国(39.8%)より多く($p=0.004$)、患者の機能改善評価の頻度も2週間に1回までが多かった。維持期施設・事業所への希望として、リハビリ以外のサービスを充実させてほしいという意見が多かった($p=0.004$)。一方、入院・入所基準の緩和については希望が少なかった($p=0.008$)。他の脳卒中地域医療に関連する施設との連携に関するアンケートについては全国と変わらなかったが、周辺地域の連携構築での希望で“脳卒中患者の介護情報を共有したい”が多く($p=0.046$)、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をつくってほしい”という意見が多かった($p=0.006$)。従事者が介護保険を理解し、説明できる割合が高く、医療保険と介護保険によるシス

テムの問題点として「十分なリハビリを提供しにくい」が少なかった(p=0.035)。第三者が回復期病棟を評価するのに適当な尺度として、急性期病院との連携機能を挙げた施設が多い(p=0.000)一方、回復期病院との連携機能を挙げた施設は少なかった(p=0.021)。

一般診療所(B)群:有床診療所の病床数が明らかに少なく(p=0.004)、その病床のうち、脳卒中患者の利用病床数も少なかった。脳卒中地域医療で中心的な役割をもつべき施設は、急性期病院が多く(p=0.067)、回復期病棟が少ない傾向が見られた(p=0.090)。

維持期入院入所施設(C)群:施設の機能・役割では、訪問入浴介護が多く(p=0.035)、施設ベッド数は多い傾向が見られた(p=0.0060)。急性期病院との連携で“非常に良好、一部良好”が少なかった(p=0.003)。回復期病棟への希望では“在宅支援に力を入れてほしい”が少ない傾向があった(p=0.070)。周辺地域全体との連携では“非常に良好・一部は良好”が少ない傾向があった(p=0.051)。

通所および訪問施設事業所(D)群施設の機能・役割では、一般診療所が少ない傾向があった(p=0.090)。勤務するスタッフ数では、介護職員が多かった(t検定 p=0.031、M-W p=0.036)。

急性期病院(E)群:施設の機能・役割では、通所介護が少ない傾向で(p=0.095)、通所リハビリが少なかった(p=0.039)。回復期病棟への希望で“問い合わせ窓口を簡略化してほしい”(p=0.000)、“待機期間を短くしてほしい”(P=0.010)が多かった。維持期施設・事業所への希望で、“待機期間を短縮してほしい”(p=0.055)、“入院・入所基準を緩和してほしい”(p=0.059)が多い傾向にあり、“リハビリを充実させてほしい”(p=0.027)が少なかった。周辺地域の連携構築での希望で、“自治体主体の連携づくり”(p=0.096)、“脳卒中患者の介護情報を共有したい”(p=0.099)が少ない傾向があり、“脳卒中患者の医療情報を共有したい”(p=0.006)が多かった。

考察:回復期病棟では脳血管疾患等リハビリ料Ⅱの施設基準が多く、脳卒中への医師の関わりが少ないことが問題点である一方、多職種によるカンファレンスや患者の機能改善評価の頻度が全国よりも多かった。急性期病院から回復期病棟と維持期施設・事業所への希望で問い合わせ窓口の簡略化や待機期間の短縮、入院基準の緩和が多く、また維持期施設からは急性期病院との連携が良好であるとの結果が少なかったことより、急性期治療から回復期リハビリ、維持期施設への流れがスムーズでないことが考えられた。

脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査

—大阪府の現状—

富井 康宏、古賀 政利、古田興之介、上原 敏志、長束 一行、峰松 一夫
国立循環器病センター 内科脳血管部門

要旨: 背景と目的: 脳卒中医療においては、医療・介護施設の緊密な連携と情報共有の重要性が強調されている。大阪府の実態を明らかにする。

方法: 全国12都道府県の急性期から回復期、維持期、在宅の脳卒中医療・介護を担っている施設に対しアンケート調査を行った。大阪府と大阪府以外を比較検討した。

結果: 回復期病棟は、勤務する医師数が多く(3対2人、 $p=0.028$)、他の職種数も全国レベルであったが、全国と同様の人工呼吸器(73%)、透析(67%)の他、不穩(37%)、認知症(30%)を主な受入制限理由としていた。維持期施設は、脳卒中患者の割合が低く(26%)、在院日数が短かった(213日)。一般診療所も、脳卒中患者の割合が低かった(10%)。脳卒中医療の地域医療圏は、主として医療を扱う急性期病院、回復期病棟、一般診療所は二次医療圏と考え(49、47、33%)、介護を扱う施設事業所は市町村と考え(45%)、多くの施設がその中心を急性期病院と考えていた。介護を扱う施設事業所では他の施設との連携を「良好」と考える割合が50%未満と低く、急性期病院に対しては急変時の受入と医療情報の提供を要望し、回復期病棟に対しては待機時間の短縮とリハビリの充実を要望し、一般診療所に対しては生活支援を要望した。自治体に対しては、いずれの施設も「良好」と考える割合が50%未満であり、環境作りや現状調査を要望した。

結論: 脳卒中地域医療における大阪府の現状が明らかになった。比較的医療従事者数や環境整備が充実していると考えられる地域での諸問題がかなり明らかになった。

A. 背景と目的

脳卒中医療においては、医療・介護施設の緊密な連携と情報共有の重要性が強調されている¹⁾。

本研究班では、全国の脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査を行い、脳卒中急性期以降の回復期から維持期の実態を明らかにした²⁻⁵⁾。本稿では、大阪府の調査結果を抽出し報告する。

B. 対象と方法

全国の幅広い情報を得ること、かつ人口密度分布を考慮し12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、福岡県、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%)を選択した。その中で急性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(以下、回復期病棟;A)群(全当該施設)、一般診療所(B)群(名称に神経内科、脳神経外科、リハビリ科のある全当該施設、脳卒中診療に関わる可能性の低い科を除外した残りの10%の施設)、維持期入院入所施設(C)群(10%の施設)、通所および訪問施設事業所(D)群(10%の施設)、急性期病院(E)群(全当該施設)の5群に分けた。アンケートの内容は、脳卒中診療や介護従事の有無、施設の現況、脳卒中地域連携、介護保険、適当な評価尺度であり、各群の特徴に合わせて作成した。A群347施設(大阪府60施設)、B群3709施設(655)、C群771施設(103)、D群4166施設(732)、E群2185施設(368)に対してアンケート郵送法により実態調査を行い、大阪府と大阪府以外(他の11都道府県)で比較検討した。

C. 結果

各群の有効回答施設数(率)/そのうちの脳卒中患者診療施設数(率)は、A群;31施設(52%)/30施設(97%)、B群;134(21%)/80(60%)、C群;24(23%)/20(83%)、D群;168(23%)/140(83%)、E群;169(46%)/84(50%)であった。

I. 脳卒中診療や介護従事の有無、施設の現況に関する質問

回復期病棟(A)群: 大阪府の回復期病棟群は全国と同様に、急性期病院(63%)、維持期入院入所施設(60%)との併設が多かった。1施設あたりの平均病床数は 59 ± 27 床で、うち 32 ± 24 床(52%)を脳卒中患者が利用しており、全国レベルであった。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の総数は 22 ± 31 人、看護師数は 20 ± 13 人と全国レベルであったが、医師数(3 ± 2 対 2 ± 2 人、 $p=0.028$)は大阪府以外と比較して多く、80%

の施設は医師が脳卒中患者診療に「十分に関わっている」と回答した。在院日数は 84 ± 29 日、自宅退院率は $65 \pm 16\%$ 、クリニカルパス使用率は $6 \pm 19\%$ 、脳血管疾患等リハビリ料Iの施設基準を取得した割合は86%と全国レベルであった。受入待機が7日以内の施設は53%と全国レベルであったが、人工呼吸器(73%)、透析(67%)があると受け入れ困難であり、不穩(37対10%、 $p<0.001$)、認知症(30対7%、 $p<0.001$)、合併症が多いこと(23対7%、 $p=0.006$)、MRSA感染症(17対5%、 $p=0.017$)も大阪府以外と比較して受入困難な理由として目立った。週あたり7日リハビリを実施している割合(27%)、1日あたりのリハビリ実施単位(6 ± 1 単位)は全国レベルであり、日常生活動作(Activities of Daily Living:ADL)評価スケールはFunctional Independence Measure(FIM;80%)を多用した。

一般診療所(B)群: 大阪府の一般診療所群は、1施設あたりの1ヶ月に診療する患者数は 604 ± 547 人と全国レベルであったが、脳卒中既往患者数(46対90人、 $p=0.033$)は大阪府以外と比較して少なかった。診療している脳卒中既往患者に対するリハビリの提供(36%)は全国と同様に少なく、脳卒中患者が必要なリハビリを「十分に受けている」もしくは「だいたい受けている」(以下、受けている)(39対55%、 $p=0.010$)と回答した施設は大阪府以外と比較して少なかった。ADL評価スケールは介護保険意見書の日常生活自立度(65%)を多用した。

維持期入院入所施設(C)群: 大阪府の維持期入院入所施設群は、1施設あたりの平均病床数は 118 ± 79 床であり、うち 30 ± 23 床(26%)を脳卒中患者が利用していた。医師数は 6 ± 7 人、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の総数は 6 ± 7 人、看護師数は 28 ± 40 人と全国レベルであり、35%の施設は医師が脳卒中患者診療に「十分に

関わっている」と回答した。在院日数は 213 ± 299 日、自宅復帰率は $16 \pm 22\%$ と全国レベルであった。受入待機が1ヶ月以内の施設は 58% と全国レベルであったが、人工呼吸器(55%)、透析(50%)があると受入困難であり、不穏(30対8%、 $p=0.003$)、ワーファリン内服中(10対1%、 $p=0.007$)も大阪府以外と比較して受入困難な理由として目立った。脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由は全国と同様に、独居(85%)、高齢者のみの世帯(85%)、その他の介護力不足(85%)であった。リハビリ機能を「十分に維持している」施設は 20% にとどまったが、 60% の施設がリハビリを「十分に提供できている」もしくは「だいたい提供できている」と回答した。ADL評価スケールは介護保険意見書の日常生活自立度(65%)を多用した。

通所および訪問施設事業所(D)群: 大阪府の通所および訪問施設事業所群は、1施設あたりの1ヶ月のサービス利用者は 90 ± 131 人と全国レベルであったが、脳卒中患者数(18 ± 24 対 28 ± 44 人、 $p=0.021$)は大阪府以外と比較して少なかった。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の総数は 3 ± 4 人、看護師数は 6 ± 10 人と全国レベルであったが、医師が脳卒中患者診療に「十分に関わっている」と回答した施設(6対19%、 $p=0.004$)は大阪府以外と比較して少なかった。特に受入制限を設けていない施設(50%)が多く、人工呼吸器(28対37%、 $p=0.037$)、透析(16対24%、 $p=0.040$)を受入困難とする割合が大阪府以外と比較して少なかった。リハビリの提供(76対86%、 $p=0.003$)は大阪府以外と比較して少なかったが、 71% の施設が脳卒中後遺症のある利用者が必要なリハビリを「受けている」と回答した。ADL評価スケールは介護保険意見書の日常生活自立度(71%)を多用した。

急性期病院(E)群: 大阪府の急性期病院群は

全国と同様に、回復期病棟(27%)、一般診療所(14%)、維持期入院入所施設(36%)、通所および訪問施設事業所(44%)を併設した。ADL評価スケールは大阪府以外と比較して Barthel Index (BI; 32対42%、 $p=0.091$)より modified Rankin Scale(mRS; 49対37%、 $p=0.050$)を多用した。

II. 脳卒中地域連携に関する質問

各群間の連携が「非常に良好」もしくは「一部良好」(以下、良好)と考える割合を図示した。

回復期病棟(A)群: 脳卒中地域医療圏は全国と同様に、二次医療圏(47%)と考えており、その中心的役割をもつべき施設は、急性期病院(37%)、回復期病棟(40%)と考えていた。 90% の施設は急性期病院との連携が「良好」と回答したが、急変時の受入(73%)、マイナス面も含めた十分な医療情報伝達(63%)を要望し、積極的な介護保険意見書の作成(17対6%、 $p=0.052$)も大阪府以外と比較して要望として目立った。他の回復期病棟との連携が「良好」と考える割合(46%)は全国レベルであった。一般診療所との連携を「良好」と考える割合(62%)は全国レベルであったが、在宅支援に力を入れること(50%)、脳卒中患者の情報共有(50%)を要望した。 83% の施設は維持期入院入所施設もしくは通所および訪問施設事業所(以下、維持期施設事業所)との連携が「良好」と回答したが、待機期間の短縮(77%)、リハビリの充実(60%)を要望した。一方で、自治体との連携を「良好」と考える割合(45%)は全国と同様に少なく、環境作り(67%)を要望した。

一般診療所(B)群: 脳卒中地域医療圏は全国と同様に、二次医療圏(33%)、市町村(30%)と考えており、その中心的役割をもつべき施設は、急性期病院(68%)と考えていた。急性期脳卒中を診療した際の対応は「すべて、すぐに急性期病院へ紹介する」(70%)が最多であったが、急