

急性期病院との連携を「良好」と考える割合(58 対 70%、 $p=0.031$)は大阪府以外と比較して少なく、急変時の受入(94 対 84%、 $p=0.020$)を要望した。回復期病棟との連携を「良好」と考える割合(40%)、維持期施設事業所との連携を「良好」と考える割合(51%)は全国と同様に少なく、いずれもリハビリの充実(64%、56%)を要望した。他の一般診療所との連携を「良好」と考える割合(36 対 47%、 $p=0.080$)は大阪府以外と比較して少ない傾向が見られた。自治体との連携を「良好」と考える割合(20 対 35%、 $p=0.011$)は大阪府以外と比較して少なく、環境作り(59%)を要望した。

維持期入院入所施設(C)群: 脳卒中地域医療圏は全国と同様に、市町村(45%)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(55%)と考えていた。急性期病院との連携を「良好」と考える割合(50%)は全国と同様に少なく、急変時の受入(75%)を要望した。回復期病棟との連携を「良好」と考える割合(45%)は全国と同様に少なく、リハビリの充実(65%)を要望した。一般診療所との連携を「良好」と考える割合(35%)は全国と同様に少なく、医療情報の共有(35%)、介護情報の共有(50%)を要望した。維持期施設事業所との連携を「良好」と考える割合(42%)は全国と同様に少なかった。自治体との連携を「良好」と考える割合(20%)も全国と同様に少なく、環境作り(70%)、医療介護情報の提供(55%)を要望した。

通所および訪問施設事業所(D)群: 脳卒中地域医療圏は全国と同様に、市町村(41%)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(28%)、回復期病棟(45%)と考えていた。しかし、急性期病院との連携を「良好」と考える割合(30 対 40%、 $p=0.032$)は大阪府以外と比較して少なく、急変時の受入(71%)、十分な医療情

報(58%)を要望し、定期的な伝達連絡会(32 対 21%、 $p=0.006$)、積極的な介護保険意見書の作成(31 対 19%、 $p<0.001$)も大阪府以外と比較して要望として目立った。回復期病棟との連携を「良好」と考える割合(30%)は全国と同様に少なく、医療情報の伝達(56%)、リハビリの充実(53%)を要望し、定期的な伝達連絡会(36 対 27%、 $p=0.030$)も大阪府以外と比較して要望として目立った。一般診療所との連携を「良好」と考える割合(48%)は全国と同様に少なく、要望では介護情報の共有(56 対 45%、 $p=0.027$)、在宅支援(54 対 43%、 $p=0.018$)、積極的な介護保険意見書の作成(33 対 17%、 $p<0.001$)が大阪府以外と比較して目立った。維持期入院入所施設との連携を「良好」と考える割合(67%)は全国レベルであり、日常生活動作に関する情報共有(55%)を要望した。自治体との連携を「良好」と考える割合(19%)は全国と同様に少なく、環境作り(65%)、医療介護情報の提供(50%)を要望した。

急性期病院(E)群: 脳卒中地域医療圏は全国と同様に、二次医療圏(49%)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(71%)と考えていた。他の急性期病院との連携を「良好」と考える割合(68%)は全国レベルであった。76%の施設が回復期病棟との連携が「良好」と回答したが、リハビリの充実(50%)、待機時間の短縮(54%)を要望した。74%の施設が一般診療所との連携が「良好」と回答したが、外来フォローアップ(73%)、生活支援(54%)を要望した。維持期入院入所施設との連携を「良好」と考える割合(64%)は全国レベルであったが、待機時間の短縮(64%)、入院入所基準の緩和(55%)、リハビリの充実(52%)を要望した。自治体との連携を「良好」と考える割合(35%)は全国と同様に少なく、環境作り(71%)を要望した。

Ⅲ. 介護保険に関する質問

回復期病棟(A)群: 介護保険を十分に理解する従事者がいる割合(50 対 68%、 $p=0.068$)は大阪府以外と比較して少ない傾向が見られた。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」(38%)のは全国レベルであった。介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した施設は大阪府以外と比較して少なかった(73 対 88%、 $p=0.027$)。全国と同様に、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」(77%)が最多であり、システムの利点を挙げたものは少なかった。

一般診療所(B)群: 介護保険を十分に理解する従事者がいる割合(32%)、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」割合(14%)は全国と同様に少なかった。81%の施設が介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した。全国と同様に、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」(51%)、「十分な介護がしにくい」(51%)が多く、システムの利点を挙げたものは少なかった。

維持期入院入所施設(C)群: 介護保険を十分に理解する従事者がいる割合(42%)、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」割合(32%)、脳卒中患者に「十分な介護サービスを提供できている」割合(26%)は全国と同様に少なかった。56%の施設が介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した。全国と同様に、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」(65%)が最多であり、システムの利点を挙げたものは少なかった。

通所および訪問施設事業所(D)群: 介護保険を十分に理解する従事者がいる割合(60 対 49%、 $p=0.013$)は大阪府以外と比較して多かったが、

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」割合(44%)、脳卒中患者に「十分な介護サービスを提供できている」割合(10%)は全国と同様に少なかった。全国と同様に、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」(61%)が最多であり、システムの利点を挙げたものは少なかった。

急性期病院(E)群: 52%の施設が介護保険を十分に理解する従事者がいると回答したが、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」(28%)のは全国と同様に少なかった。75%の施設が介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した。全国と同様に、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」(63%)が最多であり、システムの利点を挙げたものは少なかった。

Ⅳ. 適切な評価尺度に関する質問

回復期病棟(A)群: 全国と同様に、第三者が回復期病棟を評価するのに適切な評価尺度はリハビリ機能(87%)が最多で、次いで自宅退院率(57%)であり、クリニカルパス使用率(7%)、回復期病棟との連携(17%)は少なかった。連携もしくは情報共有のいずれかと回答したのは 40%であった。

一般診療所(B)群: 全国と同様に、第三者が一般診療所を評価するのに適切な評価尺度は急性期病院との連携(60%)が最多であり、連携もしくは情報共有のいずれかと回答したのは 93%であった。

維持期入院入所施設(C)群: 全国と同様に、第三者が維持期入院入所施設を評価するのに適切な評価尺度はリハビリ機能(70%)が最多であり、連携もしくは情報共有のいずれかと回答したのは 55%であった。

通所および訪問施設事業所(D)群: 全国と同様に、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(49%)が最多であり、連携もしくは情報共有のいずれかと回答したのは84%であった。

D. 考察

大阪府の急性期病院、回復期病棟、一般診療所の半数以上は他の施設との連携を「良好」と考えていた。一方で、維持期施設事業所では他の施設との連携を「良好」と考えていたのは半数以下であり、回復期病棟に対しては、半数以上の施設がリハビリの充実を要望した。脳卒中患者に対しては、組織化された多面的リハビリを行う専門病棟に入院した患者の機能が良好で自宅復帰率が高いことが報告されている⁶⁾。平成12年4月の診療報酬改定では、特定入院料に「回復期リハビリ病棟入院料」が設けられ、急性期治療と在宅介護の中間に位置する回復期病棟の効果が期待された。しかし、多くはリハビリテーションを提供する回復期病棟の役割が充実しているとは認識しておらず、更なる病床数の増加や質の向上が期待されている。回復期以降の介護保険施設事業所は「十分なリハビリを提供しにくい」と考えており、医療保険および介護保険を含めて、組織化された多面的リハビリを行う環境を整えることが今後の課題と考えられた。

急性期病院に対しては、70%以上の施設が急変時の受入を要望した。急性期病院の半数以上は他の施設との連携を「良好」と考えていたが、急性期治療から回復期リハビリ、在宅介護という一方通行のシームレスケアではなく、急性期病院は他の医療・介護施設からどの様に受け止められているかを認識しながら双方向に継ぎ目のない連携を築く必要があると考えられた。

一般診療所に対しては、外来フォローアップが期待されていたが、脳卒中患者の診療に携わる割合は少なかった。「かかりつけ医」としての機能を発揮するためにも、急性期病院は急変時の受け入れ、回復期病棟や維持期入院入所施設はリハビリを充実させることで相互関係を深め良好な連携を築くことが強く望まれる。

大阪府の自治体に対しては、いずれの施設もが連携を「良好」と考えていたのは半数以下にとどまった。「みんなが協働する意識を高める環境づくり」を多くの施設が要望しており、自治体の医療および介護を担当する部署が調整役となり、一般住民からの意見収集、連携のためのアイデアの提供、会議や連絡会の開催などを行うことで、周辺地域の連携を推進していくことが今後の課題と考えられた。

質の高い医療および介護を継続して提供するためには、評価システムも重要である。70%以上の回復期病棟や維持期入院施設はリハビリ機能を評価尺度と考え、80%以上の一般診療所や通所および訪問施設事業所は連携や情報共有と考えていた。医療および日常生活動作などの情報を共有し、その連携状況を評価できるシステムを確立し、脳卒中患者本人、その家族、医療・介護従事者が脳卒中地域医療に前向きに向き合うことにより、よりよいシームレスケアを実現できるであろう。

E. 引用文献

- 1) 厚生労働省「平成20年度診療報酬改定について」(平成20年)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/s0213-4.html>
- 2) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら: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—回復期リハビリテーション病棟の現状—

脳卒中 30:735-743, 2008

3) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら: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-維持期入院入所施設の現状-。脳卒中 30:710-722, 2008

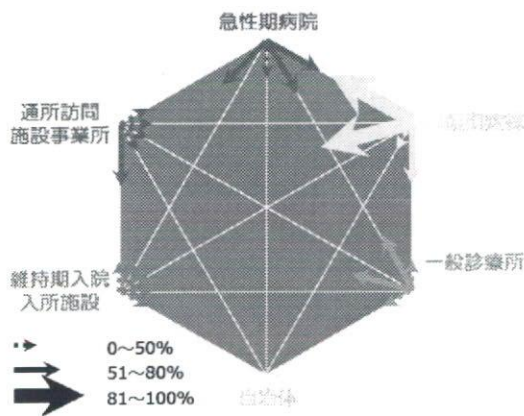
4) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら:脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査-通所および訪問施設事業所の現状-。脳卒中 30:697-709, 2008

5) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら: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-一般診療所の現状-。脳卒中 30:723-734, 2008

6) Stroke Unit Trialists' Collaboration: BMJ314:1151-1159,1997

F. 図

他の施設との連携を「良好」と考える割合



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

—和歌山県の現状—

富井 康宏、古賀 政利、古田興之介、上原 敏志、長東 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。和歌山県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。和歌山県と和歌山県以外を比較検討した。
結果: 回復期病棟は、受入制限を設けていない施設が多く(60 対 21%、 $p=0.038$)、80%の施設が 7 日以内に受入可能であり、クリニカルパス使用率が高かった(28%)。維持期施設は、医療スタッフ数が少なかったが、医師が脳卒中患者診療に「十分に関わっている」と回答した施設が多く(50 対 16%、 $p<0.001$)、受入制限を設けていない施設が多かった(56%)。一般診療所は、脳卒中患者に対するリハビリの提供が多かった(52%)。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(42、40、39%)、介護を扱う施設事業所は都道府県と考え(50%)、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を要望し、回復期病棟に対しては医療情報の提供とリハビリの充実を要望し、一般診療所に対しては連絡会の実施や介護保険意見書の作成を要望した。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和歌山県の現状が明らかになった。比較的医療従事者数が不足していると考えられる地域の現状と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、和歌山県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（和歌山県9施設）、B群3709施設（99）、C群771施設（20）、D群4166施設事業所（128）、E群2185施設（61）に対してアンケート郵送法により実態調査を行い、和歌山県と和歌山県以外（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；5施設（56%）／5施設（100%）、B群；30（30%）／23（77%）、C群；2（10%）／2（100%）、D群；21（16%）／16（76%）、E群；24（39%）／12（50%）であった。C群は、2施設のみの回答であるため、全体像を反映しているかは不明であるが、結果を示した。

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）：和歌山県の回復期病棟群は全国と同様に、急性期病院（80%）、維持期入院入所施設（80%）、通所および訪問施設事業所

（80%）との併設が多かった。1施設あたりの平均病床数は 53 ± 20 床であり、うち 32 ± 14 床（60%）を脳卒中患者が利用しており、全国レベルであった。医師数は 2 ± 1 人、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の総数は 12 ± 8 人、看護師数は 14 ± 2 人であり、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 85 ± 15 日、自宅退院率は $59 \pm 12\%$ と全国レベルであり、クリニカルパス使用率（28対8%、 $p=0.108$ ）は和歌山県以外と比較して多い傾向が見られた。リハビリ施設基準では全施設が「脳血管疾患等リハビリ料I」を取得していた。受入待機が7日以内の施設（80対48%、 $p=0.160$ ）は和歌山県以外と比較して多い傾向が見られた。特に受入制限を設けていない施設（60対21%、 $p=0.038$ ）が多かったが、全国と同様に、人工呼吸器（40%）、透析（40%）があると受入困難であった。週あたり7日リハビリを実施している割合（40%）は全国レベルであったが、1日あたりのリハビリ実施単位（ 10 ± 6 対 6 ± 3 単位、 $p=0.006$ ）は和歌山県以外と比較して多く、日常生活動作（Activities of Daily Living; ADL）評価スケールはFIM（80%）、BI（60%）を多用した。

一般診療所（B群）：和歌山県の一般診療所群は、1診療所あたりの1ヶ月に診療する患者数は 445 ± 287 人、脳卒中既往患者数は 57 ± 77 人と全国レベルであった。診療している脳卒中既往患者に対するリハビリの提供（52対37%、 $p=0.154$ ）は多い傾向が見られた。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）（43%）と回答した施設は全国レベルであった。ADL評価スケールは介護保険意見書の日常生活自立度（61%）を多用した。

維持期入院入所施設（C群）：和歌山県の維持期入院入所施設群は、脳卒中患者への医師の

関わりがなかった。受入待機が1ヶ月以内の施設はなく、人工呼吸器、気管切開、合併症が多いこと、MRSA感染症があるといずれも1施設で受入困難であった。脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由は、高齢者のみの世帯、気管切開や経管栄養などの継続的医療が必要、多くの介護が必要と全施設が回答した。リハビリ機能を「十分に維持している」と回答した施設はなく、1施設がリハビリを「だいたい提供できている」と回答した。

通所および訪問施設事業所(D)群：和歌山県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 93 ± 130 人、脳卒中患者数は 20 ± 18 人と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(1 ± 1 対 3 ± 4 人、 $p=0.311$)、看護師数(3 ± 1 対 6 ± 9 人、 $p=0.235$)は和歌山県以外と比較して少ない傾向が見られたが、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(50対16%、 $p < 0.001$)は和歌山県以外と比較して多かった。特に受入制限を設けていない施設(56%)が多かった。リハビリの提供は80%と全国レベルであり、56%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(56%)を多用した。

急性期病院(E)群：和歌山県の急性期病院群は全国と同様に、回復期病棟(42%)、一般診療所(8%)、維持期入院入所施設(33%)、通所および訪問施設事業所(25%)を併設した。ADL評価スケールはBI(67対40%、 $p=0.061$)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(40%)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(20対43%、 $p=0.305$)よりも回復期病棟(60対37%、 $p=0.289$)と考えていた。急性期病院、維持期施設事業所との連携は全施設が「良好」と考えていたが、急性期病院に対しては急変時の受入(80%)、維持期施設事業所に対しては待機期間の短縮(80%)、リハビリの充実(60%)を要望した。他の回復期病棟との連携が「良好」と考える割合(40%)は全国レベルであった。一般診療所との連携も概ね「良好」(80%)と考えており、在宅支援に力を入れること(80%)を要望した。施設間の医療介護情報共有の取り組みをしている施設(60対13%、 $p=0.003$)は和歌山県以外と比較して多かった。一方で、自治体との連携を「良好」と考える割合(20%)は全国と同様に少なく、環境作り(80%)、現状把握(60%)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(39%)、市町村(35%)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(78%)と考えていた。急性期脳卒中を診療した際の対応は急性期病院への紹介(65%)であった。急性期病院(74%)、回復期病棟(61%)、維持期施設事業所(65%)との連携は概ね「良好」と考えていたが、急性期病院に対しては急変時の受入(91%)、回復期病棟と維持期施設事業所に対してはいずれもリハビリの充実(61%、57%)を要望した。また、施設間の医療介護情報共有の取り組みをしている施設(4%)は少なかった。他の一般診療所との連携を「良好」と考える割合(43%)は全国レベルであった。一方で、自治体との連携を「良好」と考える割合(26%)は少なく、環境作り(74%)を要望した。

維持期入院入所施設(C)群：脳卒中地域医療圏は都道府県(50%)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(50%)、回

回復期病棟(50%)、維持期入院入所施設(50%)と
考えていた。急性期病院、維持期入院入所施設、
一般診療所との連携はいずれも1施設が「良好」
と考えており、急性期病院に対しては急変時の
受入、一般診療所に対しては連絡会やカンファ
レンスの実施、積極的な介護保険意見書の作成
を要望した。1施設が維持期施設事業所との連
携を「良好」と回答した。回復期病棟、自治体との
連携を良好と回答した施設はなく、回復期病棟
に対しては入院経過中の医療情報の提供、自治
体に対しては環境作り、現状把握を要望した。

通所および訪問施設事業所(D)群: 脳卒中地
域医療圏は、二次医療圏(38%)、市町村(31%)
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(25%)、回復期病棟(50%)と考
えていた。急性期病院(40%)、回復期病棟(25%)と
の連携を「良好」と考える割合は少なく、急性期
病院に対しては急変時の受入(69%)を要望し、
回復期病棟に対しては医療情報の伝達(56%)、
リハビリの充実(63%)、日常生活動作状況の伝
達(75%)、在宅支援(69%)を要望した。維持期
入院入所施設との連携は半数が「良好」と考
えており、医療情報の提供(69%)を要望し、リハ
ビリ以外のサービスの充実(56対33%、 $p=0.052$)、
日常生活動作状況の伝達(38対14%、 $p=0.010$)
も和歌山県以外と比較して要望した。一般診療
所との連携は和歌山県以外と比較して概ね「良
好」(75対51%、 $p=0.057$)と考えていた。一方
で、自治体との連携を良好と考える割合(25%)
は少なく、環境作り(88対68%、 $p=0.070$)
を要望した。

急性期病院(E)群: 脳卒中地域医療圏は全
国と同様に、二次医療圏(42%)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(75%)と考えており、連携は概ね「良好」
(83%)と考えていた。回復期病院との連携を
「良好」と考える割合(64%)は全国レベル
であったが、リハビ

リの充実(42%)を要望し、待機時間の短縮を
要望する割合(25対53%、 $p=0.056$)は和歌
山県以外と比較して少なかった。一般診療所
との連携は概ね良好(92%)と考えていたが、
外来フォローアップ(75%)、生活支援(50%)
を要望した。維持期入院入所施設との連携
は概ね「良好」(75%)と考えていたが、入
院入所基準の緩和(50%)、生活支援(50%)、
リハビリの充実(67%)を要望し、待機時間
の短縮を要望する割合(42対68%、 $p=0.053$)
は和歌山県以外と比較して少なかった。一方
で、自治体との連携を「良好」と考える割
合(42%)は少なく、環境作り(58%)、現
状把握(67%)を要望した。

III. 介護保険に関する質問

回復期病棟(A)群: 介護保険を十分に理
解する従事者がいる割合(80%)は多かつた。
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」(40%)のは全国レベル
であった。80%の施設が介護保険主治医
意見書をすべて作成していると回答した。
医療保険と介護保険によるシステムの問題
点では、全施設が「十分なリハビリを提
供しにくい」と回答し、システムの利点を
挙げたものは少なかった。

一般診療所(B)群: 介護保険を十分に理
解する従事者がいる割合(35%)、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」割合(17%)は全国と同様
に少なかった。96%の施設が介護保険
主治医意見書をすべて作成していると回
答した。全国と同様に、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」(52%)が多
く、システムの利点を挙げたものは少な
かった。

維持期入院入所施設(C)群: 介護保
険を十分に理解する従事者がいると回
答した施設は1施設であり、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」と回答した施設はなく、脳卒中患者に「十分な介護サービスを提供できている」と1施設が回答した。1施設が介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した。医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分な介護を提供しにくい」と1施設が回答し、システムの利点を挙げたものはなかった。

通所および訪問施設事業所(D)群： 介護保険を十分に理解する従事者がいる割合(25対52%、 $p=0.035$)は和歌山県以外と比較して少なかった。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」割合(6%)は全国と同様に少なく、脳卒中患者に「十分な介護サービスを提供できている」割合(6対12%、 $p=0.003$)は和歌山県以外と比較して少なかった。全国と同様に、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」(56%)、「十分な介護を提供しにくい」(50%)が多く、システムの利点を挙げたものは少なかった。

急性期病院(E)群： 介護保険を十分に理解する従事者がいる割合(42%)、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」(27%)のは全国と同様に少なかった。83%の施設が介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した。全国と同様に、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」(67%)が最多であり、システムの利点を挙げたものは少なかった。

IV. 適切な評価尺度に関する質問

回復期病棟(A)群： 全国と同様に、第三者が回復期病棟を評価するのに適切な評価尺度は全施設がリハビリ機能と回答し、クリニカルパス使用率と回答した施設はなかった。連携もしくは情報共有のいずれかと回答したのは40%であった。

一般診療所(B)群： 全国と同様に、第三者が一

般診療所を評価するのに適切な評価尺度は急性期病院との連携(78%)が最多であり、全施設が連携もしくは情報共有のいずれかと回答した。

維持期入院入所施設(C)群： 全国と同様に、第三者が維持期入院入所施設を評価するのに適切な評価尺度は急性期病院との連携、回復期病棟との連携と1施設が回答し、連携もしくは情報共有のいずれかと回答したのは1施設であった。

通所および訪問施設事業所(D)群： 全国と同様に、第三者が維持期入院入所施設を評価するのに適切な評価尺度は急性期病院との連携(50%)、介護情報の共有(50%)、介護支援専門員との連携(50%)が多く、連携もしくは情報共有のいずれかと回答したのは94%であった。

D. 考察

和歌山県の急性期病院、回復期病棟、一般診療所の半数以上は他の施設との連携を「良好」と考えていた。一方で、維持期施設事業所では他の施設との連携を「良好」と考えていたのは半数以下であり、回復期病棟に対しては、半数以上の施設がリハビリの充実と医療情報の提供を要望した。脳卒中患者に対しては、組織化された多面的リハビリを行う専門病棟に入院した患者の機能が良好で自宅復帰率が高いことが報告されている⁶⁾。平成12年4月の診療報酬改定では、特定入院料に「回復期リハビリ病棟入院料」が設けられ、急性期治療と在宅介護の中間に位置する回復期病棟の効果が期待された。和歌山県の回復期病棟は、受入制限が少なく、受入待機期間が短く、クリニカルパス使用率が高いのが特徴的であった。しかし、増加し続ける脳卒中患者が必要なリハビリを受けるには十分ではなく、さらには回復期以降の維持期リハビリを充実させる必要がある。現在の

介護保険では「十分なリハビリを提供しにくい」と多くの施設が考えており、医療保険および介護保険を含めて、組織化された多面的リハビリを行う環境を整えることが今後の課題と考えられた。

急性期病院に対しては、60%以上の施設が急変時の受入を要望した。急性期病院の半数以上は他の施設との連携を「良好」と考えていたが、急性期治療から回復期リハビリ、在宅介護という一方通行のシームレスケアではなく、双方向に継ぎ目のない連携を築く必要があると考えられた。

一般診療所に対しては、外来フォローアップが期待されていた。「かかりつけ医」としての機能を発揮するためにも、急性期病院は急変時の受け入れ、回復期病棟や維持期入院入所施設はリハビリを充実させ、良好な連携を築く必要があると考えられた。

和歌山県の自治体に対しては、いずれの施設もが連携を「良好」と考えていたのは半数以下にとどまった。「みんなが協働する意識を高める環境づくり」を多くの施設が要望しており、自治体の医療および介護を担当する部署が調整役となり、一般住民からの意見収集、連携のためのアイデアの提供、会議や連絡会の開催などを行うことで、周辺地域の連携を推進していくことが今後の課題と考えられた。

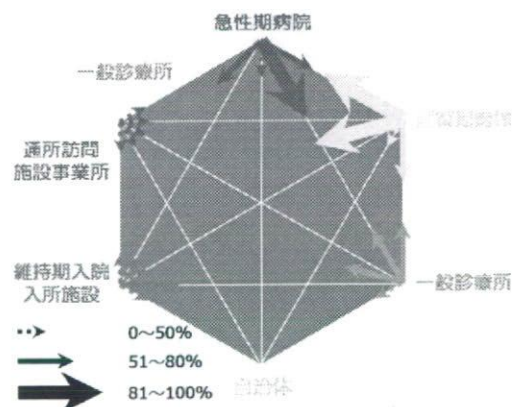
質の高い医療および介護を継続して提供するためには、評価システムも重要である。回復期病棟はリハビリ機能を評価尺度と考え、一般診療所や通所および訪問施設事業所は連携や情報共有と考えていた。多くの施設が利用していたFIMやBI介護保険意見書の日常生活自立度を軸に、連携や情報共有を評価する指標を加えることにより、評価システムを併せもつシームレスケアを実現できるであろう。

E. 引用文献

- 1) 厚生労働省「平成20年度診療報酬改定について」(平成20年)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/s0213-4.html>
- 2) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら: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—回復期リハビリテーション病棟の現状—, 脳卒中 30:735-743, 2008
- 3) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら: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—維持期入院入所施設の現状—, 脳卒中 30:710-722, 2008
- 4) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら: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—通所および訪問施設事業所の現状—, 脳卒中 30:697-709, 2008
- 5) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら: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—一般診療所の現状—, 脳卒中 30:723-734, 2008
- 6) Stroke Unit Trialists' Collaboration: BMJ314:1151-1159,1997

F. 図

他の施設との連携を「良好」と考える割合



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

—徳島県と全国データとの比較から—

所属：国立循環器病センター内科脳血管部門

古田興之介

徳島県の回復期病棟（A）群：

結果（A群）

徳島県内の回復期病棟 10 施設にアンケート郵送し、7 施設（70%）から有効回答を得た。脳卒中を診療していた 7 施設（全例）について解析した。以下、徳島県：全国の順で述べる。

【Ⅰ】回復期病棟に関する質問

回復期病棟以外の機能・役割では、訪問リハビリ（86%：55%、 $p=0.12$ ）、訪問看護（71%：49%、 $p=0.27$ ）が多い傾向にあり、急性期病院に併設されている回復期病棟は 57%：68%と全国平均より少なかった。回復期病棟の全病床数は 36.9 床：57.6 床と少なかった（ $p=0.04$ ）。そのうち脳卒中患者の占める割合は、14.2 床（38%）：34.7 床（60%）であり、回復期病棟に入っている脳卒中患者は全国平均と比較して非常に少なかった（ $p=0.01$ ）。勤務する医師は 2.1 人：2.4 人、理学療法士 5.7 人：8.8 人、作業療法士 3.3 人：6.3 人、言語聴覚士 1.9 人：2.6 人であった。脳血管疾患などリハビリ算定料Ⅰを 7 施設とも取得していた。受入制限理由は、人工呼吸器 57%：55%、透析 57%：60%など全国並みであった。受入待機期間は、1～7 日以内 57%：47%であった。多職種カンファレンスが 2 週間に 1 回以上であったのは 43%：40%で、全施設が 1 か月に 1 回以上は施行していた。リハビリ機能は十分と考える回復期病棟は 86%：74%と多かった。1 週間のリハビリ実施日数は 5 日が 14%：13%、6 日が 43%：63%、7 日が 43%：22%であった。1 日のリハビリ実施単位数は平均 4.9：6.2 であった。脳卒中患者の ADL 評価には Barthel Index 29%：42%、FIM 57%：72%、評価頻度は 1 か月に 1 回が 71%：71%であった。脳卒中患者の平均在院日数は 94.7 日：87.9 日であった（ $p=0.76$ ）。自宅退院率は 64.3%：61.0%であった。クリニカルパスの使用率は 3.2%：9.0%と低かった。

【Ⅱ】脳卒中地域連携に関する質問

脳卒中の地域医療圏として市町村単位で考えるのが 14%：15%、二次医療圏が 29%：42%、都道府県が 29%：7%、範囲にこだわらないのが 29%：15%であった。回復期病棟が考える脳卒中地域医療の中心的役割を果たすのは、回復期病棟 43%：38%、地域により異なる 29%：15%であり、急性期病院は 14%：42%と少なかった（ $p=0.24$ ）。急性期病院との連携は非常に良好 29%：37%、一部と良好 71%：56%であった。急性期病院への希望は、すぐに受入れてほしい 86%：61%、リハビリスタッフの紹介状がほしい 57%：25%という結果だった。一般診療所への希望として、定期的な連絡会やカンファレンスを持ちたいという意見が 43%：21%と多かった（ $p=0.16$ ）。維持期施設への希望は、リハビリの充実 86%：66%、在宅生活支援 71%：36%、定期的な連絡会やカンファレンス 57%：18%であった（ $p=0.02$ ）。地域連携パスをすでに共有しているのは 14%：13%、今後予定あり 71%：56%であった。自治体との連携はだいたい／非常に良好（以下良好）が 57%：43%であった。自治体への希望として、協働意識を高める環境整備、地域医療・介護の情報提供、脳卒中患者の医療・介護の現状調査などを半数以上の施設が挙げている。

【Ⅲ】介護保険に関する質問

介護保険について、ケアマネージャーが十分な関わりを持っているのが 71% : 41%であった。医療保険と介護保険の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と答えたのが最も多く 71% : 84%であった。さらに十分な介護を提供しにくいと答えたのも 57% : 34%と半数以上であった。

【Ⅳ】回復期病棟の評価尺度に関する質問

第三者が回復期病棟を評価するのに適当な尺度と回復期病棟が考える項目は、リハビリ機能 100% : 86%、地域での医療・介護情報の共有 71% : 28%、多職種によるカンファレンス 57% : 49%などが多かった。

考察 (A群)

まず、徳島県の回復期病棟は、全国平均より病床数もリハビリスタッフも有意に少なかった。これは人口が少ないためと考えられた。回復期病棟に入院している脳卒中患者の割合が全国平均より非常に少なかった。そして訪問看護、訪問リハビリの役割を果たしている施設が 7 割以上あり、全国平均より多い傾向にあった。回復期病棟の多くが訪問機能を備えているのは、高齢化や、過疎化の影響や、山間部が多く、通所しにくいことが原因の一部かもしれない。回復期病棟でのリハビリについては 7 施設中 6 施設が十分な機能を果たしていると自己評価しており、3 施設が年中無休でリハビリを実施していた。ただ 1 日当たりのリハビリ実施単位数は 4.9 : 6.2 と少なかった。院内クリニカルパスは殆ど使用されておらず、在院日数も全国平均より約 1 週間長かった。脳卒中の地域医療圏として、都道府県や範囲にこだわらないと答えた施設が多かった。徳島県の回復期病棟数は少なく、低人口密度と、比較的狭い県面積のために、回復期病棟は全国に比べてより広範囲での連携を考える傾向があるためであろう。また、回復期病棟は、脳卒中地域医療の中心が急性期病院よりも回復期病棟であると考えており、徳島県の回復期病棟は積極的に一般診療所や維持期施設との関わりを持ち、高齢者が自宅で生活できるための中心的役割を果たそうとする姿勢が見られた。

徳島県の一般診療所 (B) 群 :

結果 (B群)

徳島県内から選定した一般診療所 67 施設にアンケートを送付し、うち 13 施設 (19.4%) から有効回答を得た。脳卒中診療している 9 施設について解析した。以下、徳島県 : 全国の順で述べる。

【Ⅰ】診療所に関する質問

標榜科は内科 89% : 76%、循環器科 44% : 21% (p=0.09)、消化器科 33% : 23% (p=0.43)、神経内科 22% : 13%、脳外科 0% : 21%であった。一般診療所以外の機能として、訪問リハビリ 22% : 8%、通所リハビリ 22% : 7%であった。有床診療所の病床数は 19.0 床 : 16.5 床、脳卒中患者の利用は 5.3 床 : 6.9 床であった。1 か月の診療患者は 355.8 人 : 622.6 人、

そのうち脳卒中既往患者は 61.0 人 : 82.0 人であった。一か月の要介護患者は 36.7 人 : 62.3 人、そのうち脳卒中既往患者は 21.9 人 : 32.4 人であった。脳卒中既往患者が必要なリハビリを受けているかの質問では、だいたい / 十分に受けているが 78% : 51% であった。ADL 評価では、多くが介護保険意見書 (78% : 69%) を用い、FIM (22% : 6%、 $p=0.10$) も全国平均より多く用いられていた。

【Ⅱ】脳卒中地域連携に関する質問

一般診療所は、脳卒中における地域医療圏を市町村 (33% : 29%) と考える傾向があり、二次医療圏 (22% : 34%) や都道府県 (0% : 4%) は少なかった。一般診療所が、脳卒中地域医療で中心的役割をもつべき施設と考えているのは、回復期病棟 (33% : 18%) と急性期病院 (33% : 68%) が多かった。急性期病院との連携が良好と答えた一般診療所は 56% : 68% と全国平均より低かった。急性期病院への希望は、すぐに受入れてほしい 100% : 86% であった。回復期病棟との連携が良好なのは 44% : 47% と全国並みであった。回復期病棟への希望はリハビリ機能の充実とともに医療情報・介護情報の伝達が多かった。維持期施設との連携良好は 67% : 58% であった。維持期施設への希望は、在宅生活支援に力を入れてほしい (56% : 28%)、リハビリを充実させてほしい (44% : 53%) などが多かった。他の一般診療所との連携はよくないと答えた診療所はなかった。周辺地域全体の連携が良好と回答したのは 78% : 59% と多かった。医療情報について、地域連携パスを既に共有しているのは 22% : 11% ($p=0.24$)、今後予定ありが 44% : 27% ($p=0.26$)、介護情報について、地域連携パスを既に共有しているのは 11% : 10%、今後予定ありが 56% : 26% ($p=0.05$) と、今後の予定はいずれも全国平均を上回った。自治体との連携良好は 56% : 31% であった。

【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 56% : 34% と多かった。ケアマネージャーの関わりがだいたい / 十分にあるのが 78% : 67% であった。介護保険の問題点として、十分なリハビリを提供しにくいと考える診療所は 56% : 60% であった。

【Ⅳ】一般診療所の評価尺度に関する質問

脳卒中地域医療で第三者が一般診療所を評価するのに適当な尺度と考える項目として、地域での医療・介護情報の共有が 67% : 37% であった。急性期病院、回復期病棟、維持期施設との連携も各々 44.4% ずつ。

考察 (B群)

一般診療所のうち、循環器内科医が脳卒中診療している割合が全国より多かった。有効回答が少なかったが、脳外科からの回答はなかった。一般診療所での患者数は全国平均より少なかったが、脳卒中既往患者の割合は全国平均よりも多かった。一般診療所でも A 群 (回復期病棟) と同様に脳卒中地域医療の中心は急性期病院よりも回復期病棟と考える傾向があった。地域連携パスの実施率は全国平均並みに低いが、周辺地域全体の連携は比較的良好であると考えており、今後、地域連携パスの導入を予定している一般診療所は全国平均より多く、また診療所レベルでの FIM の活用が全国より高いことも含めて、地域連携

への動きは活発と思われた。

徳島県の維持期入院入所施設（C）群：

結果（C群）

徳島県内の維持期入院入所施設 26 施設に対しアンケート送付し、7 施設（26.9%）から有効回答を得た。そのうち脳卒中患者を診療、介護している 7 施設について解析した。以下、徳島県：全国の順で述べる。

【I】施設に関する質問

施設の機能は、介護療養型医療施設（57%：25%）、一般診療所（43%：9%）、医療療養病床群（43%：37%）、通所リハビリ（43%：25%）、短期入所療養介護（43%：21%）、訪問看護（29%：19%）、訪問リハビリ（29%：15%）の順に多かった。施設の病床数は 56.3 床：106.1 床で、そのうち脳卒中患者は 24.5 床：36.5 床を占めていた。勤務スタッフは、看護師 15.0 人：25.1 人、全看護補助者 12.3 人：30.4 人、医師 2.7 人：4.7 人であった。受入制限理由は、人工呼吸器 71%：67%、気管切開 71%：44%、透析 71%：59%、胃瘻 43%：13%、認知症 29%：7%、不穏 29%：11%であった。在宅診療できない理由として、人工呼吸器、経管栄養など継続的医療の必要性（71%：55%）が多かったが、独居のため（57%：73%）、高齢者世帯のため（43%：76%）は全国より少なかった。脳卒中患者にだいたい／十分にリハビリが提供できていると考えている維持期施設は 71%：51%であったが、十分なリハビリ機能を維持していると自己評価したのは 1 施設のみ（14%）であった。ADL 評価に用いている指標は Barthel Index 29%：15%、FIM 0%：11%、mRS 0%：1%、介護保険意見書 71%：61%であった。脳卒中患者の平均滞在日数は 588.5 日：353.7 日（ $p=0.27$ ）であった。自宅退院率は 26.3%：9.8%（ $p=0.04$ ）であった。

【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は、市町村と考える施設が 43%：38%、二次医療圏と考える施設が 43%：21%（ $p=0.16$ ）、都道府県と考える施設が 14%：5%であった。脳卒中地域医療で中心的役割を持つべき施設は、急性期病院が 57%：42%、維持期施設 29%：22%、回復期病棟 14%：33%であった。急性期病院との連携は良好（72%：63%）であった。急性期病院への希望として、すぐに患者受け入れてほしい 71%：75%、十分な医療情報伝達 71%：39%であった。回復期病棟との連携は、ほとんど関わりなしが 43%：14%で最も多く、あまり良好でない 29%：20%であった。一般診療所との連携も、良好が 29%：52%と少なかった。一般診療所と連絡会や多職種カンファレンスを持ちたい回答はなかった。他の維持期施設との連携は良好（57%：54%）であった。周辺地域全体の連携も良好（71%：49%）であった。周辺地域の連携構築での希望では自治体を含めた連携作りを希望する施設が 57%：43%と一番多かった。自治体との連携では、ほとんど関わりがない（43%：28%）が多かった。医療情報を地域連携パスで既に共有している施設は 1 施設のみ（14%）、介護情報を共有している施設はなかった。

【Ⅲ】介護保険に関する質問

介護保険を十分理解している従事者がいた維持期施設は 86%：47%と多かった。ケアマネージャーだいたい／十分に関わりをもっていたのは 100%：79%であった。介護サービスをだいたい／十分に提供できていると考えているのは 100%：85%であった。介護保険の問題点として、十分なりハビリを提供しにくい（86%：53%）が多かった。

【Ⅳ】維持期入院入所施設の評価尺度に関する質問

第三者が維持期入院入所施設を評価するのに適当な尺度としては、連携もしくは情報共有機能のいずれか 86%：64%、回復期病棟との連携 71%：31%、在宅生活支援 57%：41%が多かった。

考察（C群）

施設機能では、療養型医療施設が多く、一般診療所の機能を持っていること施設が多かった。またA、B群同様、訪問看護、訪問リハビリとしての機能も全国平均を上回っていた。病床数は全国平均の約半分で小規模な施設が多く受入制限も多いが、脳卒中患者のベッド利用率は高かった。また自宅退院率が全国平均に比べて、有意に高かったことは注目すべき点と考えられた。平均在院日数は全国平均より 200 日以上も長くなっているが、これは、7施設中のうち1施設が平均滞在日数を 1782 日と回答したためであった。脳卒中地域医療連携において、地域医療圏は二次医療圏と回答した施設が全国に比較して多かった。中心となるべき施設として、急性期病院の次に維持期施設を挙げた施設が多かった。急性期病院との連携はうまくいっていると感じているが、実際には医療情報の伝達はまだ不十分であった。一方で、回復期病棟や一般診療所との連携は良好とはいえなかった。維持期施設の評価尺度として、回復期病棟や一般診療所との連携が重要であるという意識はあるが、積極的な姿勢はみられず、どちらかという、自治体主導で地域連携を強化してくれることを期待している印象であった。

徳島県の通所訪問施設事業所（D）群：

結果（D群）

徳島県内の通所訪問施設 118 施設に対してアンケートを送付して 26 施設（22%）から有効回答を得た。そのうち脳卒中患者を介護している 16 施設事業所について解析した。以下、徳島県：全国の順で述べる。

【Ⅰ】施設・事業所に関する質問

通所訪問施設の機能として、訪問介護（44%：36%）、通所介護（44%：37%）、介護療養型医療施設（38%：5%）、一般診療所（31%：9%）、訪問看護（31%：24%）、通所リハビリ（25%：18%）、短期入所療養介護（25%：9%）、訪問リハビリ（19%：9%）、急性期病院（13%：5%）であった。一か月のサービス利用者は 64.4 人：111.4 人、そのうち脳卒中患者は 23.4 人（36%）：25.7 人（23%）であった。勤務スタッフは看護師 11.5 人：5.7 人（ $p=0.015$ ）、介護職員 19.0 人：18.6 人、ケアマネージャー 3.0 人：2.5 人、理学療法士 2.3

人:1.8人であった。医師がだいたい／十分に関わりをもっていたのは81%:61%であった。受入制限理由は、人工呼吸器(56%:35%)、透析(56%:22%)が多かった。脳卒中後遺症のある利用者はリハビリをだいたい／十分に受けているのが88%:71%であった。ADL評価尺度は、介護保険意見書75%:72%、Barthel Index 19%:6%であった。

【Ⅱ】脳卒中地域連携に関する質問

徳島県の通所訪問施設が考える脳卒中における地域医療圏は、市町村38%:43%、二次医療圏13%:12%で、全国とほぼ同等であった。脳卒中地域医療で中心的役割をもつべき施設は、急性期病院(50%:30%)と回復期病棟(50%:38%)であった。急性期病院との連携は概ね良好(31%:37%)であった。急性期病院への希望は、全国同様、すぐに受け入れてほしいという回答が最も多かった。回復期病棟との連携では良好と回答したのが44%:37%であった。回復期病棟への希望は、回復期病棟入院中のADLの情報提供が50%:61%で最多であった。一般診療所との連携は、良好という回答が44%:51%、一般診療所への希望は、すぐに受け入れてほしい(56%:43%)が最も多かった。維持期施設との連携は良好(44%:48%)で、維持期施設への希望は、リハビリの充実(31%:52%)、ADL情報提供(31%:41%)などが多かった。周辺地域全体の連携も良好(50.0%:37.9%)であった。医療情報、介護情報の共有は全国並みであった。周辺地域連携構築では、自治体と協力した連携を希望(31%:47%)が最多であった。自治体との連携では、良好19%:20%、良くも悪くもない31%:30%、ほとんど関わりがない31%:28%であった。自治体への希望では、協働意識を高める環境整備(94%:66%)が非常に多かった。

【Ⅲ】介護保険に関する質問

ケアマネージャーがだいたい／十分に関わっていたのは、100%:89%であった。だいたい／十分に介護サービスを提供できているのは、88%:82%であった。介護保険の問題点として、十分なリハビリを提供しにくい(69%:60%)が多かった。

【Ⅳ】在宅介護施設事業所の評価尺度に関する質問

第三者が維持期在宅介護施設を評価するのに適した尺度として、連携または情報共有機能(69%:81%)、介護情報の共有(38%:42%)を挙げる施設が多かった。

考察(D群)

徳島県の通所訪問施設の特徴として、一般診療所、医療療養病床群、介護療養型医療施設としての機能がある施設が多いことが挙げられる。そのためと思われるが、看護師の勤務数が全国平均の約2倍と有意に多かった。医師の関わりも全国平均を上回っていた。一か月のサービス利用者は、人口が少ないため全国平均より少ないが、その中で脳卒中患者の占める割合は全国平均の約1.5倍であった。つまり、人口比で見ると、脳卒中患者で通所訪問施設を利用している人は多く、重要な役割を果たしていた。

徳島県の急性期病院(E)群:

結果(E群)

徳島県内の急性期病院 57 施設に対しアンケートを送付し 26 施設 (45.6%) の有効回答を得た。そのうち脳卒中患者を診療している病院 16 施設について解析した。以後、徳島県：全国の順で述べる。

【Ⅰ】施設に関する質問

急性期病院に併設する機能として、訪問看護 (44% : 37%)、訪問リハビリ (38% : 26%)、回復期病棟 (31% : 28%)、医療療養病床群 (31% : 24%) の順に多かった。脳卒中患者の ADL 評価に使用する尺度は、介護保険意見書 (50% : 41%)、Barthel Index (38% : 41%) が多く、FIM (6% : 27%)、mRS (25% : 39%) が少なかった。

【Ⅱ】脳卒中地域連携に関する質問

急性期病院が考える脳卒中における地域医療圏は、二次医療圏 44% : 45%、都道府県 25% : 4% (p=0.0017)、地域により異なる 25% : 25%、市町村 6% : 16%であった。脳卒中地域医療で中心的役割を持つべき施設として、急性期病院 (81% : 69%)、回復期病棟 (31% : 27%)、維持期施設 (25% : 10%) の順に多かった。他の急性期病院との連携は良好 (88% : 75%) であった。回復期病棟との連携は良好 (88% : 75%) で、回復期病棟への希望では、リハビリ機能の充実 (56% : 49%)、医療情報の共有 (44% : 36%) などが挙げられた。一般診療所との連携は良好という回答が 88% : 74%で、一般診療所への希望では、維持期脳卒中患者の外来フォローアップ (88% : 74%) が多かった。維持期施設との連携は良好という回答が 88% : 69%で、維持期施設への希望では、リハビリの充実 (75% : 55%) が多かった。周辺地域全体の連携は良好 (100% : 73%) であった。医療情報の地域連携パスを既に共有 19% : 20%、今後医療導入予定あり 81% : 51%であった。介護情報の地域連携パスを既に共有 19% : 14%、今後導入予定あり 81% : 51%であった。周辺地域の連携構築での希望として、自治体と医療介護従事者の協力した連携作りを希望 (44% : 44%) が多かった。自治体が主体の連携はどの施設も希望しなかった。自治体との連携について、良好 44% : 34%、あまり良好でない/非常に悪い 50% : 31%であった。

【Ⅲ】介護保険に関する質問

ケアマネージャーがだいたい/十分に関わりをもっていたのは 69% : 79%であった。介護保険の問題点として、十分なリハビリを提供しにくい (69% : 67%) で最も多く、次いでシステムが理解しにくい (50% : 37%) であった。利点として、介護を提供しやすい (38% : 19%) を挙げる割合が多かった。

考察 (E群)

急性期病院に訪問看護、訪問リハビリ、回復期病棟、療養病棟の機能を併設する割合が全国平均よりやや多かった。急性期病院では ADL 評価に FIM が浸透していなかった。徳島県の面積が狭いためか、地域医療圏として都道府県を考える割合が全国平均より有意に多いのが特徴であった。周辺地域全体の連携は概ね良好と考えられ、すでに全国並みの地域連携パス使用率であった。今後についても全施設が地域連携パス導入予定と回答している。周辺地域の連携構築には自治体を含めることを希望する急性期病院が多かったが、こ

れは急性期病院の約半数が現時点では自治体との連携があまり良好でないと考えており、その改善を求めていると考えられた。急性期病院も、介護保険について、リハビリを提供しにくく、システムが理解しにくいと考えていた。

【結論】徳島県では、回復期病棟はリハビリ機能が充実し脳卒中地域医療の中心的役割を期待され、訪問看護や訪問リハビリの機能を備える施設が多かった。しかし、その数は少なく、一般診療所や維持期入院入所施設との連携が十分に構築されておらず、十分に機能しているとはいえなかった。一般診療所では循環器内科医が併診している場合が多かった。また、一部の一般診療所ではFIMが活用されていた。維持期入院入所施設では、療養型医療施設の自宅退院率が高く、一般診療所機能を併せ持つ割合が高かった。通所訪問施設を利用している脳卒中患者も多く、全体的に脳卒中になっても自宅で生活している様子が伺えた。脳卒中地域医療圏については、低人口密度や徳島県面積の狭さのためか一定しなかった。急性期病院は地域連携パス導入に意欲的であるが、その他の施設は施行率が低かった。

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

-広島県と全国データとの比較から-

所属：国立循環器病センター内科脳血管部門

古田興之介