

院入所施設は 150 施設（回答率 24%）、通所および訪問施設・事業所は 715 施設（回答率 22%）であった。このうち、鹿児島県に所在する急性期病院は 39 施設（7%）、回復期病棟は 16 施設（10%）、一般診療所は 18 診療所（4%）、維持期入院入所施設は 10 施設（7%）、通所および訪問施設・事業所は 27 施設（4%）であり、各病院・診療所・施設・事業所の概要に関する質問、脳卒中地域連携に関する質問、介護保険に関する質問について、全体の傾向をまとめ、全国と比較して鹿児島県の脳卒中地域医療の現状・特徴について調査した。

統計解析は χ^2 検定、t 検定を用いた。統計量の検定で $p < 0.05$ の結果が得られたものは、明らかな有意差としたが、比較対象数が少ない場合もあり、 $p < 0.1$ も傾向ありとして判定した（* : $p < 0.05$ 、** : $p < 0.1$ ）。

<結果>

I. 概要に関する質問

1) 急性期病院

介護老人保健施設*（10%vs.全国 4%）、小規模多機能型居住介護*（8%vs.全国 2%）、地域密着型特定施設入居者生活介護*（3%vs.全国 0.2%）、認知症対応型共同生活介護*（10%vs.全国 3%）を併設する病院が多く、回復期病棟を併設する病院も 4 割あった（39% vs. 全国 22%）。脳卒中患者の日常生活動作の評価に使用しているスケールについては、Barthel index（59%vs.全国 41%）が多く、Functional Independence Measure (FIM)（31%）、modified Rankin Scale(mRS)（31%）を使用している病院は同程度であった。

2) 回復期病棟

全国と同様に急性期病院（63%）、医療保険適応療養病床（56%）との併設が多いが、通所介護**（6%vs.全国 21%）は少ない。回復期病棟の平均病床数は 44 ± 19 床、脳卒中患者が利用する病床数は 26 ± 13 床（59%）と半数以上を占める。脳卒中患者の在院日数は平均 88 ± 33 日と差はないが、自宅退院率は $51 \pm 21\%$ *（vs.全国 $61 \pm 17\%$ ）とやや低い。1 スタッフあたりの病床数を全国と比較してみると、理学療法士 1 人当たり平均 15 ± 11 床**（vs.全国 11 ± 8 床）、作業療法士 1 人当たり平均 24 ± 19 床（vs.全国 18 ± 16 床）とリハビリを実施するスタッフ数が少ない傾向にあり、『十分なリハビリ機能を維持している』施設は 56%（vs.全国 74%）と少なかった。日常生活動作の評価にはおもに FIM（63%）および Barthel Index（63%）が用いられ、特に Barthel Index**（vs.全国 42%）および介護保険意見書の日常生活自立度*（38% vs.全国 16%）が多く使用されている傾向にあった。受け入れ待機期間は 3 日以内が 6%、7 日以内の受け入れは 63%と全国（47%）に比較すると短い傾向にある。

3) 一般診療所

有効回答を得た一般診療所の標榜科は内科が最も多く（78%）、次いでリハビリ科（44%）が多かった。全国比較では神経内科（33%vs.全国 13%）、リハビリ科*（全国 18%）と標榜する一般診療所が多く、特に神経内科、脳神経外科、リハビリ科のどれかを標榜する一般診療所が 72%*（全国 35%）と多い。

鹿児島県では医療保険適応療養病床、介護老人福祉施設、介護老人保健施設の併設している診療所はなかったが、通所リハビリ*（22%vs.全国 7%）を行う診療所が多い。有床診療所の割合は 44%（全国 11%）と多く、その平均病床数は 19 ± 1 床で、脳卒中患者が利用する病床数は 10 ± 7 床（全国 7 ± 6 床）と少し多い。1 ヶ月の診療患者実人数 519 ± 759 人のうち、脳卒中既往患者は 112 ± 122 人（34%）で、脳卒中既往患者の占める割合は多い*（全国 17%）。1 ヶ月に診療する要介護者数も 82 ± 131 人で、脳卒中既往患者は 70 ± 119 人（76±20%）と多かつた**（全国 50±29%）。しかし、要介護者への訪問診療を行っている診療所は少ない（44%vs.全国 57%）。脳卒中既往患者への何らかのリハビリ提供は 57%（全国 37%）の診療所で行っており、脳卒中患者の日常生活

動作の評価には介護保険意見書の日常生活自立度を用いる診療所が最も多いものの(61%)、Barthel Index*(28% vs.全国 8%) や FIM (11% vs.全国 6%) を用いている診療所も多かった。

急性期脳卒中を診療する機会のない診療所は 6%程度で、9 割以上は急性期脳卒中を診療することがあり、その場合の対処として『すべてすぐに急性期病院に紹介する』(44%)、『症例によりすぐに急性期病院に紹介する』(44%) と回答した施設が多いが、『ほとんど診療所での入院治療を行っている』診療所も 28%と全国と比べて多かった* (全国 5%)。

4) 維持期入院入所施設

有効回答を得た維持期入院入所施設は全国と比較して医療療養施設の割合が多く*(70%vs.全国 37%)、また、急性期病院、回復期病棟との併設も 40%*(全国 15%)、20%*(全国 7%) と多い。維持期入院入所施設の平均病床数は 97±82 床で、脳卒中患者が利用する病床は 33±21 床 (45%vs.全国 34%) と全国に比べて脳卒中患者の利用が多かった。スタッフ数については全国と差はないが、ソーシャルワーカーが『0 人』と回答した施設が 5 割と多い* (全国 15%)。受け入れ制限理由は人工呼吸器 (60%)、透析 (80%) が多く、受け入れ待機期間は 2 週間以内が 60%、1 ヶ月以内が 70%と短い。脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由は『独居』もしくは『高齢者のみの世帯』で『介護不足』が 9 割とほとんどを占める。リハビリの提供については、60%の施設で『提供できている』と回答し、『十分なリハビリ機能を維持している』と回答した施設は 20%、『機能改善を図っている』施設も 50%みられた。脳卒中患者の日常生活動作の評価には全国と同様に介護保険意見書の日常生活自立度を用いている施設所が最も多く (80%)、次いで FIM と回答した施設が 30%であった。施設での滞在日数は平均 346 ± 421 日であり、全国と変わらないが、自宅へもどる割合は 20±23%と全国 (10±17%) と差比べて高率であった**。

5) 通所および訪問施設・事業所

有効回答を得た通所および訪問施設・事業所は主に訪問介護 41%、通所リハビリ 41%、通所介護 37%、短期入所生活介護 26%、認知症対応型共同生活介護 22%、訪問看護 15%、訪問リハビリ 15%、短期入所療養介護 11% の順で多かった。特に通所リハビリ* (全国 18%)、短期入所生活介護 (全国 15%)、認知症対応型共同生活介護** (全国 11%) が多い。通所および訪問施設・事業所の 1 ヶ月のサービス利用者平均 107±199 人のうち、脳卒中患者は 26±29 人 (25%) であった。スタッフとしては介護職員が 16±27 人と最も多く、他県と差はない。受け入れ制限理由は、『特になし』としている施設は 30%と全国と比べ少なく** (全国 47%)、制限として多い合併症は気管切開、人工呼吸器、透析がそれぞれ 26%、37%、30%と多かったが、MRSA (22%vs.全国 16%) や褥瘡 (11%vs.全国 4%) も多い。ほとんどすべての施設 (96%) でリハビリの提供が何らかの形で行われ、脳卒中後遺症のある利用者の 89%がそのリハビリを受けている。脳卒中患者の日常生活動作の評価には全国と同様に介護保険意見書の日常生活自立度を用いる施設所が最も多かった (70%)。そのほか、Barthel Index と回答した施設が全国と比べて 15%と多かった** (全国 6%)。

II. 脳卒中地域連携に関する質問

1) 地域医療圏

急性期病院、回復期病棟、一般診療所の考える地域医療圏で最も多い回答は『二次医療圏』(それぞれ 41%、25%、39%) で、『市町村』の回答はそれぞれ 18%、25%、28%、『都道府県』の回答はそれぞれ 0%、6%、0%と少なかった。維持期入院入所施設、通所および訪問施設・事業所での最も多い回答は『市町村』(それぞれ 30%、41%) であり、『二次医療圏』の回答はそれぞれ 10%、7%、『都道府県』の回答はそれぞれ 0%、7%であった。

2) 脳卒中地域医療における中心的役割

急性期病院、回復期病棟、一般診療所の考える脳卒中地域医療の中心的役割は全国同様に『急性期病院』（それぞれ69%、56%、56%）と回答する施設が多く、次いで『回復期病棟』（33%、44%、22%）とその傾向に全国と差はなかった。しかし、維持期入院入所施設では中心的役割に『回復期病棟』（60%**vs.全国33%）と回答する施設が最も多く、次いで『急性期病院』（40%）であった。通所および訪問施設・事業所では、中心的役割は『急性期病院』（44%）と考えている施設が多いが、次いで『維持期施設・事業所』（38%）、『回復期病棟』（33%）の順序となり、回復期病棟の脳卒中医療の役割としての認識・期待が全国と比べると低い。

3) 各病院・診療所・施設・事業所が感じている『良好』な連携

急性期病院において、連携が『非常に良好／一部良好』（以下、『良好』）と回答した割合は、急性期病院間連携87%、回復期病棟連携77%、一般診療所連携77%、維持期施設・事業所連携72%であった。回復期病棟では、急性期病院連携94%、回復期病棟間連携63%、一般診療所連携94%、維持期施設・事業所連携94%で、全国と比較すると回復期病棟間連携**（vs.全国42%）および一般診療所連携**（vs.全国71%）が比較的良好であった。一般診療所では、急性期病院連携78%、回復期病棟連携44%であり、一般診療所間連携は72%で全国と比して多い傾向にあった*（全国45%）。維持期施設・事業所連携は72%であった。維持期入院入所施設では、急性期病院連携70%、回復期病棟連携50%で、一般診療所連携は80%と全国と比べても多い**（全国52%）。維持期施設・事業所間連携は70%であった。通所および訪問施設・事業所では、急性期病院連携55%と全国と比較して多く*（全国37%）、回復期病棟連携48%、一般診療所連携56%、維持期入院入所施設連携は52%、通所および訪問施設・事業所間連携は67%であった。

『良好』な連携と回答した割合を矢印の幅・四角枠の大きさ（同医療機関間、同施設間の連携）・色（75%以上を赤色、50%～74%を黄色、50%未満を青色）で表現し、その関係を急性期病院、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・事業所ごとにそれぞれ図示した（図1-5）。

図1. 急性期病院からみた連携

図2. 回復期からみた連携

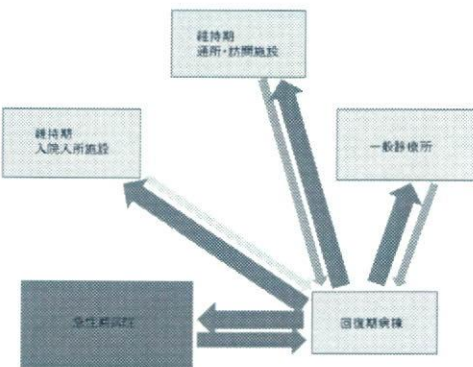
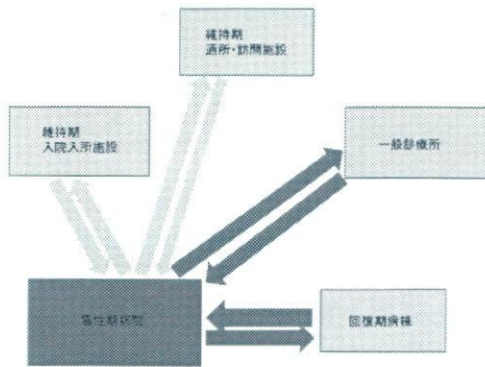


図3. 一般診療所からみた連携

図4. 維持期入院入所施設からみた連携

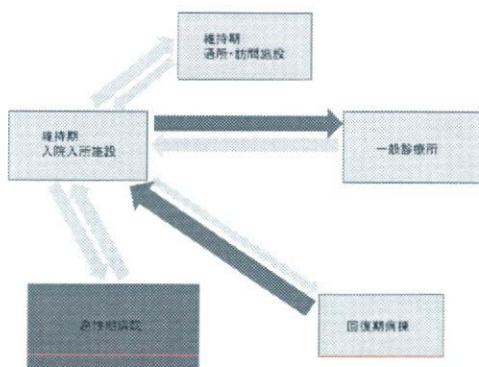
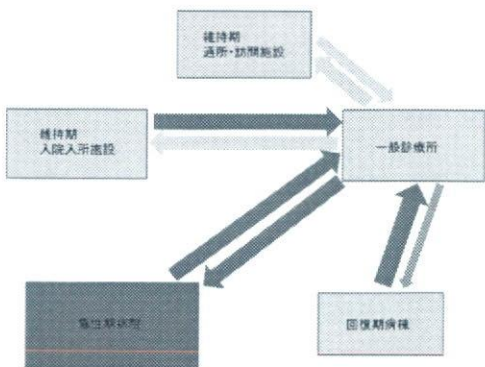


図 5. 通所および訪問施設・事業所からみた連携

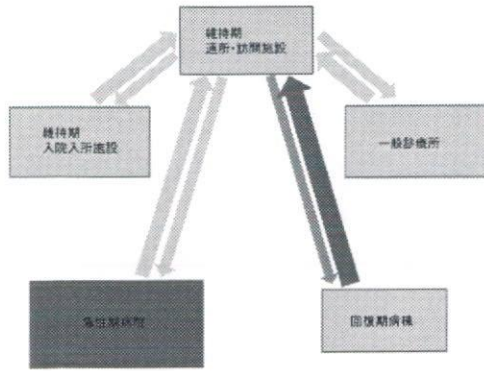


図 1-5 はそれぞれ急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期入院入所施設、通所および訪問施設・事業所からみた連携を示している。急性期病院間の連携、急性期病院と回復期病棟間、急性期病院と一般診療所間の連携は互いに非常に良好であることがわかる。しかし、回復期病棟⇔一般診療所・維持期入院入所施設・通所および訪問施設・事業所との連携は回復期病棟が考えているほどには各診療所・施設とも連携良好とは考えておらず、回復期病棟が考えている連携と一般診療所、維持期施設・事業所が考える回復期病棟との連携については著しい格差がみられる。急性期病院を除く他の医療機関、施設、事業所の連携については、非常に良好とは言えないが、互いの連携力の感じ方の格差はない。

4) 医療・介護情報の共有化

『地域連携パスなどで医療情報をすでに共有している』急性期病院、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・事業所はそれぞれ 15%、13%、6%、0%、15%、『今後共有する予定』はそれぞれ 59%、44%、44%、40%、22%、『予定していない』病院は 18%、38%、50%、50%、56%であった。また、介護情報についても『すでに共有している』と回答した急性期病院、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・事業所はそれぞれ 5%、6%、0%、0%、15%、『共有を予定している』病院は 56%、63%、50%、30%、26%、『予定していない』病院は 26%、31%、50%、50%、41%であった。医療情報、介護情報の共有化が何らかの形で確立されている頻度は全体的に少なく、情報の共有化は進んでいない。

5) 各病院・診療所・施設・事業所への希望

① 急性期病院への希望

回復期病棟 『十分な医療情報提供』(75%)、『急病時の受け入れ』(63%)が多い。

一般診療所 『急病時の受け入れ』(83%)、『十分な医療情報提供』(33%)が多い。

維持期入院入所施設

『急病時の受け入れ』(90%)、『十分な医療情報提供』(40%)、『在宅生活支援』(40%)が多かった。『在宅生活支援』については全国と比較して目立っていた** (全国 17%)。

通所および訪問施設・事業所

『急病時の受け入れ』(82%)、『十分な医療情報伝達』(48%)が多かった。また、『連絡会、カンファレンスの開催』(11%vs.全国 23%)や『介護保険意見書の作成』(7%vs.全国 21%)の希望は少なかった。

② 回復期病棟への希望

急性期病院 『リハビリの充実』(49%)、『医療情報の共有』(44%vs.全国 36%)、『在宅生活支援』(39%vs.全国 30%)、『定期的な連絡会やカンファレンス』(33%vs.全国 23%)が多い。

一般診療所 『リハビリの充実』(56%)、『運動機能・ADL 情報提供』(50%)、『医療情報提供』(39%)、『在宅支援』(33%)が多い。

維持期入院入所施設

『リハビリの充実』(60%)、『医療情報伝達』(40%)、『在宅支援』(40%)が多い。全国と比較して『在宅生活支援』の希望が多く** (全国 19%)、『連絡会やカンファレンスの開催』(30%vs.全国 13%)の希望も多かった。

通所および訪問施設・事業所

『運動機能・ADL 情報提供』(56%)、『医療情報伝達』(52%)、『リハビリ機能の充実』(44%)、『在宅生活支援』(33%)が多い。

③ 一般診療所への希望

急性期病院 『外来フォローアップ』(69%)、『在宅生活支援』(51%)、『医療情報の共有』(49%)が多い。鹿児島県では特に『医療情報の共有』が多い* (全国 32%)。

回復期病棟 『在宅生活支援』(50%)が多い。

維持期入院入所施設

『在宅生活支援』(50%)、『医療情報の共有』(40%)が多い。『在宅生活支援』の希望が全国と比較して多く目立った(全国 29%)。

通所および訪問施設・事業所

『医療情報の共有』(52%)、『介護情報の共有』(48%)、『在宅生活支援』(41%)が多い。『介護保険意見書の作成』* (4%vs.全国 20%)の希望は少なかった。

④ 維持期施設への希望

急性期病院 『待機期間の短縮』(74%)、『リハビリの充実』(62%)、『入所基準の緩和』(44%)、『在宅生活支援』(39%)が多い。鹿児島県では特に『定期的な連絡会やカンファレンス』(20% vs. 全国 13%)が多い。

回復期病棟 『待機期間の短縮』(63%)、『リハビリの充実』(63%)、『入所基準の緩和』(38%)が多い。

一般診療所 『待機期間の短縮』(56%)、『リハビリの充実』(44%)、『入所基準の緩和』(39%)、『在宅支援』(33%)が多い。全国では『リハビリの充実』が最も多いが、鹿児島県では『リハビリの充実』よりも『待機期間の短縮』が最も多い。

通所および訪問施設・事業所

『リハビリの充実』(44%)、『在宅生活支援』(37%)が多い。他の通所および訪問施設・事業所への希望は『運動機能・ADL 情報の提供』** (67%vs.全国 51%)、『リハビリの充実』(63%)が多い。

⑤ 各病院、診療所、施設、事業所への希望の傾向

急性期病院への共通した希望は『急病時の受け入れ』と『十分な医療情報提供』であった。回復期病棟への共通した希望は『リハビリの充実』、『医療情報提供』、『運動機能・ADL 情報提供』、『在宅生活支援』であった。一般診療所への共通した希望は『在宅生活支援』、『医療情報の共有』、『介護情報の共有』であった。維持期施設への共通した希望は『待機期間の短縮』、『リハビリの充実』、『入所基準の緩和』、『在宅生活支援』である。さらに鹿児島県の特徴として、維持期施設・事業所から急性期病院や回復期病棟へ、急性期病院から維持期施設・事業所への定期的な連絡会の希望も多くみられ、意見および情報交換を行いたいという急性期病院、維持期施設・事業所の前向きな連携思考がうかがえる。また、維持期入院入所施設から各病院、診療所への在宅生活支援の希望が目立ち、維持期施設への負担があるのか

もしれない。

6) 周辺地域連携構築

脳卒中地域医療における周辺地域全体の連携状況について、良好と回答した急性期病院、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・事業所はそれぞれ 77%、94%、67%、60%、30%であった。急性期病院、回復期病院は連携できていると感じている施設が多いが、維持期入院入所施設になると低下傾向になり、通所および訪問施設・事業所はうまく連携がとれていないと感じている。周辺地域全体の連携の感じ方には、急性期病院・回復期病棟と通所および訪問施設・事業所では格差がある。

周辺地域の連携構築で希望することについては、急性期病院、回復期病棟、維持期入院入所施設からは『コミュニケーションの場』（急性期病院*51%vs.全国 34%、回復期病棟 50%、維持期入院入所施設**50%vs.全国 27%）の意見が多い。また、『連携づくり』に関しては急性期病院、一般診療所、維持期入院入所施設、通所および訪問施設・事業所は『自治体と医療・介護従事者が協力した連携』（それぞれ 56%、33%、40%、56%）の回答が多く、また、急性期病院、一般診療所、維持期入院入所施設からは『自治体主体の連携』（急性期病院 28%vs.全国 19%、一般診療所*28%vs.全国 10%、維持期入院入所施設**40%vs.全国 13%）も意見が多く、自治体の何らかの連携介入を特に希望している。ただし、回復期病棟では『医療介護従事者主体の連携』を希望している施設が 38%と『自治体と医療・介護従事者が協力した連携』（31%）より多い。そのほか、『医療情報の共有』の意見も多く、回復期病棟で 31%、一般診療所で 33%、通所および訪問施設・事業所で 30%の回答がある。

7) 自治体との連携

脳卒中地域医療における自治体との連携状況について、良好と回答した急性期病院、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・事業所はそれぞれ 26%、44%、39%、30%、26%と全体的に低い。

自治体への希望については、急性期病院、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・事業所ともに『みんなが協働する意識を高める環境づくり』（それぞれ 72%、56%、61%、50%、63%）を最も希望している。次いで急性期病院、回復期病棟からは『脳卒中患者の医療・介護情報の現状の調査』（急性期病院**62%vs.全国 49%、回復期病棟 50%）や『地域における医療・介護に関する情報の提供』（急性期病院 54%*vs.全国 33%、回復期病棟 50%）の意見が多い。一般診療所、維持期入院入所施設からも『地域における医療・介護に関する情報の提供』（50%、40%）の意見が多く、『施設・事業所の意見を聞いてほしい』（維持期入院入所施設 50%）の要望もみられる。特に急性期病院では『施設・事業所の意見を聞いて欲しい』*（33%vs.全国 20%）の意見も多く、自治体の脳卒中地域医療への参加を強く望んでいると考えられる。

Ⅲ. 介護保険に関する質問

1) 介護保険の説明

ほとんどの従事者もしくは一部の従事者が介護保険について十分に理解し、わかりやすく説明できると回答した病院・施設は急性期病院では 39%、回復期病棟では 56%、一般診療所では 39%、維持期入院入所施設では 50%、通所および訪問施設・事業所では 44%であった。

2) 医療保険と介護保険によるシステム

医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、急性期病院、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・事業所で共通して『十分なりハビリを提供しにくい』（それぞれ 64%、88%、72%、60%、70%）、『十分な介護を提供しにくい』（それぞれ 56%**vs.全国 42%、44%、61%、40%、56%）の意見が特に多かった。急性期病院では全国と比較すると特に『システムが理解しにくい』（44%vs.全国 37%）、『地域連

携が難しい』** (36%vs.全国 24%) などシステム全般に不満を感じている病院が多い。また、回復期病棟、一般診療所でも、『脳卒中患者が満足しにくい』(それぞれ 56%、61%*vs.全国 28%) と回答することが全国と比べても多く、システムの利点として挙げた施設よりも特に目立った。鹿児島県の維持期入院入所施設では、医療保険と介護保険によるシステムの利点として『連携しやすい』と回答した施設が 30%とやや多い(全国 16%)。

<考察>

鹿児島県の脳卒中地域医療の特徴

鹿児島県の急性期病院では回復期病棟の併設が約 4 割あり、少ないけれども介護老人保健施設、小規模多機能型居住介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護といった維持期入院入所施設や介護サービスを併設している病院が目立つ。

鹿児島県の回復期病棟施設は病床数や提供内容については全国と比べて差はないが、病床数に比して理学療法士や作業療法士などのリハビリスタッフが少なく、自宅退院率は低い傾向にある。しかし、在院日数に関しては平均的である。これは維持期施設、一般診療所などでの受け入れ体制が十分行えているからかもしれない。

鹿児島県の一般診療所で診療される脳卒中既往患者の割合は 3 割を超え、診療を行っている要介護者の 76%が脳卒中既往患者であった。また、通所リハビリを行っている診療所が多く、脳卒中患者の日常生活動作の評価に **Barthel Index** や **FIM** を用いている診療所が目立った。この傾向は、回答を得た鹿児島県の一般診療所が『神経内科』、『リハビリ科』が多いことに伴う結果かもしれない。ただし、一般診療所の有床診療所の割合は高く、脳卒中患者の利用も多いが、訪問診療まで行っている診療所は少なかった。さらに、鹿児島県の一般診療所における急性期脳卒中医療の特徴として、急性期脳卒中患者をそのまま診療所で入院治療を行っている場合が意外に多い。有床診療所が多く、脳卒中既往のある要介護者を多く診療し、回復期病棟の状況も考慮すると、一般診療所が一部の介護度の高い脳卒中患者の受け皿となり、また、急性期患者の入院診療も含め急性期病院から維持期施設・事業所の役割の一部を担っている可能性がある。

鹿児島県の維持期入院入所施設は医療保険適応療養施設が多い。鹿児島県の通所および訪問施設・事業所には通所リハビリが特に多い。また、多くが急性期病院や回復期病棟を併設し、脳卒中患者の日常生活動作の評価に **FIM** を取り入れている施設も多い。維持期入院入所施設の平均病床数は 97 床と少な目であるが、脳卒中患者の利用する病床は平均 33 床 (45%) と多い。看護師・理学療法士のスタッフ数は全国平均的であり、ソーシャルワーカー数は少ない。受け入れ待機期間は 1 ヶ月以内が 7 割を占め、全国と比べてみると短い傾向にある。また、自宅へもどる割合が平均 20%と全国と比べて 2 倍高率である。鹿児島県の維持期入院入所施設では、受け入れ待機期間が短く、かつ、患者を自宅へ復帰させることへの意識が強い傾向が特徴として挙げられ、回復期病棟から患者を早期に受け入れて、リハビリや在宅生活支援を行い、回復期病棟としての役割を一部補っているような印象を受ける。維持期入院入所施設から各病院、診療所への在宅生活支援の希望が目立っていることから、維持期施設の負担が多く、脳卒中地域医療の中心的役割として回復期病棟への介入を期待しているのかもしれない。

鹿児島県脳卒中地域医療の連携において急性期病院と各医療機関、施設、事業所との連携は比較的良好と考える。これは、急性期病院が他機能病棟・施設を併設していることも関係しているかもしれない。回復期病棟を除く診療所、施設、事業所の連携も非常に良いとまでは言えないが、比較的良好と考える。回復期病棟は一般診療所、維持期施設・事業所との連携がうまく行えているように思っているが、一般診療所、維持期施設・事業所の望む連携は作れていない。また、回復期評価尺度として連携を選択していない施設が多い。

脳卒中地域医療の中心は脳卒中急性期を扱う急性期病院が中心となるべきと考えている医療機関、施設、事業所が多い。しかし、上述のごとく、維持期入院入所施設は回復期病棟への脳卒中地域医療の中心的役割を求めている。その結果、急性期病院へは急病時の受け入れ体制の充実を、急性期病院・回復期病棟へは医療情報、ADL

情報の十分な提供、定期的な連絡会の開催、意見交換機会の提供と参加など連携が求められるとともに、特に回復期病棟へは在宅生活支援への介入が求められている。

鹿児島県では介護サービスの提供や脳卒中患者への関わりについては多くの医療機関、施設、事業所が積極的に行っていることがうかがえるが、現システムでは十分なリハビリ・介護のサービス提供が行えていないと感じていることが多く、医療機関、施設、事業所の多くが、脳卒中患者自身も満足が得られていないだろうと自覚している。また、脳卒中患者の様々な情報の共有化の希望は多いが、実際に情報の共有化が行えている施設は少ない。自治体と一緒に連携構築を望んでいる施設が半数以上であるが、自治体との連携がうまく行えているとは言えない。また、現システムではリハビリ・介護の提供できるサービス不足など様々な問題を感じている施設も多い。自治体との連携に関しては満足している病院は少なく、周辺地域の連携への自治体の関与や連携を深める環境づくりや自治体との協働を特に求めている。また、医療保険・介護保険にも満足していない病院が特に多く、自治体へは脳卒中地域医療への積極的な介入を切望している。ただし、回復期病棟だけは、脳卒中診療に関しては自治体との連携は意識していない傾向がうかがえる。

<まとめ>

鹿児島県の脳卒中診療体制及びその医療連携の特徴として

- ① 神経内科、リハビリテーション科標榜、及び回復期病棟を併設する急性期施設が多い。
- ② 一般診療所・維持期施設の役割は多く、リハビリ提供率、標準的リハビリ評価法の普及率が高い。
- ③ 回復期病棟の後方支援サービスとしての介護サービス提供が少ない。
- ④ 全体的な情報の共有化が少なく、自治体との連携強化が望まれる。

(資料 4)

班会議プログラム

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金による
「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定と
監査システム開発に関する研究」班
平成 20 年度 第 1 回班会議

日時：平成 20 年 7 月 11 日（金）14 時～16 時

場所：国立循環器病センター 第 2 会議室

～ プログラム ～

14:00～14:10 ご挨拶 主任研究者 峰松一夫

14:10～15:10 本年度の研究計画について

1. 急性期インディケータマニュアル完成および調査実施
2. 地域医療連携に関する検討
3. 急性期施設を対象としたアンケート調査
4. 「平成 20 年度診療報酬改定（リハビリテーション料、超急性期脳卒中加算など）」の影響に関する全国調査（案）
5. 研究成果の論文化

15:10～15:50 各モデル地域の進捗状況および今後の計画について
各分担研究者からの報告および質疑応答（発表 5 分 質疑応答 5 分）

15:50～16:00 事務連絡

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金による
「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定と
監査システム開発に関する研究」班
平成 20 年度 第 2 回全体班会議

日時：平成 20 年 9 月 14 日（日）16:30 ～ 18:00

場所：聖マリアンナ医科大学 教育棟 5 階 第 1・第 2 会議室

～ プログラム ～

16:30～16:40 ご挨拶 主任研究者 峰松一夫

16:40～17:50 議題

1. 脳卒中急性期インディケータ調査の実施状況
2. 脳卒中地域医療連携に関する検討の進捗状況
3. 急性期施設を対象としたアンケート調査の結果報告
4. 今後の予定

17:50～18:00 事務連絡

(資料 5)

神奈川公開シンポジウム

プログラム・発表スライド

公開シンポジウム

“継ぎ目なき質の高い脳卒中地域医療をめざして”

主催：厚労科研究費「脳卒中地域医療におけるインディケータの選定と監査システム開発に関する研究」

後援：神奈川県、川崎市、神奈川県医師会、社団法人神奈川県病院協会

日時：平成20年9月14日（日） 13:00～16:00

場所：聖マリアンナ医科大学病院 別館8階臨床講堂

開会挨拶 聖マリアンナ医科大学神経内科 長谷川泰弘

13:05～13:20 【基調講演】

座長：秋田県立脳血管研究センター 安井 信之
「脳卒中医療新時代の光と影」

主任研究者 国立循環器病センター 峰松 一夫

13:20～14:15 【研究班報告】

座長：国立病院機構九州医療センター 岡田 靖

1. 秋田県の脳卒中医療の現状と将来

秋田県立脳血管研究センター 鈴木 明文

2. 脳卒中地域連携クリニカルパスと脳卒中ノート ～大阪府北部地域の試み～

国立循環器病センター 長束 一行

3. アンケート調査から見た日本の回復期医療と介護の現状

国立循環器病センター 古賀 政利

14:15～14:25 休憩

14:25～16:00 【パネルディスカッション】

「神奈川の脳卒中地域連携医療を考える」

座長：聖マリアンナ医科大学 長谷川泰弘

1. 病院前救護 麻生消防署警防第1課柿生救急隊隊長 市川 忠克

2. 回復期リハビリテーションの立場から 新戸塚病院 林 暁

3. 医師会かかりつけ医の立場から ばんどうクリニック 板東 邦秋

4. 行政から 神奈川県保健福祉部医療課長 長谷川嘉春

5. 総合討論

閉会の辞

国立循環器病センター 峰松 一夫

- ◆ 対象職種：脳卒中医療連携にかかわるすべての方々
- ◆ 定員：220名（先着順）
- ◆ 参加費：無料
- ◆ 連絡先：聖マリアンナ医科大学・内科学（神経内科）
F A X：044-976-8516
E-mail：shinnai2@marianna-u.ac.jp
ホームページ：http://marianna-neurology.jp

(神奈川公開シンポジウム発表スライド)

【基調講演】

「脳卒中医療新時代の光と影」

演者： 国立循環器病センター

主任研究者 峰松 一夫

血栓溶解療法への障害

(Kwan J, et al: Age ageing 2004;33:116-121)

- ✓ 患者、家族が脳卒中の症状を理解せず緊急性を認識しない
- ✓ 救急車ではなく一般医に最初にかかる
- ✓ 救急隊が脳卒中を緊急扱いしない
- ✓ 画像診断に時間がかかる
- ✓ 病院での脳卒中对応の能率が悪い
- ✓ 血栓溶解療法のICが難しい
- ✓ 医師が血栓溶解療法に不安がある

JSA 社団法人日本脳卒中協会

脳卒中の5大症状

脳卒中週間 2006年5月25日(月)～31日(日)

- ✓ 片方の手足・顔半分の麻痺・しびれが起こる
- ✓ ロレツが回らない、言葉が出ない、他人の言うことが理解できない
- ✓ 力はあるのに、立てない、歩けない、フラフラする
- ✓ 片方の目が見えない、物が二つに見える、視野の半分が欠ける
- ✓ 経験したことのない激しい頭痛がする

血栓溶解療法への障害

(Kwan J, et al: Age ageing 2004;33:116-121)

- ✓ 患者、家族が脳卒中の症状を理解せず緊急性を認識しない
- ✓ 救急車ではなく一般医に最初にかかる
- ✓ 救急隊が脳卒中を緊急扱いしない
- ✓ 画像診断に時間がかかる
- ✓ 病院での脳卒中对応の能率が悪い
- ✓ 血栓溶解療法のICが難しい
- ✓ 医師が血栓溶解療法に不安がある

2006.9.26

BRAIN ATTACK マスメディアへの浸透

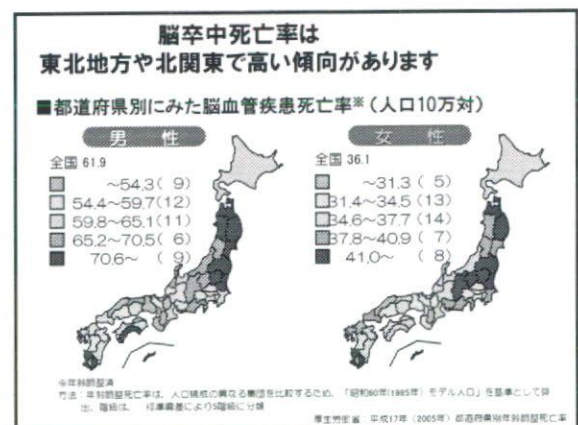
発症3時間 tPA使えるか

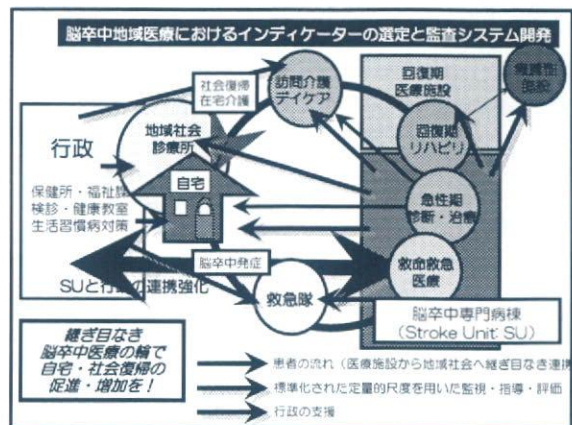
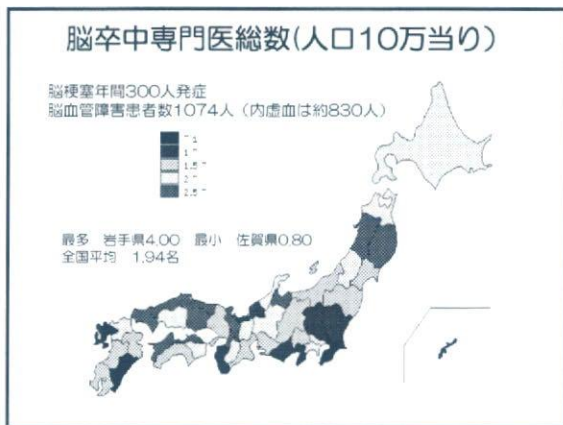
脳卒中 新薬の点滴 時間との闘い

一晩中チェック わずかな変化も見逃さない

わが国における脳卒中治療新時代の到来

- ✓ 2005年10月 rt-PA (アルテプラゼ) 認可
- ✓ 日本脳卒中学会→適正治療指針、適正使用講習会、使用成績調査(2年間全例調査)開始
- ✓ 市民啓発、救急隊との連携
- ✓ 医療法改正(4疾病5事業の1つとしての脳卒中)
- ✓ 2006年4月 脳卒中ケアユニット入院医療管理料新設
- ✓ 同上 脳血管疾患等リハビリテーション料新設
- ✓ 院内体制再構築(脳卒中ユニット、脳卒中センター)
- ✓ 2007年10月 rt-PA国内使用推定8,334例
- ✓ 2008年4月 超急性期脳卒中加算新設

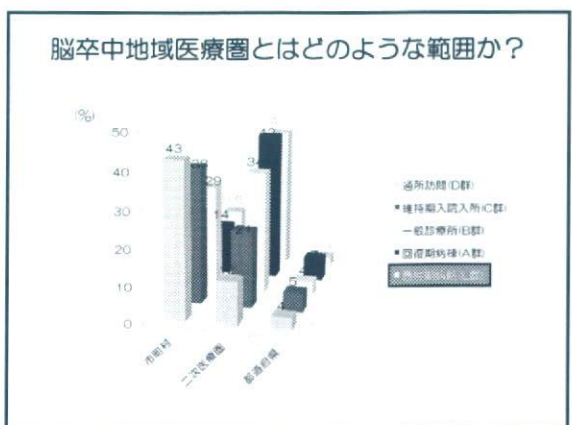


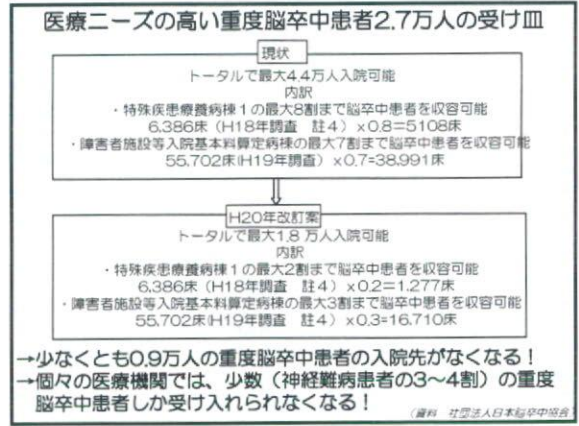
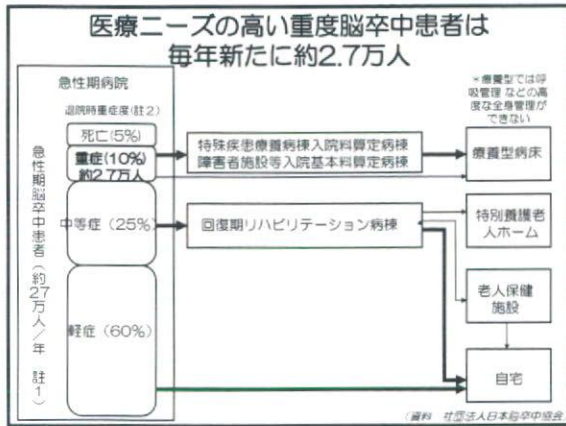


医療法の改正

平成18年法律第84号、以下「改正法」

- ✓ **【法第30条の4第1項】**厚生労働大臣が医療提供体制の確保に関する基本方針を定め、都道府県はその基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて医療計画を定めること
- ✓ **【医療計画の記載事項】**新たに、4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)、5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)の確保に必要な事業に関する事項、さらにこれらの疾病及び事業に係る医療提供施設相互の医療連携体制に関する事項
- ✓ **【策定に当たっての留意点】**
4ただし、医療と介護・福祉の緊密な連携が求められる典型的な疾病という観点から、脳卒中の医療体制に関しては優先的な取組が必要であり、19年度中にその体制構築を確保する具体的な方策を定められたいこと





米国脳卒中治療・継続的予防法2008の概要

S999: Stroke Treatment and Ongoing Prevention Act of 2008
(Public Health Service Actの修正法案)

厚生大臣は、脳卒中の予防と発症時に迅速な治療を求める患者を増やすために、教育と啓発キャンペーンを行わなければならない。そのために、

- 1) 脳卒中の症状と救急疾患として脳卒中を治療することの重要性について、政府広報を行う。
- 2) 脳卒中予防方法と脳卒中治療効果について教育を行う。

キャンペーンは2年毎に評価が必要。

厚生大臣は、以下によって、Paul Coverdell全国急性脳卒中登録・広報センターを維持しなければならない。

- 1) 脳卒中ケア分析のために特定のデータポイントや評価基準を集める。
- 2) 国・州・地域、あるいは私的なケアシステムの成果と問題に関する情報を集積、普及する。
- 3) 脳卒中ケアのすべての様式における最新の進歩を反映させる活動を遂行すること。

その他、人材育成、遠隔医療、救急搬送、脳卒中治療ネットワーク確立等のための助成を行わなければならない。

我が国の脳卒中医療・介護システムの再構築のために何をなすべきか？

- ✓ **脳卒中対策基本法の制定**
[社] 日本脳卒中協会内に脳卒中対策検討特別委員会設置(委員長: 峰松一夫)
→「脳卒中対策基本法要綱(案)」→立法要請
- ✓ **対脳卒中国家戦略(日本版National Stroke Strategy)の策定**
予防、市民教育、救急搬送体制、救急医療体制、医療機関整備、リハ充実、人材育成、発症登録、患者・家族支援など



(神奈川公開シンポジウム発表スライド)

【研究班報告】

「秋田県の脳卒中医療の現状と将来」

演者： 秋田県立脳血管研究センター

鈴木 明文