

関する」研究を実施し¹⁾、その一環として、平成19年度は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、回復期から維持期の現状を調べた。平成12年4月の診療報酬改定で回復期病棟の特定入院料が設定された。それ以来、回復期病棟は急性期治療と家庭復帰の中間的役割を担っている。その現状や今後の方向性は必ずしも明確でない。本稿では、回復期病棟の現状に関するアンケート調査結果を報告する。

対象と方法

全国の幅広い情報を得ること、かつ人口密度の偏りが無いことを考慮して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5,293万人、日本総人口の41%)を選択した。全国リハビリテーション病棟連絡協議会の協力を得て、平成19年8月1日時点で診療報酬算定届出をしている、選択した都道府県に所在する全ての回復期病棟保有施設に対してアンケート調査を行った。アンケートは2007年9月4日に発送し、一次メ切を同年10月15日、この時点で未回収施設に再郵送し二次メ切を同年11月15日として最終集計した。

方法は、調査用紙を各病院長宛に郵送し、回復期病棟の実務統括医師の回答を依頼した。実際のアンケート用紙は、同一シリーズの調査である「通所および訪問施設事業所の現状」で使用したものと同一のスタイルとし²⁾、まず「脳卒中患者の診療を行っているか」の質問に対し、「はい」と回答した施設のみ、以下IからIVの質問への回答を求めた。すなわち、I. 回復期病棟の概要に関する質問、II. 脳卒中地域連携に関する質問、III. 介護保険に関する質問、IV. 回復期病棟の適切な評価尺度に関する質問であった。なおアンケート作成にあたっては、原案を多施設の医師、看護師、理学療法士、作業療法士、大学教員に提示し、これに対する意見をくみ入れた。

結 果

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。脳卒中患者を診療していたのは166施設(95%)であった。

I. 回復期病棟の概要に関する質問

表に示すように急性期病院(68%)と医療療養型病床群(46%)との併設が多かった。回復期病棟の病床

数は、平均 58 ± 32 病床あり、うち 35 ± 30 病床(60%)を脳卒中患者が利用していた。スタッフは多職種からなり、看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、ソーシャルワーカーの順が多かった。7割以上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。89%が脳血管疾患等リハビリ基準Iの施設基準を取得していた。受け入れ制限理由は透析(60%)と人工呼吸器(55%)が多かった。受け入れ待機1週間以内47%、2週間以内84%、1カ月以内96%であった。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カ月に1回以上93%であった。脳卒中患者を診療していた施設の8%は、その病院に「十分なりハビリ機能があるか判断できない」、15%は「十分なりハビリ機能があるとはいえないが、機能改善を図っている」と回答した。1週間のリハビリ実施日数は平均6.1日で、各患者への1日のリハビリ実施単位数は平均 6.2 ± 2.8 単位であった。日常生活動作の評価には主にFunctional Independence Measure(FIM)(72%)とBarthel Index(42%)を用いていた。機能改善評価の頻度は、1週間に1回以上10%、2週間に1回以上25%、1カ月に1回以上96%であった。脳卒中患者の在院日数は平均 88 ± 32 日で、自宅退院率は平均 $61 \pm 17\%$ であった。クリニカルパスの使用率は $9 \pm 26\%$ であった。長期的なフォローアップを積極的に行っているのは27%で、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27%であった。

II. 脳卒中地域連携に関する質問

脳卒中地域連携に関する質問の回答を表にまとめた。多くが、地域医療圏は「二次医療圏」(42%)であるとし、その中心的役割は「急性期病院」(42%)や「回復期病棟」(38%)と回答した。急性期病院との連携が「非常に良好」「一部良好」(以下、良好)は93%であった。多くが急性期病院に「急病の受け入れ」(61%)と「マイナス面まで含めた医療情報の伝達」(62%)を希望していた。一般診療所との連携が良好と答えたのは71%であった。多く(55%)が一般診療所に「在宅生活支援」を希望していた。維持期施設事業所との連携が良好との回答は87%であった。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37%で、「だいたいできている」は60%であった。多くが維持期施設事業所へ「待機期間の短縮」(70%)や「リハビリの充実」(66%)を希望していた。他院の回復期病棟との連携が良好な

表

【1】施設の概要に関する質問				
回復期病棟以外の機能・役割 (複数回答可)	施設数	%		
急性期病院	112	67.5	胃瘻	1 0.6
一般診療所	21	12.7	透析	99 59.6
医療療養病床群	76	45.8	特になし	36 21.7
介護療養型医療施設	31	18.7	その他	12 7.2
介護老人福祉施設	10	6.0	受け入れ待機期間	
介護老人保健施設	41	24.7	3日以内	19 11.4
訪問介護	38	22.9	7日以内	59 35.5
訪問入浴介護	11	6.6	14日以内	62 37.3
訪問看護	82	49.4	1か月以内	19 11.4
訪問リハビリ	91	54.8	1か月を超える	3 1.8
通所介護	35	21.1	患者1人に対する多職種によるカンファレンス頻度	
通所リハビリ	72	43.4	週1回以上	36 21.7
短期入所生活介護	22	13.3	2週間に1回	30 18.1
短期入所療養介護	29	17.5	3週間に1回	9 5.4
特定施設入居者生活介護	6	3.6	1か月に1回	80 48.2
夜間対応型訪問介護	2	1.2	1～2か月に1回	7 4.2
認知症対応型通所介護	5	3.0	入院中に1回	2 1.2
小規模多機能型居住介護	11	6.6	おこなっていない	1 0.6
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	1	0.6	リハビリ機能	
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0.0	十分な機能を維持している	122 73.5
認知症対応型共同生活介護	9	5.4	十分なりハビリ機能があるか判断できない	13 7.8
なし	5	3.0	十分なりハビリ機能があるとはいえないが、機能改善を図っている	24 14.5
その他	6	3.6	十分なりハビリ機能があるとはいえず、今後の改善も困難である	0 0.0
勤務するスタッフ数	人数		その他	2 1.2
医師	2.4±2.1		1週間のリハビリ実施日数	
日本リハビリ医学会認定臨床医/専門医数	1.1±1.4		5日	21 12.7
理学療法士	8.8±10.5		6日	105 63.3
作業療法士	6.3±8.0		7日	37 22.3
言語聴覚士	2.6±3.0		その他	1 0.6
全看護師	21.4±14.6		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(重複回答あり)	
全看護補助者	11.8±8.7		Barthel Index	69 41.6
ソーシャルワーカー	1.8±1.4		Functional Independence Measure (FIM)	120 72.3
受け入れ制限理由(複数回答可)	施設数	%	modified Rankin Scale	9 5.4
自宅退院が困難	6	3.6	介護保険意見書の日常生活自立度	26 15.7
重症	25	15.1	評価していない	0 0.0
合併症多い	16	9.6	その他	3 1.8
MRSA	11	6.6	脳卒中患者の機能改善評価の頻度	
気管切開	24	14.5	週1回以上	17 10.2
人工呼吸器	92	55.4	2週間に1回	24 14.5
褥瘡	4	2.4	3週間に1回	1 0.6
認知症	18	10.8	1か月に1回	118 71.1
不穏	24	14.5	1～2か月に1回	3 1.8
ワーファリン	0	0.0		
経管栄養	1	0.6		

入院中に1回 おこなっていない	1 0	0.6 0	マイナスな面も含めて十分な医療情報 を伝達してほしい	103	62.0
長期的な利用者の身体機能および日常生活動作のフォローアップ			リハビリ機能を充実させてほしい	36	21.7
積極的に行っている	44	26.5	連絡会やカンファレンスなどを定期的 にもちたい	29	17.5
だいたい行っている	33	19.9	在宅生活支援に力をいれてほしい	16	9.6
一部行っている	65	39.2	問い合わせ窓口を簡略化してほしい	14	8.4
行っていない	12	7.2	介護保険意見書を積極的に作成して ほしい	14	8.4
回復期の役割ではない	4	2.4	リハビリスタッフの意見が記入され た紹介状が欲しい	42	25.3
その他	6	3.6	特になし	11	6.6
維持期施設・事業所へのリハビリの教育・指導			その他	13	7.8
積極的に行っている	45	27.1	一般診療所との連携		
たまに行っている	58	34.9	非常に良好	40	24.1
計画中である	19	11.4	一部とは良好	78	47.0
行う予定はない	29	17.5	あまり良好でない	16	9.6
その他	11	6.6	非常に悪い	1	0.6
【II】脳卒中地域連携に関する質問			どちらともいえない	28	16.9
脳卒中における地域医療圏 (重複回答あり)	施設数	%	ほとんど関わりがない	2	1.2
市町村	24	14.5	一般診療所への希望(複数回答可)		
二次医療圏	70	42.2	患者が急病の時に、すぐに受け入れ てほしい	24	14.5
都道府県	11	6.6	脳卒中患者の医療情報を共有したい	60	36.1
地域により異なる	34	20.5	脳卒中患者の介護情報を共有したい	56	33.7
範囲はこだわらない	24	14.5	連絡会やカンファレンスなどを定期的 にもちたい	35	21.1
その他	5	3.0	在宅生活支援に力をいれてほしい	92	55.4
脳卒中地域医療で中心的な役割をもつべき施設等 (重複回答あり)			問い合わせ窓口を簡略化してほしい	12	7.2
急性期病院	70	42.2	介護保険意見書を積極的に作成して ほしい	27	16.3
回復期病棟	63	38.0	特になし	15	9.0
維持期施設・事業所	21	12.7	その他	6	3.6
自治体	4	2.4	維持期施設・事業所(入院、入所、通所および訪問)と の連携		
保健所	5	3.0	非常に良好	37	22.3
地域により異なる	24	14.5	一部とは良好	107	64.5
こだわらない	14	8.4	あまり良好でない	7	4.2
その他	3	1.8	非常に悪い	0	0.0
急性期病院との連携			どちらともいえない	10	6.0
非常に良好	61	36.7	ほとんど関わりがない	2	1.2
一部とは良好	93	56.0	維持期施設・事業所(入院、入所、通所および訪問)に 移るときの急性期病院からの医療情報伝達		
あまり良好でない	5	3.0	十分にできている	62	37.3
非常に悪い	0	0.0	だいたいできている	99	59.6
どちらともいえない	5	3.0	あまりできていない	4	2.4
ほとんど関わりがない	2	1.2	できていない	0	0.0
急性期病院への希望(複数回答可)			その他	1	0.6
患者が急病の時に、すぐに受け入れ てほしい	101	60.8			
急性期の運動機能や日常生活動作に 関する情報がほしい	59	35.5			

維持期施設・事業所（入院、入所、通所および訪問）への希望（複数回答可）			自治体（市町村、広域連合体など）への希望（複数回答可）		
待機期間を短縮してほしい	116	69.9	みんなが協働する意識を高める環境をつくってほしい	111	66.9
入院・入所基準を緩和してほしい	76	45.8	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ほしい	62	37.3
リハビリを充実させてほしい	109	65.7	施設・事業所の意見をもっと聞いてほしい	37	22.3
リハビリ以外のサービス内容を充実させてほしい	11	6.6	脳卒中患者の医療および介護の現状をもっと調べてほしい	75	45.2
在宅生活支援に力をいれてほしい	60	36.1	その他	13	7.8
脳卒中患者の医療情報を伝達してほしい	15	9.0			
脳卒中患者の運動機能や日常生活動作に関する情報を伝達してほしい	28	16.9	【Ⅲ】介護保険に関する質問		
連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	30	18.1	介護保険について	施設数	%
問い合わせ窓口を簡略化してほしい	5	3.0	ほとんどの従事者が介護保険を十分に理解し利用者へわかりやすく説明できる	22	13.3
介護保険意見書を積極的に作成してほしい	9	5.4	一部の従事者が介護保険を十分に理解し利用者へわかりやすく説明できる	85	51.2
特になし	2	1.2	ほとんどの従事者が介護保険をだいたい理解し利用者へ説明できる	34	20.5
その他	3	1.8	一部の従事者が介護保険をだいたい理解し利用者へ説明できる	24	14.5
他院の回復期病棟との連携			ほとんどの従事者が介護保険をあまり理解していない	1	0.6
非常に良好	12	7.2	その他	0	0.0
一部とは良好	57	34.3	介護支援専門員（ケアマネジャー）の関わり		
あまり良好でない	25	15.1	十分に関わりをもっている	68	41.0
非常に悪い	0	0.0	だいたい関わりをもっている	81	48.8
どちらともいえない	27	16.3	あまり関わりがない	7	4.2
ほとんど関わりがない	44	26.5	どちらともいえない	5	3.0
周辺地域全体の連携			その他	3	1.8
非常に良好	32	19.3	介護保険の主治医意見書作成の依頼があった場合		
一部は良好	98	59.0	すべて作成している	141	84.9
あまり良好でない	11	6.6	だいたい作成している	24	14.5
非常に悪い	0	0.0	他の診療所や病院にお願いすることが多い	0	0.0
どちらともいえない	20	12.0	全面的に他の診療所や病院にお願いしている	0	0.0
ほとんど関わりがない	4	2.4	その他	1	0.6
周辺地域の連携構築での希望（複数回答可）			医療保険と介護保険によるシステムの問題点（複数回答可）		
連絡会などのコミュニケーションの場がほしい	69	41.6	十分なりハビリを提供しにくい	140	84.3
自治体主体の連携づくり	21	12.7	十分な介護を提供しにくい	56	33.7
医療・介護従事者主体の連携づくり	42	25.3	システムが理解しにくい	62	37.3
自治体と医療・介護従事者が協力した連携づくり	75	45.2	地域連携が難しい	39	23.5
脳卒中患者の医療情報を共有したい	48	28.9	脳卒中患者が満足しにくい	80	48.2
脳卒中患者の介護情報を共有したい	42	25.3	その他	14	8.4
特になし	10	6.0			
その他	8	4.8	医療保険と介護保険によるシステムの利点（複数回答可）		
自治体（市町村、広域連合体など）との連携			十分なりハビリを提供しやすい	7	4.2
非常に良好	6	3.6	十分な介護を提供しやすい	23	13.9
だいたい良好	66	39.8	システムが理解しやすい	14	8.4
あまり良好でない	36	21.7			
非常に悪い	2	1.2			
どちらともいえない	26	15.7			
ほとんど関わりがない	29	17.5			

地域連携しやすい	34	20.5	クリニカルバス使用率	9	5.4
脳卒中患者が満足できる	4	2.4	急性期病院との連携機能	63	38.0
その他	56	33.7	回復期病棟との連携機能	24	14.5
【IV】 回復期病棟の適当な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(複数回答可)	施設数	%	維持期施設・事業所との連携機能	58	34.9
リハビリ機能	142	85.5	地域での医療および介護情報の共有 機能	47	28.3
自宅退院率	92	55.4	連携もしくは情報共有のいずれか*	100	60.2
平均在院日数	50	30.1	その他	28	16.9
多職種によるカンファレンスの内容 や回数	82	49.4	*急性期病院との連携機能、回復期病棟との連携機能、 維持期施設・事業所との連携機能、地域での医療および 介護情報の共有機能のいずれか		

は42%で、「ほとんど関わりがない」が27%であった。周辺地域全体の連携が良好なのは78%であった。地域連携バスなどで医療情報を既に共有しているのは13%のみで、共有する予定56%、共有する予定なし25%であった。地域連携バスなどで介護情報を既に共有しているのは13%のみで、共有する予定55%、共有する予定なし28%であった。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」を希望するものが多かった(45%)。「自治体との連携が良好」は43%であった。自治体に「みんなが協働する意識を高める環境作り」を希望するものが多かった(67%)。

III. 介護保険に関する質問

介護保険に関する質問の回答を表にまとめた。64%の施設には介護保険を十分に理解している従事者がいた。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」のは41%であった。85%の施設では依頼に応じて介護保険主治医意見書をすべて作成していた。医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なりハビリを提供しにくい」(84%)が最多であった。医療保険と介護保険によるシステムの利点を挙げるものは、問題点を挙げるものより少なかった。

IV. 回復期病棟の適切な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評価尺度は、「リハビリ機能」(86%)が最多であった(表)。「連携」もしくは「情報共有」のいずれかと回答したのは60%であった(表)。

考 察

今回の調査研究で、脳卒中診療に従事している回復期病棟の現状が明らかとなった。全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の調べによると、調査した

平成19年8月1日時点で全国の回復期病棟は780施設933病棟であり、調査対象はその45%を占めた。回収出来た結果は全国の22%に相当する。全国各地から人口密度の偏りがないように12都道府県を選定しており、全国の実態を反映している可能性が高い。

平成12年4月の診療報酬改定により、特定入院料に「回復期リハビリテーション病棟入院料」が設けられた。わが国の医療システムにおいて、回復期病棟は極めて新しい。回復期病棟は急性期治療と家庭復帰の中間に位置し、日常生活活動の向上による寝たきり防止と社会、家庭復帰を目的に集中的なりハビリテーションを提供する病棟である。脳卒中などが主な入院対象疾患である。

脳卒中では、急性期治療後も後遺症のために長期的なりハビリテーションや介護が必要となる場合が多い。平成13年国民生活基礎調査によれば、介護が必要になる主な原因の第1位は脳卒中(28%)であった⁹⁾。平成16年介護サービス施設・事業所調査結果によると訪問看護ステーションの利用者は脳卒中(脳血管疾患)が33%で最多であった¹⁰⁾。超高齢化社会が現実のものとなり、今後も高齢者の割合は増加し、脳卒中患者数も増えると予想されている。医療や介護の役割の細分化など、複雑な環境のなかでも質の高い脳卒中医療および介護の実現が求められており、それぞれの施設事業所が連携し情報を共有することで、継ぎ目のない医療および介護(シームレスケア)を提供する必要性が強調されるようになってきた¹¹⁾。しかしながら連携および情報共有の全国的な実態は不明であった。

今回のアンケート調査結果より、95%の回復期病棟が脳卒中診療に従事していることがわかった。また、多くの回復期病棟は他の医療病床を併設していた。半数以上の病床を脳卒中患者が利用し、医師を中心に多

職種のスタッフによる集中的なリハビリテーションが行われていた。「自宅退院が困難」や「経腸栄養」は受け入れの制限理由になっていなかったが、専門性の高い「人工呼吸器」や「透析」は半数以上で受け入れが困難であった。「重症」、「気管切開」、「不穏」や「認知症」も受け入れ制限理由として多かった。今後の対策として、専門性の高い病態や精神認知症状に対応可能な施設の整備や医療スタッフの教育システム構築が必要と考えられた。平成18年度の診療報酬改定で、回復期病棟の入院基準は発症から2カ月以内となり、廃用症候群の評価にBarthel IndexやFIMでの評価が必須となった。この影響もあり、受け入れ待機期間は96%が1カ月以内であった。更に待機期間を短縮するためには、急性期病院と回復期病棟間の緊密な連携と脳卒中患者が利用できる回復期病床の充実が必要であろう。また、多くが日常生活動作の評価にBarthel IndexやFIMを用いていた。一方で、クリニカルパスはほとんど使用されておらず、長期的なフォローアップや、維持期施設事業所へのリハビリ教育指導も少なかった。また、回復期病棟から自宅へ退院する割合は約6割で、回復期病棟が維持期のリハビリテーション病院・施設との中間的役割を担っている現状も明らかとなった。

地域連携に関する質問では、医療および介護施設と連携が良好と回答した割合が高かった一方で、他の回復期病棟や自治体との連携が良好と回答した割合は低かった。回復期病棟が急性期病院に対して希望している「患者が急病の時に、すぐに受け入れてほしい」、「マイナスな面も含めて十分な医療情報を伝達してほしい」などが改善すれば、急性期病院との信頼関係が形成され、連携がより緊密になるであろう。また、一般診療所が「在宅生活支援に力をいれてほしい」希望を実現することで、回復期病棟から在宅への流れがよりスムーズになると予想される。これは、脳卒中患者が自宅へ退院後もシームレスに、いつでも医療・介護の相談ができるような役割を一般診療所に期待していると考えられた。維持期施設・事業所への希望では、「待機期間を短縮してほしい」、「リハビリを充実させてほしい」が多かった。前者が実現すると回復期病棟の待機期間も短縮する可能性が高い。後者の実現には、医療保険および介護保険での維持期リハビリテーションを行う専門職の充実が必要であるが、このためには更なる検討が必要であろう。他の回復期病棟との連携では、それぞれの情報交換を行うことで、よりよい回復期病棟のシステムを構築できるであろう。医療情報

や介護情報を実際に共有していたのは13%のみであった。平成20年度の診療報酬改定では、大腿骨頸部骨折のみが対象疾患であった地域連携診療計画に脳卒中が追加された⁷⁾。この施設基準は各都道府県が作成する医療計画に記載されている病院または有床診療所であり、基準を満たさない病院や介護施設事業所との間で地域連携を構築していく工夫が必要である。また、地域連携構築で自治体との協力を希望している意見が多かった。自治体に「みんなが協働する意識を高める環境をつくってほしい」と希望しており、自治体の医療・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、周辺地域の連携はより推進されるであろう。

質の高い医療および介護を継続して提供するためには、①評価するシステム、②評価結果の還元、③改善するステップが必要である。第三者による適当な評価尺度の質問では、「リハビリ機能」が86%と圧倒的に多かった。もし評価する指標を決めるとすれば、回復期病棟の質を維持するためには、その重要な役割である「リハビリ機能」の評価が妥当かもしれない。しかしながら、これのみでは急性期病院や維持期施設事業所などとの前後の連携の質が維持できない。60%は「連携」や「情報共有」のいずれかと回答しており、この評価も重要になるであろう。

結 語

95%の回復期病棟が脳卒中診療に従事し、急性期病院とともに地域医療で中心的な役割を担っていた。多くが地域医療での情報共有を予定していたが、未だ十分ではなかった。

謝 辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「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」(主任研究者：峰松一夫)の助成によってなされた。研究に協力いただいた、協和会病院リハビリテーション科 小田忠文医師(現彩都友誼会病院)、浅津民夫医師、野谷美樹子理学療法士、森ノ宮医療大学 松田淳子教員、国立循環器病センター脳リハビリテーション部門 尾谷寛隆主任理学療法士、脳卒中集中治療室 幸野浩美看護師長、内科脳血管部門 佐藤祥一郎医師、古田興之介医師、徳永梓秘書、中澤有子秘書に深謝する。

文 献

- 1) Rudd AG, Hoffman A, Irwin P, et al: Stroke unit care and outcome: results from the 2001 National Sentinel Audit of Stroke (England, Wales, and Northern Ireland). *Stroke* 36: 103—106, 2005
- 2) Mainz J, Krog BR, Bjørnshave B, et al: Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *Int J Qual Health Care* 16(Suppl 1): i45—50, 2004
- 3) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) <http://www.jointcommission.org>
- 4) Alberts MJ, Hademenos G, Latchaw RE, et al for Brain Attack Coalition: Recommendations for the establishment of primary stroke centers. *JAMA* 283: 3102—3109, 2000
- 5) Wojner-Alexandrov AW, Malkoff MD: The United States stroke system: credentialing and legislative efforts to improve acute stroke care. *Intern J Stroke* 1: 109—110, 2006
- 6) 平成18年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「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」平成18年度 総括・分担研究報告書(主任研究者 峰松一夫)
- 7) 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>
- 8) 古賀政利, 上原敏志, 長東一行ら: 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 印刷中
- 9) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成13年) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa01/3-2.html>
- 10) 厚生労働省「平成16年介護サービス施設・事業所調査結果」(平成16年) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service04/kekka4.html>

Abstract

Current role of convalescent rehabilitation units in community-based referral systems for stroke patients in Japan

Masatoshi Koga, M.D.¹, Toshiyuki Uehara, M.D.¹, Kazuyuki Nagatsuka, M.D.¹,
Nobuyuki Yasui, M.D.², Yasuhiro Hasegawa, M.D.³, Hiroaki Naritomi, M.D.¹,
Yasushi Okada, M.D.⁴, Makoto Ishikawa, M.D.⁵ and Kazuo Minematsu, M.D.¹

¹Cerebrovascular Division, Department of Medicine, National Cardiovascular Center

²Research Institute for Brain and Blood Vessels Akita

³Department of Neurology, St. Marianna University School of Medicine

⁴Department of Cerebrovascular Disease and Clinical Research Institute,
National Hospital Organization Kyushu Medical Center

⁵Kaifukuki Rehabilitation Ward Consultation

Background and Purpose: The Japanese government emphasizes the importance of long-term community care for stroke patients by acute hospitals (AH), convalescent rehabilitation units (CRU), general practices (GP), long-term care facilities (LTCF) and in-home and commuting care services (IHCCS). We conducted a nationwide questionnaire survey to assess the current role of CRU in stroke care. **Subjects and Methods:** Twelve representative prefectures were selected based on the population density. Questionnaires concerning the facility status, community-based referral system, long-term care insurance system and their appropriate indicators were sent to all 347 CRU hospitals. **Results:** 50% of these hospitals answered, 95% were engaged in stroke rehabilitation. The main reasons for declining admission were a patient need for artificial respiration (55%) and hemodialysis (60%), 47% received patients within 7 days after referral. The main assessment scale for ADL was FIM (72%). The mean length of stay was 88 days, and 61% of the patients returned home. AH (42%) and CRU (38%) were expected to play a central role in the community-based referral system. Good or fair relationships with AH, other CRU, GP, STW, LTCF, IHCCS, the general community and the local authority were found in 93%, 42%, 71%, 87%, 78% and 43%, respectively. Medical care information sharing was achieved in 13%/13%, and planned in 56%/55%. Many problems in the cooperation system with medical and long-term care insurances were evident. The proper assessment indicator for CRU by a third party was the measurement of rehabilitation function (86%). **Conclusions:** CRU and AH played a central role in the community-based referral system for stroke care. Although more than half of the CRU had already planned information sharing, it still remained inadequate.

(Jpn J Stroke 30: 735—743, 2008)

<原 著>

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

古賀 政利¹⁾ 上原 敏志¹⁾ 長東 一行¹⁾ 安井 信之²⁾
長谷川泰弘³⁾ 成富 博章¹⁾ 岡田 靖⁴⁾ 峰松 一夫¹⁾

要旨：脳卒中医療・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。一般診療所（診療所、3,709施設）に対して、施設の概要、脳卒中地域連携、介護保険、適当な評価尺度に関するアンケート調査を行った。有効回答21%で、うち58%が脳卒中を診療していた。1カ月に平均622人（脳卒中患者81人）診療し、うち要介護者平均81人（脳卒中患者32人）であった。脳卒中患者が必要なリハビリを「十分に受けている」と回答したのは5%であった。多くが地域医療圏を「二次医療圏」(34%)や「市町村」(29%)、その中心的役割を「急性期病院」(86%)と回答した。他の医療・介護施設事業所や自治体との連携が良好との回答は必ずしも多くなかった。医療（介護）情報を「既に共有」、「共有予定」、「共有予定なし」は各々11（10）%、27（26）%、57（60）%であった。医療・介護保険のシステムの問題では「十分なりハビリを提供しにくい」(60%)が最多であった。第三者が診療所を評価するのに適当な評価尺度は「急性期病院との連携」(68%)が最多であった。本調査により、一般診療所の現状が明らかとなった。

Key words: general practice, community-based referral system, information sharing
(脳卒中 30:723—734, 2008)

はじめに

脳卒中医療は、急性期治療、回復期リハビリから在宅介護に至るまで、長いスパンにわたって継ぎ目のない治療および介護（シームレスケア）を提供することが必要である。欧米では、適切な指標（インディケータ）を用いて脳卒中医療の質を評価するシステムが確立しつつある^{1)~5)}。わが国では、2005年10月に発症3時間以内の脳梗塞患者に経静脈投与可能な血栓溶解

薬が認可され、急性期脳卒中医療システムの再構築中である⁶⁾。急性期以後は、回復期リハビリテーション病棟（回復期病棟）、一般診療所（診療所）、維持期施設事業所が中心となり、リハビリや医療、介護を提供している。近年、脳卒中地域医療で地域連携クリティカルパスなどを用いた情報共有の重要性が示されているが⁷⁾、全国的な実態は不明である。

診療所は、脳卒中再発予防目的の投薬や危険因子の管理、急病発症時の急性期病院への紹介、脳卒中後遺症患者のリハビリ、要介護者の訪問診療、在宅生活支援など幅広い役割を担っている。我々は、厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業として「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」研究を実施しているが⁸⁾、平成19年度に脳卒中地域医療の現

¹⁾ 国立循環器病センター内科脳血管部門

²⁾ 秋田県立脳血管研究センター

³⁾ 聖マリアンナ医科大学神経内科

⁴⁾ 国立病院機構九州医療センター脳血管内科
(2008年4月7日受付、2008年7月14日受理)

状を把握するための全国アンケート調査を行い回復期から維持期の現状を調べた。ここでは、診療所の現状に関するアンケート調査結果を報告する。

対象と方法

全国の幅広い情報を得ること、かつ人口密度の偏りが無いことを考慮して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5,293万人、日本総人口の41%)を選択した。選択した都道府県で診療している全44,604診療所(平成17年度)のうち、名称に神経内科、脳神経外科、リハビリ科を含む409診療所と、残りの診療所から小児科、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た33,000診療所から無作為に抽出した3,300診療所(1割)を加えた計3,709の診療所を対象とした。アンケートは2007年9月4日に発送し、一次メ切を同年10月15日、この時点で未回収施設に再郵送し二次メ切を同年11月15日として最終集計した。

方法は、調査用紙を各施設長宛に郵送し、診療所の医師に回答を依頼した。実際のアンケート用紙を表1に示す。まず脳卒中患者の診療を行っているかを質問し、「はい」と回答した診療所のみ以下IからIVへの回答を求めた。I. 診療所の概要に関する質問、II. 脳卒中地域連携に関する質問、III. 介護保険に関する質問、IV. 診療所の適切な評価尺度に関する質問であった。なおアンケート作成にあたっては、原案を多施設の医師、看護師、理学療法士、作業療法士、大学教員に提示し、これに対する意見をくみ入れて作成した。

結果

3,709施設を対象に調査し、764施設(21%)から有効回答を得た。神経内科、脳神経外科もしくはリハビリ科の127診療所(31%)から有効回答があり、その84%が脳卒中患者を診療していた。また、それ以外の637診療所(19%)から有効回答があり、その52%が脳卒中患者を診療していた。全体では440施設(58%)が脳卒中患者を診療していた。アンケートの結果を表2~5にまとめた。

I. 診療所の概要に関する質問

表2に示すように、脳卒中診療していた標榜診療科の内訳は、内科76%、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%などであった。診療所以外の医療や介護の機能・役割は「なし」(55%)が多かった。有床診療所は11%で、平均17±5床で、うち脳卒中患者が7±6床を利用していた。ほとんどが医療保険適応病床であった。1カ月の診療患者は623±520人で、うち脳卒中既往患者82±161人であった。要介護者は62±96人で、うち脳卒中既往患者は32±66人であった。要介護者の訪問診療を行っているのは57%で、37%がリハビリを提供していたが、脳卒中既往患者が必要なリハビリを「十分に受けている」と回答したのは5%のみであった。多くが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(69%)を用いていた。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」(63%)、「症例により、すぐに急性期病院に紹介する」(30%)が多かった。

II. 脳卒中地域連携に関する質問

脳卒中地域連携に関する質問の回答を表3にまとめた。脳卒中における地域医療圏の範囲は「二次医療圏」(34%)や「市町村」(29%)が多かった。地域医療で中心的役割をもつべき施設は急性期病院(68%)が多かった。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は68%であった。多くが急性期病院に「急病の受け入れ」(86%)を希望していた。回復期病棟との連携が良好は47%であった。多くが回復期病棟に「リハビリ機能の充実」(55%)を希望していた。維持期施設事業所との連携が良好は60%であった。多くが維持期施設事業所へ「待機期間の短縮」(42%)や「リハビリの充実」(53%)を希望していた。他の診療所との連携が良好は45%で、「ほとんど関わり」がないが28%であった。周辺地域全体の連携が良好は59%であった。医療情報を地域連携バスなどで既に共有しているのは11%のみで、共有する予定27%、共有する予定なし57%であった。介護情報を地域連携バスなどで既に共有しているのは10%のみで、共有する予定26%、共有する予定なし60%であった。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」(38%)を希望していた。自治体との連携が良好は31%であった。多くが自治体に「みんなが協働する意識を高める環境作り」(63%)を希望していた。

III. 介護保険に関する質問

介護保険に関する質問の回答を表4にまとめた。介護保険を「十分に理解している従事者」がいた施設は34%あった。介護支援専門員が脳卒中患者に「十分に

表1 アンケート用紙

【1】貴診療所に関する質問

質問1. 標榜科をお教え下さい(複数回答可)

- a. 内科 b. 神経内科 c. 脳神経外科 d. リハビリテーション科 e. 整形外科 f. 循環器科
 g. 消化器科 h. 呼吸器科 i. 外科 j. 心療内科 k. 精神科 l. 泌尿器科 m. アレルギー科
 n. リウマチ科 o. その他()

質問2. 貴診療所では、脳卒中患者の診療を行っておられますか

- a. はい b. いいえ

*質問2で回答がb. いいえの場合は、以下の質問にご回答の必要はありません。

ここまでの記入で、同封の返信用封筒に入れて平成19年9月30日までにご返送ください。

質問3. 貴施設のなかに、一般診療所以外の機能・役割はありますか(複数回答可)

- a. 医療保険適用療養型病床群 b. 介護療養型医療施設 c. 介護老人福祉施設 d. 介護老人保健施設
 e. 訪問介護 f. 訪問入浴介護 g. 訪問看護 h. 訪問リハビリ i. 通所介護 j. 通所リハビリ
 k. 短期入所生活介護 l. 短期入所療養介護 m. 特定施設入居者生活介護 n. 夜間対応型訪問介護
 o. 認知症対応型通所介護 p. 小規模多機能型居住介護 q. 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
 r. 地域密着型特定施設入居者生活介護 s. 認知症対応型共同生活介護 t. なし
 u. その他()

質問4-1. 有床診療所ですか

(はい、いいえ)

はいの場合は、4-2~4にも回答下さい

4-2. 何床ありますか

() 床

4-3. そのうち脳卒中患者が利用している病床数は

(約) 床

4-4. 医療保険適用と介護保険給付対象のいずれですか

(医療、介護)

質問5. 1カ月に診療される患者数(延べ人数ではなく、実人数)は

(約) 名

質問6. 質問5のうち脳卒中の既往のある患者数は

(約) 名

質問7. 1カ月に診療される要介護者数は

(約) 名

質問8. 質問7のうち脳卒中の既往のある患者数は

(約) 名

質問9. 要介護者の訪問診療を行っていますか

(はい、いいえ)

質問10. 診療している脳卒中既往患者は必要なりハビリを受けていますか

- a. 十分に受けている b. だいたい受けている c. あまり受けていない d. わからない
 e. その他()

質問11. 何らかの方法でリハビリを提供していますか

(はい、いいえ)

質問12. 脳卒中患者の日常生活動作を評価する場合にはどのような方法を用いますか

- a. Barthel Index b. Functional Independence Measure (FIM) c. modified Rankin Scale
 d. 介護保険意見書の日常生活自立度 e. 評価していない
 f. その他()

質問13. 急性期脳卒中を診療する場合の対処は(複数回答可)

- a. 診療する機会がない b. すべて、すぐに急性期病院に紹介する c. 症例により、すぐに急性期病院に紹介する
 d. 軽症や疑い例は経過をみる e. ほとんど診療所に入院させ治療する f. ほとんど外来で治療する
 g. その他()

【II】脳卒中地域連携に関する質問

質問 14. 脳卒中における地域医療圏とは、どのような範囲と考えますか

- a. 市町村 b. 二次医療圏 c. 都道府県 d. 地域により異なる e. 範囲はこだわらない
 f. その他 ()

質問 15. 脳卒中地域医療で中心的な役割をもつべき施設等は

- a. 急性期病院 b. 回復期病棟 c. 維持期施設・事業所 d. 自治体 e. 保健所
 f. 地域により異なる g. こたわらない h. その他 ()

質問 16. 脳卒中医療・介護において急性期病院との連携は良好ですか

- a. 非常に良好 b. 一部の救急病院とは良好* c. あまり良好でない d. 非常に悪い
 e. どちらともいえない f. ほとんど関わりがない

*実際のアンケートでは「一部の回復期病棟とは良好」と誤植あり

質問 17. 脳卒中医療・介護において急性期病院に希望すること(複数回答可)

- a. 患者が急病の時に、すぐに受け入れてほしい b. 十分な医療情報を伝達してほしい
 c. リハビリ機能を充実させてほしい d. 運動機能や日常生活動作に関する情報がほしい
 e. 連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい f. 在宅生活支援に力をいれてほしい
 g. 問い合わせ窓口を簡略化してほしい h. 介護保険意見書を積極的に作成してほしい i. 特になし
 j. その他 ()

質問 18. 脳卒中医療・介護において回復期病棟との連携は良好ですか

- a. 非常に良好 b. 一部の回復期病棟とは良好 c. あまり良好でない d. 非常に悪い
 e. どちらともいえない f. ほとんど関わりがない

質問 19. 脳卒中医療・介護において回復期病棟に希望すること(複数回答可)

- a. 入院中の医療情報を伝達してほしい b. リハビリ機能を充実させてほしい
 c. 入院中の運動機能や日常生活動作に関する情報がほしい
 d. 連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい e. 在宅生活支援に力をいれてほしい
 f. 問い合わせ窓口を簡略化してほしい g. 介護保険意見書を積極的に作成してほしい h. 特になし
 i. その他 ()

質問 20. 脳卒中医療・介護において維持期施設・事業所(入院、入所、通所および訪問)との連携は良好ですか

- a. 非常に良好 b. 一部の維持期施設・事業所とは良好 c. あまり良好でない d. 非常に悪い
 e. どちらともいえない f. ほとんど関わりがない

質問 21. 脳卒中医療・介護において維持期施設・事業所(入院、入所、通所および訪問)に希望すること(複数回答可)

- a. 待機期間を短縮してほしい b. 入院・入所基準を緩和してほしい c. リハビリを充実させてほしい
 d. リハビリ以外のサービス内容を充実させてほしい e. 在宅生活支援に力をいれてほしい
 f. 脳卒中患者の医療情報を伝達してほしい
 g. 脳卒中患者の運動機能や日常生活動作に関する情報を伝達してほしい
 h. 連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい i. 問い合わせ窓口を簡略化してほしい
 j. 介護保険意見書を積極的に作成してほしい k. 特になし
 l. その他 ()

質問 22. 脳卒中医療・介護において、他の一般診療所との連携は良好ですか

- a. 非常に良好 b. 一部の一般診療所とは良好 c. あまり良好でない d. 非常に悪い
 e. どちらともいえない f. ほとんど関わりがない

質問 23. 脳卒中中の医療・介護において周辺地域全体の連携は良好ですか

- a. 非常に良好 b. 一部は良好 c. あまり良好でない d. 非常に悪い e. どちらともいえない
 f. ほとんど関わりがない

質問 24. 周辺の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所などと脳卒中患者の医療情報を共有する取り組みをしていますか

- a. 地域連携バスなどで既に共有している b. 今後、共有する予定 c. 予定なし
 d. その他 ()

質問 25. 周辺の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所などと脳卒中患者の日常生活動作などの介護情報を共有する取り組みをしていますか

- a. 地域連携バスなどで既に共有している b. 今後、共有する予定 c. 予定なし
 d. その他 ()

質問 26. 脳卒中中の医療・介護において周辺地域の連携構築で希望すること（複数回答可）

- a. 連絡会などのコミュニケーションの場がほしい b. 自治体主体の連携づくり
 c. 医療・介護従事者主体の連携づくり d. 自治体と医療・介護従事者が協力した連携づくり
 e. 脳卒中患者の医療情報を共有したい f. 脳卒中患者の介護情報を共有したい g. 特になし
 h. その他 ()

質問 27. 脳卒中中の医療・介護において自治体（市町村、広域連合体など）との連携は良好ですか

- a. 非常に良好 b. だいたい良好 c. あまり良好でない d. 非常に悪い e. どちらともいえない
 f. ほとんど関わりがない

質問 28. 脳卒中中の医療・介護において自治体（市町村、広域連合体など）に希望すること（複数回答可）

- a. みんなが協働（対等の立場で相互にお互いの不足を補い合い、ともに協力して脳卒中医療・介護問題解決に向けた取り組みをすること）する意識を高める環境をつくってほしい
 b. 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ほしい
 c. 施設・事業所の意見をもっと聞いてほしい
 d. 脳卒中患者の医療および介護の現状をもっと調べてほしい
 e. その他 ()

【Ⅲ】介護保険に関する質問

質問 29. 介護保険について

- a. ほとんどの従事者が介護保険を十分に理解し利用者へわかりやすく説明できる
 b. 一部の従事者が介護保険を十分に理解し利用者へわかりやすく説明できる
 c. ほとんどの従事者が介護保険をだいたい理解し利用者へ説明できる
 d. 一部の従事者が介護保険をだいたい理解し利用者へ説明できる
 e. ほとんどの従事者が介護保険をあまり理解していない
 f. その他 ()

質問 30. 脳卒中患者への介護支援専門員（ケアマネージャー）の関わり

- a. 十分に関わりをもっている b. だいたい関わりをもっている c. あまり関わりがない
 d. どちらともいえない e. その他 ()

質問 31. 利用者から介護保険の主治医意見書作成の依頼があった場合

- a. すべて作成している b. だいたい作成している c. 他の診療所や病院にお願いすることが多い
 d. 全面的に他の診療所や病院にお願いしている e. その他 ()

質問 32. 現在の医療保険と介護保険によるシステムの問題点は (複数回答可)

- a. 十分なりハビリが出来ない b. 十分な介護が出来ない c. システムが理解しにくい
 d. 地域連携が難しい e. 脳卒中患者が満足しにくい f. その他 ()

質問 33. 現在の医療保険と介護保険によるシステムの利点は (複数回答可)

- a. 十分なりハビリが出来る b. 十分な介護が出来る c. システムが理解しやすい d. 地域連携しやすい
 e. 脳卒中患者が満足できる f. その他 ()

【IV】一般診療所の適当な評価尺度に関する質問

質問 34. 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は何ですか (複数回答可)

- a. 急性期病院との連携機能の尺度 b. 回復期病棟との連携機能の尺度
 c. 維持期施設・事業所との連携機能の尺度 d. 地域での医療および介護情報の共有機能の尺度
 e. その他 ()

関わりをもっている」のは 16% あった。86% の施設が介護保険の主治医意見書の依頼があった場合はすべて作成していた。医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なりハビリを提供しにくい」(60%) が最多であった。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かった。

IV. 診療所の適切な評価尺度に関する質問

第三者が診療所を評価するのに適当な評価尺度は、「急性期病院との連携」(68%) が最多であった (表 5)。「連携」もしくは「情報共有」のいずれかと回答したのは 91% であった (表 5)。

考 察

今回の研究で、脳卒中診療に従事している診療所の現状を調査できた。平成 17 年医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況²⁾によると、全国の診療所総数は 97,442 施設である。今回の調査は、選択した都道府県の 44,604 診療所のうち脳卒中を診療している可能性のある 3,709 施設 (全国の診療所の 3.8%) を対象とした。この結果から、診療所は急性期病院との連携を重視し、その連携は比較的良好であった。今後、他の医療施設や自治体との連携構築が重要と考えられた。診療所でみている脳卒中後遺症患者は十分にリハビリを受けているとはいえ、その医療や介護情報の共有は不十分であった。

診療所は、医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所 (歯科医業のみは除く) であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者 19 人以下の入院施設を有するものをいう (医療法第 1 条の 5 第 2 項)。その役割は多岐にわたり、外来診療、入院診療、訪問診療、

リハビリ、要介護者の在宅生活支援などを担っている。最近では地域連携における「かかりつけ医」としての役割を求められるようになってきた³⁾。

脳卒中では、急性期治療後も後遺症のために長期的なりハビリや介護が必要となる場合が多い。平成 13 年国民生活基礎調査によれば、介護が必要になる主な原因は、第 1 位脳卒中 (28%)、第 2 位高齢による衰弱 (16%)、第 3 位転倒・骨折 (12%) であった⁴⁾。平成 16 年介護サービス施設・事業所調査結果によると訪問看護ステーションの利用者は脳卒中 (脳血管疾患) が 33.4% で最多であった⁵⁾。超高齢化社会が現実のものとなり、今後も高齢者の割合は増加し、脳卒中患者数も増えると予想されている。医療や介護の役割の細分化など、複雑な環境のなかでも質の高い脳卒中医療および介護の実現が求められており、それぞれの施設事業所が連携し情報を共有することで、継ぎ目のない医療および介護 (シームレスケア) を提供する必要性が強調されるようになってきた⁶⁾。しかしながら連携および情報共有の全国的な実態は不明であった。

今回のアンケート調査結果より、神経内科、脳神経外科、リハビリ科の 84% と、内科、外科などの半数以上は脳卒中診療に従事している実態がわかった。半数以上の診療所には、他の医療や介護施設の機能・役割がなかった。有床診療所病床の 4 割を脳卒中患者が利用し、全診療患者の 13% 程度が脳卒中既往患者で、その 4 割は要介護者であった。脳卒中診療を行っている診療所の半数以上は要介護者の訪問診療に従事していた。脳卒中既往患者が必要なりハビリを十分に受けていると回答したのは 5% のみであった。日常生活動作の評価スケールは、最近重視されている Functional In-

表2 施設の概要に関する質問

標榜診療科（複数回答可）	施設数	%			
内科	333	75.7	小規模多機能型居住介護	0	0.0
神経内科	59	13.4	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	0	0.0
脳神経外科	91	20.7	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0.0
リハビリテーション科	80	18.2	認知症対応型共同生活介護	9	2.0
整形外科	50	11.4	なし	243	55.2
循環器科	91	20.7	その他	12	2.7
消化器科	100	22.7	脳卒中既往患者は必要なリハビリを受けているか		
呼吸器科	38	8.6	十分に受けている	23	5.2
外科	64	14.5	だいたい受けている	201	45.7
心療内科	14	3.2	あまり受けていない	175	39.8
精神科	14	3.2	わからない	25	5.7
泌尿器科	13	3.0	その他	7	1.6
アレルギー科	14	3.2	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（重複回答あり）		
リウマチ科	8	1.8	Barthel Index	33	7.5
その他	54	12.3	Functional Independence Measure (FIM)	28	6.4
一般診療所以外の機能・役割（複数回答可）			modified Rankin Scale	19	4.3
医療療養病床群	9	2.0	介護保険意見書の日常生活自立度	305	69.3
介護療養型医療施設	7	1.6	評価していない	76	17.3
介護老人福祉施設	12	2.7	その他	9	2.0
介護老人保健施設	8	1.8	急性期脳卒中を診療する場合の対処（複数回答可）		
訪問介護	14	3.2	診療する機会なし	39	8.9
訪問入浴介護	3	0.7	すべて、すぐに急性期病院に紹介する	275	62.5
訪問看護	35	8.0	症例により、すぐに急性期病院に紹介する	132	30.0
訪問リハビリ	33	7.5	軽症や疑い例は経過をみる	62	14.1
通所介護	24	5.5	ほとんど診療所に入院させ治療する	21	4.8
通所リハビリ	32	7.3	ほとんど外来で治療する	3	0.7
短期入所生活介護	15	3.4	その他	3	0.7
短期入所療養介護	6	1.4			
特定施設入居者生活介護	0	0.0			
夜間対応型訪問介護	0	0.0			
認知症対応型通所介護	4	0.9			

dependence Measure (FIM) の使用頻度は6%と極端に低く、介護保険意見書の日常生活自立度をほとんど使用していた。診療所では、複雑な評価指標の使用は比較的困難で、日常生活自立度のように簡便な共通尺度が必要であろう。また、急性期脳梗塞の診療では、多くの患者はすぐに急性期病院へ紹介されていた。

地域連携で中心的な役割を急性期病院に求め、二次医療圏を脳卒中の地域医療圏と捉える傾向があった。特に、急性期病院との連携は良好であったが、他の診療所、回復期病棟や自治体との連携が良好と回答した割合は低かった。今後、「かかりつけ医」として機能していくには急性期以外の医療や介護施設事業所間とも連携をはかる必要がある。脳卒中医療・介護に関して、

診療所の回復期病棟、維持期入院所施設、自治体に対する希望を実現していくことが、「かかりつけ医」としての役割を發揮できる環境づくりにつながる可能性が高い。回復期病棟に対しては「リハビリの充実」、「医療情報の伝達」、「運動機能や日常生活動作に関する情報の伝達」を希望しており、回復期病棟がこれらを実現することで地域連携はより緊密になるであろう。また、維持期施設・事業所に対しては「リハビリの充実」、「待機期間の短縮」を希望していた。これらの実現には、医療保険および介護保険での維持期リハビリテーションを行う専門職の充実や、入院入所施設の充実が必要であり、今後の課題と考えられた。また、周辺地域の連携構築では、自治体との協力を希望しており、連携

表3 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 (重複回答あり)	施設数	%	回復期病棟への希望(複数回答可)	
市町村	129	29.3	入院中の医療情報を伝達してほしい	173 39.3
二次医療圏	151	34.3	リハビリ機能を充実させてほしい	243 55.2
都道府県	17	3.9	入院中の運動機能や日常生活動作に関する情報がほしい	158 35.9
地域により異なる	85	19.3	連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	46 10.5
範囲はこだわらない	58	13.2	在宅生活支援に力をいれてほしい	94 21.4
その他	4	0.9	問い合わせ窓口を簡略化してほしい	53 12.0
脳卒中地域医療で中心的な役割をもつべき施設等 (重複回答あり)			介護保険意見書を積極的に作成してほしい	28 6.4
急性期病院	301	68.4	特になし	51 11.6
回復期病棟	79	18.0	その他	10 2.3
維持期施設・事業所	53	12.0	維持期施設・事業所(入院、入所、通所および訪問)との連携	
自治体	6	1.4	非常に良好	63 14.3
保健所	3	0.7	一部とは良好	199 45.2
地域により異なる	43	9.8	あまり良好でない	70 15.9
こだわらない	29	6.6	非常に悪い	7 1.6
その他	9	2.0	どちらともいえない	48 10.9
急性期病院との連携			ほとんど関わりがない	46 10.5
非常に良好	233	53.0	維持期施設・事業所(入院、入所、通所および訪問)への希望(複数回答可)	
一部とは良好	64	14.5	待機期間を短縮してほしい	183 41.6
あまり良好でない	54	12.3	入院・入所基準を緩和してほしい	152 34.5
非常に悪い	5	1.1	リハビリを充実させてほしい	234 53.2
どちらともいえない	58	13.2	リハビリ以外のサービス内容を充実させてほしい	51 11.6
ほとんど関わりがない	22	5.0	在宅生活支援に力をいれてほしい	125 28.4
急性期病院への希望(複数回答)			脳卒中患者の医療情報を伝達してほしい	71 16.1
患者が急病の時に、すぐに受け入れてほしい	377	85.7	脳卒中患者の運動機能や日常生活動作に関する情報を伝達してほしい	87 19.8
十分な医療情報を伝達してほしい	158	35.9	連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	38 8.6
リハビリ機能を充実させてほしい	148	33.6	問い合わせ窓口を簡略化してほしい	48 10.9
運動機能や日常生活動作に関する情報がほしい	81	18.4	介護保険意見書を積極的に作成してほしい	18 4.1
連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	49	11.1	特になし	45 10.2
在宅生活支援に力をいれてほしい	47	10.7	その他	6 1.4
問い合わせ窓口を簡略化してほしい	60	13.6	他の一般診療所との連携	
介護保険意見書を積極的に作成してほしい	17	3.9	非常に良好	57 13.0
特になし	21	4.8	一部とは良好	142 32.3
その他	11	2.5	あまり良好でない	56 12.7
回復期病棟との連携			非常に悪い	8 1.8
非常に良好	57	13.0	どちらともいえない	50 11.4
一部とは良好	151	34.3	ほとんど関わりがない	121 27.5
あまり良好でない	86	19.5	周辺地域全体の連携	
非常に悪い	9	2.0	非常に良好	66 15.0
どちらともいえない	59	13.4	一部は良好	194 44.1
ほとんど関わりがない	72	16.4		

あまり良好でない	62	14.1	脳卒中患者の医療情報を共有したい	109	24.8
非常に悪い	9	2.0	脳卒中患者の介護情報を共有したい	96	21.8
どちらともいえない	53	12.0	特になし	70	15.9
ほとんど関わりがない	53	12.0	その他	7	1.6
医療情報を共有する取り組み			自治体（市町村、広域連合体など）との連携		
地域連携バスなどで既に共有している	46	10.5	非常に良好	14	3.2
今後、共有する予定	120	27.3	だいたい良好	124	28.2
予定なし	250	56.8	あまり良好でない	115	26.1
その他	17	3.9	非常に悪い	13	3.0
日常生活動作などの介護情報を共有する取り組み			どちらともいえない	62	14.1
地域連携バスなどで既に共有している	42	9.5	ほとんど関わりがない	110	25.0
今後、共有する予定	114	25.9	自治体（市町村、広域連合体など）への希望 （複数回答可）		
予定なし	262	59.5	みんなが協働する意識を高める環境 をつくってほしい	279	63.4
その他	15	3.4	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ほしい	163	37.0
周辺地域の連携構築での希望（複数回答可）			施設・事業所の意見をもっと聞いて ほしい	73	16.6
連絡会などのコミュニケーションの 場がほしい	102	23.2	脳卒中患者の医療および介護の現状 をもっと調べてほしい	147	33.4
自治体主体の連携づくり	44	10.0	その他	16	3.6
医療・介護従事者主体の連携づくり	114	25.9			
自治体と医療・介護従事者が協力した 連携づくり	166	37.7			

の現状とは解離していた。自治体に「みんなが協働する意識を高める環境づくり」を希望しており、自治体の医療・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、周辺地域の連携はより推進されるであろう。都道府県が医療計画を策定して地域連携計画を進めており⁸⁾、「かかりつけ医」としての機能が期待される診療所と自治体の連携は更に重要となるであろう。情報共有では、既に共有していたのは1割のみで、ほとんど共有する予定はなかった。平成20年度の診療報酬改定では、大腿骨頭部骨折のみが対象疾患であった地域連携診療計画に脳卒中が追加されたが⁹⁾、この施設基準は各都道府県が作成する医療計画に記載されている病院または有床診療所であり、基準を満たさない診療所や介護施設事業所との間でも地域連携を構築していく工夫が必要である。

介護保険を十分に理解している従事者がいたのは34%で、医療従事者と介護従事者の連携を困難にしている要因と考えられた。診療所の医師は、脳卒中患者への介護支援専門員の関わりが十分とは認識していなかった。医療保険と介護保険によるシステムの問題点をあげる割合が高く、この結果からもリハビリを十分

に提供できていないことがわかった。

質の高い医療および介護を継続して提供するためには、①評価するシステム、②評価結果の還元、③改善するステップが必要である。第三者による適当な評価尺度の質問では、「急性期病院との連携」が68%と最も多かった。これを評価の指標とした場合、診療所と急性期病院間の連携機能を維持できる可能性がある。しかし、その他の医療施設、維持期施設・事業所、自治体との連携を維持することは困難であろう。簡単な指標でシステムを維持することは困難かもしれないが、脳卒中患者および医療介護従事者がお互いに納得できるシステムの確立が待たれる。

謝辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「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」(主任研究者：峰松一夫)の助成によってなされた。研究に協力いただいた、協和会病院リハビリテーション科 小田忠文医師(現彩都友誼会病院)、浅津民夫医師、野谷美樹子理学療法士、森ノ宮医療大学 松田淳子教員、国立循環器病センター脳リハビリテーション部門 尾谷寛隆主任理学療法士、脳卒中集中治療室 幸野浩美看護師長、内科脳血管部門 佐藤祥一郎医師、古田興之介医師、徳永梓秘書、中澤

表 4 介護保険に関する質問

介護保険について	施設数	%
ほとんどの従事者が介護保険を十分に理解し利用者へわかりやすく説明できる	50	11.4
一部の従事者が介護保険を十分に理解し利用者へわかりやすく説明できる	101	23.0
ほとんどの従事者が介護保険をだいたい理解し利用者へ説明できる	112	25.5
一部の従事者が介護保険をだいたい理解し利用者へ説明できる	123	28.0
ほとんどの従事者が介護保険をあまり理解していない	37	8.4
その他	4	0.9
介護支援専門員（ケアマネージャー）の関わり		
十分に関わりをもっている	71	16.1
だいたい関わりをもっている	222	50.5
あまり関わりがない	81	18.4
どちらともいえない	40	9.1
その他	17	3.9
介護保険の主治医意見書作成の依頼があった場合		
すべて作成している	379	86.1
だいたい作成している	53	12.0
他の診療所や病院にお願いすることが多い	1	0.2
全面的に他の診療所や病院にお願いしている	3	0.7
その他	1	0.2
医療保険と介護保険によるシステムの問題点（複数回答可）		
十分なりハビリを提供しにくい	264	60.0
十分な介護を提供しにくい	193	43.9
システムが理解しにくい	173	39.3
地域連携が難しい	93	21.1
脳卒中患者が満足しにくい	125	28.4
その他	31	7.0
医療保険と介護保険によるシステムの利点（複数回答可）		
十分なりハビリを提供しやすい	18	4.1
十分な介護を提供しやすい	64	14.5
システムが理解しやすい	30	6.8
地域連携しやすい	105	23.9
脳卒中患者が満足できる	11	2.5
その他	127	28.9

表 5 第三者が一般診療所を評価するのに適当な尺度（複数回答可）

	施設数	%
急性期病院との連携機能	299	68.0
回復期病棟との連携機能	187	42.5
維持期施設・事業所との連携機能	176	40.0
地域での医療および介護情報の共有機能	164	37.3
連携もしくは情報共有のいずれか*	400	90.9
その他	27	6.1

*急性期病院との連携機能、回復期病棟との連携機能、維持期施設・事業所との連携機能、地域での医療および介護情報の共有機能のいずれか

有子秘書に深謝する。

文 献

- 1) Rudd AG, Hoffman A, Irwin P, et al: Stroke unit care and outcome: results from the 2001 National Sentinel Audit of Stroke (England, Wales, and Northern Ireland). *Stroke* 36: 103—106, 2005
- 2) Mainz J, Krog BR, Bjornshave B, et al: Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *Int J Qual Health Care* 16(Suppl 1): i45—50, 2004
- 3) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) <http://www.jointcommission.org/>
- 4) Alberts MJ, Hademenos G, Latchaw RE, et al for Brain Attack Coalition: Recommendations for the establishment of primary stroke centers. *JAMA* 283: 3102—3109, 2000
- 5) Wojner-Alexandrov AW, Malkoff MD: The United States stroke system: credentialing and legislative efforts to improve acute stroke care. *Intern J Stroke* 1: 109—110, 2006
- 6) 平成18年度厚生労働科学研究費補助金による循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「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」平成18年度 総括・分担研究報告書 (主任研究者 峰松一夫)
- 7) 厚生労働省「平成17年度医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」(平成17年度) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/05/kekka1-1.html>
- 8) 厚生労働省「医療施設体系に関する検討会これまでの議論を踏まえた整理」(平成19年7月18日) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/07/dl/s0718-15a.pdf>
- 9) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成13年) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa01/3-2.html>
- 10) 厚生労働省「平成16年介護サービス施設・事業所調査結果」(平成16年) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service04/kekka4.html>
- 11) 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>

Abstract

Current role of general practices in community-based referral systems for stroke patients in Japan

Masatoshi Koga, M.D.¹, Toshiyuki Uehara, M.D.¹, Kazuyuki Nagatsuka, M.D.¹,
Nobuyuki Yasui, M.D.², Yasuhiro Hasegawa, M.D.³, Hiroaki Naritomi, M.D.¹,
Yasushi Okada, M.D.⁴ and Kazuo Minematsu, M.D.¹

¹Cerebrovascular Division, Department of Medicine, National Cardiovascular Center

²Research Institute for Brain and Blood Vessels Akita

³Department of Neurology, St. Marianna University School of Medicine

⁴Department of Cerebrovascular Disease and Clinical Research Institute,
National Hospital Organization Kyushu Medical Center

Background and Purpose: The Japanese government emphasizes the importance of long-term community care for stroke patients by acute hospitals (AH), convalescent rehabilitation units (CRU), general practices (GP), sanatorium type wards (STW), long-term care facilities (LTCF) and in-home and commuting care services (IHCCS). We conducted a nationwide questionnaire survey to assess the current role of GP in stroke care. **Subjects and Methods:** Twelve representative prefectures were selected based on the population density. Questionnaires concerning the facility status, community-based referral system, long-term care insurance (LTCI) system and their appropriate indicators were sent to 3,709 GP. **Results:** 21% of these GP answered. 58% attended stroke patients. 11% had 17 ± 5 (mean \pm SD) inpatient beds, and stroke patients used 7 ± 6 of these beds. 81 ± 96 post-stroke patients out of 622 ± 521 attending patients were treated by each GP per month. 32 ± 66 post-stroke patients were found to be dependent. 57% engaged in-home care for dependent individuals, and 37% undertook post-stroke rehabilitation. Only 5% answered that their post-stroke rehabilitation was adequate. A simple independence scale for LTCI was mainly used to assess ADL. AH (68%) were expected to play a central role in the community-based referral system. Good or fair relationships with AH, CRU, other GP, STW/LTCF/IHCCS, the general community and the local authority were found in 68%, 47%, 45%, 58%, 59% and 31%, respectively. Medical care information sharing was achieved in 11%/10% and not scheduled in 57%/60%. Many problems in the cooperation system with medical insurance and LTCI were evident. The proper assessment indicator for GP by a third party was the measurement of the cooperation with AH (68%). **Conclusions:** GP recognized that the post-stroke rehabilitation was inadequate. At present, the information sharing for stroke patients remains unsatisfactory.

(Jpn J Stroke 30: 723—734, 2008)