

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)		
十分なリ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)		
十分なリ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

有子秘書に感謝する。

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 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)

<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

—維持期入院入所施設の現状—

「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。維持期入院入所 771 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 24% で、うち 82% が脳卒中診療や介護に従事していた。平均 106 床 (脳卒中患者 37 床) であった。22% で待機期間が半年以上であった。脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由は「独居」73%、「高齢者のみの世帯」76%、「その他の介護力不足」77% で、自宅に戻っていたのは平均 10% であった。「十分なりハビリ機能を維持」は 15% で、脳卒中患者にリハビリを「十分に提供できている」のは 9% であった。多くが地域医療圏は「市町村」(38%)、その中心的役割は急性期病院 (42%) 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 8 (8) %、17 (19) %、64 (61) % であった。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かった。第三者が維持期入院入所施設を評価するのに適当な評価尺度は「リハビリ機能」(47%) が最多であった。本調査により、維持期入院入所施設の現状が明らかとなった。

Key words: sanatorium type ward, long-term care insurance facility, community-based referral system, information sharing

(脳卒中 30:710—722, 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¹⁻³⁾。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⁴⁾。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、維持期施設事業所が中心となり、リハビリテーションや医療、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⁵⁾、全国的な実態は不明である。

療養が必要な脳卒中患者が利用可能な入院施設には医療療養病床 (医療療養) と介護療養型医療施設 (介護療養) がある。介護を主な目的とした入所施設には、介護老人福祉施設 (特養)、介護老人保健施設 (老健)

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)

がある。このうち、医療療養病床群以外は自治体が運営する介護保険給付対象である。脳卒中後遺症患者は、その機能を維持するためのリハビリテーションを必要とするが、平成18年度の診療報酬改定により医療保険でのリハビリテーションを受けることが困難となってきた。そのため介護サービスによるリハビリテーションの充実が求められている。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⁶⁾、平成19年度に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。脳卒中維持期に入院や入所(自宅以外)で医療や介護を提供する医療療養、介護療養、特養、老健など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。全ての医療療養、介護療養、特養、老健、特定施設の中から無作為に抽出したそれぞれ1割の施設を対象に郵送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、一次メッセを同年10月15日、この時点で未回収施設に再郵送し二次メッセを同年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もしくは施設長宛に郵送し、維持期入院入所施設の実務統括者に回答を依頼した。実際のアンケート用紙を別紙に示す。まず脳卒中患者の診療や介護を行っているかを質問し、「はい」と回答した施設のみ以下IからIVへの回答を求めた。I. 維持期入院入所施設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. 維持期入院入所施設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

771施設を対象に調査し、182施設(24%)から有効

回答を得た。回答施設の地域分布に明らかな偏りはなかった。脳卒中患者を診療していたのは150施設(82%)であった。アンケートの結果を表1~4にまとめた。

I. 維持期入院入所施設の概要に関する質問

表1に示すように、回答した施設の内訳は、医療療養37%、介護療養25%、特養25%、老健21%、特定施設13%など(複数回答)であった。平均106±88ベッドあり、その37±42ベッド(35%)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、看護補助者平均30±26人、看護師25±41人、医師5±7人、理学療法士3±4人、作業療法士2±4人、ソーシャルワーカー2±2人、言語聴覚士1±2人の順に多かった。医師が脳卒中患者へ十分に関わっていると回答したのは32%であった。受け入れ制限理由は人工呼吸器(67%)と透析(59%)が多かった。受入待機1週間以内11%、2週間以内27%、1カ月以内39%、3カ月以内49%、半年以内55%、半年以上22%であった。脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由は、「独居」73%、「高齢者のみの世帯」76%、「その他の介護力不足」77%などであった。脳卒中患者にリハビリを「十分に提供できている」と回答したのは9%のみであった。患者1人に対する多職種によるカンファレンスの頻度は、おこなっていない14%、1カ月に1回以上25%、2カ月に1回以上29%、3カ月に1回以上51%、6カ月に1回以上78%、1年に1回以上83%であった。十分なりハビリテーション機能を維持しているのは15%のみであった。日常生活動作の評価には主に介護保険意見書の日常生活自立度(61%)を用いていた。脳卒中患者の平均在滞在日数354±436日であった。脳卒中患者の自宅へもどる割合は10±17%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2にまとめた。多くが地域医療圏の範囲を「市町村」(38%)と回答した。地域医療での中心的役割については急性期病院(42%)や回復期病棟(33%)を挙げるものが多かった。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は63%であった。多くが急性期病院に「急病の受け入れ」(75%)を希望していた。回復期病棟との連携が良好は42%であった。多くが回復期病棟に「リハビリ機能の充実」(48%)を希望していた。一般診療所との連携が良好は52%であった。多くが一般診療所に「医療情報の共有」(44%)や「介護情報の共有」(41%)を希望していた。他の維持期施設事業所との連

表1 施設の概要に関する質問

施設の機能・役割 (複数回答可)	施設数	%	認知症	10	6.7
急性期病院	23	15.3	不穏	16	10.7
回復期病棟	10	6.7	ワーファリン	4	2.7
一般診療所	14	9.3	経管栄養	26	17.3
医療療養病床群	56	37.3	胃瘻	19	12.7
介護療養型医療施設	38	25.3	透析	88	58.7
介護老人福祉施設	37	24.7	特になし	25	16.7
介護老人保健施設	32	21.3	その他	5	3.3
訪問介護	13	8.7	受け入れ待機期間		
訪問入浴介護	1	0.7	7日以内	16	10.7
訪問看護	28	18.7	14日以内	25	16.7
訪問リハビリ	22	14.7	1カ月以内	17	11.3
通所介護	32	21.3	2カ月以内	8	5.3
通所リハビリ	37	24.7	3カ月以内	8	5.3
短期入所生活介護	39	26.0	半年以内	9	6.0
短期入所療養介護	32	21.3	半年を超える	33	22.0
特定施設入居者生活介護	20	13.3	その他	23	15.3
夜間対応型訪問介護	0	0.0	脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由 (複数回答可)		
認知症対応型通所介護	1	0.7	独居	109	72.7
小規模多機能型居住介護	5	3.3	高齢者のみの世帯	114	76.0
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	5	3.3	その他の介護力不足	115	76.7
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0.0	気管切開、人工呼吸器、経管栄養など継続的医療が必要	82	54.7
認知症対応型共同生活介護	10	6.7	多くの介護が必要	85	56.7
なし	0	0.0	介護力はあると思われるが、本人や家族の希望	52	34.7
その他	3	2.0	その他	4	2.7
勤務するスタッフ数	人数		脳卒中患者に十分なりハビリを提供しているか		
看護師	25.1±41.3人		十分に提供できている	14	9.3
全看護補助者	30.4±26.0人		だいたい提供できている	63	42.0
ソーシャルワーカー	1.6±1.5人		あまり提供できていない	52	34.7
理学療法士	2.9±4.2人		どちらともいえない	12	8.0
作業療法士	2.0±3.5人		リハビリは行っていない	4	2.7
言語聴覚士	0.7±1.5人		その他	4	2.7
医師	4.7±6.9人		患者1人に対する多職種によるカンファレンス頻度		
脳卒中患者への医師の関わり	施設数	%	おこなっていない	21	14.0
十分に関わりをもっている	48	32.0	1カ月に1回以上	37	24.7
だいたい関わりをもっている	69	46.0	2カ月に1回程度	6	4.0
あまり関わりがない	12	8.0	3カ月に1回程度	34	22.7
どちらともいえない	9	6.0	3~6カ月に1回程度	40	26.7
その他	5	3.3	1年に1回程度	7	4.7
受け入れ制限理由 (複数回答可)			リハビリ機能		
自宅退院が困難	8	5.3	十分な機能を維持している	22	14.7
重症	40	26.7	十分なりハビリ機能があるか判断できない	11	7.3
合併症多い	17	11.3	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	74	49.3
MRSA	22	14.7			
気管切開	66	44.0			
人工呼吸器	100	66.7			
褥瘡	3	2.0			

十分なりハビリ機能があるとはいえ、今後の改善も困難である	27	18.0
その他	7	4.7
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）		
Barthel Index	22	14.7
Functional Independence Measure (FIM)	17	11.3
modified Rankin Scale	1	0.7
介護保険意見書の日常生活自立度	92	61.3
評価していない	15	10.0
その他	8	5.3

携が良好は54%であった。周辺地域全体の連携が良好は49%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8%のみで、共有する予定17%、共有する予定なし64%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8%のみで、共有する予定19%、共有する予定なし61%であった。多くは周辺地域の連携構築で「自治体と医療介護従事者が協力した連携づくり」(43%)を希望していた。自治体との連携が良好は24%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」(58%)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3にまとめた。介護保険を十分に理解している従事者がいる施設は47%であった。介護支援専門員が「十分に関わりをもっている」のは35%であった。十分な介護サービスを提供できているのは17%のみであった。介護保険の主治医意見書は58%の施設が全て作成していた。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」(53%)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. 維持期入院入所施設の適切な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評価尺度は「リハビリ機能」(47%)が最多であった(表4)。「連携」もしくは「情報共有」のいずれかと回答したのは64%であった(表4)。

考 察

今回の研究で、脳卒中診療や介護に従事している維持期入院入所施設の現状を調査できた。厚生労働省の

医療施設動態調査(平成19年11月末概数)⁸⁾、平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概況(平成18年10月1日現在)によると⁹⁾、全国に医療療養、介護療養、特養、老健は、各々2,929、4,135、5,716、3,391施設あった。調査のデータベースとして使用した平成17年度の施設数は対象12都道府県に各々1,525(全国の37%)、1,259(43%)、2,114(37%)、1,184(35%)施設あった。実際にアンケート調査を行ったのは各々152、126、211、118施設(各1割)と、介護保険給付を受けていた特定施設の約1割に相当する164施設の計771施設であった。この結果から、ほとんどの施設は脳卒中患者が自宅で生活できない理由に介入が難しい問題をあげ、実際に自宅に戻っていたのは1割のみであることがわかった。また、維持期の施設では脳卒中患者に対する十分なりハビリテーション機能を維持することが出来ず、十分なりハビリテーションを提供できていなかった。維持期入院入所施設レベルでの脳卒中地域連携では医療や介護情報の共有は不十分であった。アンケート有効回答率が24%と低かった理由には様々なものがあると推測されるが、その1つに医療介護従事者の脳卒中地域連携の重要性に対する認識の低さがあるかもしれない。

急性期治療、回復期リハビリテーション後に在宅生活が困難な脳卒中患者の多くは維持期の病院や施設に入ることになる。医療の役割の細分化が進むなかで、療養型病床群は平成5年4月施行の第二次医療法改正で「主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容する」医療施設に位置付けられた。平成12年4月より介護保険制度が導入され、医療保険適用の医療療養と介護保険適用の介護療養に分かれた。現在、療養病床の再編計画中であり¹⁰⁾、平成18年度の再編案は平成24年3月までに、医療療養25万床を15万床まで削減し、介護療養13万床(現在11万床)を全て老健又は居住系サービス施設に転換するというものである。しかしながら、厚生労働省は平成20年7月に高齢者人口の急激な増加を勘案し、医療療養22万床を存続させる方針を固めた。平成18年に行われた都道府県における「療養病床アンケート調査」結果によると¹¹⁾、療養病床の入院患者の平均年齢は83歳で、その42%が脳血管疾患で、42%が単身世帯か高齢者のみの世帯であった。入院中の急性増悪による転院の頻度(医療療養10%、介護療養7%)は少なかったが、介護の必要度が高く、経管栄養、喀痰吸引、点滴、膀胱カテーテルなどの医療処置を受ける割合が高かった。一方で、平成

表2 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	57	38.0	入院中の医療情報を伝達してほしい	59 39.3
二次医療圏	32	21.3	リハビリ機能を充実させてほしい	72 48.0
都道府県	8	5.3	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	59 39.3
地域により異なる	31	20.7	連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	20 13.3
範囲はこだわらない	18	12.0	在宅生活支援に力をいれてほしい	29 19.3
その他	1	0.7	問い合わせ窓口を簡略化してほしい	15 10.0
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	6 4.0
急性期病院	63	42.0	特になし	25 16.7
回復期病棟	50	33.3	その他	4 2.7
維持期施設・事業所	33	22.0	一般診療所との連携	
自治体	7	4.7	非常に良好	17 11.3
保健所	1	0.7	一部とは良好	61 40.7
地域により異なる	16	10.7	あまり良好でない	12 8.0
こだわらない	9	6.0	非常に悪い	2 1.3
その他	2	1.3	どちらともいえない	30 20.0
急性期病院との連携			ほとんど関わりがない	22 14.7
非常に良好	23	15.3	一般診療所への希望 (複数回答可)	
一部の良好	71	47.3	脳卒中患者の医療情報を共有したい	66 44.0
あまり良好でない	18	12.0	脳卒中患者の介護情報を共有したい	61 40.7
非常に悪い	1	0.7	連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	18 12.0
どちらともいえない	27	18.0	在宅生活支援に力をいれてほしい	43 28.7
ほとんど関わりがない	7	4.7	問い合わせ窓口を簡略化してほしい	10 6.7
急性期病院への希望 (複数回答可)			介護保険意見書を積極的に作成してほしい	14 9.3
患者が急病の時に、すぐに受け入れてほしい	113	75.3	特になし	35 23.3
十分な医療情報を伝達してほしい	58	38.7	その他	3 2.0
リハビリ機能を充実させてほしい	39	26.0	他の維持期施設・事業所 (入院、入所、通所および訪問)との連携	
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	42	28.0	非常に良好	14 9.3
連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	15	10.0	一部とは良好	67 44.7
在宅生活支援に力をいれてほしい	26	17.3	あまり良好でない	17 11.3
問い合わせ窓口を簡略化してほしい	21	14.0	非常に悪い	2 1.3
介護保険意見書を積極的に作成してほしい	7	4.7	どちらともいえない	29 19.3
特になし	9	6.0	ほとんど関わりがない	15 10.0
その他	2	1.3	周辺地域全体の連携	
回復期病棟との連携			非常に良好	9 6.0
非常に良好	18	12.0	一部は良好	64 42.7
一部とは良好	45	30.0	あまり良好でない	18 12.0
あまり良好でない	30	20.0	非常に悪い	1 0.7
非常に悪い	1	0.7	どちらともいえない	37 24.7
どちらともいえない	28	18.7	ほとんど関わりがない	17 11.3
ほとんど関わりがない	21	14.0		

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	12	8.0	非常に良好	2	1.3
今後、共有する予定	25	16.7	だいたい良好	34	22.7
予定なし	96	64.0	あまり良好でない	29	19.3
その他	13	8.7	非常に悪い	1	0.7
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	40	26.7
地域連携バスなどで既に共有している	12	8.0	ほとんど関わりがない	42	28.0
今後、共有する予定	28	18.7	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	91	60.7	みんなが協働する意識を高める環境 をつくってほしい	87	58.0
その他	15	10.0	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	41.3
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	48	32.0
連絡会などのコミュニケーションの 場がほしい	41	27.3	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	52	34.7
自治体主体の連携づくり	20	13.3	その他	6	4.0
医療・介護従事者主体の連携づくり	60	40.0			
自治体と医療・介護従事者が協力し た連携づくり	65	43.3			
脳卒中患者の医療情報を共有したい	33	22.0			
脳卒中患者の介護情報を共有したい	28	18.7			
特になし	14	9.3			
その他	2	1.3			

12年4月の介護保険制度導入時より、「要介護者を入所させて介護サービスを提供する」特養や老健の運営が始まり、医療依存度が低く介護や療養を必要とする脳卒中患者などが入所している。老健は特養よりも、リハビリテーションスタッフや看護師、医師の配置が多いので、より在宅復帰を念頭に入れている。

脳卒中では、急性期治療後も後遺症のために長期的なリハビリテーションや介護が必要となる場合が多い。2001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¹²⁾。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。また、医療や介護の役割の細分化が進行し、急性期病院、回復期病棟、診療所、維持期入院入所施設、通所や訪問などの居宅介護施設事業所がそれぞれの状態に応じて医療や介護を提供しなければならない。このような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る。それぞれの施設事業所が連携し情報を共有することで、継ぎ目のない治療および介護（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ており⁶⁾。平成20年度の診療報酬改定では⁷⁾、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ることとなった。

今回のアンケート調査結果より、8割以上の維持期入院入所施設が脳卒中患者の診療や介護に従事している実態がわかった。全体のベッドの35%程度を脳卒中患者が利用していた。受け入れの制限理由では、医療行為として専門性の高い気管切開、人工呼吸器、透析が多かった。受け入れに半年以上を要する施設が2割以上あった。脳卒中患者が在宅で生活できない理由は、「独居」や「高齢者のみの世帯」、「その他の介護力不足」、「継続的医療行為」、「多くの介護が必要」が多く、実際には1割のみが自宅に戻っていた。脳卒中患者への維持期リハビリテーションは十分でなく、十分な機能を維持していると回答したのはわずか15%であった。日常生活動作の評価スケールでは、最近重視されているFunctional Independence Measure (FIM)の使用頻度は11%と低く、介護保険意見書の日常生活自立度をほとんどが使用していた。

市町村を脳卒中の地域医療圏と捉える傾向があり、その地域連携で中心的な役割を急性期病院に期待していた。特に急性期病院との連携は良好であったが、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。在宅復帰を前提として改善をはかるとすれば、「かかりつけ医」としての機能を期待されている一般診療所や、在宅での介護を提供する維持期施設事業所との緊密な連携が重要となっていくであろう。また、周

表3 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	7	4.7
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	64	42.7
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	25	16.7
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	40	26.7
ほとんどの従事者が介護保険をあまり理解していない	8	5.3
その他	1	0.7
介護支援専門員(ケアマネジャー)の関わり		
十分に関わりをもっている	52	34.7
だいたい関わりをもっている	67	44.7
あまり関わりがない	11	7.3
どちらともいえない	11	7.3
その他	4	2.7
介護サービス		
十分な介護サービスを提供できている	25	16.7
だいたい介護サービスを提供できている	103	68.7
あまり介護サービスを提供できていない	5	3.3
どちらとも言えない	7	4.7
その他	1	0.7
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	87	58.0
だいたい作成している	28	18.7
他の診療所や病院にお願いすることが多い	3	2.0
全面的に他の診療所や病院にお願いしている	10	6.7
その他	12	8.0
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	80	53.3
十分な介護を提供しにくい	52	34.7
システムが理解しにくい	50	33.3
地域連携が難しい	45	30.0
脳卒中患者が満足しにくい	38	25.3
その他	11	7.3
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	12	8.0
十分な介護を提供しやすい	22	14.7
システムが理解しやすい	8	5.3
地域連携しやすい	24	16.0
脳卒中患者が満足できる	5	3.3
その他	46	30.7

辺地域の連携構築では、自治体との協力を希望しており、連携の現状とは離解していた。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²⁴⁾、脳卒中患者の自宅復帰を促進するためには維持期施設事業所と自治体の連携が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割未満で、ほとんど共有する予定がなかった。平成20年度の診療報酬改定で脳卒中の地域連携クリティカルパスが保険診療として認められる²⁵⁾ため、この改善が期待される。

介護保険を十分に理解している従事者がいたのは

表4 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(複数回答可)

	施設数	%
在宅生活支援	62	41.3
リハビリ機能	71	47.3
急性期病院との連携機能	56	37.3
回復期病棟との連携機能	46	30.7
維持期施設・事業所との連携機能	37	24.7
地域での医療および介護情報の共有機能	37	24.7
連携もしくは情報共有のいずれか*	96	64.0
平均滞在日数	12	8.0
自宅へもどる割合	19	12.7
多職種によるカンファレンスの内容や回数	38	25.3
その他	9	6.0

*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

47%で, 介護支援専門員の脳卒中患者への積極的な関わりがあったが, 十分に介護サービスを提供できていると回答したのは17%のみであった。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テーション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, 「リハビリ機能」が68%と最も多かった。これを評価の指標とした場合, 維持期入院入所施設のリハビリ機能を維持できる可能性がある。しかし, 地域での脳卒中医療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。

結 語

維持期入院および入所施設の8割以上が脳卒中診療や介護に従事し, その利用者の3分の1が脳卒中患者であった。施設の7割以上は脳卒中患者が在宅生活できない主な理由に介入困難な問題をあげ, 実際に自宅にもどっていた脳卒中患者はわずか1割であった。維持期入院入所施設レベルでの地域における連携と情報共有は十分とはいえなかった。また, 慢性期脳卒中医療の充実のためには適切なリハビリテーションの供給体制が重要と考えられた。

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 幸野浩美看護部長, 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: Recommendations for the establishment of primary stroke centers. Brain Attack Coalition. *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) 厚生労働省「医療施設動態調査(平成19年11月末概数)」(平成20年) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m07/is0711.html>
- 9) 厚生労働省「平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」(平成19年) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/kekka1.html>
- 10) 厚生労働省「介護施設等の在り方に関する委員会」(平成18年・19年) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosh/iryouseido01/info03c.html>
- 11) 厚生労働省 都道府県における「療養病床アンケート調査」結果(平成19年) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11b.pdf>
- 12) 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->

参考資料 アンケート用紙

【I】 貴施設に関する質問

質問1. 貴施設では、脳卒中患者の診療や介護を行っておられますか

- a. はい b. いいえ

*質問1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2. 貴施設には様々な機能・役割がありますか(複数回答可)

- a. 急性期病院 b. 回復期病棟 c. 一般診療所 d. 医療保険適用療養型病床群
 e. 介護療養型医療施設 f. 介護老人福祉施設 g. 介護老人保健施設 h. 訪問介護
 i. 訪問入浴介護 j. 訪問看護 k. 訪問リハビリ l. 通所介護 m. 通所リハビリ
 n. 短期入所生活介護 o. 短期入所療養介護 p. 特定施設入居者生活介護 q. 夜間対応型訪問介護
 r. 認知症対応型通所介護 s. 小規模多機能型居住介護 t. 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
 u. 地域密着型特定施設入居者生活介護 v. 認知症対応型共同生活介護 w. なし
 x. その他 ()

質問3. 貴施設のベッド数は () 床

質問4. 質問3のうち脳卒中患者が利用しているベッド数は (約) 床

質問5. 貴施設に勤務する実働スタッフ数は

看護師 () 名, 全看護補助者 () 名, ソーシャルワーカー (MSW) () 名,
理学療法士 (PT) () 名, 作業療法士 (OT) () 名, 言語聴覚士 (ST) () 名, 医師 () 名

質問6. 脳卒中患者への医師の関わり

- 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7. 脳卒中患者の受け入れ制限はありますか。あれば理由を教えてください(複数回答可)

- a. 自宅退院が困難 b. 重症 c. 合併症が多い d. MRSA e. 気管切開 f. 人工呼吸器
 g. 褥瘡 h. 認知症 i. 不穏 j. ワーファリン内服中 k. 経管栄養 l. 胃瘻 m. 透析
 n. 特になし o. その他 ()

質問8. 貴施設の受け入れ待機期間はどのくらいですか

- a. 7日以内 b. 14日以内 c. 1カ月以内 d. 2カ月以内 e. 3カ月以内 f. 半年以内
 g. 半年を超える h. その他 ()

質問9. 脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由は何ですか（複数回答可）

- a. 独居 b. 高齢者のみの世帯 c. その他の介護力不足
 d. 気管切開, 人工呼吸器, 経管栄養など継続的医療が必要 e. 多くの介護が必要
 f. 介護力はあると思われるが, 本人や家族の希望 g. その他 ()

質問10. 脳卒中患者に対して十分なリハビリを提供できていますか

- a. 十分に提供できている b. だいたい提供できている c. あまり提供できていない
 d. どちらともいえない e. リハビリは行っていない
 f. その他 ()

質問11. 脳卒中患者1人に対する多職種によるカンファレンスの頻度は

- a. おこなっていない b. 1カ月に1回以上 c. 2カ月に1回程度 d. 3カ月に1回程度
 e. 3～6カ月に1回程度 f. 1年に1回程度

質問12. リハビリ機能について（リハビリテーション機能評価表*などに準じる）

- a. 十分な機能を維持している b. 十分なリハビリ機能があるか判断できない
 c. 十分なリ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
 d. 十分なリハビリ機能があるとはいえず, 今後の改善も困難である
 e. その他 ()

*日本リハビリテーション病院・施設協会発行

質問13. 日常生活動作の評価に使用しているスケールは

- 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14. 脳卒中患者の平均滞在日数は何日ですか (約 日)

質問15. 脳卒中患者のうち自宅へもどるのは約何パーセントですか (約 %)

【II】脳卒中地域連携に関する質問

質問16. 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17. 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. こだわらない h. その他 ()

質問18. 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

質問19. 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. 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
 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 20. 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 21. 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 22. 脳卒中医療・介護において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. 脳卒中医療・介護において一般診療所に希望すること(複数回答可)

- a. 脳卒中患者の医療情報を共有したい b. 脳卒中患者の介護情報を共有したい
 c. 連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい d. 在宅生活支援に力をいれてほしい
 e. 問い合わせ窓口を簡略化してほしい f. 介護保険意見書を積極的に作成してほしい g. 特になし
 h. その他 ()

質問 24. 脳卒中医療・介護において、他の維持期施設・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 25. 脳卒中の医療・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 26. 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 27. 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 28. 脳卒中の医療・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 29. 脳卒中の医療・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 30. 脳卒中の医療・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 31. 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 32. 脳卒中患者への介護支援専門員（ケアマネジャー）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 33. 脳卒中患者の介護サービスについて

- a. 十分な介護サービスを提供できている b. だいたい介護サービスを提供できている
- c. あまり介護サービスを提供できていない d. どちらとも言えない
- e. その他（ ）

質問 34. 脳卒中患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 35. 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. 十分なリハビリを提供しにくい b. 十分な介護を提供しにくい c. システムが理解しにくい
- d. 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 36. 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. 十分なリハビリを提供しやすい b. 十分な介護を提供しやすい c. システムが理解しやすい
- d. 連携しやすい e. 脳卒中患者が満足できる f. その他（ ）

【Ⅳ】維持期入院入所施設の適当な評価尺度に関する質問

質問 37. 脳卒中地域医療で、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は何ですか（複数回答可）

- a. 在宅生活支援の尺度 b. リハビリ機能**の尺度 c. 急性期病院との連携機能の尺度
- d. 回復期病棟との連携機能の尺度 e. 維持期施設・事業所との連携機能の尺度
- f. 地域での医療および介護情報の共有機能の尺度 g. 平均滞在日数 h. 自宅へもどる割合
- i. 多職種によるカンファレンスの内容や回数 j. その他（ ）

**日本リハビリテーション病院・施設協会が発行するリハビリテーション機能評価表などに準じる

tyosa/k-tyosa01/3-2.html

Abstract

Current role of sanatorium type wards and long-term care insurance facilities 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⁾

¹⁾Cerebrovascular Division, Department of Medicine, National Cardiovascular Center

²⁾Research Institute for Brain and Blood Vessels Akita

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

⁴⁾Department 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 STW/LTCF in stroke care. **Subjects and Methods:** Twelve representative prefectures were selected. Questionnaires concerning the facility status, community-based referral system and their appropriate indicators were sent to 771 STW/LTCF. **Results:** 24% of these STW/LTCF answered. 82% were engaged in stroke long-term care. There were 106 (mean) beds (37 for stroke patients). The waiting period to enter was over 6 months in 22%. The main reasons for the observed difficulty in returning home were living alone (73%), only elderly people's households (76%) and other reasons for lack of care (77%); and only 10% of stroke patients returned home. Only 15% could maintain adequate function for rehabilitation. AH (42%) were expected to play a central role in the community-based referral system. Good or fair relationships with AH, CRU, GP, other STW/LTCF/IHCCS, the general community and the local authority were found in 63%, 42%, 52%, 54%, 49% and 24%, respectively. Medical/care information sharing was achieved in 8%/8% and not scheduled in 64%/61%. The proper assessment indicator for STW/LTCF by a third party was the measurement of rehabilitation function (47%). **Conclusions:** The main reasons for the difficulty in returning home for stroke patients in STW/LTCF are troublesome issues. At present, the information sharing for stroke patients in STW/LTCF remains unsatisfactory.

[Jpn J Stroke 30: 710-722, 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 — 通所および訪問施設事業所の現状 —

「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²⁾ 安井 信之²⁾
長谷川泰弘³⁾ 成富 博章¹⁾ 岡田 靖¹⁾ 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。通所および訪問介護 4,166 施設・事業所に対して、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 22% で、うち 80% が脳卒中患者に介護サービスを提供していた。利用者は 1 カ月平均 112 人 (脳卒中患者 26 人) で、受け入れ制限理由は「特になし」(47%) が最多であった。81% がリハビリを提供していたが、脳卒中後遺症のある利用者がリハビリを「十分に受けている」と回答したのは 10% であった。多くが地域医療圏を「市町村」(43%) と回答し、その中心的役割を「回復期病棟」(38%) に求めている。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多くはなかった。医療 (介護) 情報を「既に共有」、「共有予定」、「共有予定なし」は各々 9 (10) %、15 (17) %、62 (59) % であった。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、なかでも「十分なりハビリを提供しにくい」(60%) が最多であった。第三者が通所および訪問介護施設事業所を評価するのに適当な評価尺度では「介護支援専門員との連携」(44%) が最多であった。本調査により、通所および訪問介護施設・事業所の現状が明らかとなった。

Key words: in-home care service, commuting care service, community-based referral system, information sharing

(脳卒中 30:697-709, 2008)

はじめに

脳卒中医療は、急性期治療、回復期リハビリテーション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)~3)}。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⁴⁾。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、維持期施設事業所が中心となり、リハビリテーションや医療、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⁵⁾。しかし、その全国的な実態は不明である。

自治体が運営する介護保険制度に基づき居宅介護サービスは提供されている。自宅などで生活する脳卒中後遺症のある利用者は、医療保険でのリハビリを受けることが困難となり、介護保険によるリハビリの充

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 6 月 23 日受理)

実が期待されている。我々は、厚生労働科学研究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⁹⁾。平成19年度に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。本稿では、通所および訪問など居宅介護サービス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ために、人口密度を考慮して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。訪問入浴介護および福祉用具貸与、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すべての施設事業所から無作為に抽出した1割の施設を対象に郵送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、一次メチを同年10月15日、この時点で未回収施設に再郵送し二次メチを同年11月15日として最終集計した。

方法は、調査用紙を各施設・事業所長宛に郵送し、通所および訪問施設事業所の実務統括者に回答を依頼した。実際のアンケート用紙を別紙に示す。まず脳卒中患者の診療や介護を行っているかを質問し、「はい」と回答した施設のみ以下IからIVへの回答を求めた。I. 通所および訪問施設事業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. 通所および訪問施設事業所の適切な評価尺度に関する質問であった。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

4,166施設事業所を対象に調査し、896施設事業所(22%)から有効回答を得た。アンケートの結果を表1~4にまとめた。脳卒中患者にサービスを提供していたのは715施設(80%)であった。

I. 通所および訪問施設事業所の概要に関する質問

表1に示すように、回答した介護事業の内訳は訪問介護36%、訪問入浴介護4%、訪問看護24%、訪問リ

ハビリ9%、通所介護37%、通所リハビリ18%、短期入所生活介護15%、短期入所療養介護9%、特定施設入居者生活介護4%、認知症対応型通所介護9%、認知症対応生活介護11%などであった。1カ月の利用者は平均111±210人(平均±標準偏差、以下同じ)。うち脳卒中患者は26±41人であった。スタッフは看護師5.7±8.6人、介護職員18.6±18.8人、介護専門支援員2.5±2.4人、理学療法士1.8±2.0人、作業療法士1.3±1.8人、言語聴覚士0.4±0.6人であった。脳卒中患者への医師の関わりでは、「十分に関わりをもっている」16%、「だいたい関わりをもっている」46%、「あまり関わりがない」22%、「どちらともいえない」10%であった。受け入れ制限の理由は「特になし」47%、「人工呼吸器」35%、「気管切開」25%、「透析」22%、「重症」21%の順に多かった。81%が何らかの方法でリハビリを提供していた。脳卒中後遺症のある利用者がリハビリを「十分に受けている」10%、「だいたい受けている」61%、「あまり受けていない」21%、「わからない」3%であった。日常生活動作の評価スケールは介護保険意見書の日常生活自立度(72%)が最多であった。

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2にまとめた。地域医療圏の範囲を「市町村」とする回答が43%で最多であった。地域医療での中心的役割は回復期病棟(38%)、急性期病院(30%)、維持期施設事業所(27%)の順に多かった。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は37%であった。多くが急性期病院に「急病の受け入れ」69%と「十分な医療情報の伝達」57%、「リハビリ機能」41%、「在宅生活支援」39%、「急性期の運動機能や日常生活動作に関する情報」39%を希望していた。回復期病棟との連携が良好は37%であった。多くが回復期病棟に「入院中の運動機能や日常生活動作に関する情報」61%、「リハビリ機能」52%、「入院中の医療情報」50%、「在宅生活支援」45%を希望していた。一般診療所との連携が良好は51%であった。多くが一般診療所に「介護情報の共有」47%、「在宅生活支援」46%、「医療情報の共有」44%、「急病の受け入れ」43%を希望していた。維持期入院入所施設との連携が良好は48%であった。多くは維持期入院入所施設に「リハビリの充実」52%、「在宅生活支援」41%、「運動機能や日常生活動作に関する情報」41%を希望していた。通所および訪問施設事業所との連携が良好は58%であった。多くが通所および訪問施設事業所に「運動機能や日常生活動作に関する情報共有」

表1 施設・事業所の概要に関する質問

施設・事業所の機能・役割 (複数回答可)	施設数	%	脳卒中患者への医師の関わり	
急性期病院	32	4.5	十分に関わりをもっている	112 15.7
回復期病棟	24	3.4	だいたい関わりをもっている	326 45.6
一般診療所	62	8.7	あまり関わりがない	154 21.5
医療療養病床群	43	6.0	どちらともいえない	74 10.3
介護療養型医療施設	36	5.0	その他	23 3.2
介護老人福祉施設	81	11.3	受け入れ制限理由(複数回答可)	
介護老人保健施設	86	12.0	重症	153 21.4
訪問介護	258	36.1	合併症多い	75 10.5
訪問入浴介護	28	3.9	MRSA	114 15.9
訪問看護	169	23.6	気管切開	181 25.3
訪問リハビリ	63	8.8	人工呼吸器	252 35.2
通所介護	261	36.5	褥瘡	30 4.2
通所リハビリ	128	17.9	認知症	26 3.6
短期入所生活介護	110	15.4	不穏	40 5.6
短期入所療養介護	62	8.7	ワーファリン内服中	25 3.5
特定施設入居者生活介護	25	3.5	経管栄養	119 16.6
夜間対応型訪問介護	3	0.4	胃瘻	92 12.9
認知症対応型通所介護	61	8.5	透析	157 22.0
小規模多機能型居住介護	18	2.5	特になし	335 46.9
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	4	0.6	その他	33 4.6
地域密着型特定施設入居者生活介護	4	0.6	脳卒中後遺症のある利用者のリハビリ	
認知症対応型共同生活介護	79	11.0	十分に受けている	73 10.2
なし	13	1.8	だいたい受けている	437 61.1
その他	44	6.2	あまり受けていない	151 21.1
勤務するスタッフ数	人数		わからない	18 2.5
看護師	5.7±8.6人		その他	23 3.2
介護職員	18.6±18.8人		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)	
介護専門支援員	2.5±2.4人		Barthel Index	44 6.2
理学療法士	1.8±2.0人		Functional Independence Measure (FIM)	27 3.8
作業療法士	1.3±1.8人		modified Rankin Scale	3 0.4
言語聴覚士	0.4±0.6人		介護保険意見書の日常生活自立度	511 71.5
			評価していない	103 14.4
			その他	57 8.0

51%、「リハビリの充実」47%を希望していた。周辺地域全体の連携が良好は38%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9%のみで、共有する予定15%、共有する予定なし62%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17%、共有する予定なし59%であった。多くは周辺地域の連携構築で「自治体と医療介護従事者が協力した連携づくり」(47%)を希

望していた。自治体との連携が良好は20%であった。多くは自治体に「みんなが協働する意識を高める環境作り」(66%)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3にまとめた。介護保険を十分に理解している従事者がいるのは50%であった。介護支援専門員が「十分に関わりをもっている」のは39%であった。「十分な介護サービスを提供

表2 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	%	入院中の医療情報を伝達してほしい リハビリ機能を充実させてほしい	354	49.5
市町村	306	42.8	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	438	61.3
二次医療圏	86	12.0	連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	202	28.3
都道府県	26	3.6	在宅生活支援に力をいれてほしい	322	45.0
地域により異なる	140	19.6	問い合わせ窓口を簡略化してほしい	103	14.4
範囲はこだわらない	117	16.4	介護保険意見書を積極的に作成してほしい	124	17.3
その他	13	1.8	特になし	38	5.3
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)			その他	12	1.7
急性期病院	217	30.3	一般診療所との連携		
回復期病棟	274	38.3	非常に良好	69	9.7
維持期施設・事業所	192	26.9	一部とは良好	296	41.4
自治体	24	3.4	あまり良好でない	79	11.0
保健所	19	2.7	非常に悪い	4	0.6
地域により異なる	60	8.4	どちらともいえない	159	22.2
こだわらない	59	8.3	ほとんど関わりがない	102	14.3
その他	21	2.9	一般診療所への希望 (複数回答可)		
急性期病院との連携			患者が急病の時に、すぐに受け入れてほしい	308	43.1
非常に良好	64	9.0	脳卒中患者の医療情報を共有したい	316	44.2
一部とは良好	201	28.1	脳卒中患者の介護情報を共有したい	339	47.4
あまり良好でない	108	15.1	連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	196	27.4
非常に悪い	8	1.1	在宅生活支援に力をいれてほしい	327	45.7
どちらともいえない	171	23.9	問い合わせ窓口を簡略化してほしい	66	9.2
ほとんど関わりがない	151	21.1	介護保険意見書を積極的に作成してほしい	142	19.9
急性期病院への希望 (複数回答可)			特になし	70	9.8
患者が急病の時に、すぐに受け入れてほしい	490	68.5	その他	9	1.3
十分な医療情報を伝達してほしい	408	57.1	維持期施設・事業所 (入院、入所) との連携		
リハビリ機能を充実させてほしい	291	40.7	非常に良好	54	7.6
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	278	38.9	一部とは良好	289	40.4
連絡会やカンファレンスなどを定期的にもちたい	167	23.4	あまり良好でない	64	9.0
在宅生活支援に力をいれてほしい	279	39.0	非常に悪い	3	0.4
問い合わせ窓口を簡略化してほしい	114	15.9	どちらともいえない	182	25.5
介護保険意見書を積極的に作成してほしい	150	21.0	ほとんど関わりがない	108	15.1
特になし	18	2.5	維持期施設・事業所 (入院、入所) への希望 (複数回答可)		
その他	14	2.0	待機期間を短縮してほしい	249	34.8
回復期病棟との連携			入院・入所基準を緩和してほしい	242	33.8
非常に良好	44	6.2	リハビリを充実させてほしい	369	51.6
一部とは良好	217	30.3	リハビリ以外のサービス内容を充実させてほしい	107	15.0
あまり良好でない	103	14.4	在宅生活支援に力をいれてほしい	291	40.7
非常に悪い	7	1.0	脳卒中患者の医療情報を伝達してほしい	196	27.4
どちらともいえない	182	25.5	回復期病棟への希望 (複数回答可)		
ほとんど関わりがない	149	20.8	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	290	40.6