

\*Q2m (通所訪問) Q2v Q16b Q31 介護サービス

→これらをロジスティック解析して Q34h に関連のある質問は検出できなかった。

Q33e (医療保険と介護保険のシステムの利点→脳卒中患者が満足できる) と  
カイ二乗検定で有意だった質問

\*\*Q34h

\*Q33d

→これらをロジスティック解析して Q33e (上記) に関連のある質問は Q34h であった。

\*Q34h (維持期在宅介護施設・事業所を評価する適切な尺度: リハビリ機能の尺度)

回帰係数 2.9651 オッズ比 19.3966

## 北海道 E について

Q3a とカイ二乗検定で有意だった質問

\*\*Q5g

\*Q10b Q16f

→ロジスティック解析して Q3a に関連のある質問は検出されなかった。

Q4d とカイ二乗検定で有意だった質問

\*\*Q2v Q2 併設なし Q4a Q4b Q10b Q12c Q12j Q22b

\*Q2 (維持期施設) Q4e Q4f Q8c Q8g Q8h Q8i Q12d Q16e Q22c

→ロジスティック解析して Q4d に関連のある質問は検出されなかった。

Q16g とカイ二乗検定で有意だった質問

\*\*Q10h Q22f (設問に対して「特になし」を選んだ場合 Q10h Q22f となる)

\*Q4b Q5c Q5e Q8j Q10b Q12c Q12L Q16a Q16c Q16d Q16e Q18d Q22c

→これらをロジスティック解析して Q16g に関連のある質問は検出されなかった。

古賀先生の気にされていたように、北海道の場合、有効回答数の少なさが統計の際に影響しているかもしれませんが、重要な点がいくつも見つかりました。なお、少ない回答数で解析したため、十分な統計的な有意差が出なかった可能性もあります。そこを補うに十分

なデータは、古賀先生が先に解析された、全国 VS 北海道の%比較であり、n が少ないためかえてこのほうが特徴をよく表現しているものもあると思われます。

考察の参考にして下さい。

「急性期の受け入れは比較的容易で、急性期病院もしくは回復期で完結する傾向がうかがわれる北海道脳卒中医療は、脳外科主体の北海道の脳卒中医療を象徴している」

「脳卒中を念頭に置いた場合、一般診療所でも脳外科医の関わりが多く、内科医が少ない。」

「急性期は比較的充実しているが、人工呼吸器などの重装備の医療へのアクセスが保障される傾向がある。しかし、維持期になると胃ろうや経管栄養などの内科管理やリハビリテーションなどの問題が目立つのは、それらが脳外科では補え切れない問題である可能性が伺われる」

「北海道行政は支庁制でありこれに準じた医療圏単位の医療が行われるため、急性期は医療圏単位、介護保険は市町村単位で進められるため維持期は市町村単位が重視される。とりもなおさず、急性期-回復期と維持期の行政の管轄が異なるため、これらをつなぐ行政の整備が今後は重要である。」

---

北海道では脳神経外科に依存した脳卒中医療が行われている事は J-MUSIC でも報告されてきた。全国に比べて、急性期の人工呼吸器使用などは受け入れ拒否の理由にならない傾向や、夜間対応も行う傾向などが目立っている。このように北海道では脳卒中急性期の対応は全国に比して進んでいる様子が伺えるが、その背景には脳外科医の存在が示唆される。その一方で、経管栄養や胃ろうの管理が施設入所の阻害因子になる傾向があったり、維持期以降のリハビリテーションが切望されている事、回復期以降の維持期との連携はむしろ関心が薄いことを示唆する所見が得られた。これは、北海道の医療は支庁・二次医療圏単位、福祉は市町村単位で行われていることや、北海道の脳外科医が急性期から回復期の中で脳卒中医療を完結させる傾向があることを示唆しているのかもしれない。また、脳外科医医師があまり進出しているとは考えづらい維持期以降の福祉との連携は、特に情報共有の点で改善の余地が残されていると思われる。また、アンケート解析の結果は、内科医の脳卒中医療・福祉への参加は北海道では不良であること、リハビリテーション医の参入が遅れていることを示唆する。このように脳外科医が中心の北海道の脳卒中医療は急性期から回復期には充実しているものの、内科的観点・リハビリテーションの観点から見ると不十分であることが示された。特に維持期以降にその影響が強いことが示唆された。また、良きも悪しきも脳外科医に大きく依存している北海道の脳卒中医療は、脳外科医が急

激に少なくなっている影響を大きく受ける可能性が高いことは容易に予想がつく。残念ながら、その点で、北海道の脳卒中医療の将来は悲観的である。少ない脳外科医を広く薄く広域の北海道に配置することは効果的とは考えづらい。計画的な法を整備して、しっかりとした財源の下、計画的にクラークやコメディカルを導入したり、(特に北海道の場合は急性期以上に維持期に注目し)、在宅支援システム、介護システムを整備して、減少する脳外科医でも脳卒中医療の質の維持ができるようにするべきで、また、リハビリテーション医や内科医の導入を進めることが必要である。

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

-秋田県、長野県と全国データとの比較から-

所属：秋田県立脳血管研究センター

安井信之



背景：平成 18 年度には急性期を中心とした脳卒中医療の実態調査およびインディケーターの選定をおこなってきた。脳卒中医療および介護の地域連携の重要性が強調されているが、急性期以降の回復期から維持期の全国的な実態は不明である。

目的：急性期脳卒中以降の回復期から維持期までの全国の脳卒中地域医療の実態を調査したが、本稿では、選択した全国 12 都道府県の中で共に人口低密度県である秋田県（以下秋田）と長野県（以下長野）の現状を、全国データと比較を行い、この地域の実態を明らかにする事が目的である。

方法：人口密度分布を考慮し 12 の都道府県（北海道、秋田県、群馬県、東京都、神奈川県、長野県、大阪府、和歌山県、広島県、徳島県、東京都、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%）を選択しアンケート調査を施行した。回復期から維持期までの脳卒中医療・介護を担っている可能性のある施設（事業所）を、回復期リハビリ病棟（回復期病棟）、A 群、一般診療所（B 群）、維持期入院入所施設（C 群）、通所および訪問施設事業所（D 群）の 4 群に分けた。脳卒中地域医療で重要な役割を果たしている A 群では、全施設を対象とした。B 群では、名称に神経内科、脳神経外科、リハビリ科のある診療所は脳卒中診療に関わっている可能性が高いため全てを対象とした。残りの一般診療所から小児科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、形成外科、保健センター、企業や役所の医務室など脳卒中を診療する可能性が低い診療所を除外し、無作為に選択した 10%を対象に加えた。C 群では、医療保険対象の医療療養病床と介護保険給付対象の介護療養型医療施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、特定施設のうち無作為に選択した全体の 10%を対象とした。D 群では、訪問入浴介護や福祉用具貸与、特定福祉用具販売事業所、特定施設入居者生活介護を除外した居宅介護サービスを提供している全ての施設事業所から無作為に選択した 10%を対象とした。各群の特徴に合わせてアンケートを作成した。アンケートの内容は、脳卒中医療・介護従事の有無、施設・事業所の現況、脳卒中地域連携、介護保険、適当な評価尺度についてであった。最終的に全国の A 群 347 施設、B 群 3709 施設、C 群 771 施設、D 群 4166 施設事業所に対してアンケート郵送法により実態調査を行った。その中で秋田には、A 群 5 施設、B 群 68 施設、C 群 22 施設、D 群 106 施設事業所にアンケートを郵送した。長野には、A 群 16 施設、B 群 134 施設、C 群 38 施設、D 群 231 施設事業所にアンケートを郵送した。

結果：アンケートの概要と各群の結果

#### 1) 施設群別の郵送数と回答率

A 群は全国では 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。解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは 166 施設（95%）であった。そのう

ち秋田では5施設、有効回答は5施設(100%)、解析に使用した脳卒中患者を診療している施設は5施設(100%)、長野では16施設に郵送、有効回答は7施設(43.8%)、解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは7施設(100%)であった。

B群は全国では3709施設を対象に調査し、764施設(20.6%)から有効回答を得た。解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは440施設(57.6%)であった。そのうち秋田では68施設、有効回答は8施設(11.8%)、解析に使用した脳卒中患者を診療している施設は5施設(62.5%)、長野では134施設に郵送、有効回答は28施設(20.9%)、解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは17施設(60.7%)であった。

C群は全国では711施設を対象に調査し、182施設(23.6%)から有効回答を得た。解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは150施設(82.4%)であった。そのうち秋田では22施設、有効回答は9施設(40.9%)、解析に使用した脳卒中患者を診療している施設は9施設(100%)、長野では38施設に郵送、有効回答は8施設(21.1%)、解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは7施設(87.5%)であった。

D群は全国では4166施設を対象に調査し、896施設(21.5%)から有効回答を得た。解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは715施設(79.8%)であった。そのうち秋田では106施設、有効回答は26施設(24.5%)、解析に使用した脳卒中患者を診療している施設は21施設(80.8%)、長野では231施設に郵送、有効回答は56施設(24.2%)、解析に使用した脳卒中患者を診療していたのは48施設(85.7%)であった。

## 2) 回復期リハビリ病棟(回復期病棟)

### I. 回復期病棟の概要に関する質問

急性期病院に併設が長野で86%、全国が68%、秋田が20%であった。医療療養病床群に併設されていたのは長野で29%、全国が46%、秋田が80%であった(表A-1)。平均病床は長野が64床、秋田と全国が58床であったが長野は施設間のばらつきが大きかった(表A-2)。脳卒中患者が利用していたのは秋田がその67%であったが、長野・全国は60%であった(表A-3)。スタッフは多職種からなっており、秋田で理学療法士、作業療法士の数がやや少なかったが、その他の職種では人員数は長野・秋田共にほぼ全国と同じレベルであった(表A-4)。医師が脳卒中患者診療に十分に関わっていたのは長野が86%、秋田が80%、全国77%と何れも高値であった(表A-5)。脳血管疾患等リハビリ基準料Iの施設基準を取得していたのは長野が100%、全国は89%、秋田が60%であった。(表A-6)。受け入れ制限理由で高かったのは、透析が長野で71%、全国60%、秋田40%、人工呼吸器が長野で57%、全国で55%、秋田が20%であった(表A-7)。受け入れ待機1週間以内は全国が47%、秋田が40%、長野が28%、2週間以内は秋田・長野が100%、全国が84%であった(表A-8)。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ヶ月に1回以上は長野で100%、全国で93%、秋田で80%であった(表A-9)。「十分なりハビリ機能があるか判断できない」もしくは「十分なりハビリ



機能があるとはいえない」と回答したのは長野が14%、全国26%、秋田が40%であった(表A-10)。365日のリハビリを施行していたのは長野が43%、全国22%、秋田0%であった。(表A-11)各患者への1日のリハビリ実施平均単位数は全国、長野が平均6.2単位、秋田が4.6単位であった(表A-12)。日常生活動作の評価にFunctional Independence Measure(FIM)を使っていたのが全国で72%、秋田で60%、長野が57%であった。(表A-13)。機能改善評価の頻度は、1週間に1回以上は秋田で20%、全国で10%、長野で0%、2週間に1回以上は秋田が40%、全国が25%、長野が14%、1ヶ月に1回以上は長野が100%、全国が96%、秋田が80%であった(表A-14)。脳卒中患者の平均在院日数は秋田が98日、全国が88日、長野が71日で(表A-15)、自宅退院率は秋田が73%、長野が62%、全国が61%であった(表A-16)。クリニカルパスの使用率は秋田が10%、全国が9%、長野が1%であった(表A-17)。長期的なフォローアップを積極的に行っているのは全国で27%、秋田・長野は0%(表A-18)、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全国で27%、秋田は20%、長野が14%であった(表A-19)。

## II. 脳卒中地域連携に関する質問

地域医療圏が「二次医療圏」であるとしたのは長野が57%、全国が42%、秋田は20%であった(表A-20)。その中心的役割を持つ施設が「急性期病院」と答えたのは全国と長野が42%、秋田は0%、「回復期病棟」と答えたのは秋田が40%、全国が38%、長野は14%であった(表A-21)。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は秋田・長野が100%、全国も93%であった(表A-22)。急性期病院への希望では「急病の受け入れ」が全国で61%、秋田で60%、長野で43%、「マイナス面まで含めた医療情報の伝達」が秋田で100%、全国が62%、長野が43%であった(表A-23)。一般診療所との連携が良好と答えたのは長野が100%、全国が71%、秋田が60%であった(表A-24)。一般診療所への希望では、「脳卒中患者の医療情報の共有」が秋田は80%、全国が36%、長野が14%、「在宅生活支援」が秋田で60%、長野が57%、全国が55%であった(表A-25)。維持期施設事業所との連携が良好との回答は全国が87%、長野が86%、秋田が80%であった(表A-26)。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」のは長野が71%、全国が37%、秋田は0%で、「だいたいできている」は秋田で100%、全国が60%、長野が29%であった(表A-27)。維持期施設事業所への希望では「待機期間の短縮」は長野が86%、秋田が80%、全国が70%で、「リハビリの充実」が秋田で80%、全国で66%、長野は43%、「在宅生活支援に力を入れて欲しい」が秋田で80%、全国で36%、長野で14%であった(表A-28)。他院の回復期病棟との「連携が良好」なのは長野が43%、全国が42%、秋田が20%で、「ほとんど関わりが無い」は長野が43%、秋田で40%、全国で27%であった(表A-29)。周辺地域全体の連携が良好なのが長野は100%、秋田は80%、全国は78%であった(表A-30)。地域連携パスなどで医療情報を既に共有しているのは全国では13%、秋田・長

野共に0%、「共有する予定」は全国で56%、長野で71%、秋田が20%、「共有する予定なし」は秋田で60%、長野で29%、全国で25%であった(表A-31)。地域連携パスなどで介護情報を「既に共有している」のは全国では13%、秋田・長野共に0%、「共有する予定」は長野で71%、全国で55%、秋田は0%、「共有する予定なし」は秋田で80%、全国で28%、長野で29%であった(表A-32)。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」を希望するものが秋田で60%、全国で45%、長野で43%、「連絡会などの場が欲しい」と答えたのが秋田で80%、全国42%、長野は29%であった(表A-33)。「自治体との連携が良好」は長野が71%、全国が43%、秋田が40%であった(表A-34)。自治体に対する希望では「みんなが協働する意識を高める環境作り」を希望するものが秋田で80%、全国で67%、長野で57%であった(表A-35)。

### 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長野では100%、全国で65%、秋田で60%であった(表A-36)。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」のはすべての施設で約40%であった(表A-37)。依頼に応じて介護保険主治医意見書を全て作成していたのは秋田で100%、長野で86%、全国は85%であった(表A-38)。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」が最多で、秋田では100%、長野が86%、全国で84%が答えた(表A-39)。医療保険と介護保険によるシステムについては、何れにおいても利点を挙げるものは、問題点を挙げるものよりわずかであった(表A-40)。

### Ⅳ. 回復期病棟の適切な評価尺度に関する質問(表A-41)

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」が何れの施設においても最多で全国と長野が86%、秋田が80%であった。「連携」もしくは「情報共有」のいずれかと回答したのは秋田で100%、全国で60%、長野で57%であった。その他で高値であったのは、全国では自宅退院率(55%)、秋田では多職種によるカンファレンス、急性期病院・維持期施設との連携が60%、長野では多職種によるカンファレンスが57%であった。

## 3) 一般診療所

### Ⅰ. 診療所の概要に関する質問

脳卒中診療していた標榜診療科の内訳は、全国では内科が76%、次いで、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%が10%以上であった。秋田では内科が100%、循環器科が40%、消化器科が20%、長野では内科が59%、脳神経外科が24%、消化器科・外科が18%、整形外科・呼吸器科・精神科・泌尿器科が12%であった(表B-1)。診療所以外の医療や介護の機能・役割は「なし」が全国(55%)、秋田(60%)、長野(30%)だった(表B-2)。有床診療所は全国で11%、平均17床で、うち脳卒中患者が7床を利用していたが、秋田・長野共に0%



であった(表 B-3-5)。1ヶ月の診療患者は秋田が1100人、長野が738人、全国が623人で、うち脳卒中既往患者は夫々40人、175人、82人であった(表 B-6-7)。要介護者は全国が62人、長野が46人、秋田が21人で、うち脳卒中既往患者は夫々32人、27人、14人であった(表 B-8-9)。要介護者の訪問診療を行っているのは秋田が100%、長野が71%、全国が57%(表 B-10)であった。脳卒中既往患者が必要なリハビリを「だいたい受けている」以上と回答したのは長野で71%、全国で51%であったが秋田は0%であった(表 B-11)。リハビリを提供していたのは秋田が60%、全国が37%、長野が29%(表 B-12)、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を用いていたのは長野が77%、全国が69%、秋田が60%であった(表 B-13)。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」が秋田では100%、全国では63%、長野では53%、「症例により、すぐに急性期病院に紹介する」は全国で30%、長野で29%であった(表 B-14)。

## 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の範囲は「市町村」と答えたのは秋田が80%、長野と全国が29%、「二次医療圏」と答えたのは全国が34%、長野が29%、秋田は20%であった(表 B-15)。地域医療で中心的役割をもつべき施設では急性期病院が秋田では80%、全国では68%、長野は65%であった(表 B-16)。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は秋田が100%、長野が88%、全国は68%であった(表 B-17)。急性期病院への希望では「急病の受け入れ」が長野では94%、全国で86%だが、秋田は20%でリハビリ機能を充実して欲しいが40%、「十分な医療情報の伝達」が全国で36%、長野が35%であったが秋田は0%だった(表 B-18)。回復期病棟との連携が良好は長野が71%、秋田が60%、全国は47%であった(表 B-19)。回復期病棟への希望で多かったのは「リハビリ機能の充実」で全国では55%、長野が53%、秋田が40%であった(表 B-20)。維持期施設・事業所との連携が良好は長野が88%、秋田が80%、全国は58%であった(表 B-21)。維持期施設事業所へ「待機期間の短縮」を秋田が80%、全国は42%、長野は35%、「入院・入所基準の緩和」を長野が41%、秋田が40%、全国が35%、「リハビリの充実」を全国では53%、長野は41%、秋田は20%が希望していた(表 B-22)。他の診療所との連携が良好は秋田が60%、長野は53%、全国が45%で、「ほとんど関わり」がないが秋田で40%、全国が28%、長野は18%であった(表 B-23)。周辺地域全体の連携が良好が長野は82%、秋田が60%、秋田は59%であった(表 B-24)。「医療情報を地域連携パスなどで既に共有している」のは長野が29%、全国は11%、秋田は0%で、「共有する予定」が全国で27%、長野が24%、秋田が20%、「共有する予定なし」が秋田で60%、全国が57%、長野が35%であった(表 B-25)。「介護情報を地域連携パスなどで既に共有している」のは長野で29%、全国が10%、秋田は0%で、「共有する予定」は全国で26%、秋田が20%、長野が18%、「共有する予定なし」は秋田が80%。全国が60%、長野は53%であった(表 B-26)。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」が長野で47%、全国が38%、秋田は20%、「医療・介護従事者主体の連携づくり」を長野では47%、秋田が40%、希望していた（表B-27）。「自治体との連携が良好」は秋田で80%、長野が65%、全国が31%であった（表B-28）。自治体に「みんなが協働する意識を高める環境作り」を長野で71%、全国が63%、秋田では60%が希望していた（表B-29）。

### 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」がいた施設は、秋田では40%、長野は35%、全国は34%であった（表B-30）。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、秋田は40%、全国は16%、長野は6%、「大体関わりを持っている」を入れると秋田80%、長野71%、全国67%であった（表B-31）。介護保険の主治医意見書の依頼があった場合、「すべて作成」していたのは秋田が100%、長野は88%、全国では86%の施設であった（表B-32）。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」と答えたのは全国と秋田が60%、長野が47%、「十分な介護を提供しにくいと」が長野で53%、全国が44%、秋田が40%、「システムが理解しにくい」が何れにおいても約40%でみられた（表B-33）。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何れにおいても回答が少なかった（表B-34）。

### Ⅳ. 診療所の適切な評価尺度に関する質問（表B-35）

第三者が診療所を評価するのに適当な評価尺度では、「急性期病院との連携」が秋田で80%、長野で71%、全国で68%、「連携もしくは情報共有機能」が秋田・長野で100%、全国は91%であった。

## 4) 維持期入院入所施設

### Ⅰ. 維持期入院入所施設の概要に関する質問

回答した施設の内訳は、医療療養が全国で37%、秋田で22%、長野で14%、介護療養は全国で25%、秋田で33%、長野で14%、老健は全国で21%、秋田で33%、長野で57%、特養は全国で25%、秋田で22%、長野で14%、特定施設は全国で13%、秋田で22%、長野で0%、など（複数回答）であった（表C-1）。平均ベッド数は全国が106ベッド、秋田が83ベッド、長野が87ベッドあり、脳卒中患者が利用していたのは夫々37ベッド、45ベッド49ベッドであった（表C-2、3）。スタッフは多職種からなっていたが、全国の看護補助者平均30人、看護師25人、医師5人に比べると長野・秋田は少なかったが、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、言語聴覚士は全国・地域により違っていた（表C-4）。医師が脳卒中患者へ「十分に関わっている」と回答したのは秋田が67%、全国が32%、長野が0%、「余り関わりがない」が全国で8%、秋田で0%、長野は29%であった（表C-5）。受け入れ制限理由は人工呼吸器が全国で67%、長野が71%、秋田が56%、透析が全国で59%、長野が29%、秋田が67%、気管切開が全国44%、長野が43%、秋田が22%であった（表C-6）。受入待機1週間以内は全国で11%、長野・



秋田共に0%、2週間以内は全国27%、秋田11%、長野0%、1ヶ月以内は全国39%、秋田11%、長野14%、3ヶ月以内は全国49%、秋田33%、長野14%、半年以上が全国22%、秋田33%、長野57%であった(表C-7)。脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由は、「独居」「高齢者のみの世帯」が何れでも秋田で78%、全国で73%、長野で57%を占め、「その他の介護力不足」が秋田で78%、全国で77%、長野が71%などであった(表C-8)。脳卒中患者にリハビリを「十分に提供できている」と回答したのは全国で9%、秋田・長野共に0%であった(表C-9)。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」が全国で14%、秋田が11%、長野は0%、「1ヶ月に1回以上」は全国が25%、秋田が22%、長野が29%、2ヶ月に1回以上は全国が29%、秋田が22%、長野が29%、「3ヶ月に1回以上」は全国が51%、秋田が56%、長野が72%であった(表C-10)。十分なリハビリ機能を維持しているのは全国で15%、長野が14%、秋田が0%のみであった(表C-11)。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を全国が61%、長野が43%、秋田が33%用いていた(表C-12)。脳卒中患者の平均在滞日数は秋田が652日、長野が530日、全国が354日であった(表C-13)。脳卒中患者の自宅へもどる割合は全国・長野が10%、秋田が9%であった(表C-14)。

## II. 脳卒中地域連携に関する質問

多くが地域医療圏の範囲を「市町村」と回答したのは長野では57%、全国では38%、秋田は33%、二次医療圏と答えたのは長野が0%、全国は21%、秋田は44%であった(表C-15)。地域医療での中心的役割については「急性期病院」が秋田で56%、全国が42%、長野が29%、「回復期病棟」が全国は33%、長野は14%、秋田は11%、「維持期施設」は長野が29%、全国は22%、秋田は11%を挙げている(表C-16)。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は秋田では67%、全国で63%、長野は29%であった(表C-17)。急性期病院への要望は、「急病の受け入れ」を何れの地域でも70%以上希望していた(表C-18)。回復期病棟との連携が良好は秋田で44%、全国で42%、長野は29%であった(表C-19)。回復期病棟への希望では「リハビリ機能の充実」が全国で48%、長野で43%、秋田で33%、その他「入院中の医療や運動機能・日常生活動作に関する情報」の提供を40%程度が希望していた(表C-20)。一般診療所との連携が「良好」は秋田では56%、全国は52%、長野は0%であった(表C-21)。一般診療所への希望では「医療情報の共有」が全国で44%、長野が43%、秋田が33%、「介護情報の共有」を全国で41%、長野が29%、秋田が44%、「在宅生活支援に力を入れる」を全ての地域で30%前後希望していた(表C-22)。他の維持期施設事業所との連携が良好は秋田が89%、全国で54%、長野が29%であった(表C-23)。周辺地域全体の連携が「良好」は全国で49%、秋田で33%、長野で29%であった(表C-24)。周辺地域との連携についての希望では、長野秋田共に全国よりも少なかったが、その中では「連絡会などのコミュニケーションの場が欲しい」「脳卒中患者の介護情報を共有したい」と答えたのが秋田が多かった(表C-25)。医療情報を地域連携パスなどで既に共有しているの



は長野で14%、全国で8%、秋田で0%、共有する予定は全国で19%、秋田で11%、長野で0%、共有する予定なしは秋田で78%、全国で64%、長野で43%であった(表C-26)。介護情報を地域連携パスなどで既に共有しているのは長野が14%、秋田が11%、全国が8%、共有する予定が全国で19%、長野で14%、秋田は0%、共有する予定なしが秋田では78%、全国で61%、長野で43%であった(表C-27)。自治体との連携が良好は秋田が44%、全国が24%、長野が14%であった(表C-28)。自治体への希望では「みんなが協働する意識を高める環境作り」を全国で58%、長野で43%、秋田で22%、「脳卒中患者の医療や介護の現状をもっと調べてほしい」を秋田では44%、全国で35%、長野で29%が希望していた(表C-29)。

### 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る」施設は全国で47%、秋田で44%、長野で29%であった(表C-30)。介護支援専門員が「十分に関わりをもっている」のは秋田で78%、全国が35%、長野は14%であった(表C-31)。「十分な介護サービスを提供できている」のは秋田で22%、全国で17%、長野は0%であった(表C-32)。介護保険の主治医意見書は、秋田では67%、全国が58%、長野が43%の施設が全て作成していた(表C-33)。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」が全国では53%、秋田で44%、長野で43%、「地域連携が難しい」が秋田で67%、全国が30%、長野が14%、「システムが理解しにくい」が長野で43%、全国で33%、秋田で22%であった(表C-34)。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く30%を越えたものは何れにおいてもなかった(表C-35)。

### Ⅳ. 維持期入院入所施設の適切な評価尺度に関する質問(表C-36)

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では「リハビリ機能」と答えたのが秋田で56%、全国で47%、長野で43%、「在宅生活支援」が秋田で44%、長野で43%、全国で41%、「急性期病院との連携機能」が全国で37%、長野で43%、秋田で44%であった。「連携」もしくは「情報共有」のいずれかと回答したのは全国で64%、長野で57%、秋田で56%であった。

#### 5) 通所および訪問施設事業所

##### Ⅰ. 通所および訪問施設事業所の概要に関する質問

回答した介護事業の内訳は通所介護が全国で37%、長野で52%、秋田で24%、訪問介護は全国が36%、長野が31%、秋田が19%、訪問看護は全国が24%、長野が21%、秋田が10%、通所リハビリは全国が18%、長野が25%、秋田が24%、老健は全国で12%、長野で19%、秋田で24%、短期入所生活介護は全国で15%、長野で19%、秋田で33%、短期入所療養介護は全国で9%、長野で15%、秋田で19%であった(表D-1)。1ヶ月の平均利用者は全国で111人、長野で95人、秋田で71人、うち脳卒中患者は全国で26人、長野で24人、秋田で29人であった(表D-2, D-3)。スタッフは看護師が全国で6

人、長野で4人、秋田で5人、介護職員が全国で19人、長野で13人、秋田で17人、介護専門支援員が全国・長野で3人、秋田で2人、理学療法士は全国・長野が2人、秋田が1人、作業療法士は全ての地域で1人、言語聴覚士は全ての地域で1人未満であった(表D-4)。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」は全国が16%、長野が17%、秋田が38%、「だいたい関わりをもっている」は全国が46%、長野が54%、秋田が48%、「あまり関わりがない」は全国が22%、長野が8%、秋田が10%、「どちらともいえない」は全国が10%、長野が10%、秋田が5%であった(表D-5)。受け入れ制限の理由は「特になし」は全国が47%、長野が54%、秋田が38%、「人工呼吸器」は全国が25%、長野が10%、秋田が48%、「気管切開」は全国が25%、長野が10%、秋田が33%、「透析」は全国が22%、長野が17%、秋田が38%、「重症」は全国が21%、長野が21%、秋田が33%であった(表D-6)。全ての地域で81%が何らかの方法でリハビリを提供していた(表D-7)。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」は全国が10%、長野が6%、秋田が10%、「だいたい受けている」は全国が61%、長野が65%、秋田が57%、「あまり受けていない」は全国が21%、長野が19%、秋田が33%であった(表D-8)。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」が全国は72%、長野が63%、秋田が76%であった(表9)。

## II. 脳卒中地域連携に関する質問

地域医療圏の範囲を「市町村」とする回答は全国が43%、長野が44%、秋田が33%で最多であった(表D-10)。地域医療での中心的役割は回復期病棟が全国は38%、長野が31%、秋田が33%、急性期病院では全国が30%、長野が19%、秋田が33%、維持期施設事業所は全国が27%、長野が27%、秋田が33%であった(表D-11)。急性期病院との連携が「非常に良好/一部良好」(以下、良好)は全国が37%、長野が43%、秋田が48%であった(表D-12)。急性期病院への希望では、「急病の受け入れ」は全国が69%、長野が43%、秋田62%、「十分な医療情報の伝達」は全国が57%、長野・秋田が48%、「リハビリ機能の充実」は全国が41%、長野が33%、秋田が57%、「在宅生活支援」は全国が39%、長野が23%、秋田が33%、「急性期の運動機能や日常生活動作に関する情報」は全国が39%、長野が27%、秋田が43%であった(表D-13)。回復期病棟との連携が良好は全国が37%、長野・秋田が48%であった(表D-14)。回復期病棟への希望では、「入院中の運動機能や日常生活動作に関する情報」は全国が61%、長野が52%、秋田が48%、「リハビリ機能に充実」は全国が52%、長野が46%、秋田が57%、「入院中の医療情報の伝達」は全国が50%、長野が38%、秋田が52%、「在宅生活支援」は全国が45%、長野・秋田が29%であった(表D-15)。一般診療所との連携が「良好」は全国が51%、長野が63%、秋田が72%であった(表D-16)。一般診療所への希望では、「介護情報の共有」は全国が47%、長野が44%、秋田が52%、「在宅生活支援」は全国が46%、長野が29%、秋田が30%、「医療情報の共有」は全国が44%、長野が40%、秋田が38%、「急病の受け入れ」は全国が43%、長野が42%、秋田が48%であった(表D-17)。維持期入院入所施



設との連携が良好は全国が 48%、長野が 60%、秋田が 48%であった（表 D-18）。維持期入院入所施設への希望では、「リハビリの充実」は全国が 52%、長野が 46%、秋田が 43%、「在宅生活支援」は全国が 41%、長野が 42%、秋田が 29%、「運動機能や日常生活動作に関する情報」は全国が 41%、長野が 42%、秋田が 19%であった（表 D-19）。通所および訪問施設事業所との連携が「良好」は全国が 58%、長野が 69%、秋田が 48%であった（表 D-20）。通所および訪問施設事業所への希望では、「運動機能や日常生活動作に関する情報共有」は全国が 51%、長野が 44%、秋田が 43%、「リハビリの充実」は全国が 47%、長野が 40%、秋田が 48%であった（表 D-21）。周辺地域全体の連携が良好は全国が 38%、長野が 60%、秋田が 29%であった（表 D-22）。医療情報を「地域連携パスなどで既に共有している」のは全国で 9%、長野が 13%、秋田が 0%、「共有する予定」は全国が 15%、長野が 17%、秋田が 10%、「共有する予定なし」は全国が 62%、長野が 54%、秋田が 81%であった（表 D-23）。介護情報を「地域連携パスなどで既に共有している」のは全国が 10%、長野が 13%、秋田が 10%、「共有する予定」は全国・長野が 17%、秋田が 10%、「共有する予定なし」は全国が 59%、長野が 56%、秋田が 71%であった（表 D-24）。  
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」を全国が 47%、長野が 40%、秋田は 24%が希望していた（表 D-25）。自治体との連携が「良好」は全国が 20%、長野が 42%、秋田が 19%であった（表 D-26）。自治体に「みんなが協働する意識を高める環境作り」を全国では 66%、長野が 54%、秋田では 57%、「地域における医療および介護情報の提供」を全国では 45%、長野が 38%、秋田では 57%が希望していた（表 D-27）。

### 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る」のは全国・長野が 50%、秋田は 43%であった（表 D-28）。介護支援専門員が「十分に関わりをもっている」のは全国では 39%、長野が 29%、秋田は 43%であった（表 D-29）。「十分な介護サービスを提供できている」のは全国では 12%、長野が 8%、秋田では 19%であった（表 D-30）。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」が全国では 60%、長野が 54%、秋田では 38%であった（表 D-31）。医療保険と介護保険によるシステムの利点の回答は少なかったが、「十分な介護を提供しやすい」が全国・長野で 17%、秋田は 24%、「十分なりハビリを提供しやすい」が全国では 6%、長野が 4%、秋田では 14%であった（表 D-32）。

### 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

第三者が通所および訪問施設事業所を評価するのに適切な評価尺度は、「介護支援専門員との連携」が全国・長野では 44%、秋田では 48%、「地域での医療および介護情報の共有機能」が全国では 42%、長野が 46%、秋田では 38%、「維持期病院・施設との連携」が全国では 33%、長野が 35%、秋田では 57%、「連携」もしくは「情報共有」のいずれかと回答したのは全国・長野が 81%、秋田は 85%であった（表 D-33）。



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

#### I. 各施設群について

今回、低人口密度地域として対象とした長野は面積が 13,104 km<sup>2</sup>あり日本で 4 番目に面積が広い地域であり、人口は 219 万人（16 位）、秋田は面積が 11,434 km<sup>2</sup>で 5 番目に面積が広く、人口は 114 万人（37 位）である（面積は平成 19 年 10 月 1 日現在：国土交通省国土地理院とりまとめ、人口は平成 17 年国勢調査に基づく）。長野は秋田の面積より 1.14 倍広いが人口は 1.9 倍あり、秋田がより人口低密度県である。秋田・長野共に脳卒中死亡率の高位県であった。

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

#### II. 回復期病棟の選択地域における特徴

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

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

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

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

### III. 一般診療所の選択地域における特徴

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

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

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



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

#### IV. 維持期入院入所施設の選択地域における特徴

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

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

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



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

#### V. 通所および訪問施設事業所の選択地域における特徴

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

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

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

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

## まとめと考察

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

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

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

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



る施設が存在しない事との関連が伺われた。

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

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

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

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