

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。急性期病院への希望では、直ぐに受け入れてほ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く、十分なリハビリを提供し難いが秋田で少なく、通所および訪問施設事業所を評価するのに適切な尺度では維持期病院・施設との連携が秋田で高かった。

秋田で回復期病棟、通所および訪問施設事業所が少ないのが特徴であった。その他秋田では、回復期病棟が医療療養病床に併設された施設が多く、リハビリ機能が不十分と答えた施設が多く、施行されていたリハビリ機能が低く、在院日数は100日と全国平均より10日長かったが自宅復帰率は高かった。一般診療所では脳神経外科を標榜していた診療所はなく、診療患者に占める脳卒中患者や既往患者の数が少なく、脳卒中患者の外来診療が病院において行われる頻度が高いと思われた。診療する要介護者・要介護者のうちの脳卒中既往患者が少なかったが、これは上記に加え、在宅出来ずに施設で診られていたことの反映と考えられた。受診者が脳梗塞を発症すれば全て急性期病院へ搬送しており、急性期病院との連携が良好であった。介護保険で介護を提供しやすいとの答えが秋田のみ40%と高かった。維持期施設事業所ではソーシャルワーカーが少なく、脳卒中患者への医師の関与が高かった。在宅出来ない理由として秋田で独居や高齢者のみの世帯が多く挙げられたが、これは秋田で若年者が少なく高齢化率が高い事を反映していた。他施設や自治体との連携が良好との答えが多かった。通所および訪問施設事業所では短期入所生活介護が多く、脳卒中患者の利用が多く、医師の関わりも高かった。周辺地域全体、自治体との連携は良好が共に少なく、秋田の他の群と比べても低かった。

長野では、回復期病棟の多くは急性期病院に併設されており、リハビリ機能が高度で在院日数は70日と短かった。自宅復帰率は秋田よりは低いが全国レベルであった。受け入れ制限の理由で透析や人工呼吸器が多かったが、急性期病院に併設されていたのとは矛盾するように思われた。一般診療所で診療する脳卒中既往患者数が非常に多かったが、これは在宅で診られている脳卒中患者が病院ではなく一般診療所で多く診察を受け

ている事を反映していた。維持期施設事業所では、長野は老健施設が多かった。脳卒中患者への医師の関与が少なく、受け入れ待機期間が非常に長く、他施設や自治体との連携が良好と答えた施設が少ないのが長野の問題点であった。通所および訪問施設事業所では通所介護が多かった。サービス利用者の内、脳卒中患者数が少なかったのは一般診療所で脳卒中が多く診られていたためと思われた。維持期施設事業所・自治体との連携が良好と答えた施設が多く、秋田県で良好の答えが少なかったのと対照的であった。

#### 結語

低人口密度地域である秋田と長野における急性期以後の脳卒中の診療実態を明らかにするために全国のアンケート結果とこれら2県の結果とを比較した。両県は人口低密度以外にも共に脳卒中死亡率が高いのが共通点である。両県共に一般診療所で6割強、それ以外においては8割以上の施設が脳卒中患者を診療しており、脳卒中患者の利用割合が高かった。両県共に、急性期病院や各群の施設間の連携が良好であったが、連携パスの使用には消極的であった。秋田と長野の間での相違点も多く、人口密度以外に施設の配置、施設間、自治体との連携など、各県ごと、施設群ごとに取り組まなければいけない問題点が多くある事が示された。特に秋田においては、回復期病棟および通所および訪問施設事業所が少なく、回復期病棟でリハビリ機能が充実していない事が明らかとなった。

## 脳卒中地域医療連携の現状についての地域別解析

### －群馬県－

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することである。また、群馬県の調査を抽出し、群馬県の実態を調査した。

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、鹿児島県;平成19年10月現在の推計人口5293万人、日本総人口の41.4%)を選択した。その中で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、急性期病院(E)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。E群は小児科、産婦人科、眼科、耳鼻科などを除外した全ての急性期病院を対象とした。最終的にA群347施設、B群3709施設、C群771施設、D群4166施設事業所、E群2185施設に対してアンケート郵送法により実態調査を行った。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。群馬県には、A群17施設、B群135施設、C群33施設、D群183施設事業所、E群89施設にアンケートを郵送した。

結果:群馬県の回復期病棟(A)群:全国と比較し、急性期病院としての役割も80%と高い一方で、医療療養病床群30.0%、介護療養型医療施設10.0%、介護老人保健施設10%、訪問介護10%、通所介護10%の役割は少なかった。全病床数、脳卒中中の利用病床数は全国レベルであるが、脳卒中患者の平均在院日数は $77.8 \pm 40.4$ 日と短かった。勤務するスタッフ数や医師の脳卒中患者への関わりは全国レベルであるが、褥瘡、認知症、不穏があると受け入れがたかった。受け入れ待機期間は3日以内と短く、ADLの評価スケールはFunctional Independence Measureを多用していた。急性期病院を脳卒中地域医療で中心的な施設と考え、一般診療所、維持期施設・事業所との連携は良好であるが、他院の回復病棟や自治体との連携はあまり良好でなく、診療所には在宅生活支援に力を入れて欲しいと考えていた。

一般診療所(B)群:全国と比較し介護やリハビリ的な役割は極端に少ないが、一ヶ月に診療する脳卒中既往患者数は $117.0 \pm 280.8$ 人と全国より多数であった。群馬でのリハビリの提供は7.7%と少なく、診療所レベルでは全国も含めADLの評価にはBarthel IndexやFunctional Independence Measureの使用は少なく、圧倒的に日常生活自立度を多用していた。また、急性期脳卒中中の診察時には、連携が非常に良いと考えている急性期病院へ84.6%紹

介し、76.9%が急性期病院を脳卒中の中心的な役割をになう施設と考えていた。一方で、回復期病棟や維持期施設・事業所との連携は約2~3割があまり良好でない~悪く、61.5%がリハビリ機能の充実に希望していた。

維持期入院入所施設(C)群:全国と比較し介護老人保健施設としての役割が50.0%と高かったが、維持期病棟に勤務している医師数が $1.3 \pm 0.6$ 人、看護師数が $6.8 \pm 6.2$ 人と少なく、施設のベッド数も $67.6 \pm 31.2$ 床、脳卒中の利用ベッド数も $24.6 \pm 25.7$ 床と少なかった。また、人工呼吸器の使用や気管切開があると100%受け入れが不可能で、透析施行や胃瘻の存在、経管栄養施行例でも受け入れが困難であった。在宅復帰率は $12.4 \pm 19.9\%$ で全国を上回るも、独居、介護力不足が在宅復帰阻止の主な理由であった。

通所および訪問施設事業所(D)群:全国的と比較し、通所介護、通所リハビリ、短期入所生活介護、介護老人福祉・保健施設としての役割が多く、1ヶ月のサービス利用者数およびそのうちの脳卒中数とともに全国より多かった。

急性期病院(E)群:群馬県の急性期病院は、全国の急性期病院と比較し通所リハビリ39.1%、一般診療所21.7%としての役割が高く、ADL評価スケールとしてmodified Rankin Scaleの使用が低かった。また、全国と比べ回復期病棟が脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設と考え、他の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所、自治体との連携が、非常に良好ではないが一部とは良好と考えている割合が全国より高かった。連携施設への要望は、全国と同様に回復期病棟、維持期施設・事業所へは待機時間の短縮、リハビリ機能の充実に、一般診療所へは患者急変時の迅速な受け入れを挙げている。

考案:脳卒中地域医療における群馬県での問題点がいくつか認められた。群馬県の回復期病棟では、全国と比較して急性期病院としての役割も兼ね備えており、平均在院日数も受け入れ待機期間も短かったが、褥瘡、認知症、不穏があると受け入れがたかった。診療所では介護やリハビリ的な役割が極端に少なく、回復期病棟や維持期施設・事業所との連携があまり良好でなかった。また、維持期入院入所施設では、医師数、看護師数が少なく、施設のベッド数、脳卒中の利用ベッド数も少なかった。急性期病院は、全国の急性期病院と比較し通所リハビリ、一般診療所としての役割が高く、回復期病棟が脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設と考え、他の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所、自治体との連携が、非常に良好ではないが一部とは良好と考えている割合が全国より高かった。診療所の介護やリハビリの役割拡大および病診連携の改善、さらに維持期入院入所施設への脳卒中専門の医師、看護師の早期補充、ベッド数の増床により、より良い脳卒中地域連携が提供されると考えられた。

## 脳卒中地域医療連携の現状についての地域別解析

### -東京都-

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することである。また、東京都の調査を抽出し、東京都の実態を調査した。

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、鹿児島県;平成19年10月現在の推計人口5293万人、日本総人口の41.4%)を選択した。その中で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、急性期病院(E)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。E群は小児科、産婦人科、眼科、耳鼻科などを除外した全ての急性期病院を対象とした。最終的にA群347施設、B群3709施設、C群771施設、D群4166施設事業所、E群2185施設に対してアンケート郵送法により実態調査を行った。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。東京都には、A群42施設、B群996施設、C群113施設、D群688施設事業所、E群409施設にアンケートを郵送した。

結果:

回復期リハビリ病棟(A)群:東京都の回復期病棟群は全国の回復期病棟群と比較し、介護療養型医療施設 26.3%、一般診療所 21.1%としての役割を兼ねることが多かったが、訪問入浴介護 0%、通所介護 5.3%、短期入所療養介護 5.3%( $p<0.05$ )、訪問介護 10.5%、介護老人保健施設 10.5%、通所リハビリ 15.8%( $p<0.05$ )、訪問リハビリ 31.6%、医療療養病床群 36.8%としての役割は低かった。東京の全病床数は  $66.0 \pm 38.1$  床と全国レベルであったが、脳卒中の利用病床数は 44.6 床と有意差はないものの全国の  $34.7 \pm 29.5$  床より多く、脳卒中患者の平均在院日数も東京が  $99.6 \pm 25.2$  日、全国が  $87.9 \pm 31.6$  日と東京で長期であった(有意差なし)。勤務するスタッフ数や医師の脳卒中患者への関わりは全国レベルであるが、東京では透析、気管切開、不穏( $p=0.047$ )があると受け入れが困難であった。受け入れ待機期間は14日以内と全国レベルであったが、“十分なリハビリ機能があるとは判断できない”を選択したのが10.5%と全国を上回った。ADL評価スケールは東京ではBarthel Indexを、全国ではFunctional Independence Measureを多用していた。脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設については、東京では回復期病棟、全国では急性期病院を多く選択していたが、東京、全国ともに急性期病院との連携が非常に良好とは考えておらず、

東京は維持期施設・事業所、他院回復期病棟との連携も全国と比較し良好とは考えていなかった。また東京は“維持期施設・事業所へ転院する際の医療情報伝達があまりできていない”を選択したのが全国を上回り 10.5%を占め ( $p<0.05$ )、介護支援専門員との十分な関わりを持っているのも 15.8%と低かった。

一般診療所(B)群:回復期病棟群と同様に全国と比較し訪問介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリの施行が少なく、一ヶ月に診療する脳卒中既往患者数も  $49.6\pm 93.4$  人と全国より少ない傾向にあった ( $p=0.097$ )。東京の診療所レベルでのリハビリの提供は少なく、全国の診療所と同様に ADL の評価には Barthel Index や Functional Independence Measure の使用が少なく、圧倒的に日常生活自立度を多用していた。また、全国的に急性期脳卒中を診察した際には、連携が非常に良いと考えている急性期病院への紹介が 9 割を超え、8 割以上が急性期病院と回復期病棟を脳卒中医療の中心的な役割を担う施設と考えていた。一方で、回復期病棟や維持期施設・事業所との連携は約 2 割があまり良好でないと考え、5 割以上が同施設にリハビリ機能の充実を希望していた。

維持期入院入所施設(C)群:全国に比較し回復期病棟 19.0%や一般診療所 14.3%としての機能を持つ割合が多かったが、逆に介護老人保健施設としての役割が 9.5%と低かった。また、人工呼吸器の使用 81.0%や気管切開 52.4%、経管栄養 23.8%があると受け入れ困難となるのが全国より多く、独居、介護力不足、継続的医療の必要性で在宅に復帰できない症例が多かった。脳卒中の自宅復帰率は  $5.0\pm 10.4\%$ と全国を下回った。

☒ 通所および訪問施設事業所(D)群:全国的に訪問介護、通所介護、訪問介護の役割を担うとし、急性期病院、回復期病棟、維持期施設・事業所が脳卒中の中心的な役割を持つべき施設と考えていた。

急性期病院(E)群:東京都の急性期病院は、全国の急性期病院と比較し訪問リハビリ 9.3%、医療療養病床群 16.3%、訪問介護 23.3%としての役割が低く、ADL 評価スケールは Functional Independence Measure より modified Rankin Scale を多用していた。また、全国と同様に急性期病院が脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設と考えているが、他の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所、自治体との連携が非常に良好と考えている割合は全国より低かった。連携施設への要望は、全国と同様に回復期病棟へはリハビリ機能の充実、待機時間の短縮を、一般診療所へは維持期脳卒中患者の外來フォローアップ、維持期施設・事業所へは待機時間の短縮を挙げている。

考案:全国と比較し脳卒中地域医療における東京での問題点が認められた。回復期病棟群では訪問入浴介助、通所介護、短期入所療養介護、訪問介護、介護老人保健施設、通所リハビリ、訪問リハビリ、医療療養病床群としての役割が低く、透析、気管切開、不穏があると受け入れが困難となり、急性期病院、維持期施設・事業所、他院回復期病棟との連携が良好とは考えていなかった。また一般診療所群でも訪問介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリの施行が少なく、回復期病棟や維持期施設・事業所との連携も約 2 割があまり良好でなかった。また、維持期入院入所施設群での独居、介護力不足、継続的医療の必要性により在宅への復帰が困難となる症例の多さが浮き彫りとなった。急性期病院は、全国の急性期病院と比較し、訪問リハビリ 9.3%、医療療養病床群 16.3%、訪問介護 23.3%としての役割が低く、全国と同様に急性期病院が脳卒中地域医療で中心的な役割を持つべき施設と考え、他の急性期病院、回復期病棟、一般診療所、維持期施設・事業所、自治体との連携が非常に良好と考えている割合は全国より低かった。東京都では、脳卒中医療・介護を担っている各施設間における連携の早期は正と在宅介護への介入の重要性が考えられた。



脳卒中地域医療連携の現状についての地域別解析

-神奈川県-

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することである。また、神奈川県の実態を抽出し、神奈川県の実態を調査した。

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、鹿児島県;平成19年10月現在の推計人口5293万人、日本総人口の41.4%)を選択した。その中で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、急性期病院(E)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。E群は小児科、産婦人科、眼科、耳鼻科などを除外した全ての急性期病院を対象とした。最終的にA群347施設、B群3709施設、C群771施設、D群4166施設事業所、E群2185施設に対してアンケート郵送法により実態調査を行った。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。神奈川県には、A群31施設、B群485施設、C群87施設、D群514施設事業所、E群213施設にアンケートを郵送した。

結果:以下、神奈川県における脳卒中地域医療の現状について、全国と対比して示した。両群の比較には、 $\chi^2$ 検定、Mann-Whitney-U検定を用いた。

回復期病棟(A)群:回復期病棟以外の機能・役割として、訪問リハ、通所リハを合わせ持つ施設が少なかった( $p=0.011$ ,  $0.056$ )。勤務するスタッフ数はすべての職種において変わらないが、脳血管疾患等リハビリ科Ⅱの施設基準が22.2%と全国(11%)より多く( $p=0.082$ )、脳卒中患者への医師の関わりが“十分もしくはだいたい関わりを持っている”が少なかった( $p=0.026$ )。患者1人に対する多職種によるカンファレンス頻度は2週間に1回までが88.9%と全国(39.8%)より多く( $p=0.004$ )、患者の機能改善評価の頻度も2週間に1回までが多かった。維持期施設・事業所への希望として、リハビリ以外のサービスを充実させてほしいという意見が多かった( $p=0.004$ )。一方、入院・入所基準の緩和については希望が少なかった( $p=0.008$ )。他の脳卒中地域医療に関連する施設との連携に関するアンケートについては全国と変わらなかったが、周辺地域の連携構築での希望で“脳卒中患者の介護情報を共有したい”が多く( $p=0.046$ )、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をつくってほしい”という意見が多かった( $p=0.006$ )。従事者が介護保険を理解し、説明できる割合が高く、医療保険と介護保険によるシス

テムの問題点として「十分なリハビリを提供しにくい」が少なかった(p=0.035)。第三者が回復期病棟を評価するのに適当な尺度として、急性期病院との連携機能を挙げた施設が多い(p=0.000)一方、回復期病院との連携機能を挙げた施設は少なかった(p=0.021)。

一般診療所(B)群:有床診療所の病床数が明らかに少なく(p=0.004)、その病床のうち、脳卒中患者の利用病床数も少なかった。脳卒中地域医療で中心的な役割をもつべき施設は、急性期病院が多く(p=0.067)、回復期病棟が少ない傾向が見られた(p=0.090)。

維持期入院入所施設(C)群:施設の機能・役割では、訪問入浴介護が多く(p=0.035)、施設ベッド数は多い傾向が見られた(p=0.0060)。急性期病院との連携で“非常に良好、一部良好”が少なかった(p=0.003)。回復期病棟への希望では“在宅支援に力を入れてほしい”が少ない傾向があった(p=0.070)。周辺地域全体との連携では“非常に良好・一部は良好”が少ない傾向があった(p=0.051)。

通所および訪問施設事業所(D)群施設の機能・役割では、一般診療所が少ない傾向があった(p=0.090)。勤務するスタッフ数では、介護職員が多かった(t検定 p=0.031、M-W p=0.036)。

急性期病院(E)群:施設の機能・役割では、通所介護が少ない傾向で(p=0.095)、通所リハビリが少なかった(p=0.039)。回復期病棟への希望で“問い合わせ窓口を簡略化してほしい”(p=0.000)、“待機期間を短くしてほしい”(P=0.010)が多かった。維持期施設・事業所への希望で、“待機期間を短縮してほしい”(p=0.055)、“入院・入所基準を緩和してほしい”(p=0.059)が多い傾向にあり、“リハビリを充実させてほしい”(p=0.027)が少なかった。周辺地域の連携構築での希望で、“自治体主体の連携づくり”(p=0.096)、“脳卒中患者の介護情報を共有したい”(p=0.099)が少ない傾向があり、“脳卒中患者の医療情報を共有したい”(p=0.006)が多かった。

考察:回復期病棟では脳血管疾患等リハビリ料Ⅱの施設基準が多く、脳卒中への医師の関わりが少ないことが問題点である一方、多職種によるカンファレンスや患者の機能改善評価の頻度が全国よりも多かった。急性期病院から回復期病棟と維持期施設・事業所への希望で問い合わせ窓口の簡略化や待機期間の短縮、入院基準の緩和が多く、また維持期施設からは急性期病院との連携が良好であるとの結果が少なかったことより、急性期治療から回復期リハビリ、維持期施設への流れがスムーズでないことが考えられた。

厚生労働科学研究費補助金(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

## 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

### —大阪府の現状—

富井 康宏、古賀 政利、古田興之介、上原 敏志、長束 一行、峰松 一夫  
国立循環器病センター 内科脳血管部門

**要旨:** 背景と目的: 脳卒中医療においては、医療・介護施設の緊密な連携と情報共有の重要性が強調されている。大阪府の実態を明らかにする。

**方法:** 全国 12 都道府県の急性期から回復期、維持期、在宅の脳卒中医療・介護を担っている施設に対しアンケート調査を行った。大阪府と大阪府以外を比較検討した。

**結果:** 回復期病棟は、勤務する医師数が多く(3 対 2 人、 $p=0.028$ )、他の職種数も全国レベルであったが、全国と同様の人工呼吸器(73%)、透析(67%)の他、不穩(37%)、認知症(30%)を主な受入制限理由としていた。維持期施設は、脳卒中患者の割合が低く(26%)、在院日数が短かった(213 日)。一般診療所も、脳卒中患者の割合が低かった(10%)。脳卒中医療の地域医療圏は、主として医療を扱う急性期病院、回復期病棟、一般診療所は二次医療圏と考え(49、47、33%)、介護を扱う施設事業所は市町村と考え(45%)、多くの施設がその中心を急性期病院と考えていた。介護を扱う施設事業所では他の施設との連携を「良好」と考える割合が 50%未満と低く、急性期病院に対しては急変時の受入と医療情報の提供を要望し、回復期病棟に対しては待機時間の短縮とリハビリの充実を要望し、一般診療所に対しては生活支援を要望した。自治体に対しては、いずれの施設も「良好」と考える割合が 50%未満であり、環境作りや現状調査を要望した。

**結論:** 脳卒中地域医療における大阪府の現状が明らかになった。比較的医療従事者数や環境整備が充実していると考えられる地域での諸問題がかなり明らかになった。

#### A. 背景と目的

脳卒中医療においては、医療・介護施設の緊密な連携と情報共有の重要性が強調されている<sup>1)</sup>。

本研究班では、全国の脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査を行い、脳卒中急性期以降の回復期から維持期の実態を明らかにした<sup>2-5)</sup>。本稿では、大阪府の調査結

果を抽出し報告する。

#### B. 対象と方法

全国の幅広い情報を得ること、かつ人口密度分布を考慮し 12 都道府県(北海道、秋田県、群馬県、東京都、神奈川県、長野県、大阪府、和歌山県、広島県、徳島県、福岡県、鹿児島県;平成 19 年 10 月現在の推計人口 5293 万人、日本総

人口の 41.4%) を選択した。その中で急性期から維持期までの脳卒中医療・介護を担っている可能性のある施設事業所を、回復期リハビリ病棟(以下、回復期病棟; A) 群(全当該施設)、一般診療所(B) 群(名称に神経内科、脳神経外科、リハビリ科のある全当該施設、脳卒中診療に関わる可能性の低い科を除外した残りの 10% の施設)、維持期入院入所施設(C) 群(10% の施設)、通所および訪問施設事業所(D) 群(10% の施設)、急性期病院(E) 群(全当該施設) の 5 群に分けた。アンケートの内容は、脳卒中診療や介護従事の有無、施設の現況、脳卒中地域連携、介護保険、適当な評価尺度であり、各群の特徴に合わせて作成した。A 群 347 施設(大阪府 60 施設)、B 群 3709 施設(655)、C 群 771 施設(103)、D 群 4166 施設(732)、E 群 2185 施設(368) に対してアンケート郵送法により実態調査を行い、大阪府と大阪府以外(他の 11 都道府県) で比較検討した。

### C. 結果

各群の有効回答施設数(率) / そのうちの脳卒中患者診療施設数(率) は、A 群; 31 施設(52%) / 30 施設(97%)、B 群; 134(21%) / 80(60%)、C 群; 24(23%) / 20(83%)、D 群; 168(23%) / 140(83%)、E 群; 169(46%) / 84(50%) であった。

#### I. 脳卒中診療や介護従事の有無、施設の現況に関する質問

**回復期病棟(A) 群:** 大阪府の回復期病棟群は全国と同様に、急性期病院(63%)、維持期入院入所施設(60%) との併設が多かった。1 施設あたりの平均病床数は  $59 \pm 27$  床で、うち  $32 \pm 24$  床(52%) を脳卒中患者が利用しており、全国レベルであった。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の総数は  $22 \pm 31$  人、看護師数は  $20 \pm 13$  人

と全国レベルであったが、医師数( $3 \pm 2$  対  $2 \pm 2$  人、 $p=0.028$ ) は大阪府以外と比較して多く、80% の施設は医師が脳卒中患者診療に「十分に関わっている」と回答した。在院日数は  $84 \pm 29$  日、自宅退院率は  $65 \pm 16\%$ 、クリニカルパス使用率は  $6 \pm 19\%$ 、脳血管疾患等リハビリ料 I の施設基準を取得した割合は 86% と全国レベルであった。受入待機が 7 日以内の施設は 53% と全国レベルであったが、人工呼吸器(73%)、透析(67%) があると受け入れ困難であり、不穩(37 対 10%、 $p<0.001$ )、認知症(30 対 7%、 $p<0.001$ )、合併症が多いこと(23 対 7%、 $p=0.006$ )、MRSA 感染症(17 対 5%、 $p=0.017$ ) も大阪府以外と比較して受入困難な理由として目立った。週あたり 7 日リハビリを実施している割合(27%)、1 日あたりのリハビリ実施単位( $6 \pm 1$  単位) は全国レベルであり、日常生活動作(Activities of Daily Living; ADL) 評価スケールは Functional Independence Measure(FIM; 80%) を多用した。

**一般診療所(B) 群:** 大阪府の一般診療所群は、1 施設あたりの 1 ヶ月に診療する患者数は  $604 \pm 547$  人と全国レベルであったが、脳卒中既往患者数(46 対 90 人、 $p=0.033$ ) は大阪府以外と比較して少なかった。診療している脳卒中既往患者に対するリハビリの提供(36%) は全国と同様に少なく、脳卒中患者が必要なリハビリを「十分に受けている」もしくは「だいたい受けている」(以下、受けている)(39 対 55%、 $p=0.010$ ) と回答した施設は大阪府以外と比較して少なかった。ADL 評価スケールは介護保険意見書の日常生活自立度(65%) を多用した。

**維持期入院入所施設(C) 群:** 大阪府の維持期入院入所施設群は、1 施設あたりの平均病床数は  $118 \pm 79$  床であり、うち  $30 \pm 23$  床(26%) を脳卒中患者が利用していた。医師数は  $6 \pm 7$  人、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の総数は  $6 \pm$

7人、看護師数は28±40人と全国レベルであり、35%の施設は医師が脳卒中患者診療に「十分に関わっている」と回答した。在院日数は213±299日、自宅復帰率は16±22%と全国レベルであった。受入待機が1ヶ月以内の施設は58%と全国レベルであったが、人工呼吸器(55%)、透析(50%)があると受入困難であり、不穏(30対8%、 $p=0.003$ )、ワーファリン内服中(10対1%、 $p=0.007$ )も大阪府以外と比較して受入困難な理由として目立った。脳卒中患者が在宅で生活できない主な理由は全国と同様に、独居(85%)、高齢者のみの世帯(85%)、その他の介護力不足(85%)であった。リハビリ機能を「十分に維持している」施設は20%にとどまったが、60%の施設がリハビリを「十分に提供できている」もしくは「だいたい提供できている」と回答した。ADL評価スケールは介護保険意見書の日常生活自立度(65%)を多用した。

**通所および訪問施設事業所(D)群:** 大阪府の通所および訪問施設事業所群は、1施設あたりの1ヶ月のサービス利用者は90±131人と全国レベルであったが、脳卒中患者数(18±24対28±44人、 $p=0.021$ )は大阪府以外と比較して少なかった。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の総数は3±4人、看護師数は6±10人と全国レベルであったが、医師が脳卒中患者診療に「十分に関わっている」と回答した施設(6対19%、 $p=0.004$ )は大阪府以外と比較して少なかった。特に受入制限を設けていない施設(50%)が多く、人工呼吸器(28対37%、 $p=0.037$ )、透析(16対24%、 $p=0.040$ )を受入困難とする割合が大阪府以外と比較して少なかった。リハビリの提供(76対86%、 $p=0.003$ )は大阪府以外と比較して少なかったが、71%の施設が脳卒中後遺症のある利用者が必要なリハビリを「受けている」と回答した。ADL評価スケールは介護保険意見書の日常生

活自立度(71%)を多用した。

**急性期病院(E)群:** 大阪府の急性期病院群は全国と同様に、回復期病棟(27%)、一般診療所(14%)、維持期入院入所施設(36%)、通所および訪問施設事業所(44%)を併設した。ADL評価スケールは大阪府以外と比較して Barthel Index (BI;32対42%、 $p=0.091$ )より modified Rankin Scale (mRS;49対37%、 $p=0.050$ )を多用した。

## II. 脳卒中地域連携に関する質問

各群間の連携が「非常に良好」もしくは「一部良好」(以下、良好)と考える割合を図示した。

**回復期病棟(A)群:** 脳卒中地域医療圏は全国と同様に、二次医療圏(47%)と考えており、その中心的役割をもつべき施設は、急性期病院(37%)、回復期病棟(40%)と考えていた。90%の施設は急性期病院との連携が「良好」と回答したが、急変時の受入(73%)、マイナス面も含めた十分な医療情報伝達(63%)を要望し、積極的な介護保険意見書の作成(17対6%、 $p=0.052$ )も大阪府以外と比較して要望として目立った。他の回復期病棟との連携が「良好」と考える割合(46%)は全国レベルであった。一般診療所との連携を「良好」と考える割合(62%)は全国レベルであったが、在宅支援に力を入れること(50%)、脳卒中患者の情報共有(50%)を要望した。83%の施設は維持期入院入所施設もしくは通所および訪問施設事業所(以下、維持期施設事業所)との連携が「良好」と回答したが、待機期間の短縮(77%)、リハビリの充実(60%)を要望した。一方で、自治体との連携を「良好」と考える割合(45%)は全国と同様に少なく、環境作り(67%)を要望した。

**一般診療所(B)群:** 脳卒中地域医療圏は全国と同様に、二次医療圏(33%)、市町村(30%)と考えており、その中心的役割をもつべき施設は、急性期病院(68%)と考えていた。急性期脳卒中

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

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

**通所および訪問施設事業所(D)群:** 脳卒中地域医療圏は全国と同様に、市町村(41%)と考えており、その中心的役割をもつべき施設は、急性期病院(28%)、回復期病棟(45%)と考えていた。しかし、急性期病院との連携を「良好」と考える割

合(30対40%、 $p=0.032$ )は大阪府以外と比較して少なく、急変時の受入(71%)、十分な医療情報(58%)を要望し、定期的な伝達連絡会(32対21%、 $p=0.006$ )、積極的な介護保険意見書の作成(31対19%、 $p<0.001$ )も大阪府以外と比較して要望として目立った。回復期病棟との連携を「良好」と考える割合(30%)は全国と同様に少なく、医療情報の伝達(56%)、リハビリの充実(53%)を要望し、定期的な伝達連絡会(36対27%、 $p=0.030$ )も大阪府以外と比較して要望として目立った。一般診療所との連携を「良好」と考える割合(48%)は全国と同様に少なく、要望では介護情報の共有(56対45%、 $p=0.027$ )、在宅支援(54対43%、 $p=0.018$ )、積極的な介護保険意見書の作成(33対17%、 $p<0.001$ )が大阪府以外と比較して目立った。維持期入院入所施設との連携を「良好」と考える割合(67%)は全国レベルであり、日常生活動作に関する情報共有(55%)を要望した。自治体との連携を「良好」と考える割合(19%)は全国と同様に少なく、環境作り(65%)、医療介護情報の提供(50%)を要望した。

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

なく、環境作り(71%)を要望した。

### Ⅲ. 介護保険に関する質問

**回復期病棟(A)群:** 介護保険を十分に理解する従事者がいる割合(50 対 68%、 $p=0.068$ )は大阪府以外と比較して少ない傾向が見られた。介護支援専門員が脳卒中患者に「十分に関わりをもっている」(38%)のは全国レベルであった。介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した施設は大阪府以外と比較して少なかった(73 対 88%、 $p=0.027$ )。全国と同様に、医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なリハビリを提供しにくい」(77%)が最多であり、システムの利点を挙げたものは少なかった。

**一般診療所(B)群:** 介護保険を十分に理解する従事者がいる割合(32%)、介護支援専門員が脳卒中患者に「十分に関わりをもっている」割合(14%)は全国と同様に少なかった。81%の施設が介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した。全国と同様に、医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なリハビリを提供しにくい」(51%)、「十分な介護がしにくい」(51%)が多く、システムの利点を挙げたものは少なかった。

**維持期入院入所施設(C)群:** 介護保険を十分に理解する従事者がいる割合(42%)、介護支援専門員が脳卒中患者に「十分に関わりをもっている」割合(32%)、脳卒中患者に「十分な介護サービスを提供できている」割合(26%)は全国と同様に少なかった。56%の施設が介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した。全国と同様に、医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なリハビリを提供しにくい」(65%)が最多であり、システムの利点を挙げたものは少なかった。

**通所および訪問施設事業所(D)群:** 介護保険

を十分に理解する従事者がいる割合(60 対 49%、 $p=0.013$ )は大阪府以外と比較して多かったが、介護支援専門員が脳卒中患者に「十分に関わりをもっている」割合(44%)、脳卒中患者に「十分な介護サービスを提供できている」割合(10%)は全国と同様に少なかった。全国と同様に、医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なリハビリを提供しにくい」(61%)が最多であり、システムの利点を挙げたものは少なかった。

**急性期病院(E)群:** 52%の施設が介護保険を十分に理解する従事者がいると回答したが、介護支援専門員が脳卒中患者に「十分に関わりをもっている」(28%)のは全国と同様に少なかった。75%の施設が介護保険主治医意見書をすべて作成していると回答した。全国と同様に、医療保険と介護保険によるシステムの問題点では、「十分なリハビリを提供しにくい」(63%)が最多であり、システムの利点を挙げたものは少なかった。

### Ⅳ. 適切な評価尺度に関する質問

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

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

**維持期入院入所施設(C)群:** 全国と同様に、第三者が維持期入院入所施設を評価するのに適当な評価尺度はリハビリ機能(70%)が最多であり、



連携もしくは情報共有のいずれかと回答したのは55%であった。

**通所および訪問施設事業所(D)群:** 全国と同様に、第三者が通所および訪問施設事業所を評価するのに適当な評価尺度は介護支援専門員との連携(49%)が最多であり、連携もしくは情報共有のいずれかと回答したのは84%であった。

#### D. 考察

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

急性期病院に対しては、70%以上の施設が急変時の受入を要望した。急性期病院の半数以上は他の施設との連携を「良好」と考えていたが、急性期治療から回復期リハビリ、在宅介護という一方通行のシームレスケアではなく、急性期病院は他の医療・介護施設からどの様に受け止め

られているかを認識しながら双方向に継ぎ目のない連携を築く必要があると考えられた。

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

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

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

#### E. 引用文献

- 1) 厚生労働省「平成20年度診療報酬改定について」(平成20年)  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/s0213-4.html>
- 2) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら:脳卒中地

域医療の現状を把握するための全国アンケート調査－回復期リハビリテーション病棟の現状－. 脳卒中 30:735－743, 2008

3) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら:脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査－維持期入院入所施設の現状－. 脳卒中 30:710－722, 2008

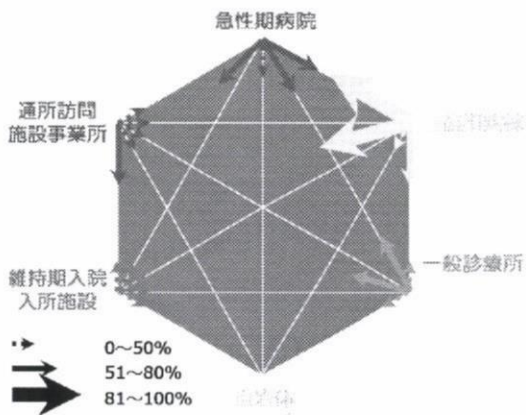
4) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら:脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査－通所および訪問施設事業所の現状－. 脳卒中 30:697－709, 2008

5) 古賀政利、上原敏志、長束一行ら:脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査－一般診療所の現状－. 脳卒中 30:723－734, 2008

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

F. 図

他の施設との連携を「良好」と考える割合



## 脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査

### －和歌山県の現状－

富井 康宏、古賀 政利、古田興之介、上原 敏志、長束 一行、峰松 一夫  
国立循環器病センター 内科脳血管部門

**要旨:** 背景と目的: 脳卒中医療においては、医療・介護施設の緊密な連携と情報共有の重要性が強調されている。和歌山県の実態を明らかにする。

方法: 全国 12 都道府県の急性期から回復期、維持期、在宅の脳卒中医療・介護を担っている施設に対しアンケート調査を行った。和歌山県と和歌山県以外を比較検討した。

結果: 回復期病棟は、受入制限を設けていない施設が多く(60 対 21%、 $p=0.038$ )、80%の施設が 7 日以内に受入可能であり、クリニカルパス使用率が高かった(28%)。維持期施設は、医療スタッフ数が少なかったが、医師が脳卒中患者診療に「十分に関わっている」と回答した施設が多く(50 対 16%、 $p<0.001$ )、受入制限を設けていない施設が多かった(56%)。一般診療所は、脳卒中患者に対するリハビリの提供が多かった(52%)。脳卒中医療の地域医療圏は、主として医療を扱う急性期病院、回復期病棟、一般診療所は二次医療圏と考え(42、40、39%)、介護を扱う施設事業所は都道府県と考え(50%)、多くの施設がその中心を急性期病院と考えていた。介護を扱う施設事業所では他の施設との連携を「良好」と考える割合が 50%未満と低く、急性期病院に対しては急変時の受入を要望し、回復期病棟に対しては医療情報の提供とリハビリの充実を要望し、一般診療所に対しては連絡会の実施や介護保険意見書の作成を要望した。自治体に対しては、いずれの施設も「良好」と考える割合が 50%未満であり、環境作りや現状調査を要望した。

結論: 脳卒中地域医療における和歌山県の現状が明らかになった。比較的医療従事者数が不足していると考えられる地域の現状と諸問題がかなり明らかになった。

#### A. 背景と目的

脳卒中医療においては、医療・介護施設の緊密な連携と情報共有の重要性が強調されている<sup>1)</sup>。

本研究班では、全国の脳卒中地域医療の現状を把握するための全国アンケート調査を行い、脳卒中急性期以降の回復期から維持期の実態

を明らかにした<sup>2-5)</sup>。本稿では、和歌山県の調査結果を抽出し報告する。

#### B. 対象と方法

全国の幅広い情報を得ること、かつ人口密度分布を考慮し 12 都道府県(北海道、秋田県、群馬県、東京都、神奈川県、長野県、大阪府、和歌

山県、広島県、徳島県、福岡県、鹿児島県；平成19年10月現在の推計人口5293万人、日本総人口の41.4%）を選択した。その中で急性期から維持期までの脳卒中医療・介護を担っている可能性のある施設事業所を、回復期リハビリ病棟（以下、回復期病棟；A）群（全当該施設）、一般診療所（B）群（名称に神経内科、脳神経外科、リハビリ科のある全当該施設、脳卒中診療に関わる可能性の低い科を除外した残りの10%の施設）、維持期入院入所施設（C）群（10%の施設）、通所および訪問施設事業所（D）群（10%の施設）、急性期病院（E）群（全当該施設）の5群に分けた。アンケートの内容は、脳卒中診療や介護従事の有無、施設の現況、脳卒中地域連携、介護保険、適当な評価尺度であり、各群の特徴に合わせて作成した。A群347施設（和歌山県9施設）、B群3709施設（99）、C群771施設（20）、D群4166施設事業所（128）、E群2185施設（61）に対してアンケート郵送法により実態調査を行い、和歌山県と和歌山県以外（他の11都道府県）で比較検討した。

### C. 結果

各群の有効回答施設数（率）／そのうちの脳卒中患者診療施設数（率）は、A群；5施設（56%）／5施設（100%）、B群；30（30%）／23（77%）、C群；2（10%）／2（100%）、D群；21（16%）／16（76%）、E群；24（39%）／12（50%）であった。C群は、2施設のみの回答であるため、全体像を反映しているかは不明であるが、結果を示した。

#### I. 脳卒中診療や介護従事の有無、施設の現況に関する質問

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

（80%）との併設が多かった。1施設あたりの平均病床数は $53 \pm 20$ 床であり、うち $32 \pm 14$ 床（60%）を脳卒中患者が利用しており、全国レベルであった。医師数は $2 \pm 1$ 人、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の総数は $12 \pm 8$ 人、看護師数は $14 \pm 2$ 人であり、80%の施設は医師が脳卒中患者診療に「十分に関わっている」と回答した。在院日数は $85 \pm 15$ 日、自宅退院率は $59 \pm 12\%$ と全国レベルであり、クリニカルパス使用率（28対8%、 $p=0.108$ ）は和歌山県以外と比較して多い傾向が見られた。リハビリ施設基準では全施設が「脳血管疾患等リハビリ料I」を取得していた。受入待機が7日以内の施設（80対48%、 $p=0.160$ ）は和歌山県以外と比較して多い傾向が見られた。特に受入制限を設けていない施設（60対21%、 $p=0.038$ ）が多かったが、全国と同様に、人工呼吸器（40%）、透析（40%）があると受入困難であった。週あたり7日リハビリを実施している割合（40%）は全国レベルであったが、1日あたりのリハビリ実施単位（ $10 \pm 6$ 対 $6 \pm 3$ 単位、 $p=0.006$ ）は和歌山県以外と比較して多く、日常生活動作（Activities of Daily Living；ADL）評価スケールはFIM（80%）、BI（60%）を多用した。

**一般診療所（B）群：**和歌山県の一般診療所群は、1診療所あたりの1ヶ月に診療する患者数は $445 \pm 287$ 人、脳卒中既往患者数は $57 \pm 77$ 人と全国レベルであった。診療している脳卒中既往患者に対するリハビリの提供（52対37%、 $p=0.154$ ）は多い傾向が見られた。脳卒中患者が必要なリハビリを「十分に受けている」もしくは「だいたい受けている」（以下、受けている）（43%）と回答した施設は全国レベルであった。ADL評価スケールは介護保険意見書の日常生活自立度（61%）を多用した。

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