

され、それぞれの病床の機能が異なっているために患者の動きが異なっている可能性がある。ところが、一つの病床区分を変更することが「退院」にあたるものと、そうでないものがあり、病床区分ごとに入退院数が呈示される可能性がありその様子を検討することは難しく、院内で病床を移動するたびに退院患者が一人ずつ増える可能性があり、退院は院内での転床・死亡・院外への移動の総和となる可能性がある。患者調査では退院の定義をしている（文献15）が、手続きで規定しているために、実際に患者が施設の外に移動しているか把握することに難しい。

平成22年に西多摩脳卒中医療連携検討会によって行われた調査のなかで慢性期病院のうち4病院（いずれも回復期病床はなく複数の医療区分を設定している）では院内での移動の様子を公開している。この調査でみると、新たに外の施設から転入してきた患者が777（人）で、院内で移動して入ってきたものが168（人）であった。院外への転出と死亡退院を合わせると709（人）となり、院内の他の病床への転出は95（人）であった（表26）。

療養型病床の枠にとどまるものは14.1（=5.4+8.7）

%であり、平成22年の西多摩でのデータ（表26）では11.9%が院内の他の病床へ移動していることと合わせると、他の病院の療養型の病床への転出は2.2%となり、慢性期病院での療養病床への転出のほとんどは同一施設内であると考えられる（表28-1）。

療養病床から年間に出る数を平成25年の患者報告と平成25年度の病院報告でみる（表28-1）。両統計を合わせるために病棟から転出した数を100%として、退院数を両報告で一致させて、他の項目の比率でみることにした。その結果療養病床からの退院は91%で残る9%は同一施設内の他の病床へ移動、介護療養病床の場合は退院が78.8%で他の病床への移動は21.2%となる。そして、死亡退院は療養病床全体で22.8%、介護療養病棟では23.8%になる。また療養病床への転入数を100%とした場合、院内で療養病床へ移動してきたものは46%となり、介護療養病床へ移動してきたものは36.6%であった。ここでも、在宅復帰数と在宅からの入院の数はほぼ同じと考えられ、西多摩医師会で脳卒中患者の慢性期病院への在宅からの入院と、在宅への退院の数がほとんど同じことと同じであった（表20、26）。

平成26年の西多摩脳卒中医療連携検討会での調査

表 25：脳卒中患者の慢性期病院からの退院

	調査年												推計患者数		
	平成21年度			平成22年度			平成24年度			平成26年度			平均	標準偏差	比率
	調査値	比率	推定値												
病床数	1,810	0.74	2,428	939	0.39	2,428	999	0.41	2,428	1,233	2.0	2,428	2,428	0.0	
患者数	595		799	220		570	397		966	517		1,019	839	202	100.0
在宅復帰	32	5.4	43	11	5.0	28	23	5.8	56	47	9.1	93	55	27	6.6
在宅療養が困難	563	94.6	756	209	95.0	541	374	94.2	910	470	90.9	927	784	179	93.4
急性期病院	21	3.5	28	7	3.2	18	22	5.5	54	20	3.9	39	35	15	4.2
回復期病床群	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0	0	0.0
医療療養型病床	43	7.2	58	12	5.5	31	36	9.1	88	2	0.4	4	45	36	5.4
介護療養型病床	135	22.7	181	13	5.9	34	13	3.3	32	24	4.6	47	73	72	8.7
介護老人保健施設	24	4.0	32	8	3.6	21	19	4.8	46	61	11.8	120	55	45	6.6
介護老人福祉施設	75	12.6	101	50	22.7	129	36	9.1	88	113	21.9	223	135	61	16.1
死亡	244	41.0	328	113	51.4	293	214	53.9	521	242	46.8	477	405	111	48.3
その他	19	3.2	26	10	4.5	26	13	3.3	32	8	1.5	16	25	7	3.0

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査  
 註) 各調査年の平均で推計しているために、その合計が患者数と一致しない。

表26：脳卒中患者の院内外への移動の様子（人）

		平成22年の西多摩脳卒中医療連携検討会による調査			西多摩医師会による4回の調査からの推計（表20, 25を参照し比率を再計算）	
		合計	比率（%）	推計（人）	推計（人）	比率（%）
	病床数	534		2428	2428	
流入新たな入院	院内の他の病床からの移動	37	21.6	168	161.1（=118.4+42.7）以下 回復期と療養病床の合計	20.6以下
	他の施設からの転入	134	78.4	609	665.7以上（急性期と施設）	85.1以上
	移動総数	171		777	781.8（=835.7-55.7）	93.4
流出退院	死亡	94	53.1	427	709	48.3
	院外の施設への転出	62	35	282		250以上
	院内の他の病床への移動	21	11.9	95	118以下	14.1以下
	総転出数			804	839	

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査

表27：慢性期病院での退院後の移動先（全疾患）

			西多摩脳卒中医療連携検討会による調査		日本慢性期医療協会調査（*）	
			実数	比率	比率	
退院数	移動総数		2,795	100	100.0	
	在宅復帰	家庭			36.2	
	転出 （院外の施設への移動） （転院・入所等）	他の病院・診療所へ入院	1,274	45.6	26.8	18.1
		介護老人保健施設へ入所				8.0
		介護老人福祉施設へ入所				0.7
		社会福祉施設へ入所				
その他						
死亡数	その他（死亡・不明等）			35.1		
同一施設内の他の種の病床へ移動する数					15.7	

日本慢性期医療協会調査（文献16）、平成26年西多摩脳卒中医療連携検討会による調査

\*）退院の中に同一施設内の他の種の病床への移動を含める

では、死亡と在宅復帰できない数を見ると、他の病院や施設への移動がおよそ45.6%であったが、日本慢性期医療協会による調査（文献16）では26.8%となり、「病院報告」による27.2%（療養病床全体）、28.0%（介護療養病床）と近似していた。しかし母集団が異なるために単純な比較はできない。西多摩医師会での脳卒中患者の場合と比べてみても、

29.9%が他の医療機関や療養施設へ移動しているものの近似するが、これも母集団が異なるために比較は難しい（表27）。

西多摩脳卒中医療連携検討会では平成26年度に院外の施設への移動（転出と退院（死亡を含む））が調査され、慢性期病院では一般に院外の施設への移動が少ないことが推察された。

(6) 慢性期病院からの転出（脳卒中）

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査でみると、慢性期病院に年間に脳卒中の患者が838（人）入院し、そのうちの93.4%は在宅への復帰が難しく、405（人）（48.3%）が死亡退院している。介護施設への移動は年間118（人）（14.1%）であった。また在宅へ戻る数と在宅から入院する数がほぼ同じであ

ることから慢性期病院に転入してきた患者の動態からみると、在宅療養に移行することが困難な患者が多いと考えることができる（表26）。

平成23年の患者調査で虚血性心疾患と脳血管障害の患者の受療数を患者住所地と施設所在地別に、全国と、東京都全体と西多摩二次医療圏で比べてみると、西多摩次医療圏では圏域内に居住する脳卒中患

表28-1：療養病床からの転出先

	療養病床			療養病床（介護保険適用病床）		
	退院先	(千人)	病棟からの移動の割合	退院先	(千人)	病棟からの移動の割合
平成23年 患者調査 (1)	退院数	42.7	91.0	退院数	4.3	78.8
	在宅復帰	19.8	42.2	在宅復帰	1.6	29.3
	転院	5.3	11.3	転院	0.6	11.0
	施設入所	6.3	13.5	施設入所	0.6	11.0
	死亡	10.7	22.8	死亡	1.3	23.8
平成25年 病院報告 (2)		(人)	病棟からの移動の割合		(人)	病棟からの移動の割合
	病棟からの移動数	641,474	100.0		74,766	100.0
	退院患者数	583,449	91.0	退院患者数	58,909	78.8
	同一医療機関内の他の種別の病床へ移された患者数	58,025	9.0	同一医療機関内の介護療養病床以外（他の種別の病床を含む。）の病床へ移された患者数	15,857	21.2

平成23年 患者調査, 平成25年 病院報告

表28-2：療養病院への転入

	療養病床			療養病床（介護保険適用病床）		
		(千人)	総転入数に対する比率		(千人)	総転入数に対する比率
平成23年 患者調査 (千人)	入院前の場所（外からの）入院	42.7	57.4	入院前の場所（外からの）入院	4.3	63.4
	家庭	18.5	24.9	家庭	2	29.5
	他の病院・診療所入院中	19.1	25.7	他の病院・診療所入院中	1.8	26.5
	施設入所中	4.7	6.3	施設入所中	0.3	4.4
	その他（新生児・不明等）	0.6	0.8	その他（新生児・不明等）	0.2	2.9
平成25年 病院報告 (人)		(人)	総転入数に対する比率		(人)	総転入数に対する比率
	転入数	639,332	100.0	転入数	72,071	100.0
	新入院患者数	366,931	57.4	新入院患者数	45,674	63.4
	同一医療機関内の他の種別の病床から移された患者数	272,401	42.6	同一医療機関内の介護療養病床以外（他の種別の病床を含む。）の病床から移された患者数	26,397	36.6

平成23年 患者調査, 平成25年 病院報告

表29：虚血性心疾患と脳血管疾患の地域別にみた利用状況（千人）

	全国		東京都全体		西多摩二次医療圏	
	患者住所地	施設所在地	患者住所地	施設所在地	患者住所地	施設所在地
総数	1290.1	1290.1	104.3	103.9	3.7	5.9
循環器系の疾患	241.6	241.6	19	18.1	0.6	1.2
虚血性心疾患	15.7	15.7	1.2	1.3	0	0
脳血管疾患	166.4	166.4	13.3	12	0.5	1

平成23年 患者調査 平成23年10月

者の数はこの圏域の脳卒中で入院している数のおよそ半数であり、圏外から流入している患者が圏外へ流出している患者より多いことがわかる。しかし急性期病院に入院している患者の可能性は低いことから、慢性期病院では圏域外の患者が流入していると考えられる。なお虚血性心疾患で入院している患者数は脳血管障害の患者数のおよそ10分の1で、長期の病床利用をしていることはない（表 29）。

## 6. 介護老人保健施設

### (1) 中間施設としての介護老人保健施設

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査西多摩脳卒中連携検討会では、介護老人保健施設を中間施設として位置づけて調査を行ってきた。介護老人保健施設は西多摩地域には13施設が設置され、定員が1315であった。平成25年までは11施設で定員が1015であったため、平成26年の調査では、一部参考値として掲載した（表31）。一方、介護老人福祉施設は西多摩二次医療圏におよそ60建設されているが、その多くが都市部で優先枠を設けるなどして、西多摩二次医療圏の動態とは異なった動きをしている可能性もあり、検討会では動態調査の対象にせず、介護老人保健施設のみを対象としている。

### (2) 介護老人保健施設への転入前の状況

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査西多摩脳卒中連携検討会の調査では、介護老人保健施設から介護老人保健施設への移動が減っている。病院からの入所を合計すると57%と最も多くなるが、入所前の状況はが調査ごとに異なる。在宅からの入所が最も多いが、徐々に減り、また院外の施設から転入してくる患者も減っている（表30）。

### (3) 介護老人保健施設の様子

平成25年に西多摩二次医療圏内に新たに介護老人保健施設が2施設設置されたため平成26年度のデータは参考として掲げる。

平成21年度からの3回の調査と介護施設の情報公開システムでも新たに設置された2施設を除いて脳卒中と全疾患との施設内での様子を比較した。その結果、脳卒中患者は全入所者のおよそ1/3を占めているが慢性期病院と異なり平均在所日数は短く、一日平均入所者数は 28.6 % (= 286/999) であった（表31）。

### (4) 介護老人保健施設からの退所（脳卒中）

平成21, 22, 24年の西多摩脳卒中医療連携検討会による調査では施設への入所者、退所者は減少し、医療施設への入院が徐々に増える傾向にある。一方で介護老人保健施設から介護老人保健施設や介護老人福祉施設への移動が減少している。また在宅復帰よりも医療療養型病床へ移動する患者が増加する傾向があった。

介護老人保健施設と慢性期病院の動態について比べてみると、

- 1) 両者とも在宅へ戻ることが難しいか、あるいは、戻れない患者が対象になっていた。特に脳卒中患者が目立った。
- 2) 慢性期病院の平均在院日数は318日で平均よりも高かった。西多摩地域で療養型の施設が多いことに関連した西多摩二次医療圏の特徴であるか、今後検討が必要になる。

（全体で104.6日）で、一日平均患者数は全体では2,134.7（人）で脳卒中患者は730（人）であった。介護老人保健施設では入所者のおよそ1/3を脳卒中患者が占めるものの、平均在所日数は81.0% (=289/357) と他の疾患に比べて短かった。傾向があった（表32）。

(5) 介護老人保健施設からの転出（全疾患）

西多摩二次医療圏では脳卒中患者が介護老人保健施設から介護老人保健施設・介護老人福祉施設へ移動するものがそれぞれ15-20%、25%で、全国調査での介護施設への移動がそれぞれ3%、10%に満た

ないもの差がでた（表33）。介護老人保健施設の場合は全体では死亡する患者、在宅へ復帰する患者は少なく、医療療養型病床への移動、および介護療養型病床を除く介護型宿泊施設へ入所する患者が多く、その傾向は脳卒中の患者で目立った。

表 30：脳卒中患者の介護老人保健施設に入る前の状況

	調査年												推定数*		
	平成21年度		平成22年度			平成24年度			平成26年						
	調査値	全体	調査値	全体	調査値	全体	調査値	全体	調査値	全体	平均	標準偏差	%		
施設数	6	11	3	11	3	11	7	13	11.5	1.0					
定員	612	1015	312	1015	312	1015	709	1315	1090	150					
	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人	%	人	人		
総数	263		436	101		329	94		306	202		375	361	57.6	
医療施設	129	49.3	215	53	52.7	173	59	62.7	192	132	65.4	245	206	30.9	57.1
急性期病院	42	15.9	69	18	17.7	58	22	23.6	72	68	33.9	126	81	30.4	22.4
回復期病床群・	39	14.9	65	13	12.7	42	19	19.8	61	36	17.7	67	58	11.5	16.1
医療療養型病床	33	12.7	55	17	17	56	18	19.3	59	18	8.8	33	51	11.8	14.1
介護療養型病床	15	5.8	25	5	5.3	17	0	0	0	10	5	19	15	10.8	4.2
介護老人保健施設	48	18.4	80	19	19	62	17	17.8	54	27	13.4	50	62	13.4	17.2
介護老人福祉施設	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.7	2	0	0.9	0.0
在宅	64	24.5	107	24	24	79	18	19.3	59	39	19.1	72	79	20.2	21.9
その他	0	0	0	4	4	13	0	0	0	2	1.2	4	4	6.2	1.1

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査  
 注）各調査年の平均で推計しているために、その合計が患者数と一致しない。

表31：脳卒中患者の介護老人保健施設での様子

		平成21年度	平成22年度	平成24年度	平均	標準偏差	介護施設案内	平成26年度	介護施設案内
総施設数		11	11	11	11.0	0.0	11	13	13
	調査値	7	3	3	4.3	2.3	11	7	13
総施設定員数		1015	1015	1015	1,015.0	0.0	1015	1315	1315
	調査値	612	312	312	412.0	173.2	1015	709	1315
脳卒中入所者数	調査値	263	101	94	152.7	95.6	1,022	202	1,674
	推定数	436	329	306	357.0	69.4		375	
平均在所日数	調査値	315.3	291	261.5	289.3	26.9	356.8	315.3	284.4
延べ入所者数	調査値	82,924	29,391	24,581	45,632.0	32,385.2	364,635.0	63,691.	475,960.0
	推定数	137,529	95,615	79,967	104,370.3	29,763.0		118,129.3	
一日平均入所者数	調査値	227.2	80.5	67.3	125.0	88.8	999	174.5	1,304.0
	推定数	376.8	262	219.1	285.9	81.5		323.6	

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査  
 ※ 東京都全体介護サービス情報公開システム“ひまわり”

表 32：介護老人保健施設からの退所先（脳卒中）

	調査年												推計値*			
	平成21年度			平成22年度			平成24年度			平成26年度						
	調査値	%	推定退所者数	調査値	%	推定退所者数	調査値	%	推定退所者数	調査値	%	推定退所者数	平均値	標準偏差	%	
施設定員数			1015			1015			1015			1315	1015	0		
	612			312			312			709			412	173.2		
総退所者数	263			101			94			202			132	81.9		
推定退所者数			436.2			328.6			305.8			374.7	361	57.6		
退所者内訳	在宅復帰	23	8.7	37.4	14	13.9	45	14	14.9	44.6	45	22.3	83.5	53	20.9	13.4
	在宅療養が困難	240	91.3	398.8	87	86.1	283.6	80	85.1	261.2	157	77.7	291.2	309	61.4	78.5
	医療施設総数	90	34.3	149.4	59	58	190.6	62	65.9	201.5	72	35.6	133.5	169	32.5	43.0
	急性期病院	70	26.6	116	46	45.5	149.5	36	38.3	118	37	18.3	68.6	113	33.3	28.8
	回復期病床群	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
	医療療養型病床	17	6.5	29	12	11.9	37.8	26	27.7	83.5	30	14.9	55.6	52	24	13.1
	介護療養型病床	3	1.1	4.4	1	1	3.3	0	0	0	5	2.5	9.3	4	3.8	1.1
	介護老人保健施設	73	27.8	120.9	17	16.8	54.2	16	17	52	41	20.3	76	76	32	19.3
	介護老人福祉施設	99	37.6	164.4	25	24.8	82.1	12	12.8	40.2	37	18.3	68.6	89	53.3	22.6
	死亡	3	1.1	4.8	1	1	1.6	3	3.2	10.4	3	1.5	5.6	6	3.6	1.4
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1.5	5.6	1	2.8	0.4	

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査  
 注) 各調査年の平均で推計しているために、その合計が患者数と一致しない。

(6) 介護老人保健施設と医療療養型病床

脳卒中患者は慢性期病院に多く、長期に入院している傾向があり脳卒中の患者の場合は特にその傾向が目立ち、他の疾患に比べて脳卒中の患者は嚥下障害ばかりか、移動能力の低下による骨折や、褥瘡など、日常生活動作が自立できない為に合併症が生じやすく、介護老人保健施設では障害には対応できても、患者の身体の変化に対して迅速に対応することが難しく医療関連施設へ移動しなくてはならないことを反映している可能性がある。一方の慢性期病院ではむしろ逆の傾向があり、不安定な状態の患者の診療が行われているともいえ、一般に言われる特殊な医療行為というよりも、身体状態の変化に対する対応することが慢性期病院で行われているといえる。

西多摩二次医療圏では、脳卒中患者が介護老人保健施設から介護老人保健施設へあるいは、介護老人福祉施設への移動が全国

7. 検討上の課題

1) データの誤差

ここでの検討は脳卒中患者の施設の利用についてできるだけ単純化したモデルを呈示することを目指した。算出してデータは一致しないことが多い。また統計によっても異なることがあり、各病院の特徴をさらに踏まえることができれば、さらに実態に合わせた議論が可能となるであろう。

2) 言葉の使い方

退院・入院・流入・流出・移動・転入・転出など、患者が移動する際に調査ごとに使われ方が異なる。これらのことばを定義していかないと、いろいろな使われ方がされる可能性があり、この報告書でも使用する言葉の使い方が難しかった。

E. 結論

東京都西多摩二次医療圏は人口の増減がほとんど

なく、人口構成や分布も全国平均と近似していた。療養のための慢性期病院あるいは介護施設は全国平均を上回り、他圏域の患者も多く利用していたが、急性期の脳卒中患者に対応が可能な救急を含む一般病院、医療従事者の数は全国を下回り十分な体制が整っているとは言えない。

西多摩二次医療圏の脳卒中患者の動向について西多摩医師会内に設置されている西多摩脳卒中連携検討会が実施した4回にわたり調査の結果をもとに脳卒中患者の動向を検討した。毎年およそ1096（人）の脳卒中患者が発生する。このうち圏域外から転入する患者と圏域外の急性期病院に入院する患者がほぼ同数であることが推測され、他の疾患と比べて慢性期病院や介護老人保健施設から在宅へ移行するのは少なかった。脳卒中患者の場合、慢性期病院では入院日数が長い、介護老人保健施設では他の疾患よりも在所期間が短かったが、老人保健施設からの転出先の多くが急性期病院を含む医療機関であることから、疾病の性質により、身体の状態が不安定で、介護老人保健施設での医学的管理が難しいこと

が示唆された。両者の特徴がこの調査解析にて明らかになった。

## 謝辞

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査は、急性期病院・回復期病床群・慢性期病院・介護老人保健施設ばかりでなく、診療所・歯科診療所・調剤薬局・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション事業所等に対してそれぞれ別の調査票を作成して毎回100項目以上について、行われた。調査者ばかりでなく回答者も多大な労力を費やして回答された。またそれを検討会の座長、西多摩医師会事務の方々の労力により集計されまとめられたものである。この報告書から西多摩地域での脳卒中患者の現状を理解するには十分なものと考えられ、ここにその調査結果の利用をご許可下さった西多摩脳卒中医療連携検討会の諸委員に改めて深謝する。

表33：介護老人保健施設から退所先についての各調査の比較（単位は%）

	脳卒中	全疾患	
	西多摩脳卒中医療連携検討会による調査	西多摩介護施設調査	平成25年 介護サービス施設・事業所調査
在宅復帰	14.6	22.8	31.7
医療施設総数	46.7	42.1	40.6
急性期病院	31.3	25.3	-
病院（一般病床）	-	-	33.4
病院（医療療養型病床）	14.3	-	2.8
病院（介護療養型病床）	1.2	16.8	1.0
病院（その他）	-	-	1.3
診療所（介護療養型病床）	-	-	0.2
診療所（介護療養型病床以外）	-	-	2.0
入院先での死亡	-	-	0.9
介護老人保健施設	21.0	8.7	3.6
介護老人福祉施設	24.6	21.1	9.3
その他の社会福祉施設	-	-	2.4
認知症対応型グループホームに入所	0.0	0.7	-
有料老人ホームへ入所	-	0.9	-
施設内での死亡	1.5	3.4	7.8
その他*	0.4	0.2	2.2
不詳	-	-	1.5

西多摩脳卒中医療連携検討会による調査

\* 西多摩脳卒中医療連携検討会による調査では他の介護福祉施設が含まれる

## 参考文献

- (文献1) 久保佑美子, 岡本 博照, 小泉 健雄ら: 西多摩医療圏の一病院における二次救急患者の搬送実態: 地理的要因から見た分析: 日本臨床救急医学会雑誌17 (4), 522-529; 2014
- (文献2) 西多摩地域脳卒中医療連携検討会: 平成21年度 西多摩地域脳卒中医療連携アンケート結果 (平成21年10月実施): 西多摩医師会; 2010
- (文献3) 西多摩地域脳卒中医療連携検討会: 平成22年度 西多摩地域脳卒中医療連携アンケート結果 (平成22年10~11月実施): 西多摩医師会; 2011
- (文献4) 西多摩地域脳卒中医療連携検討会: 西多摩地域脳卒中医療連携アンケート調査結果報告書 (平成24年10月実施): 西多摩医師会; 2013
- (文献5) 西多摩地域脳卒中医療連携検討会: 平成26年度 西多摩地域脳卒中医療連携アンケート調査結果平成27年1月: 西多摩医師会; 2015
- (文献6) 医療機能情報提供制度実施要領について (平成24年9月28日付け医政発第3号) 厚生労働省医政局長通知
- (文献7) 三谷博明: 都道府県における医療機能情報提供制度の実施状況調査報告 (平成21年度): 日本インターネット医療協議会の調査: 平成21年度
- (文献8) 厚生労働省老振「介護サービス情報の公表」制度の施行について (平成25年3月29日 (発0329第4号):
- (文献9) 西多摩地域保健医療協議会: 東京都西多摩保健医療圏地域保健医療推進プラン (平成25年度~平成29年度); 2013
- (文献10) 石川: 回復期リハ病棟の課題と展望: 回復期リハビリテーション12 (1), 12-17, 2013
- (文献11) 東京都全体福祉保健局医療政策部: リハビリテーション医療実施医療機関名簿 (平成25年3月)
- (文献12) 東京都福祉保健局編: 東京都脳卒中救急搬送体制実態調査報告書: 平成23年3月
- (文献13) 東京都福祉保健局編: 東京都脳卒中救急

搬送体制実態調査 (第2回) 報告書: 平成25年3月

- (文献14) 回復期リハビリテーション病棟協会: 回復期リハビリテーション病棟の都道府県別データ資料集: (参照<http://www.rehabili.jp/map/mc4.html> 平成26年12月30日)
- (文献15) 厚生労働省 平成26年度病床機能報告 報告様式記入要領 (病院用): 平成 26 年9月 24 日版
- (文献16) 日本慢性期医療協会: アンケート集計・調査報告: 入退院経路調査 (平成21年4月~9月)

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## チームによる療養支援の引継ぎに必要な情報の取り扱いに関する調査研究

研究分担者	高橋 真冬	青梅市立総合病院神経内科 部長
研究分担者	織田 順	東京医科大学救急・災害医学分野 准教授
研究協力者	今瀬 律子	公立福生病院 医療連携室
研究協力者	草野 華世	青梅市立総合病院 地域連携室
研究協力者	柚木 祐子	大久野病院訪問看護ステーション
研究協力者	小机 敏昭	西多摩医師会
研究協力者	伊藤 正一	大久野病院 地域連携課
研究協力者	中野美由起	青梅市立総合病院 地域連携室
研究協力者	等松 春美	青梅市立総合病院 地域連携室
研究協力者	大村 信幸	あきる野市高齢者はつらつセンター
研究協力者	新井 絹子	青梅三慶病院 看護部

### 研究要旨

【目的】脳卒中患者の、チームによる療養支援を継続するために急性期病院で退院調整に注目し、引継ぎの際の情報の取り扱いについての問題について検討する。

【方法】支援チーム作りの特徴について検討し、急性期病院で行われているBriefingによる効果を検証する。西多摩地域脳卒中連携検討会で行われた施設毎の用語・用法の違いをもとに、情報の共有化のための「地域連携マニュアル」と「患者情報シート」の例を挙げ、急性期病院を退院するにあたりチームを引き継ぐ際の問題について送り手側と受け手側から検討し、退院調整を担当する看護師と医療ソーシャルワーカーによる退院調整についてそれぞれの情報管理の方法の例を呈示する。

【結果】チームによる支援が連続するために課題となったこととその対策は以下のものであった。多職種による支援チーム作りの問題として在宅支援をする際にはリーダーが不在となる可能性があった。また各施設では用語用法の違いがあり、連携をするための情報が正しく管理されず、多くの職種が集まったチームの場合にはその専門家の行為が十分に理解されていない可能性があった。またチームを引き継ぐ際には提供が難しいものもあり、また刻々と変化する情報については、退院前カンファレンスなどを通してチームで情報を共有していくことが有効で、引き継ぐ側も情報を収集しながら支援を計画しなくてはならない。そして退院調整にあたり、看護師は患者の状況から、一方で医療ソーシャルワーカーは療養環境の状況から患者を支援しながら、新たなチームの窓口となる支援者と新たにチーム作りを行っていた。

【考察】脳卒中患者及びその家族の支援にはチームによって支援すると数々の効果が期待されるが、チームで情報を共有するためには、リーダーが情報を集約して支援の目的を明確にすることが必要だが臨床現場では多職種が介入するため情報が複雑になり具体的な内容を呈示することが必要で、また情報を共有するためにはマニュアル等の整備も検討しなくてはならない。【結論】脳卒中患者を支援するために多職種が介入してチーム作りが行われるが療養場所ごとにチームによる支援を連続させなくてはならず、情報を管理するためには、今後も種々のシートなどのツールが必要である。

## A. 本研究の目的

脳卒中に罹患すると、後遺障害が残存することもあり、急性期病院での治療が終了しても危険因子の管理や嚥下機能の低下などによる感染や外傷などの予防、再発の防止、療養生活を行うために日常生活の介助などが必要になる。近年、核家族化がすすみ家族が介助することが難しくなっている一方で、在宅療養が促進され、病院からの退院が早まり、施設の内外で地域の資源を有効に利用しながら支援していくことが求められている。さらに医療・介護技術が高度になるにしたがって各種専門家が登場し、専門的なこと以外の業務をすることが難しくなっている。そのため各職種がそれぞれの高い専門性を持ち寄って多職種チームによる支援体制を作ること、それぞれの患者によって異なる身体状況や療養環境に対して高い水準でサービスが提供できると考えられる（文献）。さらに地域に設置されている種々の医療施設・介護施設・福祉の施設・事業所を有効に利用するためには療養環境等に合わせチームのメンバーの職種や役割を臨機応変に変更させて、支援を引き継いでいくことが要求されるようになってきている。それらを地域住民が有効に利用するためには、どのように情報を次の施設・事業所に伝えれば利用者の負担が少なく連続して利用できるかについて検討することが必要になる。そこで東京都西多摩地域での各種調査を通して、療養支援のためのチーム作りで必要になる情報について、チームで共有しておく情報、チームを引き継ぐ際に伝達する情報について、急性期病院での退院調整を中心に検討する。

## B. 本研究の方法

本研究では、次の(1)～(4)について、課題となることとその対応について例を示す。

### (1) 多職種による支援チーム作り：

参加するメンバーについての全国調査と、在宅支援チームの問題について検討し、多職種によるチームで情報を共有するために航空安全のために開発されたCRM（Crew Resource Management）に基づいて急性期病院で検討されたBriefingによる効果を検証する。

### (2) 施設毎の用語・用法の違い：

西多摩地域の各施設の用語、考え方、実行行為、患者の評価法について西多摩医師会内に設置された西多摩地域脳卒中連携検討会での調査をもとに検証し、その対応策として行われたことを示す。

### (3) チームの引き継ぎ：

西多摩地域脳卒中連携検討会で提示された「患者情報シート」の例を挙げ、急性期病院を退院するにあたりチームを引き継ぐ際の問題について送り手側と受け手側から検討する。

### (4) 退院調整：

退院調整では、退院調整を担当する看護師と医療ソーシャルワーカーはどのようなステップを踏んで情報管理をしているか検討し、急性期病院で行われている情報を集約のための方法の一例を呈示する。

## C. 結果

脳卒中に罹患した患者、療養場所ごとにチームを結成して支援し、それを連続させることが必要で、チームによる支援が連続するために課題となったこと、およびその対策は以下のものであった。

### (1) 多職種による支援チーム作り：

チームに必要なメンバーは、チームによる支援を依頼する側とチームの核となるメンバー（リーダー）が協議して招集される。また経過中に新たな支援がとなった場合にはそのチームのメンバーにより新たなメンバーが要請される。とくに在宅支援をする際にはリーダーが不在となる可能性が高く、チーム結成時に協議することが必要になる。またメンバーは自らの専門業務のための情報を収集し、支援の結果を予測して他のメンバーに提示できる。メンバーは他の部署の支援の理解に努め、他の部署の支援による効果を想定して自らの支援計画を実行していくことが要求される。

### (2) 用語用法の違いについて

各施設の社会的役割・経営方針・業務内容の違い・用語の違い・施設ごとに部門・体制が異なることが影響し、情報が正しく管理されていない。とくに多くの職種が集まったチームの場合には、言葉の使い方や判断の基準・実施方法などがメンバーにより異

なることがある。在宅療養を支援する場合は、多くの施設から種々の職種が介入するため、その専門家の行為が理解しにくくなる。

### (3) チームを引き継ぐ際の問題：

ところが情報には提供が難しいものがある。チームで共有しているものは変化しにくいものも多く、家族の病状等に対する理解や介護技術の習熟など刻々と変化する情報はチームで共有しにくく、退院前カンファレンスなどを通して確認することが必要になる。また病院内では次の施設や療養環境を十分に把握できないため、引き継いだ担当者も情報を収集ながら支援を計画しなくてはならない。

### (4) 退院調整：

チームの引き継ぎのため新たにチーム作りが行われるが、そのためにチームの引継ぎを要請する側では退院調整などで新たなチームの窓口となる支援者とチームのメンバーを選定する。

### (5) 連携の理解：

地域の医療介護資源を有効に活用するためには、使用される言葉をさらに定義していく必要がある。たとえば「連携」を水平方向に同時進行で協働するもの（水平連携）と、チームを引き継ぐもの（垂直連携）の両者で考えるとわかりやすいなどである。

## D. 考察

### 1. チームによる支援

患者の状況に合わせた支援をするためには複数の支援者が介入するが、チームを作っても、メンバーやリーダーはどのように立ち振る舞ったらよいか、不明瞭なことが多い。その理由は、療養支援をするためのチーム作りというのが、一般に言われるようなチームと異なり、特殊なものであるとも考えられる（文献2）。

2011年に世界保健機構でWHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition 2011（WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版）が発行され、日本語版が2013年東京医科大学医学教育学講座で翻訳され、多職種による医療チームによる支援の方法についてガイドラインが示され（表1）（文献3）だが、ここではこれを療養支援のためのチームのモデルと考えてチームによる情報の管理につい

て検討した。

### 2. メンバー

療養を支援するチームに参加している職種について検討するために全国で自主的に連携のために活動している団体（113団体）の参加者を平成26年4月に調査した（図1）。療養を支援するためには医師・看護師・リハビリテーション技士・医療ソーシャルワーカーばかりでなく医療福祉関係のほとんどが参加し、多くの職種が地域で患者家族を支援していることがわかる（表2）。蒲生は患者の疾病の治療に必要な情報ならびに技術を持った医師、看護師、薬剤師、その他のコ・メディカルといった医療スタッフを中心に構成されるが、チーム医療といってもその目的やミッションによってその組織形態は異なり、自然、メンバー構成もそれに対応して異なる（文献2）ことを指摘している。このように医療現場では、患者を支援するために、多彩な職種のものが数名（それぞれの職種で1～2名）参加し、その職種を各部署が助言等でバックアップし、それぞれの考え方に従って役割を果たしている。

### 3. リーダー

チームによる支援の場合メンバーの行為を統括することが必要になる（表1）。急性期病院では、医療関連の専門的な技術を提供することから医師や看護師がリーダーシップを発揮するが、慢性期病院では、入院日数に制限が加わるため、在院日数を管理する部署（事務）が中心になって療養計画立てられる可能性がある。一方在宅療養を支援する場合はリーダーがはっきりとしない。平成26年6月に西多摩地域で医療・介護・福祉関連の専門職者が一同に会して開催された第6回西多摩地域医療福祉連携研究会の参加者に「在宅療養の支援チームの場合どの職種がリーダーとして適切であるか」を、所属別、職種別に調査したところ、ケアマネジャーが適切と考える傾向があるものの、ケースバイケースで簡単には決められないと回答するものが多く、リーダーを決めることが現実的には難しく、チームによる支援の目的が不明瞭になる（表3-1）。

また同年西多摩脳卒中医療連携検討会では、在宅支援を行う際のリーダーについて具体的に調査が実施された（文献4）。その結果からリーダーは「特に決めていない」あるいは「医療依存度が高い場合は看護師、低い場合（落ち着いている場合）ケアマネ

表1：WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版(日本語版)による医療チームの特徴とメンバーおよびリーダーの役割

<p>(1) 効果的な医療チームの基盤にある単純な特徴 (Mickan and Roger) (医療チームの特徴)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 共通の目的</li> <li>2. 特定可能な目標</li> <li>3. 有効なリーダーシップ</li> <li>4. 効果的なコミュニケーション</li> <li>5. 良好な結束</li> <li>6. メンバー間の経緯</li> <li>7. その他</li> </ol> <p>(2) 医療チームの特徴 (メンバーの役割)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各メンバーがチーム内における自身と他者の役割を把握しており、協力して共通の目標を達成する</li> <li>2. 各メンバーが意思決定を行う</li> <li>3. 各メンバーが専門的な知識及び技能を有しており、作業負荷の高い条件下で業務を行っている場合が多い</li> <li>4. 各メンバーに割り当てられた任務間の相互依存性の結果として、集合的なユニットとして行動する。チームとは、委員会のような少数グループとは同じでなく、特定の目的の単に得たような経歴を持つメンバーが召集され、通常時は現場の診療に関与することのないグループである。</li> </ol> <p>(3) リーダーの役割</p> <p>効果的なチームリーダーは、他のメンバーの活動を促進、監督、調整するために以下のような役割を果たす：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. リーダーとしての役割を引き受ける。</li> <li>2. 必要に応じて支援を求める。</li> <li>3. 継続的に状況をモニタリングする。</li> <li>4. 優先順位を定め、決定を下す。</li> <li>5. 活動の成果を最大限引き出せるように資源を活用する。</li> <li>6. チーム内の対立を解決する。</li> <li>7. チーム内の作業負荷を調整する。</li> <li>8. 任務や役割をメンバーに委任する。</li> <li>9. ブリーフィング、パドル (作戦会議)、デブリーフィングを実施する。</li> <li>10. メンバーが自由に発言および質問できるよう奨励する。</li> <li>11. チーム向けの改善活動や訓練を計画する。</li> <li>12. メンバーの士気を高め、前向きなチーム文化を維持する。</li> <li>13. チームが順調に機能し、期待される成果を確実に達成できるようにする。</li> </ol>	<p>4. 施設毎の違い</p> <p>西多摩医師会内に設置された西多摩脳卒中医療連携検討会では平成22年度に食事形態・褥瘡予防・リハビリテーションを実施するにあたり施設で指標としているものについて調査している (文献5)。食事</p>
---	--

ジャーと考えている」とする意見が多かった (表3-2)。リーダーが不在ということは、支援チームの方針をまとめることが難しいことを意味することとなり、患者家族が相談する窓口がはっきりせず患者・家族が混乱する可能性がある。

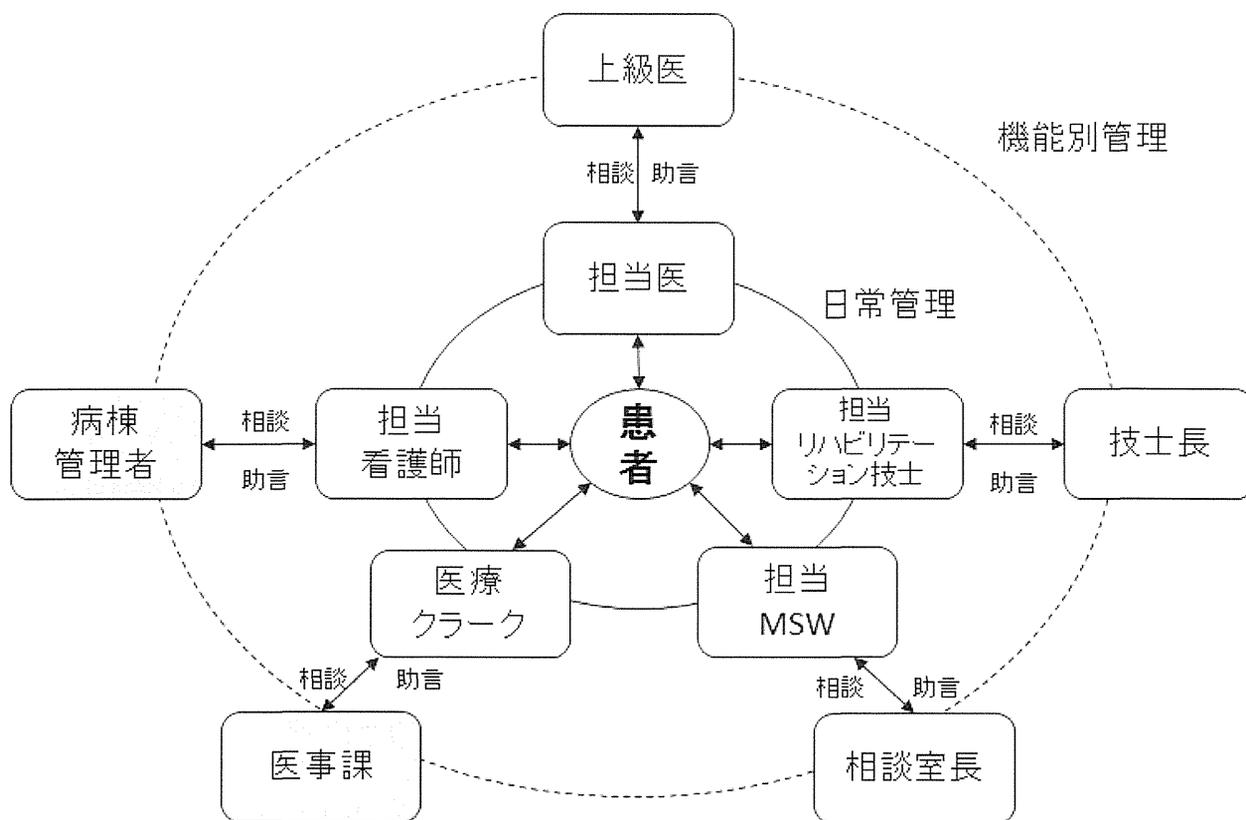
西多摩医師会内に設置された西多摩脳卒中医療連携検討会では平成22年度に食事形態・褥瘡予防・リハビリテーションを実施するにあたり施設で指標としているものについて調査している (文献5)。食事

表2：各団体に参加している職種

40以上の団体に参加	20-39の団体に参加	3-19以下の団体に参加	1-2の団体に参加
・病院勤務医 (51) ・診療所医師 (47) ・病院看護師 (43) ・理学療法士 (41) ・医療ソーシャルワーカー (41)	・医作業療法士 (39) ・医言語聴覚士 (36) ・医病院経営者 (33) ・医事務職 (33) ・医訪問看護師 (32) ・医相談員 (29) ・医事業所ケアマネジャー (27) ・医施設相談員 (25) ・医薬剤師 (22)	・医病院ケアマネジャー (13) ・医保健師 (13) ・医歯科医師 (13) ・医栄養士(管理) (11) ・医精神保健福祉士 (11) ・医歯科衛生士 (10) ・医行政 (9)	・医施設管理者 ・医診療情報管理士 ・医介護士 ・医調理師 ・医弁護士

脳卒中の地域連携で活動している全国113団体の調査（平成26年4月）

図1：多職種チームのメンバーと部門との関係



形態の呼び方は様々で、また施設毎に評価方法や対処方法、判断基準などに異なっている。

(1) 食事形態の呼び方

調査では各施設での呼び方が異なるばかりか、同じ言葉であっても食事形態が異なっていた (表4)。全国の栄養士会での栄養管理情報提供書などを作成

し、食事形態が正しく伝わるように提示される活動 (文献6) や、ユニバーサルデザインフードといった食事の形態が日本介護食品協議会で提案されている (文献7) が、調査によれば標準化された表記が行われていると言えず、転院前と同じ食形態のものを提供できるとは限らない。

表3-1：在宅チームのリーダーは誰が適切か？

		医師	訪問看護師	ケアマネジャー	ケースバイケース	その他	
全体		11 (9.9)	11 (9.9)	32 (28.8)	57 (51.4)		
回答者の所属	施設	急性期病院	2 (13.3)	1 (6.7)	3 (20.0)	8 (53.3)	1 (6.7)
		慢性期病院	4 (7.3)	8 (14.5)	16 (29.1)	24 (43.6)	3 (5.5)
		介護老人保健施設・介護老人福祉施設	1 (16.7)		4 (66.7)	1 (16.7)	
	在宅	保健所・地域包括			2 (50.0)	2 (50.0)	
		診療所（医科・歯科）				4 (100.0)	
		訪問看護事業所	2 (18.2)	2 (18.2)	5 (45.5)	2 (18.2)	
		居宅介護支援事業所			1 (10.0)	9 (90.0)	
	その他	1 (50.0)		1 (50.0)			
回答者の職種	医師・歯科医師			2 (28.6)	5 (71.4)		
	看護師・保健師	2 (6.5)	6 (19.4)	8 (25.8)	15 (48.4)		
	ケアマネジャー			3 (20.0)	12 (80.0)		
	リハビリテーション技士	3 (16.7)	2 (11.1)	7 (38.9)	4 (22.2)	2 (9.5)	
	MSW（社会福祉士） PSW（精神保健福祉士）	2 (9.5)	1 (4.8)	6 (28.6)	12 (57.1)		
	その他	3 (18.8)	1 (6.3)	5 (31.3)	4 (25.0)	3 (18.8)	

西多摩医療福祉連携研究会第6回研究発表会に参加された調査協力者111名（H26. 6. 22）（ ）内は%

表3-2：在宅支援チームのリーダーは誰か

	診療所		訪問看護ステーション		居宅介護支援事業所	
	回答施設数	比率	回答事業所数	比率	回答事業所数	比率
特に決めていない	46	63 %	5	41.7 %	24	58.5 %
医療依存度が高い場合は看護師，低い場合は（落ち着いている場合）ケアマネジャーと考えている	9	12.3 %	5	41.7 %	15	36.6 %
積極的に活動している人	7	9.6 %				
サービス担当者会議で決める	3	4.1 %	1	8.3 %	1	2.4 %
退院前カンファレンスで指摘される	2	2.7 %				
専門病院の医師	2	2.7 %				
その他	4	5.5 %			3	7.3 %
計	73	100 %	6	100 %	43	100 %

平成26年 西多摩脳卒中医療連携検討会調査

## (2) 褥瘡予防対策

西多摩脳卒中医療連携検討会では、褥瘡の予防対策についても各施設を調査している。この調査では褥瘡の予防対策について各施設での実行行為の概略が記述されるのみで、簡単に回答することは難しいが、調査結果からはエアーマットの利用、OHスケールを指標として使用している施設が多かった。また急性期病院を中心に褥瘡対策の委員会が設置され活動しているところが多かった（表5-1）。

一方、特に在宅療養を支援する居宅介護事業所や訪問看護ステーション・診療所などでは、評価方法

を含めて施設毎に違いがあり（文献5）、支援者側も、患者家族が褥瘡防止対策について習熟しているのか未熟なのか、介護指導を再度検討しなくてはならないことがわかる（表5-2）。たとえば訪問看護ステーションが複数入って、ショートステイを利用して複数のチームによる支援が行われている場合には、事業所ごとに対処方法が異なる可能性があり、その都度対処方法を決めておかななくてはならず、今までの対処していた内容を再確認し対応方法を決めなくてはならない。こうしたことは、吸引の方法・カテーテル管理の方法などでも同様であるだろう。

表5-1：各施設での褥瘡防止対策

施設内のアルファベットは整理のために、同じアルファベットでも全く異なる施設である

施設	内容
急性期病院	A 褥創対策チーム，病棟褥瘡担当看護師
	B 頻回体交，ただれ等発見時被覆剤使用，褥瘡委員会回診
	C 亜船・高たん白強化食品を紹介し，対象者受け入れの場合に対応，頻回の体位変換，予防用マットの使用
回復期リハビリテーション傍証を設置する病院	A 観察，除圧，清潔，栄養管理
	B 体位交換，体圧分散マット，エアーマット等
	C ベッドパット，コンフォートケアマット（全員），（リスク高い時）マギーフロート，エアーマット
	D OHスケールを使用し，危険度別に対策を行っている．褥瘡経過表はDESIGN分類を使用
慢性期病院	A 対策基準を設けて，それに沿って行っている．
	B 褥瘡対策委員会がマニュアル作成，危険因子の評価を行い統一したケアを実施．
	C 褥瘡対策チームによる回診，対策検討会の開催（食事・創部・栄養評価），褥瘡マットの使用・褥瘡体圧測定，体位変換など
	D エアーマット
	E 体位変換，エアーマット，皮膚の清潔保持，栄養アセスメント，プロテインなどの補助食使用
	F 褥瘡予防対策チームによる回診，褥瘡対策検討会を開き食事の検討，褥創部の検討，栄養評価，褥創マットの使用，褥創体圧測定，体位変換などを行っている．
	G エアーマット
介護老人保健施設	A 栄養マネジメント・リハビリテーション・体位変換・除圧の工夫
	B 入研時の状況で寝たきりの場合や低栄養状態の場合は，診療計画書を記載し，予防計画を立案し評価を定期的にチェックしていきます．
	C マット・クッション等の工夫，体交の実施，栄養状態改善のための補助食品の検討等

平成22年度西多摩脳卒中医療連携検討会 アンケート調査から

表5-2：在宅療養を支援する事業所による褥瘡防止の方法

事業所	内容
居宅介護 支援事業所	A 定期体位変換, 栄養, 保清
	B 床ずれ防止マットの使用, 体位変換, 主治医定期受診し
	C 定時の体位変換, 褥瘡予防(低反発)マットレス, エアーマット, 清潔保持, 栄養補給
	D 2時間おきの体交, 栄養改善, マットレスの検肘
	E 保清, 皮膚の観察, 主治医意見書で栄養や体重をチェック, 体位・姿勢調整, 褥瘡予防マット,
	F ポジショニングクッションの導入, 廃用症候群予防のためのリノ・ピリテーション, ・離床時間の拡大
	G 体圧分散(体位変換・用具の使用・姿勢保持), スキンケア(湿潤対策・失禁対策・摩擦防止・床ずれ防止),
	H 栄養状態の整え.
	I 体位変換, 用具の選定, 栄養, マッサージ
	J 体位の変換, 体圧分散型マット, エアーマット, 座位, バッテイング
	K 清潔, 食事, 入浴
	L 床ずれ予防用具の使用
	M 床ずれ防止用具の予防としての活用, 寝返り訓練をプランに組み込む, 栄養管理
	N 栄養バランス, ・臥床が長くならないようにする, デイなどの職員からの発赤の報告への早急な対応
	O 栄養, 清潔, エアーマット
	P 褥瘡予防マクトレス, 訪問看護サービス導入, 訪問リハビリテーションによる体位変換指導
	Q 栄養管理, 体位変換, 入浴
	R 褥瘡予防マットレス, 体位変換器・, 栄養補助食品, モジュラー型車椅子, 車椅子クッション活用による離床時間延長
	S 寝たきりにしない, 体交マクラの使用, エアーマットの使用, 低栄養防止
	T エアーマットの導入, 清潔, 体位変換
U エアーマット, 低反発マット	
V エアーマット, 体圧分散マット, ナーセントパット, 入浴, 食事	
診療所	A 体交をこまめに, 褥創予防マットの利用
	B 体交指導
	C 定期的体位変換指導および指示
	D 栄養+体位変換+エアーマット等の材料+早期治療+原疾患の治療
	E 体位変換
	F 予防マットの使用, 定時的体位変換
	G 頻回の体位変換と場合によりエアーマット使用
訪問看護 ステーション	A 保湿・除圧・体交・ポジショニング・エアーマット・保清・栄養・マッサージ・摩擦・予防離床を促す. 家族への介護指導.
	B 早めに低反発マット等を導入し, 症状により対応. 皮膚には保湿・保護クリーム・食事での高蛋白・高カロリーを指導. 離床のすすめ.
	C 初回訪問時にOHスケールをとり, 体圧測定し, マットレスを検討. リスクのある者は毎回皮膚状態観察, OHスケールは状況変化時つける.
	D 福祉用具・体圧による除圧又は減圧. 皮膚の清潔, 援助, 指導. 入浴, 足浴など循環改善. 医師の処方による皮膚の保湿.
	E エアーマット導入, 体圧交換, 入浴等保清, 離床を促す.
	F 栄養管理, ベッド褥創予防マット, エアーマットの検討, 体位の確認(圧迫部位の除去).
	G 離床, 福四具, 食事, 清潔
	H 離床

平成22年度西多摩脳卒中医療連携検討会 アンケート調査から  
体交：体位交換（体位変換）のこと 居宅 在宅介護支援事業所を持つ施設

表6：他部門でよく使用されている言葉の理解（％）

(1) 数字をみれば推測できる (2) 概念はわかる (3) 聞いた事はある (4) よくわからない

	バーセルインデックス				FIM				DESIGN分類			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)	(1)	(2)	(3)	(4)
急性期	0.0	0.0	67.0	33.0	0.0	0.0	67.0	33.0	0.0	33.0	33.0	33.0
回復期	50.0	25.0	25.0	0.0	75.0	25.0	0.0	0.0	0.0	25.0	50.0	25.0
慢性期	12.5	12.5	50.0	25.0	28.6	14.3	42.9	14.3	0.0	0.0	57.0	43.0
介護老人保健施設	28.6	28.6	28.6	14.2	14.2	28.6	28.6	28.6	0.0	14.0	43.0	43.0
診療所	8.5	21.0	11.3	59.2	8.5	18.3	11.3	62.0	0.0	30.6	13.9	55.6
訪問看護ステーション	0.0	8.3	33.3	58.3	0.0	16.7	33.3	50.0	0.0	83.3	16.7	0.0
居宅事業所	9.5	14.3	19.0	57.1	7.5	12.5	27.5	52.5	0.0	12.5	17.5	70.0

平成26年度西多摩脳卒中医療連携検討会 アンケート調査から

表7：各施設でのリハビリテーションを実施するうえでの効果の判定方法

施設内のアルファベットは整理をするため、同じアルファベットでも全く異なる施設である

施設名	リハビリテーション効果判定の指標	
急性期病院	A	ブルンストロームのステージ分類, ダニエルの分類, バーセルインデックス
	B	バーセルインデックス, サイアス
回復期リハビリテーション病床を設置する病院	A	FIM
	B	FIM
	C	FIM
	D	FIM, FBS, TUG, HDS-R等
慢性期病院	A	バーセルインデックス
	B	FIM, バーセルインデックス, 注意機能検査, BIT, 標準高次検査, 標準失語症検査, 標準ディサズリア検査, VF
	C	バーセルインデックス
	D	月1回リハビリテーション総合実施計画書作成のため各種評価を行っている.
	E	ADLの指標はバーセルインデックスを使用.
介護老人保健施設	A	HDS-R (認知症・集中リハビリテーション加算)
	B	歩行速度やバランス等
	C	行っていない

平成22年度西多摩脳卒中医療連携検討会 アンケート調査から

FIM:Functional Independence Measure (機能的自立度評価表), FBS:Functional Balance Scale (ファンクショナルバランススケール), TUG (Timed Up & Go) Test (アップアンドゴーテストテスト); HDS-R:Hasegawa's Dementia Scale -Revised (改訂版長谷川式簡易知能評価スケール), VF:videofluoroscopic examination of swallowing (嚥下造影検査), BIT: Behavioral inattention test (行動性無視検査)

表8：状態が落ち着いていると考える期間（％）

	2～3日	1週間位	2週間位	1ヵ月位	2ヵ月位	3ヵ月以上
急性期型病院	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
慢性期型病院	0.0	37.5	37.5	25.0	0.0	0.0
介護老人保健施設	0.0	14.3	14.3	57.1	14.3	0.0
診療所	0.1	8.8	15.0	43.8	16.3	15.0
訪問看護ステーション	0.0	0.0	14.3	85.7	0.0	0.0
居宅事業所	4.7	11.6	25.6	39.5	0.0	18.6

西多摩脳卒中医療連携検討会 (平成26年)

(3) リハビリテーションの効果判定：

リハビリテーションの効果判定に際しては、急性期病院ではバーセルインデックスを用いていることが多く、回復期リハビリテーション病床ではFIMが用いられている。また、慢性期病院ではバーセルインデックスが多かった。さらにリハビリテーションの実施の際の効果判定にHDS-R（改訂版長谷川式簡易知能検査）を用いているところもあった。ADLの評価を単純に一つだけで判定することはないが、施設毎に評価方法が異なっていることがわかる（表7）。

(4) 状況の判断：

西多摩脳卒中医療連携検討会では平成26年に「落ち着いている “いうのはどのくらいの期間変化していないことをいうか” 調査した。病院では2週間程度を目安にしているが、診療所や療養施設・訪問看護ステーションでは1か月ほど変わらないこととする意見が多かったが、居宅介護事業所では2-3日から3か月以上とばらつきが大きく（表8）、それぞ

れの部署や施設・事業所で判断にも違いがある。

このように、情報の共有化といっても、施設毎、専門職毎にさまざまな用語や指標・考え方で業務が行われているためチーム内で支援の方針を決めようとしても、チームの誰もが理解することは難しいまま支援が行われる可能性がある。

(5) 用語の理解：

西多摩脳卒中医療連携検討会では平成26年にリハビリテーションでよく用いられるバーセルインデックスとFIM（Functional Independence Measure）、および褥瘡管理で用いられるDESIGN分類について同じチームに所属する専門職以外のメンバーがどの程度理解しているか調査を行った（表6）ところ、専門職以外の職種がこうした用語を「聞いたことがある」あるいは「概念がわかる」とする施設が多かった。多職種によるチームの場合専門職が当然のように使用している言葉を他の職種が理解しているとは限らず、専門的な用語を用いるほど重要な情報も理解されないまま無視される可能性があり、内容

図2：Medical Briefing（病棟スタッフの情報収集）航空会社の運航乗務員や客室乗務員の業務を参考にして、病棟で必要になる情報を抽出した。医師・看護師・医療ソーシャルワーカー・医療クラーク・リハビリテーション技士らが参加する。

医師		看護師		
外来担当医師	病棟担当医師	看護リーダー	点滴係	処置係
Doctor Briefing		Nurses Briefing		
1. 救急入院患者 回診・主治医決定 2. 研修医と治療方針を確認 3. 医局会・学会・出張等の対応		1. 担当患者の状況の把握（病名・経過・状態） 2. 薬剤の確認・点滴処方箋の確認・処置・検査の確認 3. 救急カード・麻薬の確認・体温計・血圧計の確認		

Station Briefing（合同ブリーフィング）

1. 看護チームリーダー・病棟当番医師の紹介 2. 救急病室入院患者の状態と主治医の紹介 3. 新入院患者の一日の様子 4. 看護計画立案に際する問題事例 5. 家族との面談内容・面談設定 6. 指示簿・書類不備等の問題修正・不足している薬の処方 7. スケジュールリング（今日の検査等の時刻の決定・予定外検査のはめ込み） 8. 全医師の今日の予定（外来・出張等） 9. 病院全体の方針の伝達・会議・研修会の確認 10. 週末や休日の体制の当番・連絡先等
--

外来	問題の解決		ミキシング	看護処置
新患・再来	指示簿の確認・ベッド・コントロール採血・回診・簡単な処置		点滴準備	体位変換・清拭・検温・吸引・看護計画立案等

図3-1：神経内科の月別入院患者数（上段）と平均在院日数（下段）の推移

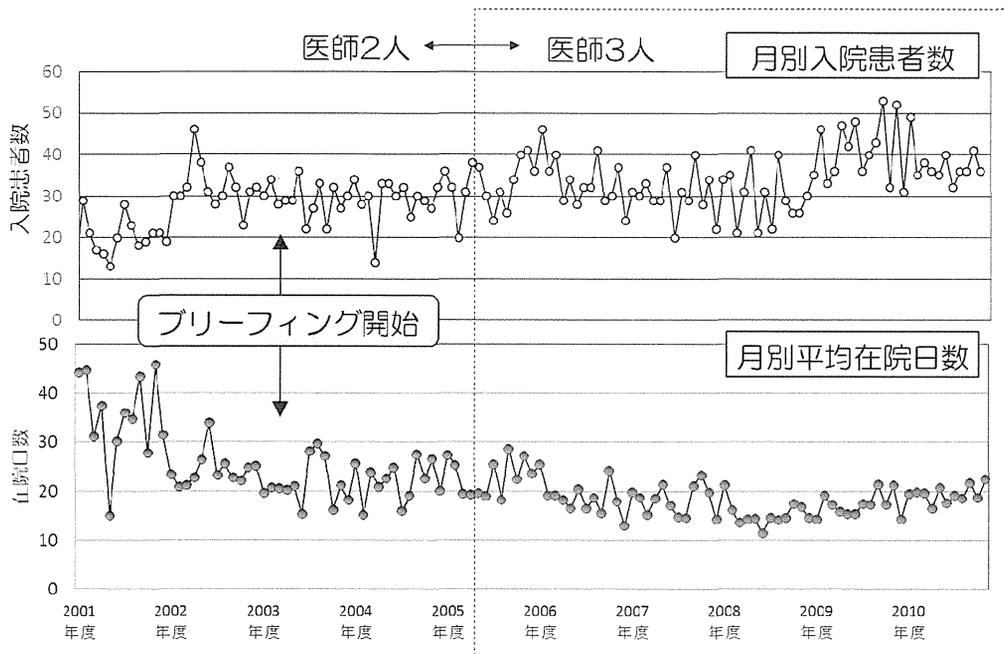
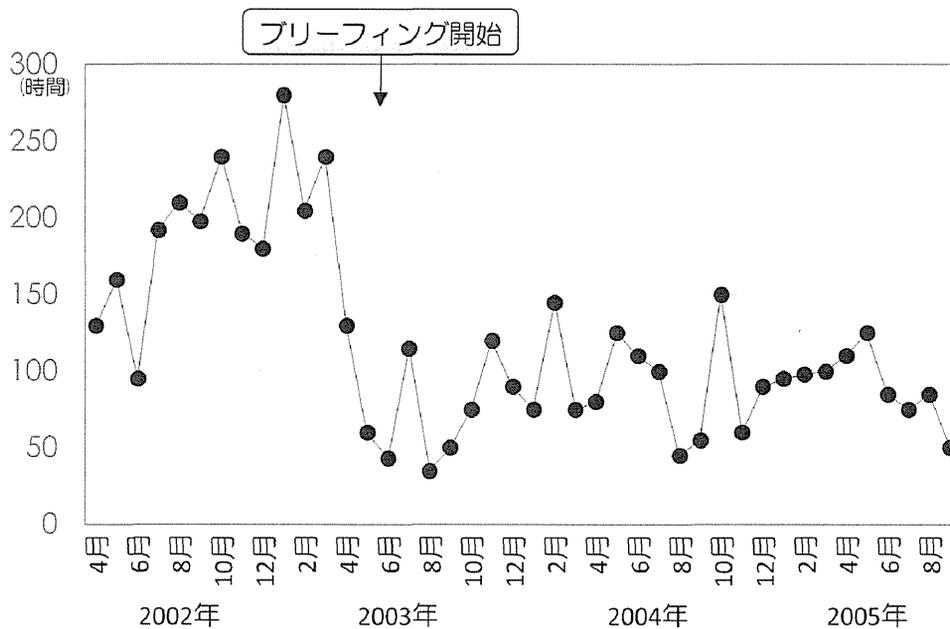


図3-2：看護師の超過勤務時間の変化



が正確に伝達されない。そのためチームを引き継ぐときや在宅療養を支援するための方針を決める場合には、慎重に言葉を用いて情報が伝わっているか常に考えていく必要がある。

(6) 西多摩，脳卒中地域連携マニュアル：

言葉の使い方は施設毎ばかりでなく，専門職一人一人でも異なっている可能性がある。専門的な判断が重なると，複雑な言葉は次第に省略され，多職種

で組織されるチーム全体では，専門的な判断や実施した内容を他の職種のメンバーが理解することが難しくなり，正しく伝達されない可能性がある（文献8）。このように，語句の簡略化は専門家のみ理解できるが，多職種チームで判断をする際には障害になる。

西多摩脳卒中医療連携検討会では評価方法や対処方法などを地域で情報を共有化するため，平成23年に西多摩，医療福祉地域連携マニュアルVol. 1（用

語集)を、平成24年にVol2(判断・対処集)を編纂し、医師会院ばかりでなく介護関連事業所に配布している。Vol. 1では前半に日頃ケアマネジャーらがよく耳にして書き留めている各職種が使用している略語を含めた用語およそ1000項目について誰でも理解できるようにまとめている。後半には判断のために使用する評価票を30、各施設で使用されているジェネリックを含む血糖降下剤や降圧剤・下剤などの商品名の一覧を記して情報をきょうゆうかしようとしている。Vol. 2は判断・対処集として、在宅療養を中心に、患者の観察のポイントと対処方法、事故への対処方法、各種社会資源を利用する際の手続きの方法、連絡先の一覧を掲載している。このように情報を正しく管理することで、多職種で情報を理解するためには「西多摩、医療福祉地域連携マニュアル」は療養患者にもっとも密接にかかわっている介護福祉士が理解できるようなマニュアルが必要になる。

## 5. Medical Briefing

近年、航空業界を中心にしてCRM(Crew Resource Management)という、Cockpitにおいて利用可能な全てのResource(資源)を最適な方法で最も有効に活用することにより、Crew(Team)のTotal Performanceを高め、より安全で効率的な運航を達成することを目的とする考え方に基づいて乗務員による安全管理のための各種方法が開発されてきている(文献9)。

医療現場では日常の多忙さゆえになかなかチームとしての能力を十分に発揮することが難しい面がある(文献10)。このように多忙な中で行われる医療行為を安全に管理する方法が検討され、医療業界にもそれを手術室や救急医療などでも応用されるようになってきている(文献10、文献11)。A病院の神経内科の病棟へは年間400人前後が入院するが、入院患者のおよそ90%が脳血管障害などの緊急入院で、各職種の業務が日毎に大きく異なる。そのため航空機を安全に目的地まで運航させる目的で当日の各自の役割を確認し、搭乗前の予備知識や情報を確認し、よりよいサービスをするために行われている打ち合わせ(Preflight Briefing)を参考にして、Medical Briefingとして情報が円滑に伝達されるための方法を検討してきている。そのため、毎朝日勤業務開始時に日勤勤務者全員が参集する場を設定し、患者の状態、内服や点滴の内容、不必要と考えられる指示の確認、処置や面談内容の提示、治療方

針、外来・出張・委員会の予定、書類の確認、研修会や工事の予定、退院調整の進捗状況などを15分程度で伝達することにした(図2)。その効果について検証したところ、ブリーフィングの開始前後で行われた調査では平均在院日数の短縮(図5-1)やヒヤリハット報告件数よりもむしろ、超過勤務時間の短縮にもっとも効果があった(図5-2)。またこの調査では他の職種の意見が業務に反映でき、各職域では専門的に検討する時間をとることができるようになってきたという意見が多かった。

## 6. チームの変更

地域全体で患者家族を支える際に特徴と考えられることは

- 1) 療養場所や状況により支援チームのメンバーの職種が異なる。特に在宅療養の場合には同じ職種でも能力が大きく影響する。
  - 2) メンバー自らが業務の範囲を規定することがある。
  - 3) 不足しているメンバーを要請する方法がはっきりしていない(指針がない)
  - 4) 支援チームが引き継ぐ際に、改めてチームの運用方針を検討しなくてはならない。
- などが考えられる(図4)。

ところが急性期病院から慢性期病院へ、あるいは在宅療養の患者ケアに関する情報の引継(ハンドオフ)をうまく行うための多施設共同研究のデータは支援体制が同じ場合の研究では多くあるが、チームを引き継ぐ際にそのメンバーも変化する場合の研究はまだ十分とは言えない(文献12)。

## 7. 情報の伝達

### (1) 各部署で利用される情報

退院などにより療養環境を変更する際に、今まで支援をしてきたチームから次のチームに引き継ぐ際に、どのような情報を伝達したらよいか検討した。情報の共有化とよく言われるが、ケースバイケースというのであれば標準的な支援ができていないこととなり、どの情報を使ってそれぞれのメンバーが専門の業務を実施しているか、どの程度の情報を持っているとチームの支援に良いか、さらに検討しなくてはならない。

支援に参加しているメンバーにはどのような情報が必要かについて伊藤らが慢性期病院で調査した(表9)。その結果、その中で専門職種のみが利用す