

ことなど救急自動車による転院搬送に頼らざるを得ないところがある（資料7、8）。

救急自動車と民間患者搬送事業との間を埋めるために、救急自動車の利用を限定的に使用する方法ばかりでなく転院搬送に関わるサービスの利便性の向上の検討も今後必要になる。

## E. 結論

### 1) 転院搬送の特徴

転院搬送は一般の傷病者の搬送に比べて、遠方になることが多く、また圏域外への搬送のほうが医師の同乗割合が高かった。圏域内の搬送では医師の同乗率が低いが、それは短時間であるために搬送中の急変が少ないと考えている可能性がある。

上り搬送での医師の同乗のうち、三次救急医療機関への搬送では医師の同乗割合が他の場合に比べて高かった。医師の同乗は救急非告示医療機関では夜間帯での同乗が多く、容体の悪化により一刻を争うと考えている可能性がある。

### 2) 地域による転院搬送の流れ

三次救急医療機関が1カ所の医療圏では圏域外への転院搬送が多い。

3) 医療施設区分ごとに転院搬送要請の利用の仕方の特徴があり、

1. 二次救急医療機関間の平行搬送は空床がないため
2. 三次救急医療機関間の平行搬送の場合は重症で速やかな治療が必要なため
3. 三次救急医療機関からの下り搬送については空床がない

ことなどが考えられる。

### 4) 搬送中の医師の責任

上り搬送の際に容体が急変した場合の対応など同乗した医師の役割が明確になっていない可能性があることから、医師が同乗する場合は容体が悪いものと想定してよい。

### 5) 救急自動車が必要な転院搬送

容体が急変する可能性がある上り搬送あるいは平行搬送の搬送については優先される。

## 【参考資料】

(資料1) 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12月

(資料2) 高橋真冬, 織田順, 小机敏昭, 中野美由起: 東京都西多摩二次医療圏の脳卒中患者の病院・老人保健施設の利用に関する調査の解析. 平成26年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）分担研究報告書

(資料3) 横浜市救急業務委員会 第10次報告. 平成18年3月（転院搬送の内訳）

(資料4) 救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書

(資料5) 福岡市消防救急業務規程. 平成5年3月29日. 消防局訓令甲第4号

(資料6) 吉沢完治, 堤晴彦, 佐藤守夫: 転院搬送時の医師同乗の現状について. 日本救急医学会関東地方会雑誌, 19: 376-377, 1998

(資料7) 川連晃子, 白鳥雅之, 佐山慶太: 民間患者等搬送事業の現状と今後のあり方について. 医療機関管理, 238 (Supplement) 44: 2007

(資料8) 岡部綱好, 堤晴彦, 佐藤守夫: 民間患者等搬送事業の現状について. 日本救急医学会関東地方会雑誌, 19: 383, 1998

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

高橋真冬: 知っておくべき神経救急疾患の病態と治療「神経筋疾患の救急」救急医学, 40: 392-400, 2016

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

厚生労働省科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）  
分担研究報告書

地域の資源を有効に利用して脳卒中患者の支援を  
チームで継続するために必要な指標の設定に関する調査・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
	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	中野美由起	青梅市立総合病院地域医療連携室
	等松 春美	青梅市立総合病院地域医療連携室
	柚木 祐子	大久野訪問看護ステーション
	草野 華世	青梅市立総合病院地域医療連携室
	今瀬 律子	公立福生病院地域連携室
	大山 京子	和風会在宅事業本部
	小机 敏昭	あきる野市医師会

## 研究要旨

### 【研究目的】

急性期病院、慢性期病院、介護施設や在宅療養支援事業所などが速やかに利用でき、多職種による支援が継続するための指標を検討する。

### 【研究方法】

今後救急要請が増加し、脳卒中の発症頻度は変化せず、療養病床が縮小されることを前提として、東京都西多摩二次医療圏でのこれまでの調査・研究で得られた知見を整理し、社会資源を適切に利用するために必要と考えられる指標を提示する。

### 【研究結果】

急性期病院から在宅療養まで12の指標を作成した。すなわち「救急搬送における急性期病院の応需率」、「急性期病院の緊急入院の割合」、「急性期脳梗塞の転院患者の平均在院日数」、「急性期病院の医師の救急患者対応の割合」、「慢性期病院における身体障害者福祉法指定医の割合」、「慢性期病院からの自宅、死亡および介護老人保健施設への退院割合」と「退院前カンファレンスの実施件数」、「介護老人保健施設からの救急病院への転出の割合」、「介護老人保健施設の在宅復帰率」と「退院前カンファレンスの実施件数」、「緊急時訪問看護割合」、「介護保険の利用と救急要請割合」である。

### 【考察】

#### (1) 地域での療養支援の連続：

「身体が落ち着いていると考える期間」など、急性期病院での考え方だけでなく療養型の施設などの考え方も尊重しなくてはならない。

#### (2) 急性期病院と救急搬送の応需：

専門医師の不在などで救急搬送患者の受け入れが困難なもの（応需）が30%近くあり、施設内部での体制整備が連携に影響すると考えられ、内部のデータが指標として必要になる。

#### (3) 回復期リハビリテーション病床：

急性期病院に入院した脳梗塞の患者の転出先を平成20年と26年で比較すると、自宅への退院が減り、リハビリテーションのために転院する割合が増えて平均在院日数は変化しないため、回復期リハビリテー

ション病床に関する指標は設定せず慢性期病院の中で検討した。

(4) 慢性期病院および介護老人保健施設（老健）：

慢性期病院では回復期リハビリテーション病床以外での在宅への移行はほとんどなく、介護老人保健施設からの在宅復帰は急性期病院への転出よりも少ない。そのため、これらの施設の在宅療養支援の状況をみるため、在宅復帰率および退院前カンファレンス実施状況を指標とした。

(5) チームによる在宅療養支援と退院前カンファレンス：

在宅療養を支援する際、これまでの施設内の支援チームから在宅療養を支援するチームに引き継がれる。施設内と比べて在宅療養支援チームは各専門職の関係が希薄となるため、情報の共有化や方針管理、チームのリーダーの設定などが話し合われる退院前カンファレンスが重要となり在宅で多職種が連携して支援をするための指標とした。

【結論】

地域全体で療養生活を連続して支援するには、専門的な指標だけでなく、動態調査などを用いて慢性期病院や介護関連施設の利用方法を検討し、施設・職域を越えて、多職種で標準化した情報を共有することなど、地域全体で救急医療を支えることが必要と考えられた。

A. 研究目的

近年、脳梗塞の場合、発症早期であれば血栓溶解療法で後遺症を残さずに治癒することも可能となってきた。急性期病院で発症間もない患者を受け入れるには病床やスタッフの確保が必要になるが、一方で脳梗塞に罹患すると障害を残すことも多く、状態が落ち着いても、急性期病院から自宅へ戻ることが難しい場合には慢性期（療養型）の病院や介護施設を利用し、自宅へ戻ったとしても各種事業所の支援を得なくてはならないことがある。

こうした後遺障害を持った患者の支援は複雑で、地域の資源はストラクチャー指標として提示されるものの、患者の流れに沿ったプロセス指標やアウトカム指標は十分に提示されているとは言えず、患者が地域の種々の資源をどのように利用して移動しているのかがわかりにくかった。そこでこれまで本研究で得られた知見をもとに、救急医療の立場から、多職種によって患者家族を連続して支援するための指標について検討する。

B. 研究方法

(1) 指標作成の視点

指標は目的や立場により項目が変わるが、ここでは地域の中核病院が救急患者を速やかに受け入れられることに主眼を置き、療養支援する際の判断に着目して、脳卒中患者の地域の各施設への移動および各施設からの移動の様子を定量化する。ただし、

- ①救急要請が今後も増えていく

- ②療養病床が縮小される

- ③脳卒中の発症頻度は変化しない

- ④地域で完結している（他の地域の資源を利用しない）

ことを前提とする

(2) 指標作成の手順

1) 急性期病院は救急告示病院、慢性期病院は回復期リハビリテーション病床（急性期病院に設置されたものを含む）および救急非告示の一般病院とし、さらに介護老人保健施設、診療所および各種在宅療養支援の各事業所等に分ける。

2) これまでの知見に加えて本年度に行われた急性期病院の負荷・回復期リハビリテーション病床の様子・退院調整過程・社会福祉制度・在宅療養支援等に係る調査研究で得られたものを整理する。

3) チームの結成、医療のみならず介護等を連続して支援するために施設間の接合部分の問題と施設内での体制づくりに分けて考える。

4) 算出する指標の数値は1年を基本とする。

(3) 指標の検証

ここで提示した指標が適切であるかについて研究会に参加したものに対するアンケートで検証する。

C. 研究結果

(1) 脳卒中の地域連携に関する調査研究で得られた知見

平成26年、27年度に、脳卒中の地域連携に関して本研究班で調査・研究されて得られた知見および

本年度の調査研究で得られた知見を表1に示す。

## (2) 作成した指標例

急性期病院から在宅療養までこれまで本研究班で得られた知見をもとに地域で連続した支援を実現する指標例を表2、表3、表4、表5に示す。

## (3) 指標の検証

ここで提示した指標を中心に西多摩医療福祉連携研究会に参加した142名（職種と所属）に地域連携

について適切と考える指標について複数回答を求めた。おおむね均等にばらついていたが、在宅復帰率や相談室の充実と療養会議の開催などの他職種との情報の共有や方針の確認などへの関心が高く、一方で、救急患者に関することや書類の作成等に関しての関心は低かった（表6）。この結果からみると、今回提示した指標は救急病院の部分を除くとおおむね妥当と考えられた。

表1-1：脳卒中の地域連携に関するこれまでの知見

	本研究班で得られた知見	報告書	
		年度	文献
急性期病院	在宅療養を決定するにあたり医療依存度は影響しない	平成26年度	文献01
	転院調整を担当する相談員（MSW等）が少ない	平成25年度	文献02
リハビリテーション病床	療養病院へ転院するものよりも介護量は少ない	平成26年度	文献01
慢性期病院	介護施設と受け入れる内容がほぼ同じ	平成26年度	文献01
	療養病院へ転院となるのは介護量の大きいもの	平成26年度	文献01
	在宅療養を開始することがほとんどない	平成26年度	文献03
老人保健施設	病院へ移行するものが多い	平成25年度	文献02
	脳卒中の場合他の疾患に比べて平均在所日数が短い	平成26年度	文献03
在宅、その他	状況の判断が難しい 介護者の負担すなわち介護力を測定することは難しい	平成25年度	文献02
	チームによる支援が難しい	平成26年度	文献01

表1-2：脳卒中の地域連携に関する新たな知見

急性期病院	担当する部門の負荷の増加
リハビリテーション病床	待機日数が長い。急性期病院の負荷になる
	軽症者が入院してきている
慢性期病院	障害者用書類作成指定医師が少ない
在宅、その他	介護予防の効果判定が難しい

## 【急性期病院】

表2-1：救急搬送における不応需

概念01	救急搬送における急性期病院の不応需率	指数	53.3 (%) (東京都) 28.0 (%) (全国平均)
算出方法	病院に紹介するも受け入れなかった件数（重症以上）*100 ／全傷病者のうち重症以上の搬送人員		
引用資料	平成23年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（総務省消防庁）		
意義	救急医療が適切に実施されているかを示す		

表 2-2：緊急入院

概念 02	急性期病院の緊急入院の割合	指数	2,665 / 10,521 = 25.3 (%) (青梅市立総合病院)
算出方法	緊急入院患者数 / 全入院患者数		
引用資料	平成 26 年度 青梅市立総合病院統計		
意義	地域の中核病院の多くは救急病院で、かつ専門病院であることから、救急の要請に答えることと高度な専門医療を行うことの両方が求められる。(緊急入院は救急搬送とは限らない)。		

表 2-3：急性期脳梗塞患者の平均在院日数（転院患者数）

概念 03	急性期脳梗塞患者の転院患者の平均在院日数	指数	30.7 (日) (青梅市立総合病院)
算出方法	脳梗塞患者のうち転院患者の平均在院日数		
引用資料	平成 26 年度 青梅市立総合病院統計		
意義	(脳梗塞患者全体の平均在院日数 21.6 日 (西多摩地域全体では平均在院日数は 24 日) 急性期病院の負担を示す。		

表 2-4：急性期病院の医師の負担

概念 04	急性期病院の医師の救急患者対応による負担	指数	平均値 21.8 標準偏差 18.9 (青梅市立総合病院)
算出方法	[科毎の年間救急患者数 / 医師数] / 診療科数 = 医師一人当たりの平均年間救急患者受け持ち数 ± 標準偏差		
引用資料	平成 26 年度 青梅市立総合病院統計 (救急対応をしている 19 科)		
意義	予定外の救急患者を診療する場合、標準偏差が大きいほど科毎の医師の負担が偏在し、救急車不応の原因になる可能性がある。急性期病院内で救急医療体制がどの程度整備されているかを示すもののひとつ。		

【慢性期病院】

表 3-1：慢性期病院の身体障害者福祉法指定医数

概念 05	慢性期病院における身体障害者福祉法指定医の割合	指数	23 / 239 = 9.6 (%) (西多摩二次医療圏)
算出方法	慢性期病院の身体障害者福祉法指定医数 / 地域の認定医師総数		
引用資料	平成 27 年 3 月 身体障害者福祉法 指定医一覧 (東京都)		
意義	(東京都全体で指定医総数 17342 名) 脳卒中の場合、後遺障害が残存することも多く回復期リハビリテーション病床を含む慢性期病院で療養支援がどの程度可能かを示す。		

表 3-2：慢性期病院の退院

概念 06	慢性期病院からの自宅、死亡および介護老人保健施設への退院割合	指数	55 + 493 / 653 = (西多摩二次医療圏)
算出方法	[自宅への退院 + 死亡退院 + 介護老人保健施設への退院] / あらたな入院患者数		
引用資料	平成 21,22,24,26 年西多摩地域脳卒中医療連携アンケート (西多摩地域脳卒中医療連携検討会)		
意義	慢性期病院の在宅復帰と死亡退院を合わせて作成し、慢性期病院の社会的役割の一端を示す。但し、回復期リハビリテーション病床から療養型病院への転院を入院数に含める。		

表 3-3：慢性期病院の退院前カンファレンスの実施

概念 07	退院前カンファレンスの実施件数	指数	1.3 (千件) (全国)
算出方法	療養型退院前連携加算件数		
引用資料	平成 26 年度 介護給付費実態調査報告 (平成 26 年 5 月審査分～平成 27 年 4 月審査分)		
意義	在宅療養支援チームへすみやかに患者が移動していることを示す。		

【介護老人保健施設】

表 4-1：救急病院への転出率

概念 08	介護老人保健施設からの救急病院への転出割合	指数	113 / 266 = 0.42 (西多摩二次医療圏)
算出方法	急性期病院への転出 / 新たに入居した割合		
引用資料	平成 21,22,24,26 年西多摩地域脳卒中医療連携アンケート (西多摩地域脳卒中医療連携検討会)		
意義	介護保険のみの利用のために施設全体での医療行為の難しさを示す。		

表 4-2：介護老人保健施設からの在宅復帰

概念 09	介護老人保健施設の在宅復帰率	指数	在宅強化型 59.2 (%) 通常型 18.1 (%) (全国)
算出方法	在宅復帰率		
引用資料	介護老人保健施設の在宅復帰支援に関する調査研究事業調査 (厚労省) (平成 26 年 10 月)		
意義	在宅と病院との中間施設として、在宅療養支援をどの程度行われているか示す。(慢性期病院も指標としているが算出方法が異なる。)		

表 4-3：介護老人保健施設での退院前カンファレンスの実施

概念 10	退院前カンファレンスの実施件数	指数	69.7 (千件) (全国)
算出方法	保健施設退所前連携加算より		
引用資料	平成 26 年度介護給付費実態調査報告 (平成 26 年 5 月審査分～平成 27 年 4 月審査分)		
意義	在宅療養支援チームへ患者がすみやかに移動していることを示す。		

【在宅療養支援】

表 5-1：緊急時の訪問看護

概念 11	緊急時訪問看護割合	指数	6.5 (%) (全国)
算出方法	訪問看護師の緊急訪問件数 / 定時の訪問件数		
引用資料	平成 26 年度介護給付費実態調査報告 (平成 26 年 5 月審査分～平成 27 年 4 月審査分)		
意義	緊急時訪問診療件数 訪問介護件数などは、業務の負荷を示すとともに、状態の不安定な利用者の要請にすみやかに対応できるか示す。		

表 5-2 : 介護保険の利用による療養支援

概念 12	介護保険の利用による療養支援の効果	指数	75.6 (東京都)
算出方法	65 歳以上の救急搬送件数 / 65 歳以上の介護保険被保険者数 (千人)		
引用資料	第 66 回東京消防庁統計書一覧 (平成 25 年分), 東京都福祉保健局行政報告統計 (平成 26 年度)		
意義	救急搬送件数と介護保険被保険者数は直接には関係ないが, 介護保険を利用することで地域の療養環境が適切に整備され救急要請が減る可能性を示す。		

表 6 : 地域連携で指標として適切と考えるものに対する複数回答

指標例	回答数
在宅復帰率	37
相談室の充実と療養会議の開催等	33
在宅療養支援者全体の会議の開催 (講演は含まない) 数	31
相談件数と退院調整数	29
急性期病院から転院の場合の介護老人保健施設等の介護施設の病院探しの協力の比率	29
提携病院での受療率	28
入院・入所のための待機日数	25
入所者のうち提携病院での入院の割合	23
観察・評価指標の標準化 (マニュアル等の利用)	23
一年以上の入院患者の特養への患者が移動率	22
慢性期病院の医療依存度	22
急変時の紹介状作成件数	21
トラブルの発生割合 (介護関連事故)	21
用語集やマニュアルの発行施設事業所での使用割合	20
在院日数	19
入院の拒否率	18
書類作成のための指定医師の設置	13
在宅担当医による患者の救急車の要請率 (医師による救急要請)	13
救急患者の占める割合	12
医師の救急患者の受け持ち数	9
その他 [ 病床回転率 復帰率 患者満足度 ]	

(第 7 回西多摩医療福祉連携研究発表会でのアンケート)

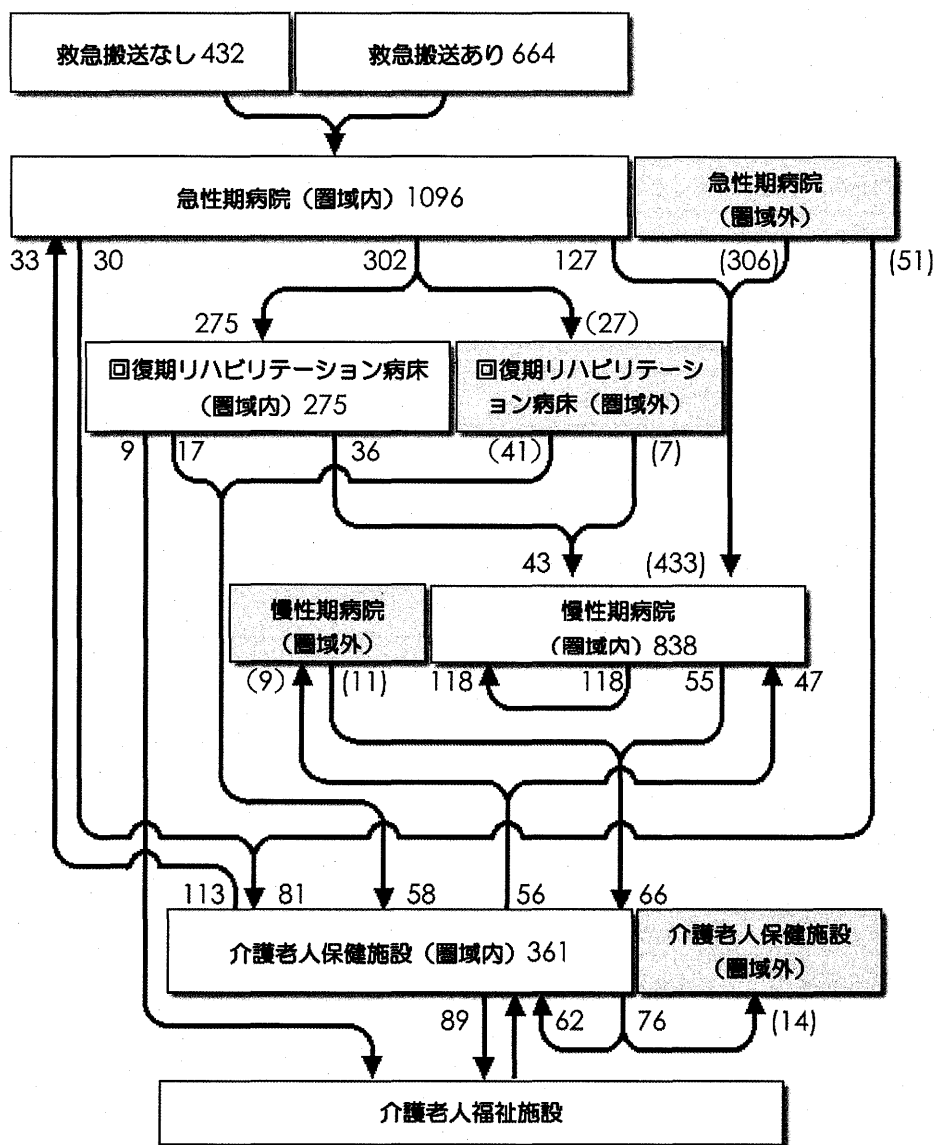


図1：東京都西多摩二次医療圏の脳卒中患者の流れ（平成26年度報告書を一部修正）

#### D. 考察

##### (1) 東京都西多摩地域での調査（文献03）

東京都西多摩二次医療圏では年間およそ1,100例の脳卒中が発症するが、そのうち60%が救急搬送される。

①急性期病院に入院した患者の約40%が転院するが、そのうちの3分の2が回復期リハビリテーション病床へ、残りの3分の1が慢性期病院（療養病床）へ移動する。

②慢性期病院では死亡退院が多く、自宅へ戻ることはほとんどなく、介護老人保健施設に入居中の脳卒中患者361例で自宅へ戻る事ができるのは20%程度にとどまり、退居者のうち約半数は医療機関に入院している。3分の1の113例は救急病院へ、56例は慢性期病院である（図1）。

##### (2) 地域で連携する際の問題

###### 1) 連携がうまくいく

よく“連携がうまく行っている”とか“うちの地域ではうまくいっていない”ということがいわれるが、その実態ははっきりせず、全国で積極的に地域連携を推進している団体および東京都西多摩地域で開催されてきた西多摩医療福祉連携研究会の参加者に調査を実施した（表7）。

この調査でも上位を占めたものは具体性に欠けたものであった。こうしたことより、地域で連携して資源を有効に利用するために連携することには、慎重な議論が必要であることがわかる。

1. 連携ということが定義されず、それぞれの立場でとらえ方が異なる



表7：連携がうまくいくとはどのようなことをいうか？

項目	全国 1)	研究会 2)
よく情報が共有されていること	21	88
お互いの役割分担が明確であること	14	66
切れ目のないこと	14	32
施設間で困難な事例に共同で対応ができること	11	39
地域の資源が公開され、利用基準が明確になっている	10	26
事業所間で困難な事例に共同で対応ができること	9	46
施設や事業所の選定が的確に行われること	9	18
患者・家族を中心として対応が標準化されていること	5	25
施設の患者が短期間に移動できること	11	3
断らないこと（依頼を断ることが少ないということ）	9	4
指標があること（指標が設定されているということ）	4	7

1) 全国で連携のために活動している 23 団体の調査（平成 26 年 4 月）

2) 西多摩医療福祉連携研究会第6回研究発表会参加者の調査 111 名の調査（平成 26 年 6 月 22 日）

表8 地域で連携するための関係を階層別にして示す

階層	内容	施設療養	在宅療養
第一階層	業務を展開する場所	施設・医療機関	地域
第二階層	チームによる支援	支援チーム	支援チーム
第三階層	専門的な知識の提供	専門家	専門家

2. 家族の考え方、生活様式、地域性など不自由さを検討することが難しい

3. 連携による利害関係の管理が難しい

4. 医療・福祉関連のトラブルを可視化することが難しい

5. 多職種の参加により考え方・支援方法が異なることなどが考えられる。そこでここでは療養は身体を“悪くしないこと”すなわち“良好な状態を保つこと”を目標とし、各支援者間でトラブルがないことが良好な連携と考えることとする。誰かの援助でトラブルを回避したということはいままでいいことであり、すべて支障なく遂行されることを“連携がうまくいく”と定義する。さらに地域完結（循環）型の連携ということが曖昧になってしまうために、ここでは地域で連続した支援をする際に、施設の社会的役割（すなわち社会装置としての施設）および在宅（介護施設を含む）を第一階層とし、施設内で個々の患者・家族を支援するチーム全体に

よる支援を第二階層とする。さらにチームの各メンバーの行為を第三階層として、具体的な関係を示す（表 8）

#### 2) 脳卒中の地域連携の課題

西多摩地域脳卒中医療連携検討会（小机座長）では東京都西多摩二次医療圏全域の全医療関連機関（医科・歯科・薬局）および介護関連施設に対し脳卒中の地域連携についてそれぞれの立場で「連携する際に気になること」（記述式調査）を調査し、今後の地域での医療福祉資源の有効な利用方法について意見を求め、具体的な回答を寄せた 168 件を患者側・支援者側に分けて、所属・職種・対象別に整理した（表 9）。それぞれの立場から不都合な点が多数寄せられ、他職種の業務を理解することが不十分で、地域全体の仕組みづくりができていないことや、広報活動が不足していること、家族へ十分に説明されていないなどが目立ち、地域での連携をうまくしていくためには多くの課題があった。（文献 04）

表9：地域で連携する際に気になること

MSW：医療ソーシャルワーカー

立場		対象		支援者の様子					患者家族の様子			
所属	職種	所属	職種	説明	評価	情報の共有	仕組みづくり	その他	状態が不安定	理解	医療行為への対応	その他
急性期病院	医師	全体		-	1	7	5	1	-	-	-	1
		療養病院		-	-	5	2	1	-	-	-	-
	MSW	ケアマネジャー		1	1	1	-	-	1	-	-	-
回復期リハビリテーション病床	医師・薬剤師	全体		-	1	11	5	-	-	-	-	-
		急性期病院		1	2	4	3	-	-	-	-	-
		薬剤師		-	-	4	-	-	-	-	-	-
慢性期病院	MSW	全体		1	2	3	3	1	-	1	1	1
		急性期病院		2	2	9	4	1	-	2	-	1
介護保健施設	MSW・ケアマネジャー	全体		-	-	5	3	-	-	1	-	-
		医療機関		1	1	6	3	-	-	-	-	-
	医師	病院		-	3	4	4	-	1	-	1	-
		急性期病院		-	1	2	1	-	1	-	-	-
診療所	医師	全体		-	-	4	4	リーダー	-	-	-	1
		病院医師		2	3	4	2	-	-	1	-	-
		訪問看護師		-	2	3	2	-	-	-	-	-
		ケアマネジャー		-	6	17	7	-	-	1	-	-
歯科医療機関	歯科医師	全体		-	1	7	6	-	-	1	-	-
		医師		-	-	1	1	-	-	-	-	-
		歯科診療所		1	1	3	-	-	-	-	1	-
		調剤薬局		-	-	1	2	-	-	1	-	-
		ケアマネジャー		-	1	5	3	-	-	-	1	-
		ヘルパー		-	2	1	1	-	-	-	-	-
調剤薬局	薬剤師	全体		3	10	10	12	-	-	3	-	-
		急性期病院		-	-	1	2	-	-	-	-	-
		診療所		-	-	1	-	-	-	-	-	-
		医師		1	-	5	3	-	-	-	-	-
		ケアマネジャー		1	4	8	4	-	-	2	1	-
		ヘルパー		1	1	3	1	-	-	-	-	-
訪問看護事業所	看護師・療法士	全体		-	1	5	5	-	-	-	-	-
		病院	全般	1	-	1	-	-	-	1	-	-
		急性期病院		-	1	2	2	-	-	-	1	-
		療法士		-	-	-	1	1	-	-	-	-
		医師	全般		-	-	4	1	1	-	-	-
		病院医師			1	-	3	2	-	-	1	-
居宅介護支援事業所	ケアマネジャー	全体		1	-	11	13	-	-	-	-	-
		医療機関	全般	-	2	9	7	-	-	-	1	-
		病院		1	4	11	9	1	-	4	-	-
		急性期病院		1	2	3	5	1	-	2	-	-
		回復期リハビリテーション病床		1	1	1	1	-	-	-	-	-
		医師	全般		-	1	13	8	-	-	2	-
		病院医師			-	2	3	4	1	-	-	-
		診療所		-	-	3	1	-	-	-	-	-
訪問看護		-	-	6	4	-	-	-	-	-		

脳卒中の地域連携に関する調査「平成 21, 22, 24, 26 年調査」(西多摩脳卒中医療連携検討会)

表 10：病院に照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（重症以上：全事例）（総務省消防庁）

	東京都		全国総計	
	件数	比率 (%)	件数	比率 (%)
手術中・患者対応中	6,016	20.2	34,127	21.9
ベッド満床	3,861	12.9	26,639	17.1
処置困難	6,005	20.1	33,879	21.7
専門外	1,622	5.4	18,295	11.7
医師不在	45	0.2	5,609	3.6
初診（かかりつけ医なし）	265	0.9	929	0.6
理由不明 その他	12,038	40.3	36,434	23.4
合計	29,852	100.0	155,912	100.0

### (3) 救急要請の増加

これまで救急要請数は、救急相談窓口を設置するも増加し続けている。（文献 05）

このように救急に対する要求が増す理由として考えられることは、

1. 核家族化、少子高齢化社会が進みに家庭内で判断しにくい
2. 情報技術の発達により情報が氾濫し、健康不安が増す
3. 複数の慢性病を抱えて多数の医療機関にかかっているためどこを受診したらよいかわからない
4. 具合が悪いときにかかりつけの医療機関が対応できない
5. t P A 治療など超急性期の脳梗塞の治療のため、突然の症状の出現には迷わず救急車を要請することの必要性がいわれている

などが考えられる。

（文献 06）

### (4) 急性期病院

#### 1) 急性期病院が救急患者の受け入れを断らない

救急医療の場合、時間的な制限があり、連携をうまくしていくためには、新たに発症した脳卒中患者に対し、適正な医療機関に速やかに搬送できることであり、それを指標の出発点とした（指標 01）。

#### 2) 急性期病院の受け入れ体制

救急搬送者を受け入れられない問題について急性

期病院がどのように対応することがよいかの指標を検討した。発症直後の脳卒中患者の患者を搬送する際、表 10 に示すような理由で不応需としている。（文献 07）

#### 2) 専門領域と救急

急性期病院では空床がない限り救急患者を受け入れることができない。そのためには急性期病院ではどのように空床づくりをしたらよいか検討しなくてはならない。

発症間もない脳卒中の患者を受け入れるには、それぞれの急性期病院で救急患者が利用できる病床とスタッフを確保することが必要であるが、病院によって救急患者がどのくらい受け入れられるか異なるため、「三次救急病院での救急患者の比率」および「急性期病院の脳卒中患者の平均在院日数」を定点観測による指標とした（指標 02, 03）。

註) 定点観測の方法について

その地域の標準的な診療体制を示すものとして、大学病院の本院ではなく、三次救急医療機関を選定する。地域ごとに指標を公表することで、その地域全体で急性期病院を支援できるようにする。

#### 3) 急性期病院の脳卒中患者の平均在院日数

急性期病院の多くは地域の中核病院であり高度な専門医療を提供するが、病状が落ち着いても後遺障害のために簡単には自宅には戻れない。急性期病院からの転出がすみやかに実施されるには急性期病院の受け皿になる医療機関や施設が基本的には急性期病院と同様に要請を断らないということが前提とな

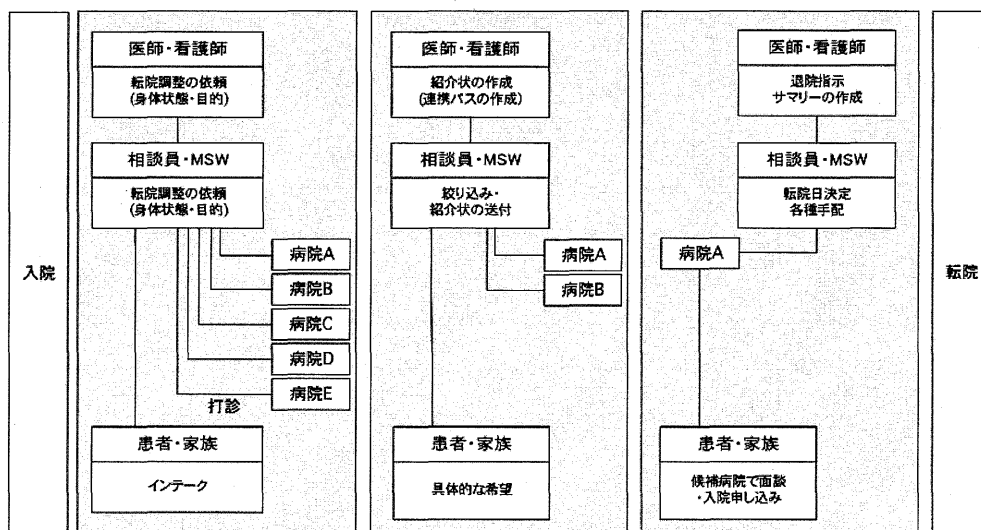


図2：医療ソーシャルワーカー（MSW）を中心とする転院調整業務

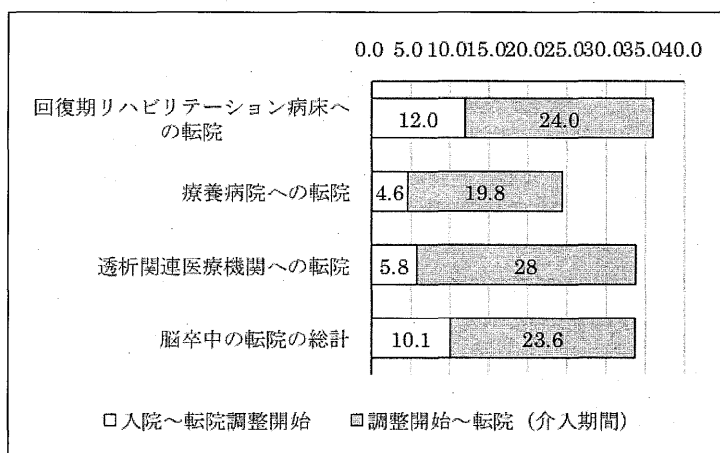


図3：脳卒中患者の転院調整に関わった医療ソーシャルワーカーの介入時期と在院日数

り、救急病院のソーシャルワーカーは社会資源を適正に利用するには適切な要請をしなくてはならない。

#### 4) 急性期病院からの受け入れ

急性期病院ではソーシャルワーカーが転院先を判断することが多く、その過程は救急搬送の際の適切な医療機関の選定に似ている。(文献01)

中野らは、平成27年4月1日～27年5月31日までに急性期の治療が終了した脳卒中の患者に転院を調整した45例（1つの病院への照会27例、複数の病院への照会18例）について、転院の目的・転院先の選定理由や依頼先からの転院までの日数などを調査し、ソーシャルワーカーの介入時期、先方の施設からの回答に必要な期間、時期など、転院までの期間に影響する要因を検討した。(文献08)

医療ソーシャルワーカーが介入してからでも一般に転院には2～4週間が必要になるため(図2、3)、転院調整の依頼があると、主治医からの紹介状が作

成されるまでに、患者・家族の希望に添った転院先を提示し、先方に電話で患者の受け入れについて打診する(表11-1)。主治医からの紹介状が作成されるまでに目的に応じて具体的な転院先を選定する(表11-2)。依頼を受けたうちの60%は1つの施設への照会で転院できたが、40%は、こちらでは適切と考えられたものの、断られたために複数箇所へ紹介しなくてはならなかった(表11-3)。

脳卒中患者の場合は回復期リハビリテーション病床への照会が最も多く、受け入れることができないことはなかったが、施設ごとに照会から受け入れが可能であるか回答までの期間のばらつきが大きかった。回復期リハビリテーション病床の場合は目的が明瞭であるが、リハビリテーションの実施に伴い予後が変化するため、急性期からの紹介状だけで判断することが難しいことが考えられた。

一方で療養病床については回復期リハビリテーシ

表 11-1：相談員による照会先の選定理由（複数回答）（脳卒中患者 45 例）

	照会先に転院		照会先以外へ転院		断られたもの		合計	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
同様のケースを以前受け入れた	7	9.1	3	7.0	0	0	10	7.2
短期間に転院が可能	13	16.9	6	13.0	0	0	19	13.7
金銭面で妥当	7	9.1	7	15.2	4	25.0	18	13.0
居住地の近く	10	13.0	5	10.9	1	6.3	16	11.5
家族の希望	26	33.8	21	45.7	10	62.5	57	41.0
交通の便、アメニティが良い	6	7.8	1	2.2		0.0	7	5.0
その他（かかりつけ医療機関、これまでの施設へ戻るなど）	8	10.4	3	6.5	1	6.3	12	8.6
合計	77	100.0	46	100	16	100	139	100

表 11-2：照会先と照会の目的

		総数 照会先 に転院	転帰		
			照会先以外に転院	断られたもの	
照会先	一般病床	0	-	-	-
	療養病床	22	8	14	3
	回復期リハビリテーション 病床	51	33	18	7
	透析可能施設	9	3	6	2
	介護老人 保健施設	0	-	-	-
	介護老人 福祉施設	1	1	0	0
	合計	83	45	38	12
照会の目的	療養継続	22	10	9	3
	リハビリテーション	61	35	17	9
	看取り	0	-	-	-
	治療	0	-	-	-
	合計	83	45	26	12

表 11-3：照会先に断られた理由

	件数	%
満床のため	3	16.7
対応ができない	7	38.9
先の見通しが無い	2	11.1
期限内の対応ができない	3	16.7
経済的理由	3	16.7
合計	18	100

表 11-4：施設毎の回復期リハビリテーション病棟への転院件数と調整過程別にみた平均日数 SD：標準偏差

		総計		A 病院		B 病院		C 病院		D 病院		他	
転院件数		33		11		3		4		12		3	
日数	日数	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
	入院～退院 (在院日数)	35.0	14.2	34.1	10.6	43.0	14.7	44.0	18.9	30.3	16.6	37.0	1.7
	入院～ 転院調整開始	12.0	11.4	11.5	7.1	14.7	12.5	23.0	18.8	9.3	12.1	7.3	1.5
	調整開始～転院 (介入期間)	24.0	9.8	23.6	8.1	29.3	11.1	22.0	0.8	22.0	13.1	30.7	3.1
	照会～先方の回答	4.0	2.4	4.7	2.3	6.7	4.0	2.0	0.8	3.1	1.6	4.7	2.5
	入院申込み～退院 (待機日数)	8.2	4.8	10.0	6.2	7.3	0.6	8.0	5.9	6.8	4.1	8.7	2.5

ン病床に比べて平均在院日数は、10 日以上短く、重症である急性期病院での診断によりある程度予後がはっきりし、入院早期からの相談員の介入など家族が状況を理解しやすく、照会先の体制も整いやすいと考えられた。

さらに透析などの特殊な医療機器を継続して使用する場合は、照会先が限られ、相談員の介入期間も長くなる傾向があった(表 11-4)。

社会資源を活用しようとしても照会先の空床数も刻々と変化し、これまでの対応を変更したり、経済的理由・見通しが立たないなどを理由にしたりして断られることもあった。地域全体で急性期医療を支えるために、ソーシャルワーカーは家族に最新の情報をもって説明を十分にするばかりでなく、介護や福祉の専門職が多く配置され、幅広い対応が可能と考えられる施設にも協力を得ることが必要になる。

### 5) 回復期リハビリテーション病床

一般に脳卒中の地域連携は急性期から回復期リハビリテーション病床という過程を想定していることが多い。回復期リハビリテーション病床を併設していない急性期病院である青梅市立総合病院に入院した脳梗塞患者の転出先を平成 20 年と 26 年で比較してみると死亡・療養病院への患者が移動・TIA(一過性脳虚血発作)等の頻度が変わらず重症度が変化していないと考えられる。ところが、この 6 年間で自宅への退院が減少し全体の 10%ほどが新たに回復期リハビリテーション病床を利用するようになり、回復期リハビリテーション病床を併設していない急性期病院では転院のために待機している期間が必要

になり急性期病院の脳梗塞患者の平均在院日数は変化していない(図 3、4)。

回復期リハビリテーション病床は目下急性期病院の空床を作り出すには十分な効果があるとはいえないため、回復期リハビリテーション病床独自の指標は設定せず、慢性期病院の一部として位置づけ、今後検討が必要になる。

### 6) 救急医療と専門医療

#### 1. 救急病院での科の偏在と医師の負荷

救急体制を維持するには空床の確保だけでなく、救急患者を受け入れる病院内でのスタッフを確保することも重要になる。病院内での医療者の負担を指標にすることで、院内での救急医療の体制を見直し、業務の負荷が偏在しないようにすることで、救急搬送に対応することを可能にし、救急病院の施設数の減少を改善させることにも役立つ。また病院の規模が大きくなり、医学の発達に伴い高度の専門医療が実施されると、専門科はさらに細分化するため、それぞれの科の守備範囲が狭くなる。脳血管障害とくに脳梗塞の場合高齢者が多く複数の慢性疾患を抱えていることなどから、“当科では対応ができない”ことが生じることもあり、専門の科の間を埋めることが必要になる。

三次救急医療機関が救急患者の受け入れを断らないためには救急医学科からの依頼を断らないようにしなくてはならないが、医師 1 人あたりの緊急入院患者の受け持ち数は神経内科が最も多かった(図 5)。救急患者へ対応をすることは、通常の業務を時に中断しなくてはならないこともあり業務の予定

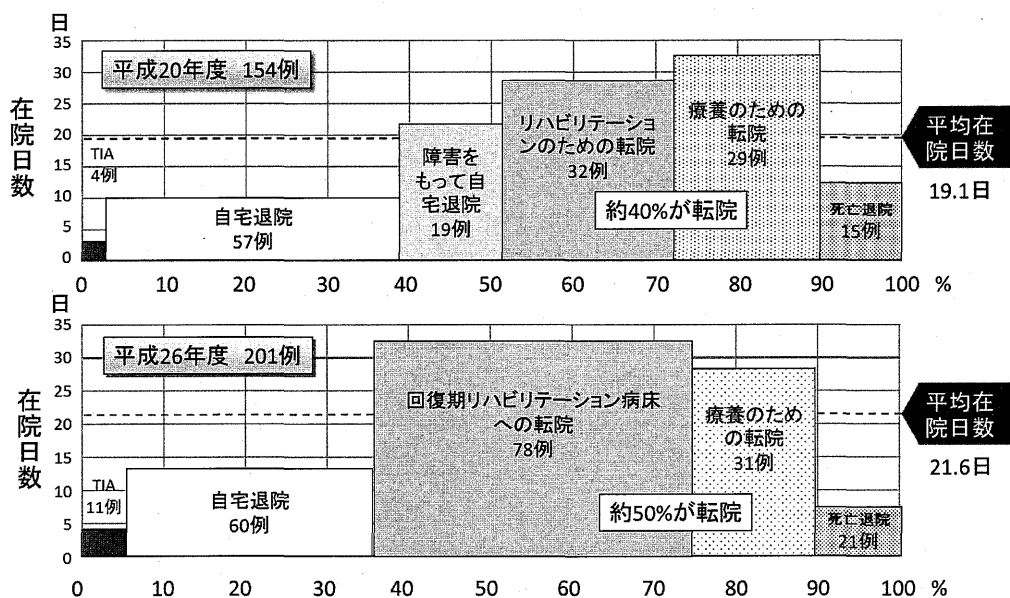


図4：脳梗塞で入院した患者の退院先

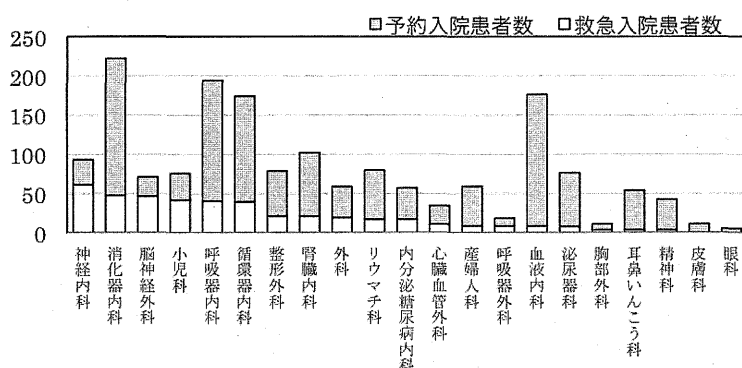


図5：院内各科別医師1人あたりの救急入院患者と予約入院患者数

が立てられず、勤務全体に支障をきたすことになる。(文献09)

したがって救急病院での科ごとの医師の救急患者の受け入れ数を示すことで、科の偏在をすすめないための対策が必要になる。各病院で事情が異なるために定点で観測するにとどまる(指標04)。

## 2. 専門病院での神経内科医の役割

地域の中核病院では救急医療と高度な専門医療が混在している。こうした中核病院での診療について専門医療はどのように対応しているか、急性期病院の境界領域の診療の状況について、トータルケアをうたっている(文献10)神経内科を例に検討した。

救急救命センターを設置した中核病院の神経内科医にどのような業務が求められているかについて青梅市立総合病院の神経内科の例をとって検討した。

平成26年に神経内科に照会のあった患者874人

について依頼内容をみると、他の科に入院中のものが139件、外来からのものが424件であった。他院からの診療の依頼は311件で、主訴のほとんどは意識障害・頭痛・めまい・記憶障害・歩行障害等の神経・筋骨格系の異常によるもので、日常生活に支障をきたすものが多かった。

他院からの依頼では専門的な判断や治療を求める傾向が強く、主訴に関する精査加療が求められた。一方で病院内にある他の内科からの依頼では“貴科的疾患”という表現をし、内科各科の診療範囲を明確にしようとする傾向があった。院内の外科系からの依頼の場合は神経疾患の周術期の管理などの判断を要求されることが多かった(表12-1)。

他覚的にとらえることが難しい訴えや日常生活の遂行が難しくなったもの、原疾患の重症化や治療薬剤の副作用による神経系の異常についても臓器とし

表 12-1：神経内科への診療の依頼の主訴

診療の依頼元		院外からの依頼			院内の依頼						
		総数	入院中	外来	総数	内科各科から			内科以外から		
						総数	入院中	外来	総数	入院中	外来
診療の依頼件数		311	13	298	563	237	77	160	326	62	264
主訴数		393	18	375	641	273	94	179	368	75	293
比率 %	意識障害	7.9	11.1	7.7	11.9	15.0	25.5	9.5	9.6	7.6	18.1
	記憶の障害	9.7	33.3	8.5	4.7	3.7	4.3	3.4	5.7	5.7	5.6
	痙攣	3.8	0.0	4.0	4.8	5.1	9.6	2.8	5.9	5.4	8.3
	上肢の動かしにくさ	6.6	0.0	6.9	7.8	5.1	5.3	5.0	10.1	10.5	8.3
	動きにくい(下肢)	22.9	44.4	21.9	21.2	20.9	27.7	17.3	22.7	21.6	27.8
	しびれ(感覚障害)	8.7	0.0	9.1	14.0	11.4	4.3	15.1	16.3	17.5	11.1
	不随意運動・振戦等	7.1	5.6	7.2	6.9	9.5	7.4	10.6	4.7	4.8	4.2
	頭痛	12.0	0.0	12.5	7.5	10.3	1.1	15.1	5.7	6.7	1.4
	眩暈	13.2	0.0	13.9	8.4	8.8	2.1	12.3	9.3	10.5	4.2
	目の異常	2.0	0.0	2.1	3.4	2.2	3.2	1.7	0.3	0.0	1.4
	その他	3.8	5.6	3.7	7.6	7.0	8.5	6.1	7.5	7.3	8.3
	症状なし	2.3	0.0	2.4	1.7	1.1	1.1	1.1	2.3	2.5	1.4

表 12-2

診療の依頼元		院外からの依頼			院内の依頼						
		総数	入院中	外来	総数	内科各科から			内科以外から		
						総数	入院中	外来	総数	入院中	外来
依頼数		407	26	381	803	284	82	202	519	82	437
比率 %	診断できない、わからない	0.7	0.0	0.8	12.3	6.7	3.7	7.9	15.4	7.3	16.9
	貴科的疾患でないか、当科の疾患でない、念のため、患者の希望	26.3	26.9	26.2	39.0	40.5	40.2	40.6	38.2	34.1	38.9
	書類の作成・具体的検査の依頼	7.6	7.7	7.6	2.0	2.8	2.4	3.0	1.5	6.1	0.7
	神経疾患を以前から指摘されている(貴科通院中、入院歴がある)	10.8	30.8	9.4	6.7	6.7	7.3	6.4	6.7	12.2	5.7
	治療してください、精査してください、判断して下さい	54.5	34.6	55.9	39.5	41.9	46.3	40.1	38.2	40.2	37.8
	その他	0.0	0.0	0.0	0.5	1.4	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0



て脳や神経の異常ととらえ、また病的なものか不明なものもあり、診断がつきにくいものに対して“念のため”あるいは“家族の希望”で依頼されていた(表12-2)。依頼内容はいわゆる境界領域の依頼が多く、特に神経疾患が疑われ継続して診療が必要と考えられたものは10%程度で、1～2回の受診で終診となるものがほとんどであった。このように、依頼元の科の診療に対する助言や治療方法等の方針決定に神経内科の医師が関与することが多く、地域の中核病院での全人的な対応が難しくなっていることを反映していると考えられた。

## (5) 慢性期病院

### 1) 保健福祉医療制度の利用

急性期病院での退院調整は単にリハビリテーションや療養先の相談事ではなく、各種保険利用福祉制度の活用が急性期病院入院中に可能か判断し、回復期リハビリテーション病床から療養病床へ患者が移動する場合にはどのような制度を利用して支援することが可能かを把握して、引き継いでいかななくてはならない。

平成26年7月から9月までに急性期病院で医療ソーシャルワーカーが介入した101例を調査し、退院調整をする際の課題について、退院調整介入前後の保健医療福祉制度〔高額医療費精度、難病医療費等助成制度、障害者総合支援法(自立支援医療・障害福祉サービス)、介護保険制度、生活保護制度、労災保険〕の利用状況を調査した。(文献11)

調査したうちの72.1%で制度を利用していたが介護保険や高額療養費の利用が多く、他の制度は利用されていなかった。

医療ソーシャルワーカーが退院調整に介入する際には患者の経済的負担の軽減や該当する福祉サービスの利用による療養支援の準備をすることも必要になる。経済的支援や生活保障の観点からは患者家族が必要とする保健医療福祉制度を利用しようとしても、その制度に該当することが決定されないと療養先で受け入れることが難しく(生活保護法など)急性期病院の入院期間の短縮を阻害しかねない。

たとえば障害認定の場合は、症状の固定が前提になるため時間を要する。

ところが障害種別指定医の診断が必要にもかかわらず療養先の施設には指定医がいない場合もあり、

再度急性期病院の担当医師が書類を作成しなくてはならない(表13-1)。

東京都西多摩二次医療圏では指定医数は東京都全体の半数以下で、他にも生活保護指定医療機関や労災指定医療機関は少ない(表13-2)。

このように慢性期病院には回復期リハビリテーション病床を併設するところもあるが在宅療養を支援する機能が十分でなく療養環境を整備することが難しく、在宅療養の支援を整備することが必要と考えられ指標とした(指標05)。

### 2) 在宅療養支援に向けた役割

地域での循環型の連携を考えるには、高度に専門分化した急性期病院での状況だけでなく、慢性期病院と在宅療養の間に位置づけられた療養型施設などの状況を示す指標を設定しなくてはならない。

慢性期病院から在宅への患者の移動は回復期リハビリテーション病床以外ではほとんどなく、介護老人保健施設でも在宅復帰率が20%程度であった。慢性期病院や介護老人保健施設はともに医療依存度より後遺障害による介護負荷が問題となり(文献01)、それが大きくなると在宅療養が難しく入院や入居となる。慢性期病院での在院が長期化することで、新たに急性期を脱した患者が利用できる部分が少なく、急性期病院から転院する場合の急性期での在院日数が長くなる。

慢性期病院は急性期病院からの患者をどの程度受け入れることができ、在宅療養支援をどの程度可能にするかといった患者の流れを検討する。すなわち回復期リハビリテーション病床を含む慢性期病院がどの程度在宅療養を支援できるか、自宅退院と死亡退院および介護老人保健施設への退院を考慮し、こうした施設の患者の動態を示すものとして「慢性期病院の自宅と死亡および介護老人保健施設への退院の割合」を指標とした(指標06)。

## (6) 介護老人保健施設

介護老人保健施設には医師が常駐せず介護保険のみが適応されるために医療行為が制限される。そのため、容態が急変した場合には救急搬送に頼らざるを得ず、救急病院への入院が多く、最大の退所先が病院であり(文献02)、中間施設として位置づけられているもののその機能を十分はたしているといえない。また慢性期病院では回復期リハビリテーショ

表 13-1：保健医療福祉制度の利用状況

		高額療養費制度	難病医療費等助成制度	障害者医療費助成制度	障害者総合支援法		介護保険制度	生活保護制度	労災保険	
					自立支援医療	障害福祉サービス				
						身体障害				精神障害
利用目的	医療費減免	○	○	○	○			○		
	受給							生活保障	療養・休業の給付	
	サービスの利用	×	○			○	○			
暫定利用の可否	申請した月からの利用		不可	不可	入院中は手続き不可	区分認定が必要		可		決定までに時間を要す
			書類窓口 に提出した日から		(手帳取得が前提)			受給確定した場合は申請日から		
医学的判断の有無		無	有	有	有	有		有	無	無
			臨床調査 個人票	身体障害者 手帳診断書の取得が必要	自立支援医療 診断書	医師意見書		主治医 意見書	確定後要 否意見書 が必要	障害補償 請求時に 診断書が 必要
入院前から利用していた件数	11	7	5	1	1	1	31	6	0	
入院を機に申請した件数	17	0	0	0	0	0	14	1	2	
申請した理由	入院で医療費負担が増した	なし	なし	なし	なし	なし	サービス利用	就労不能で医療費、生活費が困窮	業務中、通勤中の発症で就労不能になった	

表 13-2：身体障害者福祉法に基づく障害種別指定数

		東京都全体		西多摩二次医療圏	
		総数	対10万人比	総数	対10万人比
指定医種別	肢体不自由	4,281	32	69	17.82
	音声・言語機能	659	4.93	4	1.03
	そしゃく機能	355	2.65	1	0.26
	平衡機能	385	2.88	2	0.52
人口	(H26年10月)	13,378,584		387,116	

表 14：慢性期病院と介護老人保健施設の違い

		療養型病院	介護老人保健施設
入院期間の制限		—	+
利用可能な保険	医療保険	+	—
	介護保険	+	+
医師の常駐		+	日中のみ
急変の対応		可能	不可能
死亡退院		+	—
空床		殆どない	ある程度確保
最大の退院先		死亡退院	急性期病院
在宅復帰		殆どない	一部
在宅復帰への仕組み（連携パスなど）		殆どない	一部のみ

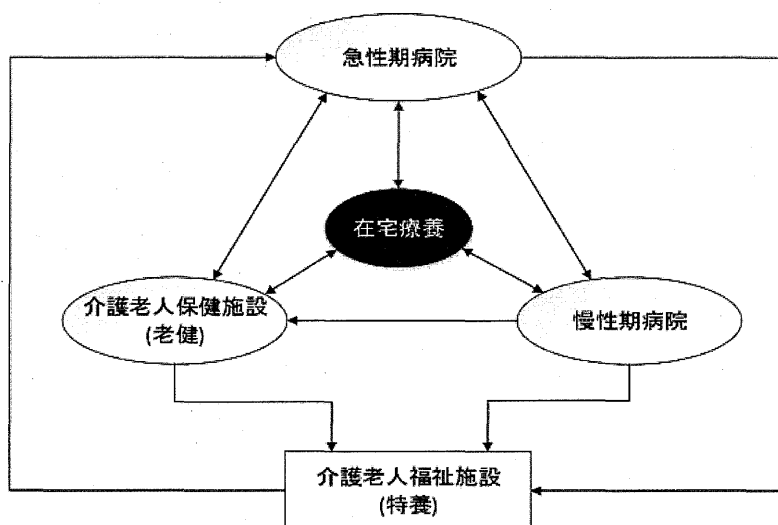


図 6：地域の資源同士が双方向で支援をする仕組みを検討する

ン病床以外に在宅療養を開始することが少なく、また介護老人保健施設でも在宅復帰が進まず、急性期病院は新たな患者を受け入れるための空床を作ることが難しい。

これらの施設に入院あるいは入所する理由の多くが介護量の問題といえるが、在宅での医療行為（人工呼吸器や透析等）は慢性期病院や介護老人保健施設に比べて広く対応できる。つまり介護力を充実することによって在宅で療養できるものがあると考えられる。

介護老人保健施設の場合は、家族による介護力の不足と医学的管理が難しいことがあり、一方で慢性期病院では長期の入院の理由が介護力の不足が影響していることなどから両者の役割が曖昧な点が多い（表 14）。そのためには違いを明確にして社会的な

役割が誰にでも理解できるようにすることが必要で、慢性期病院と介護老人保健施設との行き来ができるようになると考えられる。すなわち、慢性期病院は医学的管理を行うものとし、介護老人保健施設では、医学的管理はごく限られたもののみとして在宅療養の支援の組み立てる機関とすることで利用の目的が明確になる。

介護老人保健施設で状態の不安定な入居者を管理、また状態が落ち着いて在宅療養の支援計画を作成するために慢性期病院から介護老人保健施設への移動など（図 6）、今後強化型の介護老人保健施設などを参考にして在宅復帰を促進することが可能となると考えられ（文献 12）、急性期病院と同様に介護老人保健施設や慢性期病院の退院支援（在宅療養）の状況を示すことを 1つの指標にし、在宅復帰および

在宅復帰への過程に関する指標を掲示した（指標08）。

## （7）在宅療養支援

### 1) 退院前カンファレンス

脳卒中の場合、急性期病院に入院しその後療養を中心とする社会資源を利用していくことで療養環境や身体状態の変化でいろいろな職種が介入することとなり、医療行為を中心とする支援から、徐々に療養生活の支援に重心が移動する。

このときチームによる支援は職種が異なっても支援者が相互に必要なことを補完することができ、誤った情報を修正しながら、多職種で情報を共有することで療養上の問題が明らかになり、無駄を省くばかりでなく、各専門職がその方針に沿ってその専門性を発揮することができる。しかし、専門的な成果や評価を集約し、メンバー間の業務を調整し全体の方針を決めていくにはその支援チームにリーダーが必要になる。リーダーを置くことで相談の窓口が患者家族にもわかりやすくなる。ところが在宅療養を支援する場合、各専門職の関係が施設内と比べて希薄で（文献13）、各職種が同じ時間を共有できず、刻々と変化する情報交換が困難であること、医学的管理については医師の意見が強く影響するものの、多忙なため十分な時間がとれない（文献14）など各職種の成果を集約していくことが難しくチームのリーダーが不在のままばらばらに支援されることもありチームづくりが難しい面がある。

そのため、こうした在宅療養支援の問題を検討する場として現在行われている退院前カンファレンスを中心に、介護サービス計画（ケアプラン）に基づいた支援チームづくり（リーダーの設定や、情報の集約など）が行われることが重要と考え指標とした（指標07、10）。

在宅療養支援の1つとして訪問看護の立場からチームで支援をする際に、情報を共有するために、それぞれの専門職がどのように情報を収集したらよいかを検討したが、訪問看護を開始する際の引き継ぎの情報の収集について検討するために、平成26年5月に訪問看護ステーション協議会に加入している東京都西多摩地域の15の訪問看護ステーションに対して、ファクシミリを用いて無記名で調査し、伝達される時期や内容などで在宅療養支援の際に必要な

な情報を12項目に分類した（表15）。ところが刻々と変化していく情報や、自らが事前に収集しておかなくてはならない情報もあり、退院前カンファレンス等を利用しないと情報の管理は難しいとしている（文献15）。そのため支援を連続させるために退院調整用のクリティカルパスなどを用意し、円滑に引き継ぐ工夫がさらに必要になる。

### 2) 緊急時の訪問看護

介護老人保健施設と同様在宅療養をする場合、他の疾患の場合と比べて脳卒中に罹患して後遺障害を持っている場合は、具合が悪くなる可能性が高いと考えられる。ところが現代は健康に対する不安が強いものの、核家族化などのために救急車を要請する以外に助けを求めることができない時代ともいえ、身体の変化に対して家族は判断できないために救急車の出場要請をすることになる（文献06）。

そこで急激な身体状態の変化に際し、医療者としての訪問看護師が緊急に訪問をしてその状況を判断することで救急車の要請を適切にすることができ、状態の不安定な利用者の要請にすみやかに対応していることを示す指標になる（指標11）。

### 3) 介護予防と救急要請

在宅療養の場合医学的管理の範囲が施設に比べて広く、また環境整備が必要で、経済や家庭・社会参加や教育の機会や心身の健康の維持といった社会的な観点からの検討が必要になる。

平成13年に介護保険による療養支援が導入され、平成18年から地域包括支援センターが設置され、介護予防等の考え方が取り入れられるようになり、地域包括支援センターを中心として介護予防事業が実施されている（文献16）。この介護予防事業がどの程度効果があるか平成27年に西多摩地域の12の地域包括支援センターにアンケートを依頼したところ、回答を寄せた8事業所のうち5事業所から介護予防の効果は「総合的な判断」「評価していない」という回答が寄せられた（表16）。このことから予防介護による療養支援の効果の判断はまだ明確にすることができない。介護予防サービスを受けていた人を要介護にしないということが介護予防事業目的であるが、介護判定の基準が変更されていることなどから指標を立てにくい。そこでここでは療養支援が困難になり発病に至り救急車を要請（介護保険サービスを利用していない人を含めて）すると仮定し、