

31. 北河内 2 次医療圏域における脳卒中の医療間、医療と介護間の地域連携における課題の研究

○高林 弘の（旧所属 大阪府四條畷保健所 現所属 大阪府守口保健所）
藤村 昌子、大園 篤子（大阪府四條畷保健所）

【目的】

脳卒中患者は、急性期病院での早期治療、回復期病院での早期のリハビリ開始、かかりつけ医での再発予防のための生活習慣病のコントロール、介護保険サービスの適切な利用が重要である。北河内 2 次医療圏では、病院、医師会等の関係機関で構成する北河内圏域脳卒中・大腿骨頸部骨折医療機関ネットワーク（以下「ネットワーク会議」という。）を構築し、各関係機関が機能分担、連携を図ることを目的に地域連携クリティカルパスを導入しているが、維持期との連携が課題となっている。

圏域内の急性期病院退院後の脳卒中患者について状況を調査し、分析するとともに急性期、回復期病院への聞き取り調査から、地域連携における課題を明らかにし、今後のシステム構築への一助とすることを目的として研究を行った。

【調査方法】

1 急性期病院を退院した患者の療養生活に関するアンケート調査

ネットワーク会議に参加しているのは、急性期 19 病院、回復期 11 病院である。そのうち、脳卒中センターを持つ大学病院 1 病院、脳卒中専門医がおり患者数が多い 2 病院、計 3 ヶ所の急性期病院に対して調査目的を説明し応諾された。

対象：平成 22 年 9 月～平成 23 年 2 月の 6 ヶ月間に 3 ヶ所の急性期病院を退院した脳卒中患者で調査の同意が得られた者 回答 72 名

内容：急性期病院退院 6 ヶ月後にアンケートを実施。1 つの病院は、病院側でアンケートを患者から聞き取り記載し、2 つの病院で自記式、郵送による調査を実施。退院先、現状、介護保険に関すること、在宅療養で困ること、通院医療機関等の項目を調査

2 病院間および病診連携に関するアンケート調査

対象：ネットワーク会議に参加している急性期 19 病院、回復期 11 病院の医師及び医療ソーシャルワーカーなどの地域連携担当者に聞き取り調査。

内容：脳卒中入院患者状況（クリティカルパス導入状況、転帰、退院後の受療医療機関）、退院後の望ましい診療体制、地域の診療所につなぐ際に困ることなど。

3 医療と介護の連携に関するアンケート調査

対象：北河内圏域地域包括支援センター 37 ヶ所に調査票を郵送、大東市ケアマネジャー研究会会員 23 名に研修時に調査票を配布。圏域 6 医師会（医師会長、事務局長等）への聞き取り調査。

【講演会及び意見交換会の開催】

医師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、患者等を対象に、地域連携の課題の抽出と情報の共有を図るため、下記の講演会を実施するとともに関係者との意見交換を行った。

(1) 「～脳卒中の退院後の医療と介護～地域全体で患者さんを支えるために」

講師 中山クリニック院長、日本脳卒中協会専務理事 中山博文氏

(2) 「地域包括ケア体制の構築に向けて」

講師 枚方市地域包括支援センターアイリス 山口匠氏

(3) 「MSW からみた連携の課題」

講師 関西医科大学附属枚方病院医療福祉相談課 富永敦子氏

中村記念病院地域相談室 伊内康宏氏

【アンケート結果】

1 患者の療養生活に関するアンケート調査

(1)患者状況

患者の性別は男性 40 名、女性 32 名、年齢は 50 歳未満 4 名、50 歳代 12 名、60 歳代 24 名、70 歳代 22 名、80 歳以上 10 名であった。

調査した 72 名中、脳梗塞が 45 名（62.5%）と最も多く、脳出血 11 名、クモ膜下出血 10 名、一過性脳虚血発作 6 名であった。

・合併症について

高血圧 35 名、糖尿病 11 名、脂質異常 4 名、その他 2 名、なし、不明が各 18 名

・退院先について

自宅 49 名（68.0%）と最も多く、次に転院 22 名、施設 1 名であった。

・現在の生活場所について

自宅 62 名、病院 6 名、施設 3 名、老人保健施設 1 名

(2)在宅生活者の状況

在宅で生活している 62 名についての調査結果については、以下のとおりである。

・生活状況について

独歩 36 名、歩行器または杖歩行 14 名、車椅子 11 名、ベッド上生活 10 名

・在宅生活で困ること（重複回答）

「再発が心配」が最も多く 32 名、次いで「通院が大変」11 名、「急変時に入院が可能か心配」7 名、「合併症の管理が困難」6 名、「介護費用が大変」3 名など。

・現在の通院医療機関について（重複回答）

「脳卒中で入院した病院」34 名、「他の病院」16 名、「地域の診療所」12 名、「通院なし」6 名。

ア「脳卒中で入院した病院」に通院している 34 名について（重複回答）

① 受診科目

脳神経外科が 28 名と最も多く、次いで内科 7 名

② 診療内容

「診察」、「投薬」が各 24 名、「検査」18 名、通院頻度は「月 1 回」が最も多く 10 人、次いで「3 ヶ月に 1 回」が 8 名

③ 通院理由

「病院主治医から言われた」が 13 名、「患者・家族の希望」が 11 名
イ「脳卒中入院以外の病院」に通院している 16 名について（重複回答）

① 受診科目

脳神経外科が 9 名、内科が 6 名、神経内科、整形外科が各 2 名

② 診療内容

「投薬」13 名、「診察」12 名、「検査」9 名、「リハビリ」2 名

③ 通院頻度

「月 1 回」が 8 名、次いで「週 1 回」「月 2 回」「3 ヶ月に 1 回」が各 2 名
ウ「診療所」に通院している 12 名について（重複回答）

① 受診科目

内科が 11 名、神経内科、整形外科、循環器科が各 1 名

② 診療内容

「投薬」12 名、「診察」11 名、「検査」5 名、「リハビリ」2 名

③ 通院頻度

「月 1 回」が 7 名、次いで「週 2 回以上」が 2 名であった。診療所には「以前から通院していた」が 8 名、「以前は通院なし」は 1 名のみであった。診療所の探し方は、「自分で探した」「以前からのかかりつけ医」があわせて 7 名、「病院からの紹介」は 1 名のみであった。

エ「受診なし」6 名について（重複回答）

再発予防、リスク管理の観点から、「受診なし」という気になる事例があった。

① 合併症

「合併症有り」2 名（高血圧 2 名、脂質異常 1 名）、「合併症なし」4 名であった。

② 年齢

20 代、30 代、50 代、60 代が各 1 名、70 代が 2 名。

③ ADL

杖歩行 1 名、独歩 5 名と ADL に支障がないケースが多い。

2 病院間及び病診連携に関するアンケート調査

(1) 急性期病院退院脳卒中患者数および転帰（回答:11 病院）

H22 年 10 月～23 年 3 月の退院患者数は 1,086 名。転帰は、「自宅退院」570 名（52.5%）、「回復期病院転院」236 名（21.7%）、「その他病院へ転院」92 名（8.5%）であり、直接自宅へ退院する患者が半数を超えていた。

(2) 回復期病院退院脳卒中患者数および転帰（回答:10 病院）

同じくH22年10月～23年3月の退院患者数は654名。転帰は、「自宅退院」415名（63.5%）、「転院（急性期、回復期等）」122名（18.6%）、「老人保健施設」66名（10.1%）、「施設」28名（4.3%）であった。

(3) 退院後の診療体制について{回答:急性期 13 病院（退院後の受診先については 10 病院）及び回復期 11 病院}

「かかりつけ医がいればつなぐ」「かかりつけ医がない場合も積極的につなぐ」をあわせてかかりつけ医が診療することが望ましいとした病院が急性期 10 病院、回復期 7 病院であった。病院医師が、かかりつけ医に対して求めていることは「生活習慣病の管理」「介護保険と連携した患者支援」などの意見が多かった。しかし実際には急性期(回答 10 病院)から自宅に退院した患者 507 名中 309 名(60.9%)が退院した急性期病院外来を受診している。

また、病院医師が診療所を紹介する際には「患者・家族が希望しない」「診療所情報がない」ことなど問題点があることが分かった。

3 医療と介護に関するアンケート調査及び関係者インタビュー

(1) 包括支援センターへのアンケート調査では、病院に対して「退院調整が実際となり在宅準備が間に合わない」67.6%、かかりつけ医に対しては「訪問診療医が少ない」45.9%、「連絡がとりにくい」27.0%であった。自由記載の項目では「開業医につなぐ退院し、服薬管理・疼痛管理や重症者への対応に困った」があった。

(2) 大東市ケアマネジャー研究会へのアンケートでは、全担当ケースのうち「退院後すぐに関わった」ケースは7.6%（うち入院中から関わったのは4.3%）であった。

(3) 医師会への聞き取り調査では、診療所医師は、「急変時の受け入れ」をスムーズにすることを病院に求めている。退院患者の受け入れのための病診連携は「かかりつけ医マップ」や「医師会ホームページ」などで情報提供を行っていた。また、急変時対応カードの検討などされている医師会もあった。

(4) リハビリテーション関係者からは、急性期、回復期病院から維持期リハビリテーションへ間断なく移行することが必要であり、退院前訪問の定着や在宅後の定期的な評価の制度化を求める声が多い。また、在宅後、数年経過してからリハビリ相談が多くあることから、退院時に必要性を判断し、地域包括支援センターにつなぐシステムが必要であるとの意見もあった。

【まとめ】

- アンケートに回答した患者は男女比が 5:4、年齢は 60 歳代～70 歳代が多く、原因疾患は脳梗塞が 62%と最も多かった。
- 高血圧、糖尿病などの合併症のある患者が多く、生活習慣病の管理が必要である。
- 在宅生活において困ることとして、「再発が不安」が 32 名と半数を超え、最も多かった。

- 11名が「通院が大変」と回答しており、負担感が大きいことがわかった。

【考察】

- 1 診療所につながるのは、以前から患者を診ていた場合が多く、新たに病院から紹介しているのはわずかである。課題として、病院としての診療所情報が不足していることなど想定されるが、今後、大阪府医療機関情報システム等のインターネット情報の充実と活用推進、各医師会など関係機関との連携推進が必要である。
- 2 患者の多くは入院病院で継続して受診していることから、背景としては、再発不安や入院病院に継続受診していないと再び入院することが困難となるのではという思いがあると考えられる。
 かかりつけ医への受診促進のためには、入院必要時に診療所と病院が連携し、スムーズに入院ができるような体制を構築することが必要である。
- 3 在宅準備を行うためには、病院と介護の連携を入院後早期に図ることが必要である。退院前カンファレンスの充実、どの患者に介護保険申請を進めるか、ケアマネジャーや地域包括支援センターへの連絡等について、ルール化する必要がある。

【提言】

- 病診連携をすすめるために
 - 1 診療所医師や患者から要望の高い「病状急変時対応システム」を確立、定着させること。
 - 2 市域を越えた広域な医療機関情報を共有できるツールを普及させること。
 - 3 病院医師と診療所医師が患者情報の共有を図ること。
- 患者教育・啓発の重要性
 患者が自らの病状や治療内容を知り、再発予防や生活習慣病管理ができるような情報とサポート体制が必要である。安心して生活できる地域づくりが必要。
- 介護との連携
 地域包括支援センターや訪問看護師、ケアマネジャーが、重要な役割を担っており、今後さらに病院、診療所、介護の循環型の連携推進が必要である。

【経費使途明細】

費 目	金 額
講演会講師謝礼	80,000 円
人件費（交通費、発送、入力等事務作業）	136,760 円
通信費（アンケート発送、関係機関連絡）	13,510 円
消耗品費（案内チラシ・ポスター用紙、インク、お茶等）	58,830 円
講演会会場費（駐車場代含む）	15,900 円
合計	305,000 円