

第 1 部

調査概要

1. 調査目的

維持期の脳卒中リハを支える上で中心となる外来医療について、以下の現状を把握し、地域における切れ目の無い脳卒中のリハビリテーション支援体制を検討する基礎資料とする。

- (1) 維持期の脳卒中患者に関わる診療の現状
- (2) 病診及び維持期内における情報交換の現状

2. 調査対象

千葉保健医療圏域、君津保健医療圏域の全医療機関。但し、診療科目が小児科のみの医療機関、施設併設や職場診療所などの一般外来を行っていない医療機関を除外し、千葉保健医療圏域では、診療所 558 件、病院 42 件を対象とした。また、同様に君津保健医療圏域では診療所 145 件、病院 18 件を調査対象とした。

3. 調査方法

各医療機関へ自記入式の調査票（資料 1）を郵送にて配付、回収を行なった。病院など複数の外来診療科目を有する医療機関では、当該医療機関にて取りまとめ、1 枚の調査票で回答。

4. 調査期間

千葉保健医療圏域では平成 22 年 1 月 4 日から 20 日まで、君津保健医療圏域では平成 22 年 1 月 23 日から 2 月 5 日までをそれぞれ調査期間とした。

5. 調査結果

各保健医療圏域及び千葉県における今後の脳卒中リハビリテーションの仕組みづくりのための基礎資料とする。

調 査 票

◎回答方法

各設問について、該当する選択肢に✓をつけて下さい。

「(複数回答)」の指示がある場合当てはまる選択肢全てをお選びください。

I. はじめに貴院についてお尋ねします。

(1) 病院所在地をお選びください。

(千葉圏域については以下の選択肢を利用)

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 千葉市中央区 | ☐ 千葉市花見川区 | ☐ 千葉市稲毛区 |
| ☐ 千葉市若葉区 | ☐ 千葉市緑区 | ☐ 千葉市美浜区 |

(君津圏域については以下の選択肢を利用)

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 君津市 | ☐ 木更津市 |
| ☐ 富津市 | ☐ 袖ヶ浦市 |

(2) 貴院の診療科目をお選びください(複数回答)。

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 内科 | ☐ 消化器科 | ☐ 胃腸科 | ☐ 循環器科 |
| ☐ 呼吸器科 | ☐ 神経内科 | ☐ 小児科 | ☐ 外科 |
| ☐ 呼吸器外科 | ☐ 心臓血管外科 | ☐ 脳神経外科 | ☐ 整形外科 |
| ☐ 形成外科 | ☐ 美容外科 | ☐ 眼科 | ☐ 耳鼻咽喉科 |
| ☐ 気管食道科 | ☐ 皮膚泌尿器科 | ☐ 皮膚科 | ☐ 泌尿器科 |
| ☐ 性病科 | ☐ こう門科 | ☐ 産婦人科 | ☐ 産科 |
| ☐ 婦人科 | ☐ 歯科 | ☐ 矯正歯科 | ☐ 小児歯科 |
| ☐ 歯科口腔外科 | ☐ 心療内科 | ☐ 神経科 | ☐ 精神科 |
| ☐ 放射線科 | ☐ 麻酔科 | ☐ アレルギー科 | ☐ リウマチ科 |
| ☐ リハビリテーション科 | ☐ 病理診断科 | ☐ 臨床検査科 | ☐ 救急科 |
| ☐ その他 (| | | |

)

☐居宅介護支援事業所
☐訪問リハビリテーション事業所
☐通所介護
☐介護老人福祉施設
☐その他（ ）
☐併設施設は特に無い

☐ 実施している → ☐ 対象疾患を限定している
(具体的な対象をご記入ください)

☐ 疾患ではなく、状態で対象を限定している
(具体的な対象をご記入ください)

☐ 実施していない

(1) 自宅に戻られた脳卒中患者に対して、貴院ではどのような医療を提供されていますか
(複数回答)。

	外来での提供	訪問診療もしくは往診での提供	提供なし
糖尿病の管理	☐	☐	☐
高血圧の管理	☐	☐	☐
心疾患の管理(高血圧を除く)	☐	☐	☐
悪性疾患の管理	☐	☐	☐
尿失禁の管理	☐	☐	☐
肩や脚の痛みの管理	☐	☐	☐
認知症の診断	☐	☐	☐
高次脳機能障害の診断	☐	☐	☐

	外来での実施	訪問診療もしくは往診での提供	提供なし
人工呼吸器の管理	☐	☐	☐
気管カニューレの交換	☐	☐	☐
HOTの管理	☐	☐	☐
経鼻栄養チューブの交換	☐	☐	☐
胃ろうの管理指導	☐	☐	☐
尿留置カテーテルの交換	☐	☐	☐
人工肛門の管理指導	☐	☐	☐
人工透析の実施	☐	☐	☐
褥瘡の処置	☐	☐	☐

Ⅲ. 貴院の設備についてお尋ねします。

(1) 脳卒中の方が、自分の車椅子を利用したまま診察室まで入れますか。

☐入れる ☐車椅子の種類によっては入れない ☐入れない

(2) 貴院が2階以上の場合、エレベーターはありますか。

☐ある ☐ない ☐1階なので不必要

(3) 院内は土足厳禁ですか

☐土足厳禁

☐脚が不自由な方なら土足でも可

☐土足可

Ⅳ. 自宅に戻られた脳卒中患者へのリハビリに関してお尋ねします。

(1) 貴院では、脳卒中の方を対象に外来のリハビリを実施していますか。

☐実施している

☐物理療法（牽引や低周波等）のみ実施している

☐実施していない

(2) 貴院は、医療保険における在宅患者訪問リハビリテーションを行っていますか

☐実施している ☐実施していない

(3) 貴院には、以下の職員がいますか（複数回答）。

☐理学療法士 ☐作業療法士 ☐言語聴覚士 ☐これらの職種はいない

Ⅴ. 自宅に戻られた脳卒中患者についての病院との情報交換についてお尋ねします

(1) 脳卒中の方が入院していた病院から貴院にとって必要な患者情報が来ますか。

☐よく来る ☐どちらかと言えば来る ☐あまり来ない ☐来ない

(2) 脳卒中の方が入院していた病院との情報提供に、地域医療連携パスが使われることはありますか。

☐ある ☐ない

Ⅵ. ケアマネジャーや介護保険事業者との情報交換についてお尋ねします。

(1) 「サービス担当者会議」（介護保険利用者のサービス提供に関わるカンファレンス）へ、今年度は参加されたことがありますか。

☐1ヶ月1回以上出席している

☐3ヶ月に1回程度出席している

☐半年に1回程度出席している

☐出席したことはない

☐電話 ☐文書での郵送やFAX ☐電子メール ☐直接会って
☐特に情報交換はしていない

☐良好 ☐どちらかと言えば良好 ☐あまり良くない ☐良くない

☐書いたことがある

☐書いたことがない

医療機関名 ()
記 載 者 名 ()
電話番号 043-()-()

