

平成 22 年度  
千葉県脳卒中リハビリテーション  
モデル事業報告書  
～千葉地域～

平成 23 年 3 月

社会福祉法人 千葉県身体障害者福祉事業団

千葉県千葉リハビリテーションセンター

## 目次

報告書の概要.....	1
Ⅰ. 実施内容.....	2
Ⅱ. 結果.....	3
1. 調査1：千葉市の脳卒中の概要把握について.....	3
1) 要介護等になったきっかけの疾患.....	3
2) 要介護認定区分の内訳.....	3
2. 調査2：千葉市の介護支援専門員に対する実態調査について.....	4
1) 介護支援専門員の基礎資格.....	4
2) 併存疾患.....	5
3) 要介護認定区分.....	6
4) 介護保険におけるリハビリテーションサービスの利用状況とその理由.....	6
5) 医療機関との情報交換.....	10
3. 調査3. あんしんケアセンターへのインタビュー調査について.....	15
1) 医療との関係について.....	15
2) リハビリテーションについて.....	15
3) 予防について.....	16
4) 地域づくりについて.....	16
4. 調査4. 千葉県地域生活連携シートを利用した研修会における調査.....	16
Ⅲ. まとめ ～考察にかえて～.....	17
1. 調査1：千葉市の脳卒中の概要把握について.....	17
2. 調査2：千葉市の介護支援専門員に対する実態調査について.....	18
3. 調査3：あんしんケアセンターへのインタビュー調査について.....	19
4. 調査4：千葉県地域生活連携シートを利用した研修会における調査.....	20
今後について.....	20

資料

## 報告書の概要

千葉県では脳卒中に関わるリハビリテーション資源の充実方策や、急性期、回復期、維持期（地域生活期）における切れ目のないリハビリテーションの提供について検討することを目的に、平成 21 年度から 3 カ年計画で「千葉県脳卒中リハビリテーション支援体制推進事業」が開始されました。そして、千葉保健医療圏域と君津保健医療圏域がモデル事業地域と指定され、千葉地域では千葉県千葉リハビリテーションセンターが事務局として事業を実施しています。

昨年度、千葉地域では診療所や病院を対象に、脳卒中の外来での受け入れ状況や、医療からみた介護支援専門員等との情報交換の状況などを調査しました。

今年度は、平成 19 年に千葉市が行なった第 4 次介護保険事業計画策定のための調査の分析と、千葉市内の介護支援専門員への調査、そして千葉市内の全 12 ヶ所の地域包括支援センターへの聞き取り調査等を行いました。

小紙では、これらの今年度の調査結果の中から、その要旨をまとめて報告させていただいております。

## I. 実施内容

### 調査 1. 千葉市の脳卒中の概要把握

千葉市の脳卒中の概要を把握するために、千葉市の協力を得て「第4次千葉市介護保険事業計画策定のための調査（平成19年11月実施）」の結果から脳卒中に関わる部分をまとめました。

この調査は、千葉市内の第1号被保険者の中で要介護等の認定を受けている人から無作為抽出された1,988人を対象に行われました。これは平成19年の第1号被保険者166,317人の中で要介護等に認定されている22,949人の9%に当たります。

なお、有効回答は913通（46%）でした。

### 調査 2. 千葉市の介護支援専門員に対する実態調査

千葉市の介護支援専門員が関わる脳卒中の利用者の介護保険リハビリテーションサービスの利用状況や、介護支援専門員と医療機関との情報交換の実態を把握するために行った調査です。

調査は、千葉市介護支援専門員協会に加盟している306人（平成22年12月現在）を対象に、平成22年11月から平成23年1月にかけて郵送により実施しました。

調査用紙は資料1,2として添付しました。

185人の介護支援専門員から回答を頂き（回収率60%）、そのうち有効回答は175通、そして、脳卒中の利用者個別票については592件の回答を頂きました。

### 調査 3. 千葉市地域包括支援センター（あんしんケアセンター）へのインタビュー調査

千葉市にある12箇所の地域包括支援センター（以下、あんしんケアセンター）を対象にインタビュー調査を行いました。

それぞれのあんしんケアセンターにて、1時間から1時間半かけて半構造的なインタビューを行いました。

主な質問事項は、当該圏域における医療と介護の連携の現状と課題、脳卒中の要支援者への予防プラン作成時の工夫、リハビリテーションの捉え方、そして理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下、PT,OT,ST）との協働状況などです。

対象者の許可を得てインタビューの録音を行った後に逐語記載し、その内容に基づき切片化（カード化）を行い、各切片の特性を検討した上で、内容を端的に現すラベル名をつけました。そしてラベル名がついた各切片を比較・分類してカテゴリー化を図り、これらについての関連図を作成することで、帰納的に分析を行いました。

## 調査 4. 千葉県地域生活連携シートを利用した研修会における調査

市内 3 圏域にある 4 箇所の「あんしんケアセンター」が主催をして、平成 22 年度から運用が開始された「千葉県地域生活連携シート」を用いた研修会を実施しました。当センターはその企画、講師等の協力を行い、参加された介護支援専門員を対象に、シートの記入に関する調査を行いました。研修は 3 回実施され、参加者数は 131 人（71 事業所）で、調査票は 81 人から回収されました（回収率 62%）。

## II. 結果

### 1. 調査 1：千葉市の脳卒中の概要把握について

「第 4 次千葉市介護保険事業計画策定のための調査」の結果から脳卒中について注目すべきと思われる結果をまとめました。有効回答は 913 通です。

#### 1) 要介護等になったきっかけの疾患（複数回答）

要介護等になったきっかけの疾患として「脳卒中などの脳血管疾患」と回答した人は、212 人（23%）でした（図 1-1）。

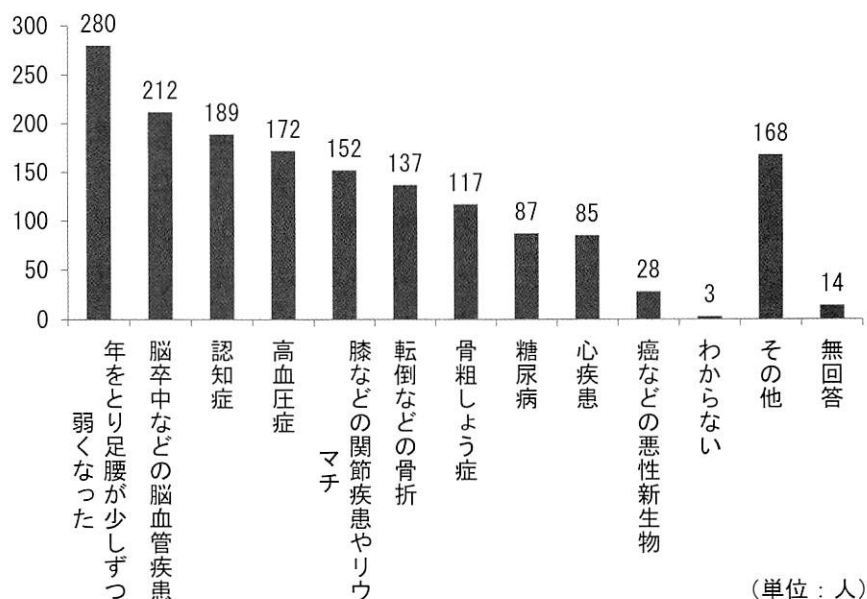


図 1-1 要介護等になったきっかけの疾患（複数回答） n=913

#### 2) 要介護認定区分の内訳

有効回答 913 人中要支援 1.2 が 324 人（35%）、さらに要介護 2 までを合わせると 598 人（65%）を占めており、全体の 6 割以上が軽度の要介護認定を受けていました。脳卒中についても、

212人中要支援1,2が48人(23%)、そして要介護2までで107人(50%)であり、半数は軽度の要介護認定を受けている現状が認められました(図1-2)。

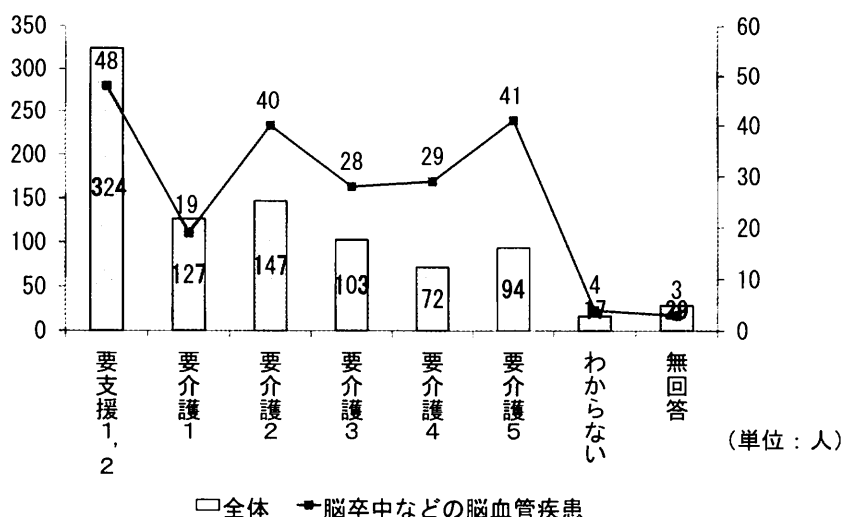


図1-2 要介護認定区分内訳

## 2. 調査2：千葉市の介護支援専門員に対する実態調査について

### 1) 介護支援専門員の基礎資格

調査2に返信があった介護支援専門員の基礎職種の内訳です(表2-1)。

有効回答175人中、最も多かった基礎資格は介護福祉士で61人(35%)、次いで看護師の39人(22%)でした。職域では、介護福祉士をはじめとする福祉系職種が78人(45%)、看護師をはじめとする医療系職種が63人(36%)という割合でした。

回答があった介護福祉士を基礎職種とする介護支援専門員61人中、現在ケアプラン作成に携っていない人は3人(5%)でした。一方、回答があった医師、PT,OT,STを基礎職種とする介護支援専門員の共に、従事状況の無回答者を除くと、全てが現在はケアプラン作成に携っていませんでした。

個別票が回収された592人中296人(50%)は、介護福祉士を基礎職種とする介護支援専門員がケアプランを担当していました。職域別にみても、福祉系職種の介護支援専門員が347人(59%)を担当し、医療系職種の介護支援専門員は156人(26%)を担当していました(表2-2)。

なお、本調査では、回答者の経歴や基礎資格での就労経緯などは把握していません。

表 2-1 介護支援専門員の基礎資格内訳 n=175

	全数		現在ケアプラン作成には携わっていない		在宅脳卒中を担当している		施設内のケアマネ業務に携わっている		在宅脳卒中利用者がいない		無回答
	人数	全体に対する比率	人数	※	人数	※	人数	※	人数	※	
介護福祉士	61	35%	3	5%	43	70%	14	23%	1	2%	0
社会福祉士	11	6%	3	27%	7	64%	1	9%	0	0%	0
ホームヘルパー	6	3%	1	17%	5	83%	0	0%	0	0%	0
看護師	39	22%	12	31%	20	51%	6	15%	1	3%	0
PT、OT、ST	7	4%	6	86%	0	0%	0	0%	0	0%	1
医師	5	3%	4	80%	0	0%	0	0%	0	0%	1
歯科衛生士	5	3%	1	20%	3	60%	0	0%	1	20%	0
栄養士	3	2%	1	33%	2	67%	0	0%	0	0%	0
歯科医師	3	2%	1	33%	2	67%	0	0%	0	0%	0
保健師	1	1%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0
その他	23	13%	5	22%	14	61%	2	9%	2	9%	0
無回答	11	6%	6	55%	1	9%	3	27%	1	9%	0
合計	175	100%	43	25%	98	56%	26	15%	6	3%	2

※：各職種の全数に対する割合

表 2-2 介護支援専門員の基礎資格による脳卒中担当者数 n=592

職種	ケース数	%	職域	ケース数	%
介護福祉士	296	50%	福祉職	347	59%
ホームヘルパー	34	6%			
社会福祉士	17	3%			
看護師	118	20%	医療職	156	26%
歯科衛生士	23	4%			
保健師	6	1%			
栄養士	6	1%			
歯科医師	3	1%			
その他	70	12%	不明	89	15%
無回答	19	3%			
合計	592	100%		592	100%

## 2) 併存疾患（複数回答）

利用者 592 人の併存疾患としては、「高血圧、消化器系疾患などの内科系疾患」が 364 人（61%）と最も多い現状が認められました（図 2-1）。

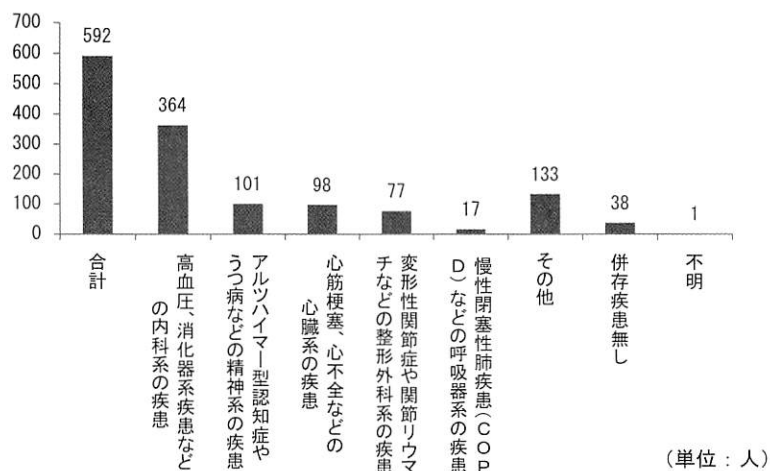


図 2-1 併存疾患内訳（複数回答） n=592

### 3) 要介護認定区分

要支援 1,2 から要介護 2 までの軽症の要介護認定区分を受けている人が 298 人 (50%) と約半数でした (図 2-2)。

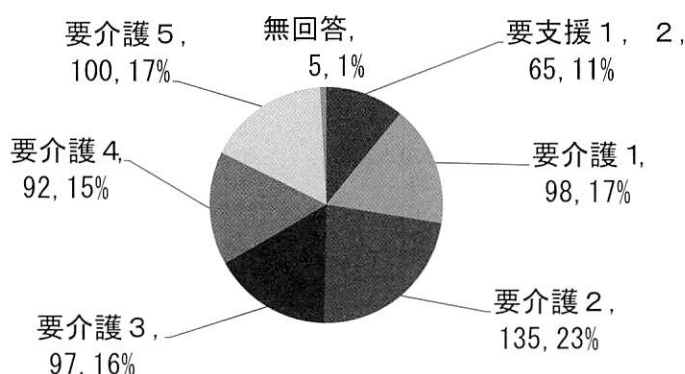


図 2-2 要介護認定区分 n=592 (単位: 人、%)

### 4) 介護保険におけるリハビリテーションサービスの利用状況とその理由

「訪問看護からの PT,OT,ST の訪問」の利用者は 98 人 (17%) でした。その一方で、このサービスをこれまで利用したことがない人は 288 人 (49%) と約半数を占めていました。

このサービスを利用している 98 人の要介護区分の内訳は要介護 5 が 49 人 (50%)、要介護 4 が 25 人 (26%) であり、これら 2 区分で利用者の 4 分の 3 を占めていました (図 2-3,4)。なお、利用状況が「不明」とは、無回答であったり、複数の利用状況に回答が記入されていたりしたことで、利用状況が分からない回答を指します。

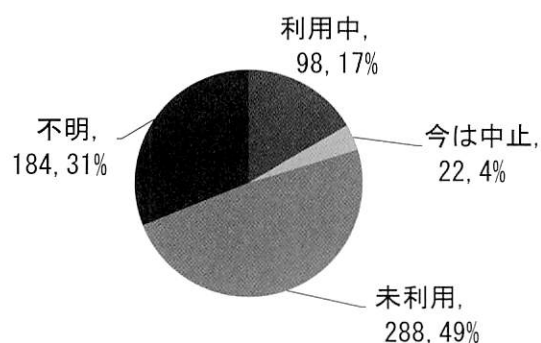


図 2-3 訪問看護 (PT, OT, ST の訪問) 利用状況  
n=592 (単位: 人、%)

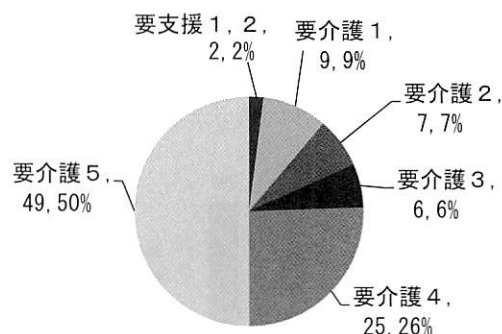


図 2-4 訪問看護 (PT, OT, ST の訪問) の要介護度内訳  
n=98 (単位: 人、%)

「通所リハビリテーション」を利用している人は 266 人 (45%) であり、今回調査したリハビリテーションサービスの中で最も利用度が高い状態でした。

利用している 266 人の要介護区分別内訳は要介護 2 が 67 人 (25%)、要介護 1 と要介護



3 がそれぞれ 49 人（18％）と、各要介護ではほぼ均等に利用されていました（図 2-5.6）。

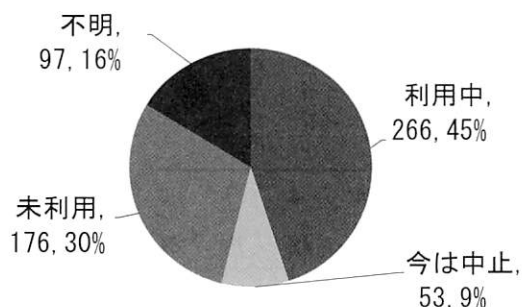


図 2-5 通所リハビリテーション利用状況  
n=592 （単位：人、％）

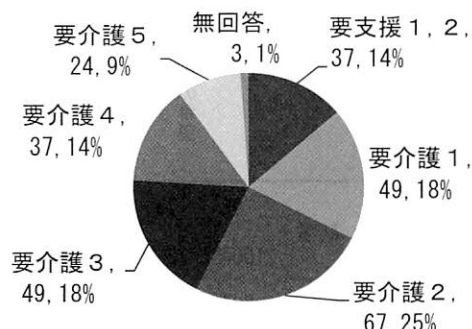


図 2-6 通所リハビリテーションの要介護度内訳  
n=266（単位：人、％）

「訪問リハビリテーション」を利用している人は 61 人（10％）と 1 割程度であり、未利用者が 299 人（51％）でした。

利用している 61 人の要介護区分別内訳は要介護 5 が 24 人（39％）、要介護 4 が 14 人（23％）であり、これら 2 区分で利用者全体の 6 割を占めていました（図 2-7.8）。

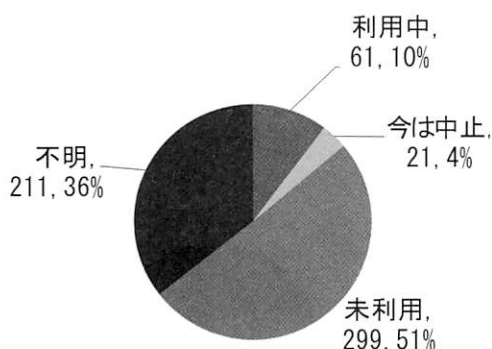


図 2-7 訪問リハビリテーション利用状況  
n=592 （単位：人、％）

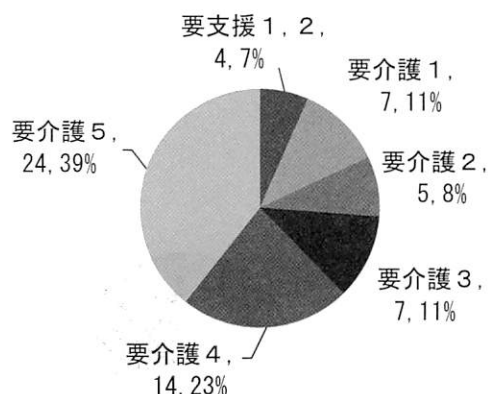


図 2-8 訪問リハビリテーションの要介護度内訳  
n=61（単位：人、％）

これら 3 つのサービスを現在利用している理由を答えてもらいました（複数回答）。その結果、「家族の希望」「本人の希望」「アセスメントの結果」の 3 つが、全てのサービスで上位 3 位を占めていました。なお、アセスメントの具体的な方法や内容は、今回の調査では把握していません（表 2-3）。

医療との関係では、「かかりつけ医からの指示」は「訪問看護からの PT,OT,ST の訪問」では 27 人（28％）で 4 位、「通所リハビリテーション」では 44 人（17％）で 5 位、「訪問リハビリテーション」では 9 人（15％）で 4 位でした。

また、「退院病院からの申し送り」は、「訪問看護からの PT,OT,ST の訪問」では 24 人（24％）で 5 位、「通所リハビリテーション」では 52 人（20％）で 4 位、「訪問リハビリテーション」では 8 人（13％）で 6 位でした。

表 2-3 サービス利用理由（複数回答）

	合計	家族の希望	本人の希望	アセスメントの結果	かかりつけ医からの指示	退院病院から申し送り	目標未達成のため	医療の外来リハ中止のため	他職種のコンサルテーション	以前からの利用	その他
訪看	98	76	34	74	27	24	3	4	4	7	8
	100%	78%	35%	76%	28%	24%	3%	4%	4%	7%	8%
通り	266	225	208	163	44	52	26	8	4	9	1
	100%	85%	78%	61%	17%	20%	10%	3%	2%	3%	0%
訪り	61	46	28	38	9	8	9	3	1	2	0
	100%	75%	46%	62%	15%	13%	15%	5%	2%	3%	0%

上段：件数、下段：％、訪看はPT,OT,STの訪問、通りは通所リハ、訪りは訪問リハ

「訪問看護からのPT,OT,STの訪問」では、利用者の4分の3を占めた要介護4,5の74人の利用者（図2-4）中22人（30％）が「かかりつけ医からの指示」を利用理由としていました（図2-9）。同様に「退院病院からの申し送り」を理由として上げていた利用者は17人（23％）でした（図2-10）。

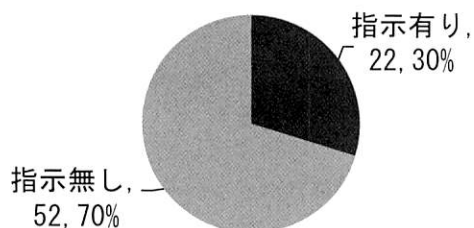


図 2-9 かかりつけ医の指示の有無  
（訪問看護からのPT,OT,STの訪問）

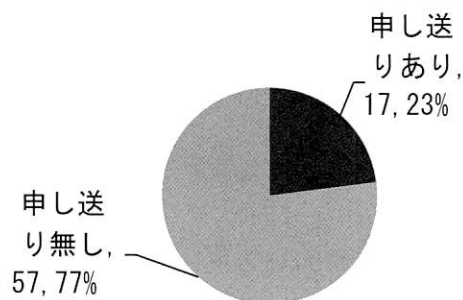


図 2-10 退院病院からの申し送りの有無  
（訪問看護からのPT,OT,STの訪問）

n=74（単位：人、％）

また、これら3つのサービスの利用を中止した理由を答えてもらいました（複数回答）。3つのサービスとも「家族の希望」が1位もしくは2位と上位を占めていました（表2-4）。

「訪問看護からのPT,OT,STの訪問」では、「身体機能、能力が改善した」が5人（23％）で4位でした。また、「訪問リハビリテーション」では、「身体機能、能力が改善した」が7人（33％）と2位でした。一方、「通所リハビリテーション」では、「身体機能、能力が改善した」は2人（4％）のみでした。

また、通所リハビリテーションでは「受け入れ側から断られた」が11人（21％）で中止理由の3位でした。

表 2-4 サービス利用中止の理由（複数回答）

	合計	家族の希望	本人の希望	改善（目標達成） 身体機能・能力が なかった	思った効果が得られ なかった	他のサービスを優 先するため	制度利用のため	類似サービス、他 の利用のため	経済的理由	点数の余裕が無い	理由 リスク等医療的な	受け入れ側から断 られた	その他
訪看	22 100%	11 50%	9 41%	5 23%	9 41%	3 14%	2 9%	2 9%	1 5%	1 5%	2 9%	3 14%	
通り	53 100%	17 32%	25 47%	2 4%	10 19%	4 8%	7 13%	4 8%	3 6%	7 13%	11 21%	10 19%	
訪り	21 100%	8 38%	6 29%	7 33%	3 14%	4 19%	1 5%	2 10%	4 19%	1 5%	0 0%	4 19%	

上段：件数、下段：％、訪看はPT,OT,STの訪問、通りは通所リハ、訪りは訪問リハ

これら3つのサービスを利用したことがない理由についても、「家族の希望」「本人の希望」「アセスメントの結果」の3つが、全てのサービスで上位3位を占めていました（複数回答）。「希望するサービス内容ではない」は「訪問看護からのPT,OT,STの訪問」では51人（18％）、「通所リハビリテーション」では45人（26％）、「訪問リハビリテーション」では62人（21％）であり、全てのサービスで4位でした。また、「希望はあるがサービス自体が無い」は、「訪問看護からのPT,OT,STの訪問」では0人（0％）、「通所リハビリテーション」では3人（2％）、「訪問リハビリテーション」では9人（3％）でした（表 2-5）。

表 2-5 サービスを利用したことがない理由（複数回答）

	合計	家族の希望が無い	本人の希望がない	断 アセスメントにて判 り無し	退院病院から申送 り無し	リスク等の医療的 な理由	医療機関の外来リハ を利用	希望するサービス 内容ではない	希望はあるが、サー ビス自体が無い	経済的理由	点数の余裕が無い	その他
訪看	288 100%	172 60%	185 64%	148 51%	32 11%	6 2%	9 3%	51 18%	0 0%	21 7%	16 6%	25 9%
通り	176 100%	109 62%	108 61%	49 27%	18 10%	19 11%	9 5%	45 26%	3 2%	28 16%	15 9%	22 13%
訪り	299 100%	174 58%	176 59%	126 42%	28 9%	10 3%	12 4%	62 21%	9 3%	31 10%	13 4%	40 13%

上段：件数、下段：％、訪看はPT,OT,STの訪問、通りは通所リハ、訪りは訪問リハ

## 5) 医療機関との情報交換

### ① かかりつけ医との情報交換

介護支援専門員とかかりつけ医との情報交換は、202 人（34%）の利用者についてはカンファレンスや面談等の機会に直接会って情報交換をしている一方で、ほぼ同じ数の 201 人（34%）の利用者に対しては情報交換を行っていない現状が認められました（図 2-11）。

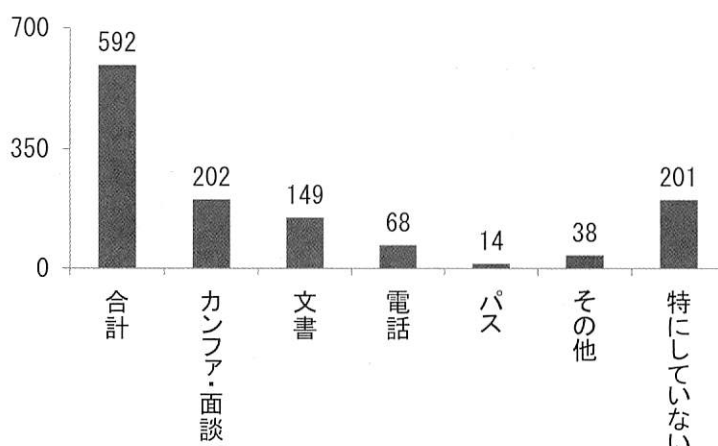


図 2-11 かかりつけ医との情報交換の手段（複数回答）（単位：人）

情報交換の状態は、289 人（49%）の利用者については「良好」もしくは「概ね良好」という状態でした（図 2-12）。すなわち、かかりつけ医と情報交換を実際に行っている利用者については、そのほとんどが良好な関係のもとで情報交換を行なっていると言えます。

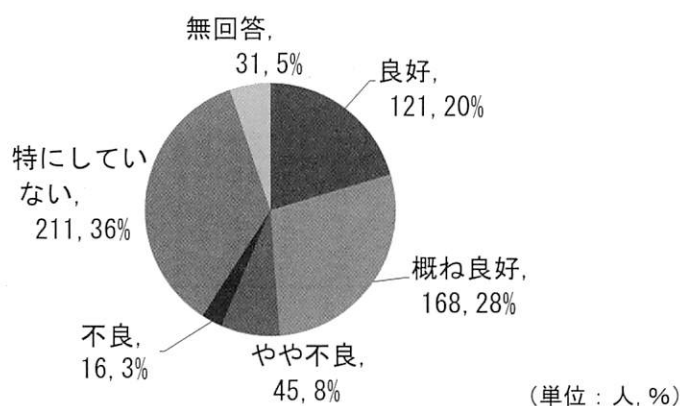


図 2-12 かかりつけ医との情報交換の状態 n=592

介護支援専門員の基礎資格の職域による、かかりつけ医との情報交換の状態を比較しました。その結果、医療系職種を基礎資格にもつ介護支援専門員が担当している利用者についてはかかりつけ医との情報交換を行っている割合が高く、統計的にも良好な関係が保て

ている状況が認められました（図 2-13）。なおここでは、担当している介護支援専門員の基礎職種や情報交換の状態が無回答の場合は対象外としました。

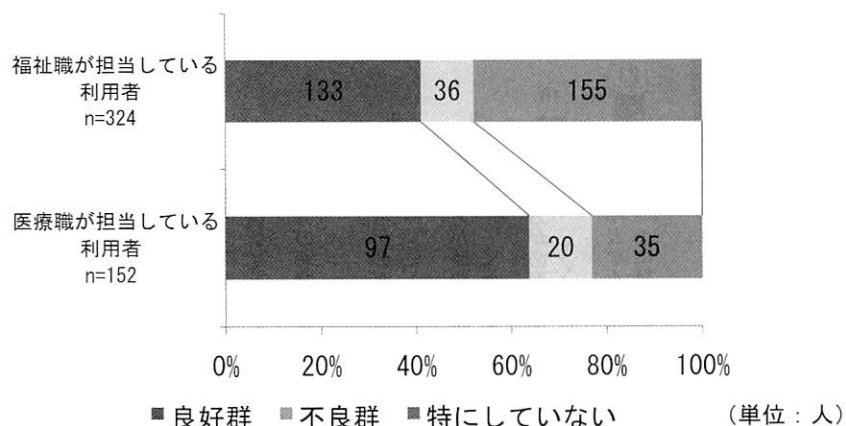


図 2-13 基礎資格によるかかりつけ医との情報交換の状態の違い p<0.01

介護支援専門員とかかりつけ医との情報交換の状態が「良好」もしくは「概ね良好」であるとした 289 人の利用者について、その理由としては、「先方が情報交換の必要性を理解している」が 134 人（46%）と最も多く、次いで「連絡をとるための壁を感じない」が 99 人（34%）、そして「自らが情報交換の必要性を強く認識している」が 93 人（32%）でした（図 2-14）。

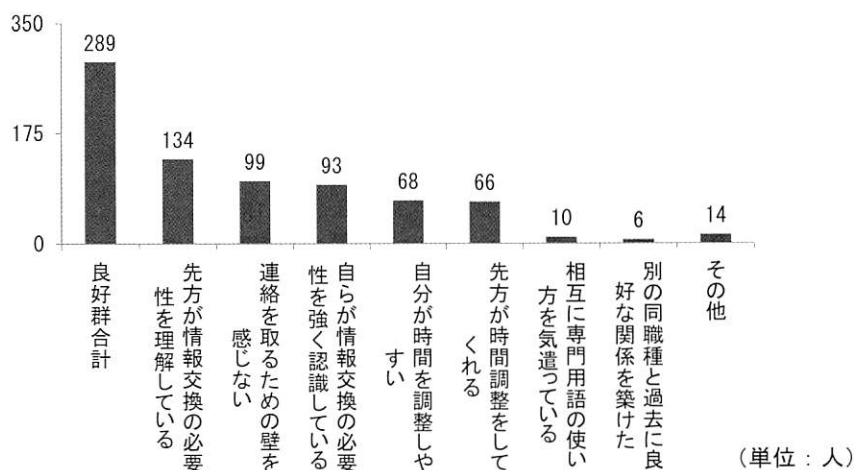


図 2-14 かかりつけ医との情報交換が良好な理由（複数回答）

一方で、情報交換をしているが、介護支援専門員とかかりつけ医との情報交換の状態が「不良」もしくは「やや不良」として 61 人の利用者について、その理由としては「なんとなく連絡をとるのに壁がある」が 23 人（38%）、次いで「先方が必要性を理解してくれない」が 16 人（26%）、そして「先方が時間調整をしてくれない」と「自らが必要性を

感じていない」が共に9人（15%）でした（図 2-15）。

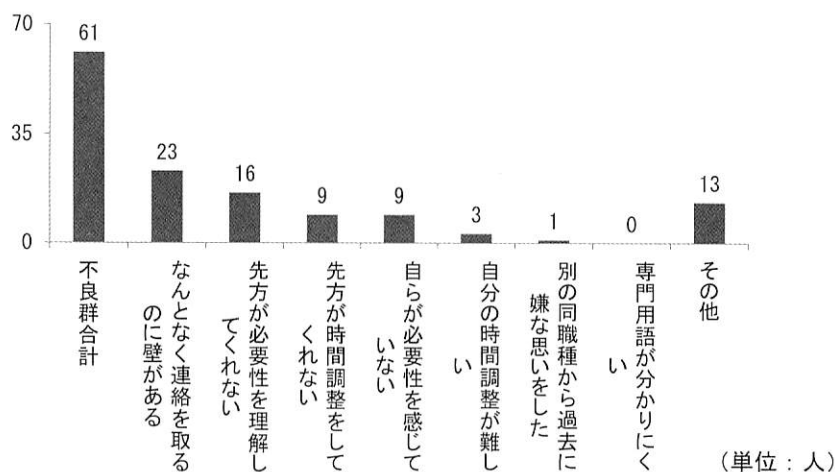


図 2-15 かかりつけ医との情報交換が芳しくない理由（複数回答）

## ②退院した病院との情報交換

退院した病院との情報交換は、281人（47%）では「特にしていない」状況でした。今回は対象となる脳卒中の利用者の退院からの期間を確認しておらず、既に退院から長い期間が経っている場合は、退院した病院との情報交換を行う機会は減ってしまっていることも考えられます（図 2-16）。

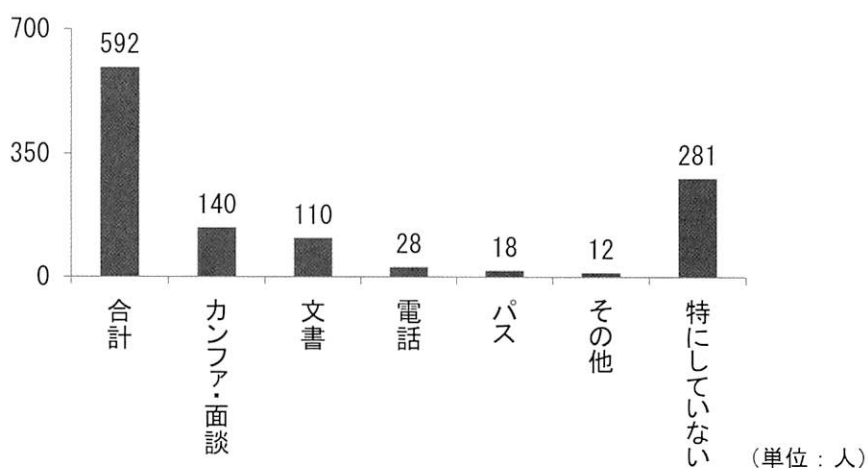


図 2-16 退院した病院との情報交換の手段（複数回答）

情報交換の状態については、201人（34%）の利用者に関しては「良好」もしくは「概ね良好」な状態でした（図 2-17）。すなわち情報交換を実際に行っている場合は、そのほとんどが良好な状態と言えます。

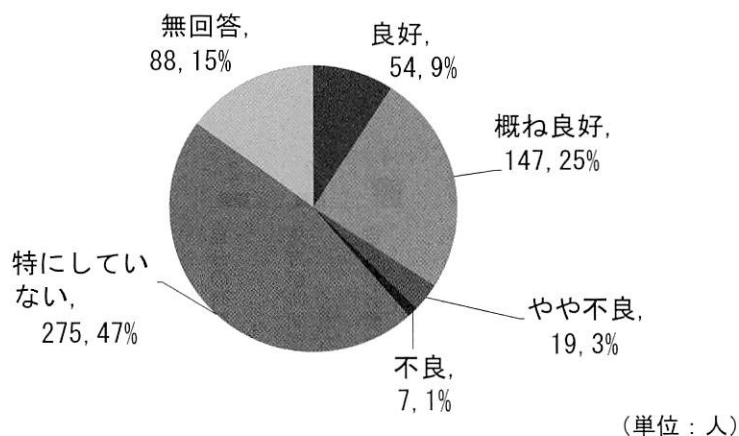


図 2-17 退院した病院との情報交換の状態 n=592

介護支援専門員と退院した病院との情報交換の状態が「良好」もしくは「概ね良好」であるとした 201 人の利用者について、その理由としては「かかりつけ医との情報交換」と同様に「先方が情報交換の必要性を理解している」が 104 人 (52%) と最も多く、次いで「連絡をとるための壁を感じない」が 62 人 (31%)、そして「自らが情報交換の必要性を強く認識している」が 60 人 (30%) でした (図 2-18)。

また、介護支援専門員とかかりつけ医との情報交換の状態が「不良」もしくは「やや不良」であるとした 26 人の利用者について、その理由としては「かかりつけ医との情報交換」と同様に「何となく連絡を取るのに壁がある」が 12 人 (46%) と最も多く、次いで「先方が必要性を理解してくれない」が 11 人 (42%) でした (図 2-19)。

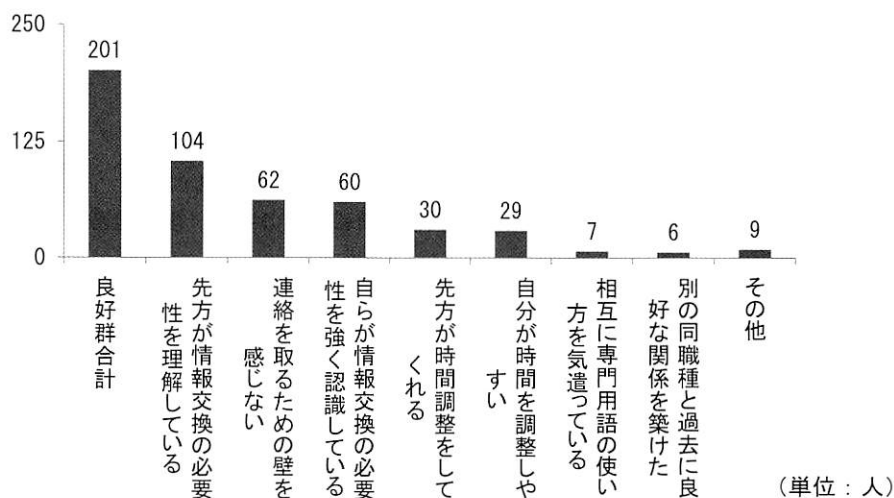


図 2-18 退院した病院との情報交換が良好な理由 (複数回答)

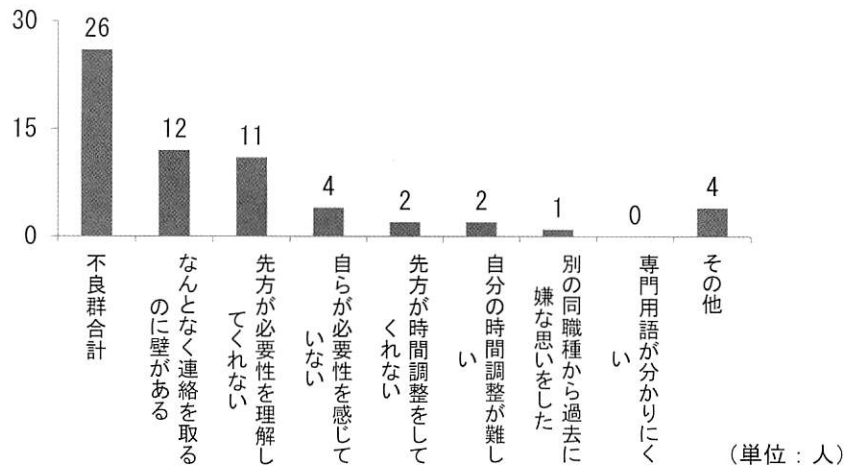


図 2-19 退院した病院との情報交換が芳しくない理由（複数回答）

### ③かかりつけ歯科医との情報交換

かかりつけ歯科医との情報交換については、407 人（69%）と約 7 割の利用者について「特にしていない」状況でした（図 2-20）。なお、72 人の利用者に関してはかかりつけ歯科医との情報交換が良好であるという回答を得ましたが、その中で「良好」もしくは「概ね良好」な関係を築けている理由としては「先方が時間調整をしてくれる」が 30 人（42%）、「先方が情報交換の必要性を理解している」が 29 人（40%）でした（図 2-21）。

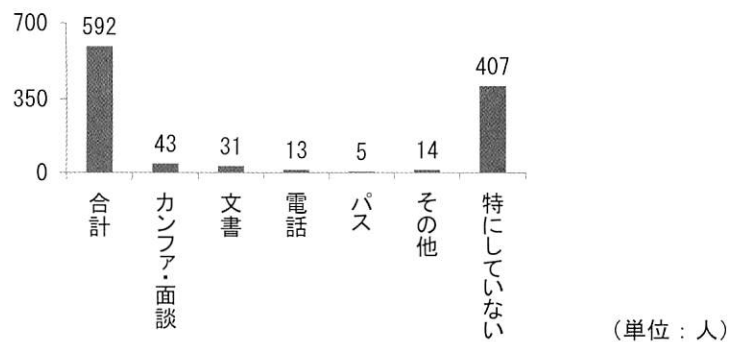


図 2-20 かかりつけ歯科医との情報交換の手段（複数回答）

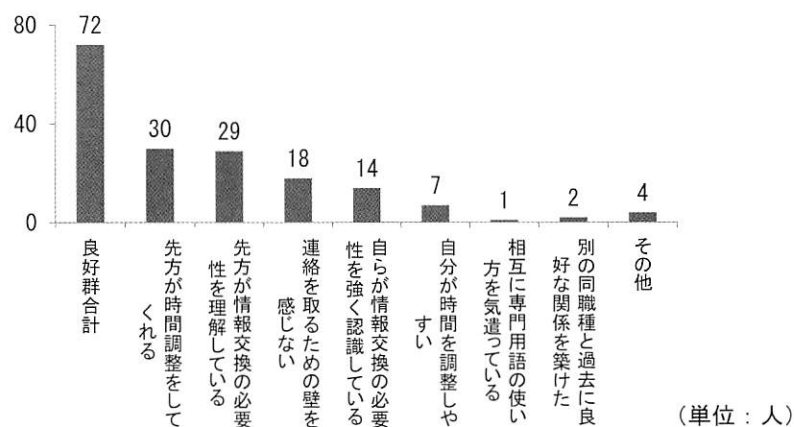


図 2-21 かかりつけ歯科医との情報交換が良好な理由（複数回答）



#### ④かかりつけ薬局との情報交換

かかりつけ薬局との情報交換については、451人（76％）の利用者について「特にしていない」状況でした（図 2-22）。

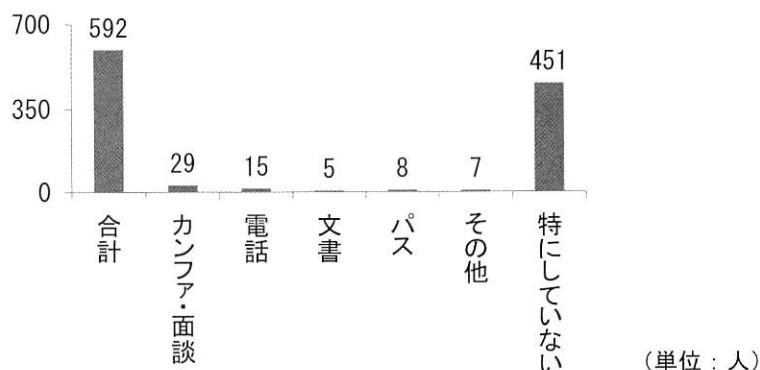


図 2-22 かかりつけ薬局との情報交換の手段（複数回答）

### 3. 調査 3. あんしんケアセンターへのインタビュー調査について

2 ページに述べたように、インタビュー内容を関連図に構造化しました。ここではその概要を示します（資料 3～6）。

#### 1) 医療との関係について（資料 3）

現状、医療と介護の情報交換はシステム化されておらず、介護側から見ると医療は敷居が高く連絡を取ることも難しい現状があります。しかし、ソーシャルワーカー等が配置されている医療機関とは連携が取りやすい状況も認められます。

その中でも、福祉系職種を基礎資格に有するケアマネジャーは医療との連携が難しい状況もあり、レベルアップを図る支援が必要と考えられています。

また、医療との連携は報酬（保険点数等）に左右される一面もあり、医療側の多くは在宅を理解していないという見方がある現状の中で、医師の理解を得ることは困難という認識が認められます。その一方で、医療側も介護支援専門員との連携に困惑しているであろうという認識もされている状況です。

したがって、医療と在宅の相互理解の推進が今後不可欠であるという認識が伺えます。

#### 2) リハビリテーションについて（資料 4）

同じ千葉市の中でも、地域によってリハビリテーション資源に偏りがあります。そして、病院でのリハビリテーションには期限があったり、病院や施設によってリハビリテーションスタッフの対応が異なっているのが現状です。また、介護側のリハビリテーションに対するイメージは多種多様ですが、利用者の生活とリハビリテーションが遊離しているという認識がされています。さらに、行政の専門職との協働が難しく、フレキシブルに動けるリハビリテーション専門職がないのも現状です。

そのような背景の中で、医療や介護保険におけるリハビリテーションサービスを受けて

いなくても、あんしんケアセンターや介護支援専門員が相談できるリハビリテーション専門職が必要であるという認識があることが伺えます。

### 3) 予防について (資料 5)

脳卒中に関する介護予防プランは、再発予防や障害の 2 次予防という観点からを持った予防という考え方からの取り組みは難しく、さらに予防給付だと受け入れ事業者も限られてしまう現状があります。そのような中で、リハビリテーションの視点から予防プランを考えることはより一層難しい現状があります。

このような背景の中、予防プランについてリハビリテーション専門職のアドバイスが得られることが望ましいという認識があることが伺えます。

### 4) 地域づくりについて (資料 6)

千葉市は大きいことから一つのアんしんケアセンターが担当する圏域も大きく、その中で地域差も大きいという背景の中で、地域ケアのネットワーク化やシステム化が課題と認識されています。そして、そのために必要な地域診断への取り組みの必要性が認識されていますが、その取り組みはあまり進んでいない状況です。

地域ケアのネットワーク化やシステム化には、委託という立場を活用しつつも、行政の協力の必要性が認識されています。そして、地域ケアのネットワークの中に医療をどのように巻き込むかが課題として認識されている現状が伺えます

## 4. 調査 4. 千葉県地域生活連携シートを利用した研修会における調査

3 圏域 4 箇所の「あんしんケアセンター」が主催をして、「千葉県地域生活連携シート」を利用した研修会を実施しました。

参加者には脳卒中 1 事例についてシートを記入してもらった上で、研修に参加してもらい、その記入に関わることについてアンケート調査を行いました。研修会は全 3 回実施され、参加者数は 131 人 (71 事業所) で、調査票は 81 人から回収されました (回収率 62%)。

回答者は、介護福祉士が 45 人 (56%) を占めていました (図 3-1)。

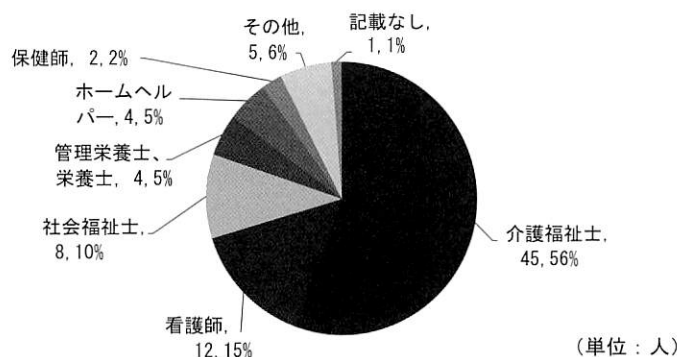


図 3-1 回答した介護支援専門員の基礎資格 n=81

身体機能や ADL などに関する「在宅安定期の身体機能及び生活機能等について」の項目において、多職種間での確認の有無は、「全て確認している」が 15 人（19%）、「一部確認していない項目がある」が 56 人（69%）、「全て確認していない」が 7 人（9%）でした（図 3-2）。この「一部」もしくは「全て」について多職種と確認をしていない 63 人の中には、その理由として「確認したいが確認方法がわからない」という回答者が 13 人（21%）おり（図 3-3）、この中で基礎資格の無記入者 1 人を除く 12 人が福祉系職種を基礎資格とした介護支援専門員でした。

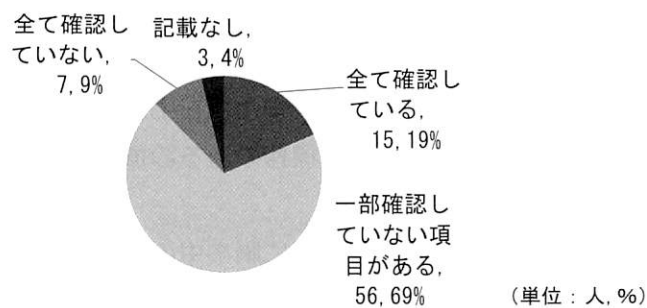


図 3-2 記入に関しての多職種での確認実施有無 n=81

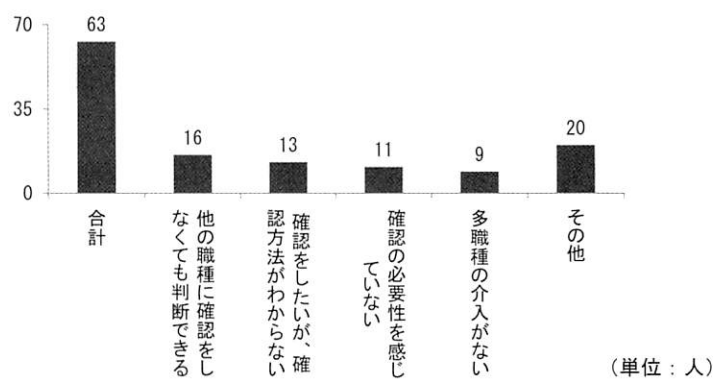


図 3-3 「一部」もしくは「全部」について確認していない理由

### Ⅲ. まとめ ～考察にかえて～

#### 1. 調査 1：千葉市の脳卒中の概要把握について

今回の結果から、千葉市の要介護等の原因として占める脳卒中の割合は 23% であり、平成 19 年度国民生活基礎調査（厚生労働省）の要介護等の原因疾患の 23.3% と同様と考えられます（図 1-1）。

## 2. 調査2：千葉市の介護支援専門員に対する実態調査について

### 1) 介護支援専門員の基礎資格

介護支援専門員の基礎資格としては福祉系職種が多く、脳卒中の利用者の50%は介護福祉士を基礎資格とする介護支援専門員が担当をしていました(表2-1,2)。

### 2) 併存疾患

併存疾患としては「高血圧、消化器系疾患などの内科系疾患」が61%と最も多く、このことから、かかりつけ医は内科系の医師が多い可能性が高いと考えられます(図2-1)。

昨年度の本事業で行った千葉市内の医療機関を対象とした調査においても、回答があった診療所313件中163件(52%)が内科を標榜しており、内科医が脳卒中のかかりつけになる可能性が高いことが予測されました。また、在宅の脳卒中者に関わる医療提供及び処置の実施の全ての項目について、内科の標榜のある診療所の関わりが高い現状も認められました。

これらのことから、内科の診療所の医師に脳卒中のリハビリテーションに関わる理解を促すことや、介護支援専門員との連携の支援を進めることが、脳卒中の在宅リハビリテーションの推進につながる可能性が考えられます。

### 3) 要介護認定区分

要支援1,2から要介護2までの軽症の介護認定を受けている脳卒中の人が50%を占めていました(図2-2)。これは、調査1で示した平成19年度の千葉市の調査結果と同様と言えます。

また、昨年度の本事業で行った千葉県内の脳卒中对応医療機関を対象とした患者動向調査では、障害の程度を表すmodified Rankin Scaleという指標を用いて調査をしましたが、その中でも、「全く症状がない」Grade0から「何らかの介助を必要とするが、介助なしに歩行可能」である中等度の障害のGrade3までを合算すると全体の55%を占めていました。

これらのことから、軽度の障害を有する脳卒中の再発予防や障害の2次的な予防に関わる支援の必要性が伺えます。

### 4) 介護保険におけるリハビリテーションサービスの利用状況とその理由

介護保険におけるリハビリテーションサービスについては、「通所リハビリテーション」の利用が45%と最も多く、「訪問看護からのPT,OT,STの訪問」の利用は17%、「訪問リハビリテーション」の利用は10%でした。その中で「通所リハビリテーション」の利用者は要介護認定に大きな偏りはなく、「訪問看護からのPT,OT,STの訪問」や「訪問リハビリテーション」の利用は要介護4,5に偏りが見られました(図2-3~8)。

そして、いずれの介護保険におけるリハビリテーションサービスの利用に係る理由としては、本人や家族の希望の有無を上げる割合が高い状況でした(表2-3~5)。これらのことから本人や家族の希望を中心にサービスの組み立てられており、本来リハビリテーションサービスが必要な人にサービスが導入されているかが不明な現状があると考えられます。

また、これら3つのサービスの中で、利用している理由として「かかりつけ医からの指示」や「退院病院からの申し送り」を挙げている割合が最も高かった「訪問看護からのPT,OT,STの訪問」でも、利用者が四分之三を占めている要介護4,5について、これらを利用理由とする割合は3割に満たない状況でした(図2-9,10)。今回の対象者が脳卒中ということ踏まえると、かかりつけ医に対して、リハビリテーションの適切な利用に関する周知の必要性が伺われます。また、今回の調査では、それぞれの利用者の退院からの期間は把握していませんので、退院から長期間経っている場合はその限りではありませんが、リハビリテーションの専門以外の医師へも同様な周知の必要性が伺われます。

一方で、サービス利用の中止理由として「身体機能、能力が改善した」を挙げている利用者が「訪問看護からのPT,OT,STの訪問」では23%、「訪問リハビリテーション」では33%いました。これらのことから、漫然とサービス提供を続けているだけでなく、身体機能や能力の向上につなげ、サービスを終了している事業者があることが伺われます(表2-4)。

また、「通所リハビリテーション」の利用中止の理由として、21%が「受け入れ側から断られた」という理由を上げており、利用者とサービスのマッチングに問題があることが予測されます(表2-4)。

これら3つのサービスを利用していない理由として、「希望はあるがサービス自体無い」を理由としている利用者は3%以下でした。このことはサービスが充足していると考えたよりは、サービス不足が情報として先行していることから、本人や家族からも希望として上がり難いことや、介護支援専門員も勧めないという可能性が考えられます(表2-5)。

### 5) 医療機関との情報交換

かかりつけ医をはじめとした医療機関との情報交換について、実際に情報交換を行っている利用者に関しては、介護支援専門員は良好な関係を築けている一方で、「情報交換を特に行っていない」が高い割合をしめていました(図2-12~22)。

特に、福祉系職種を基礎資格とする介護支援専門員が担当している利用者の場合よりも、医療系職種を基礎資格とする介護支援専門員が担当している利用者の方が、かかりつけ医との情報交換を円滑に行っている現状が認められました(図2-13)。

介護支援専門員の多くを占める福祉系職種を基礎資格とする介護支援専門員がかかりつけ医をはじめとする医療機関と円滑な情報交換ができるための仕組みづくりが必要と考えられます。

医療機関との情報交換が円滑に行われている場合、その背景には、医療側の情報交換への理解の高さがあり、芳しくない場合には、介護支援専門員側が何らかの壁を感じるという状況が認められました(図2-14,15,18,19,21)。このことから、介護支援専門員と医療機関の情報交換を円滑に進めるためには、医療機関の理解の促進も不可欠と考えられます。

## 3. 調査3：あんしんケアセンターへのインタビュー調査について(資料3~6)

現状、地域包括支援センターや介護支援専門員の「リハビリテーション前置」の発

想が乏しく、「予防」に係るケアプラン作成やサービス提供に PT,OT,ST の関与がほとんどない現状が認められました。また、医療と在宅ケアに係る事業者との相互理解の推進が地域ケアの現場で求められている一方で、どのように医療を地域ケアに巻き込むかが課題となっている現状も認められました。

今後、この状況を改善するためには、地域包括支援センターや介護支援専門員への「リハビリテーション前置」の発想の周知、そして医療と介護の共通する地域課題を明確にし、それを具体的に解決するための地域ケアにおける「場」作りの支援の必要性が考えられました。

#### 4. 調査 4：千葉県地域生活連携シートを利用した研修会における調査

先に述べましたが、この結果からも福祉系職種を基礎資格とする介護支援専門員への多職種との連携を円滑に行うための支援体制を構築する必要性が伺えます(図 3-2,3)。

#### 今後について

今後本事業を通して、脳卒中のリハビリテーションに係る地域の連携体制の構築には、

- ① 現在、国等で議論が進んでいる地域包括ケアシステムの構築を見据えた、医療と介護の相互理解を促進するための場作り。
  - ② サービス利用の有無に関わらず、介護支援専門員などが PT,OT,ST の専門職にリハビリテーションサービスの利用の是非や内容等を相談できるような、地域包括支援センターや介護支援専門員と PT,OT,ST の協働モデルの構築。
  - ③ 幅広く医師に向けた脳卒中の再発予防や障害の 2 次予防に関する取り組みの周知や、介護保険におけるリハビリテーションサービスの理解の推進などの働きかけ。
  - ④ 介護支援専門員へのリハビリテーション前置としてのリハビリテーションの周知促進。
- これらの取り組みが課題として考えられます。

※利用者個別票の対象者が無い場合も、「返信票」はご返信ください。

## 返信票

返信月日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

返信した利用者個別票の枚数： \_\_\_\_\_ 枚



※返信した利用者個別票が0枚の場合、その理由を以下の選択肢から一つ選び $\blacktriangleright$ を付けて下さい  
施設内のケアプランのみ担当しているため  
現在ケアプラン作成には携わっていないため  
担当に脳卒中の利用者が全くいないため

あなたが平成 22 年 10 月末に担当していたケース数： \_\_\_\_\_ 名

内訳 要支援 1, 2 : \_\_\_\_\_ 名      要介護 1 \_\_\_\_\_ 名      要介護 2 : \_\_\_\_\_ 名  
 要介護 3 : \_\_\_\_\_ 名      要介護 4 \_\_\_\_\_ 名      要介護 5 : \_\_\_\_\_ 名  
 暫定 : \_\_\_\_\_ 名

※回答者についてお尋ねします

ケアマネジャー歴 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ケアマネジャー受験時の基礎資格について該当するものを1つお選び下さい

医師      歯科医師      保健師      看護師      歯科衛生士  
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士      管理栄養士、栄養士  
社会福祉士      介護福祉士      ホームヘルパー  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

※報告書をお送りいたしますので、差し支えなければお書き下さい

事業所名 :

電話番号 :

住 所 :

回答者氏名 :

ご協力ありがとうございました

## 利用者個別票

### ● 注意事項

- 本調査票は、平成 22 年 10 月末日に担当されていた脳卒中の方、1 事例につき 1 枚ご記入下さい。
- 回答は平成 22 年 10 月の状況についてお答え下さい。
- 回答方法は各設問の指示に従ってお答え下さい。

- この調査票の「脳卒中」とは、脳梗塞（脳血栓）、脳（内）出血、くも膜下出血、脳血管障害、等のことです。

1. 利用者の平成 22 年 10 月末日での年齢をお書き下さい \_\_\_\_\_ 歳
2. 利用者の性別を一つ選び $\blacktriangleright$ を付けて下さい : 女性      男性
3. 脳卒中以外の併存する疾患について、次の選択肢の中から該当する項目を全て選び $\blacktriangleright$ を付けて下さい
  - 心筋梗塞、心不全などの心臓系の疾患
  - 高血圧、消化器系疾患などの内科系の疾患
  - 変形性関節症や関節リウマチなどの整形外科系の疾患
  - 慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの呼吸器系の疾患
  - アルツハイマー型認知症やうつ病などの精神系の疾患
  - その他
  - 特に併存疾患はない
  - 不明
4. 利用者の要介護認定区分を一つ選び $\blacktriangleright$ を付けて下さい。
  - 要支援 1, 2      要介護 1      要介護 2      要介護 3
  - 要介護 4      要介護 5      暫定プラン
5. 利用者の日常生活自立度を一つ選び $\blacktriangleright$ を付けて下さい。
  - 自立      J 1      J 2      A 1      A 2
  - B1      B2      C1      C2      不明
6. 利用者の認知症生活自立度を一つ選び $\blacktriangleright$ を付けて下さい。
  - 自立      I      II a      II b
  - III a      III b      IV      M      不明

7. 以下の(例)を参考に、回答欄の3つのサービスについて、その利用状況に応じて理由等を回答欄の下にある選択肢の一覧から全て選び番号を転記してください。そして、最も影響が大きい理由を一つ選び、その番号に○を付けて下さい。なお、予防プランの場合は「介護予防●●サービス」と読み替えて下さい。

(例)「通所介護を、以前は利用していたが現在は利用を中止した。その理由は『本人の希望』『他のサービスを優先させるため』そして『経済的理由』であった。さらに、その中で最も影響が大きかった理由は『経済的理由』であった。」という事例を書くとき以下のようになります。

サービス名	現在利用している	利用していたが今は中止	利用したことはない
例) 通所介護	99	1、6、⑧	99

無記入との識別のため、必ずご記入下さい。

最も影響が大きい理由に○を付けて下さい。

回答欄

サービス名	現在利用している	利用していたが今は中止	利用したことはない
訪問看護 (PT, OT, ST の訪問)			
通所リハ			
訪問リハ			
理由等の 選択肢	<div style="text-align: center;">↓</div> 1. 本人の希望 2. 家族の希望 3. 退院病院から申し送りがあったため 4. かかりつけ医からの指示 5. アセスメントの結果、必要と判断した 6. 医療機関の外来リハが中止になった 7. 目標が未達成のため 8. 他職種からのコンサルテーションを受けて 9. 以前からの利用を特に見直していないため 10. その他 99. 非該当	<div style="text-align: center;">↓</div> 1. 本人の希望 2. 家族の希望 3. リスク等医療的な理由 4. 身体機能・能力が改善(目標達成)した 5. 思った効果が得られなかった 6. 他のサービスを優先するため 7. 類似サービス、他制度利用のため 8. 経済的理由 9. 点数の余裕が無い 10. 受け入れ側から断られた 11. その他 99. 非該当	<div style="text-align: center;">↓</div> 1. 本人からの希望がない 2. 家族からの希望が無い 3. 退院病院から申し送りが無かった 4. リスク等の医療的な理由 5. アセスメントにて必要性が無いと判断した 6. 医療機関の外来リハを利用しているため 7. 経済的理由 8. 点数の余裕が無い 9. 希望するサービス内容ではない 10. 希望はあるが、サービス自体が無い 11. その他 99. 非該当

8. この利用者に関して回答欄に示した医療機関との情報交換について、利用している方法全てを選びをつけて下さい。そして、その中で最も多く利用する方法を一つ選び○で囲んで下さい

医療機関	主たる情報交換方法		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> カンファレンス及び面談 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 特にしていない	<input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 連携パス
退院した病院	<input type="checkbox"/> カンファレンス及び面談 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 特にしていない	<input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 連携パス
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> カンファレンス及び面談 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 特にしていない	<input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 連携パス
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> カンファレンス及び面談 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 特にしていない	<input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 連携パス

9. この利用者に関して回答欄に示した医療機関との情報交換に関する「総合評価」を一つ選びをつけて下さい。そして、その理由を下の選択肢一覧から全て選び番号を回答欄に転記し、さらにその中で最も影響が大きい理由の番号一つを選び転記した番号に○を付けて下さい。

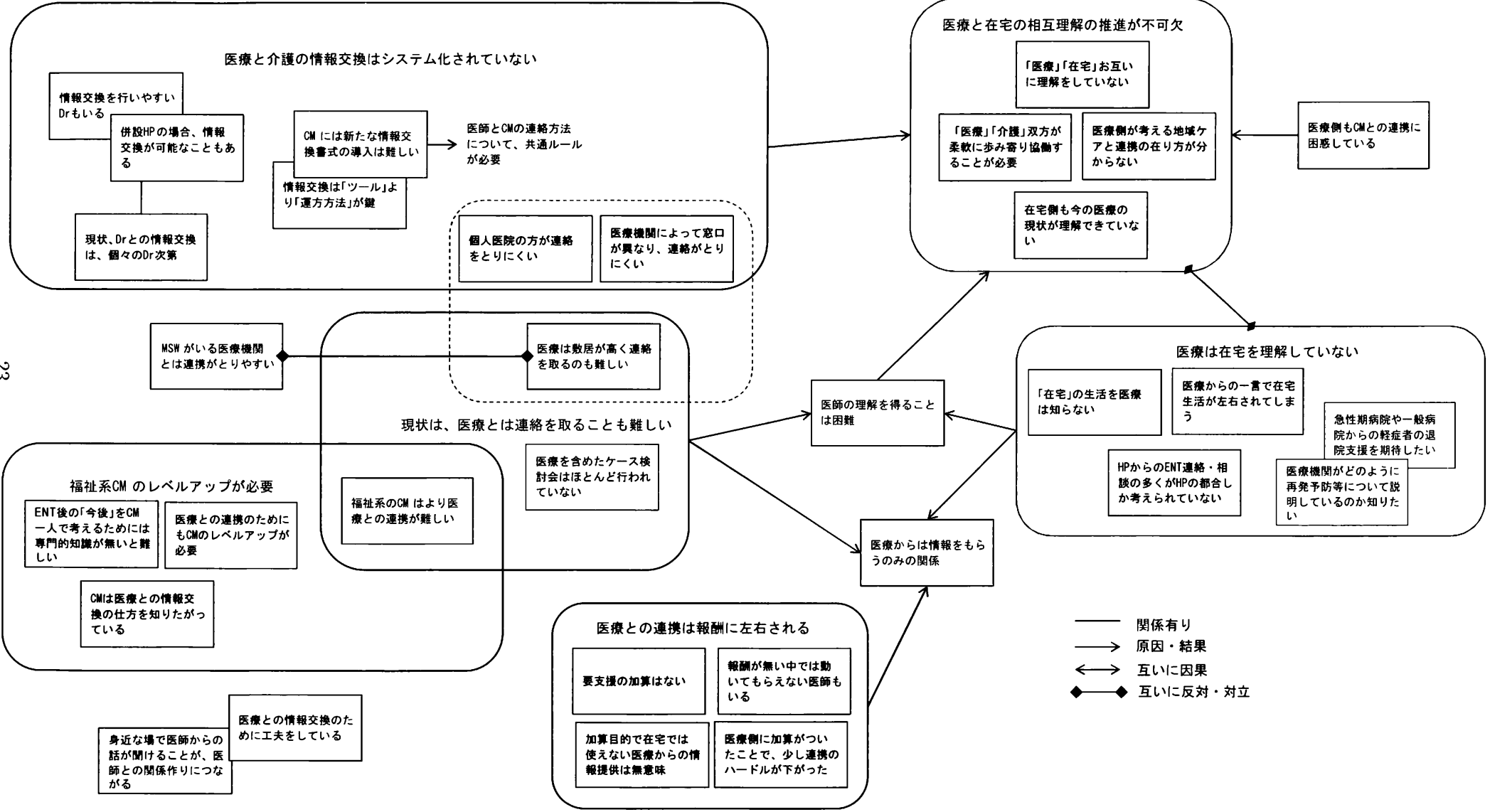
医療機関	総合評価(その理由)			
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 良好 (理由: )	<input type="checkbox"/> 概ね良好	<input type="checkbox"/> やや不良 (理由: ) <input type="checkbox"/> 不良 (理由: )	<input type="checkbox"/> 特にしていない
退院した病院	<input type="checkbox"/> 良好 (理由: )	<input type="checkbox"/> 概ね良好	<input type="checkbox"/> やや不良 (理由: ) <input type="checkbox"/> 不良 (理由: )	<input type="checkbox"/> 特にしていない
かかりつけ 歯科医	<input type="checkbox"/> 良好 (理由: )	<input type="checkbox"/> 概ね良好	<input type="checkbox"/> やや不良 (理由: ) <input type="checkbox"/> 不良 (理由: )	<input type="checkbox"/> 特にしていない
かかりつけ 薬局	<input type="checkbox"/> 良好 (理由: )	<input type="checkbox"/> 概ね良好	<input type="checkbox"/> やや不良 (理由: ) <input type="checkbox"/> 不良 (理由: )	<input type="checkbox"/> 特にしていない
理由の 選択肢	※評価理由を下の選択肢から転記願います			<div style="font-size: 4em; opacity: 0.5;">X</div>
	1. 先方が時間調整をしてくれる 2. 自分が時間を調整しやすい 3. 相互に専門用語の使い方を気遣っている 4. 先方が情報交換の必要性を理解している 5. 自らが情報交換の必要性を強く認識している 6. 連絡を取るための壁を感じない 7. 別の同職種と過去に良好な関係を築けた 8. その他	1. 先方が時間調整をしてくれない 2. 自分の時間調整が難しい 3. 専門用語が分かりにくい 4. 先方が必要性を理解してくれない 5. 自らが必要性を感じていない 6. なんとなく連絡を取るのに壁がある 7. 別の同職種から過去に嫌な思いをした 8. その他		



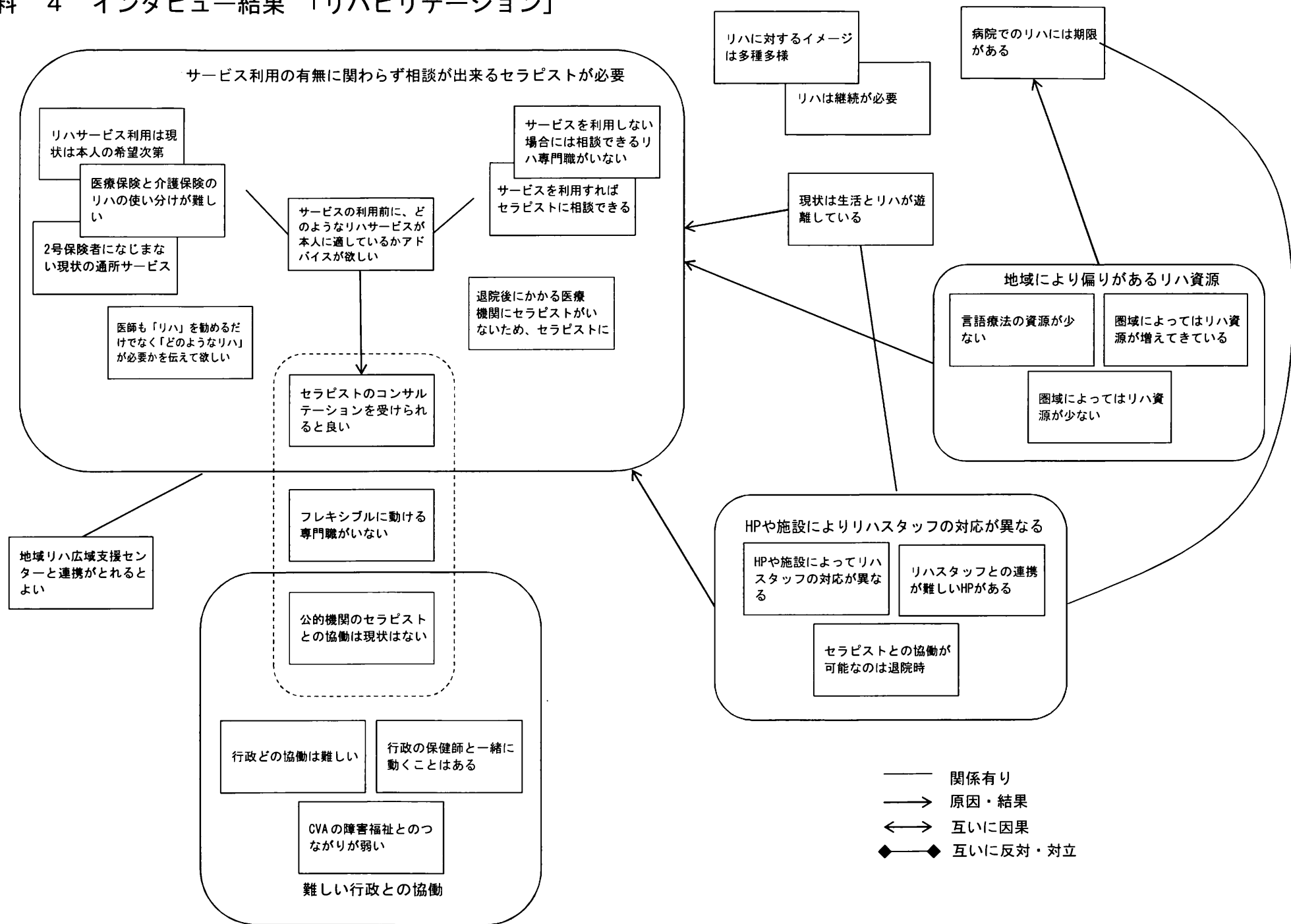
資料 3 インタビュー結果 「医療との関係」

包括としては、医療とCMの「つなぎ」のバックアップをしたい

退院させる側、受け入れる側の狭間で利用者がしわ寄せを受けている

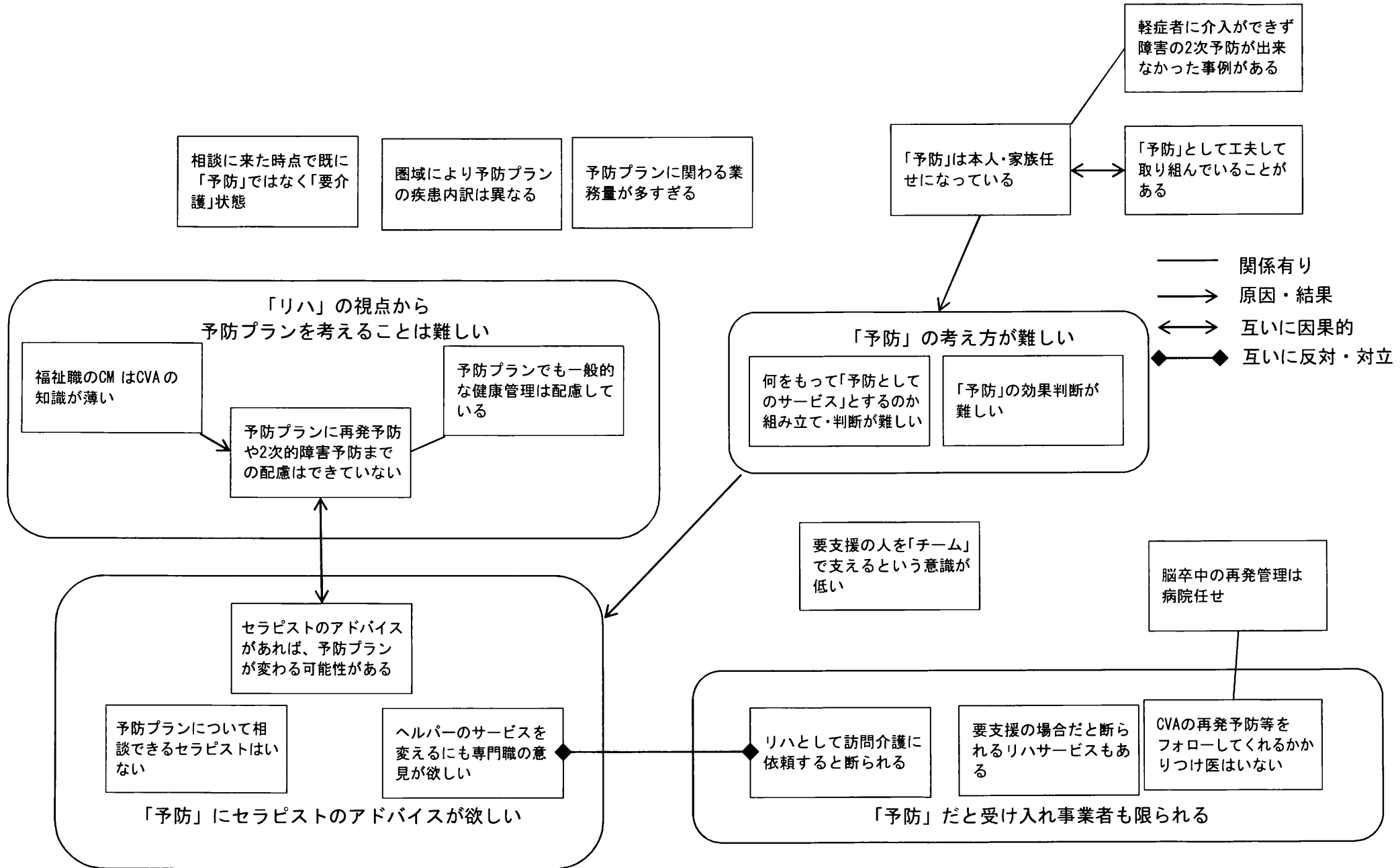


資料 4 インタビュー結果 「リハビリテーション」

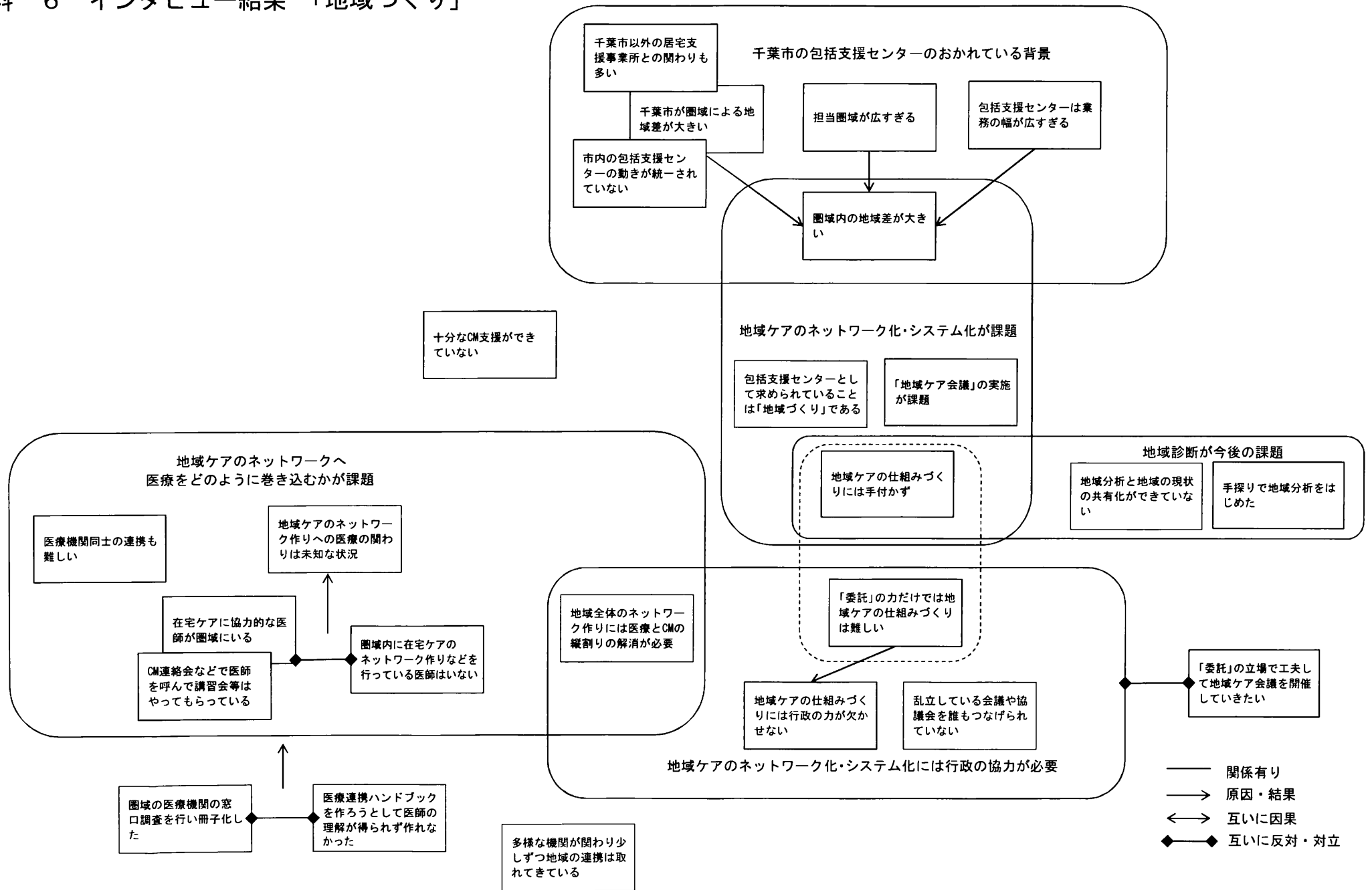


- 関係有り
- 原因・結果
- ↔ 互いに因果
- ◆—◆ 互いに反対・対立

資料 5 インタビュー結果 「予防」



資料 6 インタビュー結果 「地域づくり」



- 関係有り
- 原因・結果
- ← 互いに因果
- ◆◆ 互いに反対・対立

平成 22 年度千葉県脳卒中リハビリテーションモデル事業報告書  
～千葉地域～

平成 23 年 3 月

発行・編集：千葉県千葉リハビリテーションセンター  
〒266-0005 千葉市緑区誉田町1丁目45番2  
電話：043-291-1831  
FAX：043-291-1847