

第 5 部

考察

I. 一般病床の現状に関すること

入院時調査票が回収された 1,700 人中、半数を超える 940 人（55.3%）が一般病床への入院であり（p.19、図 6-1）、その入院目的は「主疾患の急性期治療」が 731 人（77.8%）、次いで「リハビリテーション」が 116 人（12.3%）であることから（p.20、図 8-1）、県内の脳卒中医療において一般病床は急性期治療とリハビリテーションの両者の大きな役割を担っていることが認められた。

本調査では、入院時の目的しか把握していないため、例えば急性期治療目的で一般病床に搬送された後に継続して同一病床でリハビリテーションを受けている場合、リハビリテーションの入院目的には反映されていないことから、実際には今回の結果以上にリハビリテーションを目的として一般病床に入院している患者の割合が高いことが予測される。

さらに一般病床からの退院者が 1,483 人中 1,009 人（68.0%）と最も多く（p.27、図 5-1）、その退院先として「在宅」が半数の 505 人（50.0%）であることから（p.31、表 10-1）、一般病床での在宅退院へ向けたリハビリテーションの取り組みが行なわれていることが予測される。

これらのことから、県内のリハビリテーションの充実のために、一般病床における積極的なリハビリテーションへの関わりを推進する体制作りが有効な一手段と成り得る可能性があると共に、これらの検討する上でも県内の一般病床におけるリハビリテーションへの取り組みの実態把握を行なうことが必要であると考えられる。

II. 人員不足に関すること

本調査の対象は、県内の脳卒中对応医療機関、亜急性期病床を有する病院、回復期リハビリテーション対応医療機関、脳血管リハビリテーションⅠからⅢ、運動器リハビリテーションⅠ、Ⅱであり、それぞれの立場からリハビリテーションに深く関わっている医療機関である。しかし、医療機関等調査票の結果では、リハビリテーション科の医師は常勤換算 123 名であり、内科、外科、整形外科、脳神経外科、神経内科と比して最も少なく、最多であった内科医の 1,899 名の 6.5%に留まった（p.10、図 3-2）。

また、理学療法士を配置している病院は 90%を超える 154 病院であったが、作業療法士を配置している病院は 63.7%の 107 病院、言語聴覚士については 53.6%の 90 病院に留まっていた（p.12、図 5-1）。

これらのことから、脳卒中リハビリテーションに関して、リハビリテーション科医師、作業療法士、言語聴覚士の人員不足が顕著であり、人員不足に対する何らかの対策が体制整備上必須と考えられる。

III. リハビリテーション医療資源に関すること

リハビリテーション目的の入院患者が、居住圏域の病院に入院している割合が必ずしも最も高い医療圏域ばかりではなかった（p.22、表 10-1 及び p.32、表 11-1）。

この要因の一つとして、本調査時に回復期リハビリテーション病床数が君津圏域では 0 病床であった一方で、東葛南部圏域では全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会が基準としている対 10 万人 50 床を超えている状況であったことから明らかであるように、回復期リハビリテーション病床数の医療圏域間の差や、回復期リハビリテーション病棟を有する病院数が不足していることが考えられる。

さらに別の要因として、救急搬送をされた病院によるその後のリハビリテーションを受けるための転院先への影響が考えられる。主疾患の急性期治療を目的とした入院では、居住地圏域の病院へ入院している患者の割合が最も高いものの、その割合は安房の 100%から山武長生夷隅の 39.9%と幅があり、山武長生夷隅については 7 圏域に分散している状況であり、このことがリハビリテーション目的での入院における医療圏域の分散にもつながっているものと考えられる (p.21、表 9-1 及び p.22、表 10-1)。

今後、患者の居住圏域での脳卒中リハビリテーションの完結を目指すためには、回復期リハビリテーション病棟数の充実と急性期対応の医療機関の確保とを併せた体制整備が必要であろう。

IV. 回復期リハビリテーション病棟の有効利用

在宅へ退院した患者 744 名の半数近くの 353 名 (47.4%) が Grade1 と 2 であった。特に回復期リハビリテーション病棟においては、在宅へ退院した 156 名の 6 割近くを占める 90 名 (57.7%) が mRS の Grade1 と 2 であった (p.34、表 13-1)。一方で回復期リハビリテーション病棟から在宅へ退院した患者は 228 名中約 68%であり 70%を割っていた (p.31、表 10-1)。

また、回復期リハビリテーション病棟 (病院) へ転院した 135 名中の約 18%の 24 名が、同様に Grade1 と 2 であった (p.33、表 12-1)。

このように、同じ Grade で在宅へ退院する場合と回復期リハビリテーション病棟へ転院をする場合があること、そして在宅への退院率が 70%を下回っている状況について、これらの背景を精査することも含めながら、今後の回復期リハビリテーション病棟の活用のあり方の検討が必要と考えられる。

さらに、回復期リハビリテーション病棟へ転院した 135 名中 81 名 (60%) は併存障害が無くその割合は在宅へ退院した 774 名中 550 名 (73.9%) に次いで高いことから、何らかの併存障害がある脳卒中患者に対する回復期のリハビリテーションを提供する医療機関の充実も課題の一つであると考えられる (p.36、図 15-1)。

V. 院内転棟に関すること

本調査では、入退院に関する患者の動向を把握する調査票設計となっており、院内転棟は把握していないことから、急性期治療を行った後に同一病院内の回復期リハビリテーション病棟へ転棟した症例の動向が把握できていない。

平成 22 年 1 月現在、県内で回復期リハビリテーション病棟を有している 27 病院の中で、救急診療や 2 次救急を標榜している病院が 13 病院と約半数を占めていることもあり、より詳細な動向を把握するためには、今後院内転棟の把握に係る調査の実施が望まれる。

VI. 併存障害に関すること

退院時の併存障害の有無については、例えば「意識障害」もその程度は本調査では把握していない。一方、自宅への退院の場合は、退院させる病院と受け入れる在宅サービス提供者側の間で併存障害に対するとらえ方が異なることが予測される。これらのことから、今後は在宅に係るサービス提供者がどのような併存障害に苦慮しているのかを把握することが、医療機関との連携推進のために必要であろう。

千葉県脳卒中患者動向調査

平成 22 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