

地域保健**都市医師会脳卒中地域連携担当事務連絡協議会の発足にむけて
（神奈川県下統一パスの作成）**

神奈川県医師会理事 羽 鳥 裕

第5次医療法改正の4疾病5事業の医療計画に基づき、4疾病のひとつ脳卒中の急性期から回復期・維持期そしてかかりつけ医を含めた医療連携が求められ、診療報酬上も加算が可能となったが、その要件に、その患者に関わる急性期病院、回復期維持期病院、かかりつけ医の年3回程度の情報交換の会合の設定が求められている。この場合、グループを超えた診療連携を行うときには、それぞれ別に情報交換の場が必要となり、診療現場には雪だるま式に負担が増加する。

神奈川県医師会は、直接の診療に加わるわけではないので、都市医師会、中核・リハビリ病院に貢献できることには限界があるが、情報交換の会合回数を減らせるよう厚労省地方局、神奈川県と交渉しており、それが可能となれば無駄がなくなるのではないだろうか？

脳卒中の急性期医療は、発症から3時間以内にt-PA加療が求められるなど超急性期における救急隊と急性期病院の連携による時間との戦いであるが、程度の差はあれ、リハビリテーションを経て、社会復帰を可能とするものの他、残念ながら慢性期加療あるいは地域での在宅加療などを必要とする場合が多い。

現在、脳卒中有病率の高さ、医療資源の多くが脳卒中治療に要していることを考えると、神奈川県もこの領域を無視するわけにはいかない。神奈川県においては超急性期から、リハビリ、維持期の加療がスムーズに進むと

ころもあるが、いまだ未完成のところもある。日本国内の他都道府県の現況と比べたとき、この分野での神奈川県の対応はばらつきも多い。今後脳卒中医療の均霑化を目指し、シームレスな脳卒中診療の実現には、かかりつけ医、急性期病院、リハビリテーション病院、療養型施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム等の福祉施設、デイケア、デイサービス、訪問看護ステーション、救急隊、行政などに及ぶ地域の幅広い連携が必要であり、地域保健・医療・福祉の中心であるかかりつけ医の役割は大きい。

脳卒中地域医療に関する全国アンケート調査（国立循環器病センター）によると、一般診療所における脳卒中患者を診療するものは62%におよび、訪問診療も多数の医師が行っている。また、脳卒中治療の特殊性からみて時間的要因は大きく、主たる対象は二次医療圏で地域完結型の医療が求められている。超急性期病院との連携は比較的良好であるとするものが多いが、回復期・維持期の病院との連携、リハビリの充実度、リハビリまでの待機時間には未だ課題が大きい。すでに稼働している地域においては必要なことではないかもしれないが、回復期・維持期の医療連携を考えるとできるだけ県下（できれば近隣の都県とも）のクリティカルパスを統一し、さらには個人情報に十分配慮しつつ個別症例の蓄積をはかり電子情報化して、地域における治療の有効性確認のための評価システムの構築、評価結果の還元、県民への情報提供によ

り、他の都道府県や他の地域と比べ、診断、治療、介護レベルの向上をめざし脳卒中診療

介護のレベルの向上を目指すことはメリットが大きいと考える。

神奈川(旧／横浜・川崎)脳卒中広域シームレス医療研究会について

横浜市立大学医学部長(全国医学部長病院長会議会長) 黒 岩 義 之

神奈川県郡市医師会の先生方におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。さてこの度、「郡市医師会 脳卒中地域連携担当理事連絡協議会」(2010.7.22.)に参加させていただき、有意義な話し合いがございました。心から感謝申し上げるとともに、「郡市医師会 脳卒中地域連携担当理事連絡協議会」の発展を心から祈念いたします。私が代表を仰せつつかっている「神奈川(旧／横浜・川崎)脳卒中広域シームレス医療研究会」は神奈川県の脳卒中地域連携医療(ケア)に興味を持つ関係者が集まり、地域の医療レベルの向上を図ることを目的に発足致しました。第1回は2009年2月23日(月)に横浜市立大学医学部「ヘボンホール」において、急性期病院34、回復期リハビリテーション病院18を含む医療機関にご参加を賜り、脳卒中地域連携についての活発なディスカッションがなされました。第2回は、2009年9月23日(水)同会場にて急性期病院、回復期リハビリテーション病院を含む医療機関の計43施設、96名にご参加を賜り、「脳卒中地域連携パスの統一に向けて」をテーマに開催致しました。第3回は、2010年4月2日(金)同会場にて、『脳卒中基本法』をテーマに開催させていただきました。神奈川県保健福祉部ならびに神奈川県医師会からもご講演を賜り、150名を超す参加者があり盛況理に会を開催できました。第4回は、2010年12月2日(木)に第3回に引き続きまして「第4回神奈川(旧／横浜・川崎)脳卒中広域シームレス医療研究会」を開催させて頂く事となります。

今回も「時と場所」を提供させて頂く事で各ネットワークの負担軽減を目的とし、ご賛同頂きました神奈川県内の脳卒中ネットワークにできるだけ沢山ご参加いただきたく宜しくお願い申し上げます。当初は有志の関係者、有志のネットワークから会を立ち上げました。医師のみならず、脳卒中地域連携医療(ケア)にご関心をもつ様々な職務の方々のご参加を受け、「計画管理病院とそこにつながる回復期リハビリテーション病院」の会として、統一パスを推奨し、年間の報告業務の問題点や地域医療への活かし方を共に考えていく会として、発展させてまいりたいと願っております。「神奈川(旧／横浜・川崎)脳卒中広域シームレス医療研究会」が「郡市医師会 脳卒中地域連携担当理事連絡協議会」の発展を後押しできればと考えております。お互いに、脳卒中の地域連携の益々の発展に力と知恵を出し合い、協力関係を続けることができればと思います。

「神奈川(旧／横浜・川崎)脳卒中広域シームレス医療研究会」世話人・顧問(順不同)

代表世話人：黒岩義之(横浜市立大学医学部長、神経内科・脳卒中科 教授)

世話人(大学関係)

高木繁治(東海大学 神経内科 教授、副病院長)

長谷川泰弘(聖マリアンナ医科大学 神経内科 教授)

川原信隆(横浜市立大学 脳神経外科 教授)

田口芳雄（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 脳神経外科 教授）

望月秀樹（北里大学 神経内科 教授）

池田尚人（昭和大学横浜市北部病院 脳神経外科 准教授）

倉田 彰（北里大学 脳神経外科 准教授）

世話人（病院関係）

山本勇夫（横浜市立脳血管医療センター センター長）

林 暁（新戸塚病院 院長）

北村佳久（横浜栄共済病院 副院長 脳卒中診療科・脳神経外科 部長）

丸山路之（済生会横浜市東部病院 脳血管内科 部長）

山下俊紀（七沢リハビリテーション病院 病院長）

久間祥多（七沢リハビリテーション病院 元院長）

沼田裕一（横須賀市立うわまち病院 病院長）

長堀 薫（横須賀共済病院 副院長 分院長）

宮坂佳男（大和市立病院 副院長，脳神経外科）

鈴木龍太（鶴巻温泉病院 院長）

世話人（クリニック関係）

板東邦秋（ばんどうクリニック 院長）

田口博基（タグチクリニック 院長）

世話人（医師会・病院協会関係）

羽鳥 裕（神奈川県医師会理事）

渡辺史朗（神奈川県病院協会会長）

顧問：桑名信匡（東京共済病院 院長）

最良の脳卒中医療の提供を目指して

聖マリアンナ医科大学神経内科 長谷川 泰 弘

脳卒中は生存できてもしばしば重い後遺症を残し、要介護となる原因の4割が脳卒中で占められています。脳卒中は、急性期、回復期、維持期からなる長い一連の医療が、多数の職種、複数の施設が連携して、切れ目なく医療・介護を提供しなければならない疾患です。パスに医療の質を向上させる効果があるというエビデンスはありませんし、連携パスに至ってはなおさらです。しかし、シームレスな医療の提供が必要である脳卒中の地域連携を考えるツールとしての意味はあると思われます。連携パスという「紙」の流れをよくすることが目的ではなく、「地域で統一した連携パス」を持つことを契機に地域の医療機関、異なる職種間で、地域全体の脳卒中の流れに関するコンセンサスを形成する機会ができることにこそ大きな意義があると思われます。この急性期、回復期、維持期の受け渡し

の大まかな方針を、オーバービューパスとして文書化することも重要です。

神奈川県、特に都市部における療養病床数は全国最低レベルであり、回復期リハビリ病床数は全国平均で人口10万対31床のところ、横浜市は20床しかないといわれています。今様々な疾患で、医療の均霑化（均霑＝人々が等しく利益を受け、同じように潤うこと）が求められるようになりました。神奈川県民が脳卒中になったとき受けられるリハビリテーションの実態は本当に他府県と同程度あるいはそれ以上と言えるでしょうか？社会復帰後の対応は適切でしょうか？実はこれらの質問に答えられるデータは全くありません。連携パスを通して神奈川県の実態が明らかになるようなエビデンスを作りながら、その問題を克服する方法を地域全体で考える機会ができることが、連携パスのもっとも重要な点と

考えます。このたび郡市医師会脳卒中地域連携担当理事連絡協議会が開催され、その第一

歩が踏み出されました。ご尽力いただきました先生方に心より御礼申し上げます。

脳卒中医療連携の問題点と進むべき方向

東海大学神経内科 高 木 繁 治

脳卒中地域連携については、全体の方向は明示され、すでにスタートしています。急性期、回復期、維持期施設間で使用する連携パスは、神奈川県を試行版が作られています。連携する施設間の協議会もすでに行われています。

これからあらたに行うべきことは明白です。それは、できるだけ多くの維持期施設に参加していただくことに尽きます。具体的な届出の方法は簡単です。

- ① 参加を希望する維持期施設は1つまたは複数の回復期病院と連携を結びます。維持期施設からの届出は特掲診療料の施設基準等の様式12の3という簡単なものです。
- ② 回復期病院は、連携を結んだ維持期施設のリストを様式12の2で届けるとともに、連携している急性期病院にその情報を送ります。
- ③ 急性期病院は様式12により回復期病院と維持期施設のリストを届け出ます。

これで手続きはすべて完了です。如何に多くの施設に参加していただくか、が現実的に

は大きな難問です。維持期と回復期の連携を促す際に、医師会のご尽力は極めて重要です。

維持期施設に参加していただくためには、インセンティブが必要です。地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)300点はその一部ではあります。しかしもっと大事なことは、「このような連携を作りパスを使用したら、地域全体としてより良い医療ができる」ことを示して、参加する意欲をたかめることでしょう。それには現在の急性期⇒回復期⇒維持期という連携に加えて、救急を含んだprehospitalや急性期施設同士の連携、維持期から急性期への連携(このパスはできています)、維持期施設のサポート体制を推進するなど、多くの課題があります。また集まった報告書からうまくデータベースを作りバイアスのかからないように注意しながら成績を公表することも重要です。このようなことを考えると、脳卒中医療連携はこれからが“本質的”な局面、勝負どころ、であるといえるでしょう。皆様のご協力をお願いいたします。

脳卒中地域連携担当理事連絡協議会における神奈川脳神経科医会の 役割と脳卒中かかりつけ医（サポート医）制度設立のご提案

神奈川脳神経科医会 代表世話人

神奈川脳卒中地域連携広域シームレス研究会 世話人

順神会 ばんどうクリニック 板 東 邦 秋

神奈川脳卒中地域連携広域シームレス会議の設立目的は、各地域ネットワークでの年3回の情報交換会開催義務の負担を軽減することと、統一パスを実施し、その結果を比較することにより地域格差を明確にして今後の地域医療レベルの向上につなげることにあります。その最終目標は、連携加算対象外の脳卒中症例も統一パスに乗せ、全ての脳卒中治療のデータを集積し比較し公表し、世論やマスコミを喚起することにより、行政を動かして、インフラ整備や診療・介護報酬を含めた脳卒中診療環境の改善を目指すもので、そのキーワードは地域医療のレベルアップであります。従って、地域医療の担い手であるかかりつけ医が中心となって、それぞれの医療・介護施設が情報を共有し、継ぎ目のない（シームレス）医療介護を提供する必要があります。

神奈川脳神経科医会は、脳外科・神経内科・脳卒中科の専門医が主体となり、一般医師会員のために、専門分野に関する情報をわかりやすく提供するために県医師会の分科会として認可されました。シームレス会議とは綿密に連携し、年2回の定例学術集会には必ず脳卒中医療を主要テーマとして取り扱ってまいります。

今回、県医師会とシームレス会議、脳神経科医会とが強力なタッグを組むことにより、医師会員諸氏の脳卒中診療に対する関心や地域ネットワークへの参加が促進されることを大いに期待します。

最後に、認知症・脳卒中かかりつけ医（サポート医）制度の設立（既存の認知症かかりつけ医制度に脳卒中の講義内容を付加する）をご提案いたします。これは低迷する認知症かかりつけ医制度の賦活にもつながると確信しております。

平成22年8月3日

神奈川県における脳卒中地域連携パスの現状と今後

七沢リハビリテーション病院脳血管センター病院長 山下 俊 紀

脳卒中診療における連携体制を考えますと、神奈川県は、大きな人口を抱え、かつ二次保健医療圏も地理的に狭く、数も多く存在してこれを越えて診療が渡り合い、同一地域内で医療や介護が完結されないことが多く、広域的に利便さが求められる現実にあります。

脳卒中の地域連携パスの健保導入を機に、神奈川県内では既に10数か所で脳卒中地域連携ネットワークグループが形成されています。また神奈川県保健医療計画において脳卒中地域連携パスの全県共通化が提示され、湘南西部二次保健医療圏での検討委員会からの

起案をもとに神奈川脳卒中広域シームレス医療研究会を通じてパスの共通化が検討され、現在県下共通のモデルパスを試行しています。現時点で急性期病院とリハビリ病院との間での連携パスの平均普及率（利用率）は概ね42%です。

共通パスの試行版である基本モデルは、オーバービューパスと施設間連携パスにより構成されています。オーバービューパスは、急性期病院、回復期リハビリテーション病院、維持期機関が診療内容やゴールの目標、進捗状況等を患者に説明するために使用されるものです。施設間連携パスの特徴は、双方向性で診療情報提供書を兼ね、簡便を重んじて所見は退院時の状況を伝えるにとどめております。維持期医療・介護機関用のものは、経過

報告用と再発や再リハの診療依頼用に2種類あります。詳細は、神奈川県医師会報713（2009.9）に掲載されています。

脳卒中の予後追跡については、病期が長期にわたることから、急性期医療機関に維持期におけるその後の状態報告が届くことが脳卒中診療の動向・実態把握に大きく寄与すると考えられ、維持期にまで連携パスが循環することが極めて重要な鍵になります。診療の共通性と継続性の向上にむけて、今後は維持期関連施設との連携にパスを利用して取り組んでいく必要があります。各地域毎に地域内で急性期・回復期・維持期の連携関係を強めていくためには各郡市医師会での周知・普及に期待する次第です。

郡市医師会脳卒中地域連携担当理事連絡協議会に参加して —脳卒中地域連携パスの課題について—

横浜市医師会 常任理事 古谷正博

横浜市では3つの二次医療圏で7つの脳卒中に関する地域連携パスが稼働していると認識しています。中核となる各病院主体で実施されており、詳細については区医師会が関与していますが、横浜市内での各々のパスの間での連携が出来上がっているとの認識は市医師会としては持っておりません。先日の会議での説明では神奈川脳卒中広域シームレス医療研究会に参加しているネットワークグループの病院は、パスを統一して行うということを現場では了承しているとの説明がありましたが、県行政あるいは県医師会の事業としてこの協議会が設立、運営されるのであれば、まずは全てのパスの中核となる医療機関を集め、協議会の設立と今後の方針の説明をして、合意を形成することが必要と考えます。

また、すでに何処かで議論されているのかとは思いますが、パスを統一することによる患者サイドのメリット・デメリットの説明が欠けているように思いました。

最後に、前回の会議ではクリニカルパスとは異なりますので発言は差し控えましたが、本市の二次救急システムの再構築の中で脳梗塞に対する早期の対応システムとして、t-PA実施医療機関を手上げで募り、カレンダー方式のリストを作成し、消防局が把握して救急搬送時の搬入先の選定に役立てるシステムが平成21年4月より「超早期脳卒中加算」届け出医療機関を含む市内28医療機関の参加を得て稼働していることを申し添えます。

脳卒中地域連携パス、維持期リハビリテーションへの移行の重要性

横浜市医師会 常任理事 根 上 茂 治

神奈川県においては、脳卒中急性期病院、回復期病院は医療資源として限りが有り、すでに病院はいっぱいという地域が多くあると思われます。人気のある病院へ集中しているとも思われます。回復期から維持期へ、いかにうまく患者さんを動かすかが、脳卒中地域連携パス制度設計上のキーポイントになると思います。現在、回復期から維持期への移行に対して、何のインセンティブもついていないため、この点をどうクリアしていくのが今後の問題と思われます。地域連携パスが目指すものは、「地域完結」、「医療行為の標準化」（A病院経由でもB病院経由でもおなじ結果が出るように）などです。パスにのれば

いろいろな面でメリットが出るような制度でないと、目的は達成できないでしょう。少しリハビリの適応を広げて患者さんを流していければよいと考えています。

神奈川県が抱えるさらに大きな問題として、リハビリに至らない重症例対策です。神奈川県内の重症心身障害児・障害者施設病床は全く不足していることを申し添えます。

横浜市医師会の担当役員として、維持期リハビリテーションの充実を中心に貢献していきたいと考えています。今後とも御指導くださいますよう、お願い申し上げます。

（参考資料、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1209-8c.html>）。

横須賀市医師会における 地域連携クリティカルパス（脳卒中）への取り組み

横須賀市医師会病診連携担当理事 山 下 隆 司

横須賀市医師会では県医師会や他の郡市区医師会に先駆けて、脳卒中の地域連携クリティカルパス（以下パスと略す）の作成を行い、会員間で平成20年度より既に運用を開始していた。その理由として、当医師会では平成18年度から平成20年度までの3年間に神奈川県のモデル事業である『地域医療連携体制推進事業』として予算を頂き、最終の平成20年度には試作したパスを実際に試用していた経緯がある。モデル事業としては現在では診療報酬上で算定可能な①脳卒中のパスや今後算定が見込まれている②癌（当医師会では早期胃がんと早期大腸がん）のパス③糖尿病のパス及び④心筋梗塞のパスの計4種類のパス

を作成した。その前年の平成19年度には横須賀市内の4か所の基幹病院の専門医と開業医を各8名ずつ選出して、ワーキンググループ（16名のメンバー）を構成し、①から④の計4種のパス毎に討議を行ってパスを作成した。その後会員全体に各パスの運用に参加可能かどうか打診し、参加可能な会員に対しては別途一般的なパスの考え方や今後の医療情勢等を含む勉強会及びパスの具体的な運用方法等の周知伝達場を設けた。平成21年度には既にモデル事業としては終了していたが、パスの運用は平成22年度にも継続中である。②の癌や④の心筋梗塞のパスは順調で、既にそれぞれ200名近い症例がパスの適応を

受け加療されている。ただし①脳卒中のパスに関しては横須賀市内の回復期を担う療養病床・リハ病床の絶対数不足の状況下において、パス適応者数が現在でも10人に満たない状況である。それは独歩通院可能なケースのみを受け入れるパスを作成したためであり、除外ケースがあまりに多く、適応となる

ケースが少ない事に起因していると考えている。今年度中にパス適応者数を伸ばすべく市医師会では脳卒中のパス改訂版を検討しているが、将来的には今般県医師会で連絡協議会を立ち上げ検討中の県下統一の脳卒中パスに市医師会も参加・協力していく方向を考えている。

脳卒中地域連携における問題点と課題

平塚市医師会脳卒中地域連携担当理事 久保田 毅

1 脳卒中地域連携の概要

2006(平成18)年の医療法改正で、「医療提供施設は有機的な連携を図る」旨がうたわれ、医療計画では主だった4疾病5事業が医療連携体制を構築して進められる事になった。それを受けて、神奈川県保健医療計画(2008年度—2012年度)においては、「脳卒中地域連携クリティカルパス」の導入の普及を2012年度に二次医療圏の全てに導入する事を目標として掲げている。驚く事に、脳卒中地域連携を達成する手段として、クリティカルパスを使用するという事まで、行政が規定しているのである。一方国がその政策を実現する方策として、2008(平成20)年の診療報酬改定で、「脳卒中地域連携診療計画管理料(900点)」が「診療計画管理病院」において算定できるようになり、加えて「診療計画管理病院」と連携をとった「回復期リハビリ病院」においても、「地域連携診療計画退院時指導料(600点)」を算定させ、脳卒中治療のいわば「川上にいる施設」に対して、地域連携作業を政策利益誘導してきた事は、皆様ご案内の通りである。制度設計からみると、当初から脳卒中急性期を担う「診療計画管理病院」がtPA治療の対象となる脳梗塞患者を効率的に集め、麻痺患者を滞りなく「回復期リハビリ病院」へ転院誘導する事に主眼をお

いている事がよく理解できる。脳卒中患者の予後を改善するためには、いかに発病早期から治療介入するかが最重要事項である事は周知の事であり、従って、脳卒中診療の「川上にいる施設」の作業効率をあげる制度を進める事そのものは、理解できる。

2 脳卒中地域連携の問題点

それでは、2008年から進められてきた、脳卒中地域連携における問題点は何か？それは、慢性期救急の担い手と受け皿となる病院の位置づけをおそらく意図的に不明瞭にしているという点である。脳卒中地域連携パス普及の議論の中での登場人物は、診療計画管理病院と回復期リハビリ病院という「川上にいる施設」のみである。2年間この制度を走らせた後に、2010年度からは、麻痺などの障害をもって長期療養する慢性期患者の管理を郡市医師会の開業医に求め、脳卒中慢性期患者を引き継いだ診療所には、「地域連携計画退院時指導料(Ⅱ)(300点)」を算定できるように誘導している。脳卒中後遺症でご苦労する患者さんはますます増加していくので、勤務医時代に脳卒中の診療経験が少ない開業医も脳卒中慢性期患者の診療を担ってもらわないと追い付かないから、皆で手分けして面倒をみなさい。そこまでは正論であろう。

3 脳卒中慢性期管理における課題

地域の診療所で脳卒中慢性期の患者を管理していく中で課題となるのは、慢性期救急における入院治療の受け入れ施設の問題である。それではまず、慢性期患者において入院治療を要する病態には、どのような病態が想定されるのか挙げてみる。1) 脳卒中再発、2) 虚血性心疾患の発病、これらは受け入れ病院がいくらかでもあるから、何の心配もない。むしろ頻度が高いのは、3) 誤嚥性肺炎、4) 電解質異常、5) 高アンモニア血症、6) 便秘によるイレウス、7) 高浸透圧性昏睡、8) 痙攣発作、9) 肺梗塞などの全身合併症である。従来の脳卒中連携は、A急性期病院で治療し、Bリハビリ病院でリハビリの後、A急性期病院の外来患者として通院し、多くの場合身体障害者手帳の交付を経て、C診療所が引き継ぐという形である。1) - 9) の合併症が生じて、C診療所は紹介元であるA急性期病院に診療依頼すればいいので、安心して慢性期管理ができた。ところが現在推進しようとしている新しい脳卒中地域連携では、A急性期病院からBリハビリ病院へ行っ

た後、C診療所が直接慢性期管理をするという絵である。A急性期病院は、脳卒中の急性期患者の受け入れ、治療に専念したいわけだから、制度としては上記3) - 9) の慢性期救急患者の受け入れ施設が未決のまま、C診療所に慢性期患者の管理を求めているわけである。これでは、慢性期患者管理を担う診療所はやりようがない。このような慢性期救急を受け入れる、D中小病院の役割が求められるわけだが、脳卒中地域連携を模索する中で、D中小病院の役割や位置づけには触れる事なく、作業を進めて来ているように見受けられる。

4 結語

脳卒中地域連携は、その手法を規定してまで、県の保健医療計画に基づいて展開しているものであるから、慢性期救急の受け皿としてD中小病院に役割を担ってもらう事を、県の医療行政が明確にして、具体的な施策を提示すべきであろう。同時に、県都市医師会には、地域の実態にあった地域連携体制の実現に向けて、行政と共に作業を進めていく事が求められる。

2010年7月

回復期病棟担当医の立場から

小田原医師会 小林病院リハビリテーション科 辻内和人

当院の回復期病棟は、小田原市周辺の患者さんを中心に年間110人前後受け入れています。小田原市内の2次救急病院で神奈川県西部脳卒中地域連携懇話会に属している病院は1病院に過ぎず（市立病院は属しています）、昨年度パスを持って転院してきたのは20人程度にとどまっています。パス自体のメリットは特に感じませんが、連携のための話し合いが数回行われ、その過程で他の病院の医師と知り合いになれたのが大きな収穫です。県全体で維持期のシステムを作っていく

のであれば、再発予防のための治療の標準化と患者さんの身体機能の維持のためのシステム作りが必要と考えています。建前上、維持期のリハビリテーションは、介護保険での通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションが担うことになっていますが、リハビリテーション病院を退院した比較的若い患者さん（70歳以下）が通所リハビリテーションに行くと、病院とのギャップをかなり感じるようです。

地域連携パスの利用に際して思うこと

座間綾瀬医師会

綾瀬厚生病院 脳神経外科 伊 藤 薫

地域連携パスを使用して脳卒中患者の情報を共有することのメリットは大きいと思われる。私はこの方針に賛成。しかし専門スタッフが少ない（いない）医療施設での患者の観察、機能評価は有効なデータとなるかは少し疑問。維持期にかかわる診療所や介護施設との間で情報交換ができることは大賛成だが、日々多忙な診療所の会員の先生方が複雑なパスを記入していただけるかは疑問。大病院以

外では簡単で手間のかからないパスを求める声が出るのではないだろうか。患者側に立つと自分の状況が一目で分かる患者向けパスシートにより病状、治療内容、リハビリの進行状況を確認できることは大きな利点。またこの施設に移動しても自分の状況を把握されているという安心感がある。施設を移動するたびに繰り返される患者の不安感は減らすことができるだろう。

脳卒中地域連携担当理事連絡協議会に参加して

相模原市医師会理事 小 松 幹一郎

相模原市は4月に政令指定都市となり人口も70万人を超え、面積も広大である。現在、相模原協同病院を中心とする相模原北部脳卒中連携パスネットワークと北里大学病院を中心とする首都圏脳卒中連携パスが実施されており、また脳卒中の2次救急体制の構築に向けて医師会・病院協会が協議しており再来年から実施の目処がたっている。協議会に参加して感じたことは、パスが県内で統一されることにより多くの病院、施設、診療所がネットワークに参加していける体制作りが重要だ

ということだ。そのためには脳外科や神経内科以外の先生方が簡便に作成できるパスであること、診療所の先生方が患者さんのADLが低下してきた際にどこで維持期のリハビリができるのか、脳卒中の再発や内科的合併症により入院が必要な患者さんをどこの病院が対応できるのかなどの情報を有効発信していく必要がある。今後も県の協議会で得た情報を市に持ち帰り、医師会・病院協会で協議していければと感じている。

湘南西部地区地域連携クリティカルパス検討委員会に参加して

中郡医師会担当理事

グリーン内科クリニック 妹尾 正 夫

第4回湘南西部地区地域連携クリティカルパス検討委員会が平成22年7月8日平塚保健福祉事務所で開催され、昨年に引き続き出席させていただきました。湘南西部地区での脳卒中における円滑な循環型の地域連携を目指すクリティカルパスは、昨年までに「試行版」が作成され、「急性期病院」と「回復期病院」の間ではすでに運用が開始されています。そして本年度からはこの「試行版」の積極的な普及を図るとともに、「回復期病院」

から「かかりつけ医」や「介護施設等」への「維持期」における連携について、具体的な対応を検討する段階に入りました。

今回のクリティカルパスが、脳卒中発症から迅速な入院受け入れ、治療開始といった急性期病院の救急態勢への貢献だけでなく、郡市医師会の委員としては維持期に患者様が安心して地域社会へ円滑に復帰できるツールとして広く普及されていくことを大いに期待しています。

脳卒中地域連携クリティカルパス

海老名市医師会 田 中 昭太郎

脳卒中地域連携クリティカルパスの導入は医療連携の手段のひとつである。パスのない現時点でも、各地で病-診、病-病連携により脳卒中の診療は行われている。t-PAによる超急性期医療の開発後、脳血管障害の診療は時間との勝負になってきた。しかし24時間、365日いつでもt-PA治療、緊急開頭術が可能な医療施設は限られている。限られた医療資源で超急性期-急性期-亜急性・リハビリ期診療を効率的に行うにはパスの運用が理にかなっている。後遺症も残さず社会復帰出来る症例もあるが、多くは重症の後遺症を残し社会復帰はおろか、在宅復帰も難しい症例である。これら維持期症例は在宅や療養型病床群、介護・福祉施設での療養生活者と

なるが、住み慣れた地域での在宅医療や施設療養が受けられない維持期難民が出ないよう対策を考えておかなければならない。そのためには地域の医療・介護・福祉資源の把握はもとより、入院入所出来ない維持期患者の実態調査をもとに今後の対策を考えなくてはならない。日本医師会雑誌生涯教育シリーズ78巻「在宅医療 午後から地域へ」はかかりつけ医・診療所医師の今後のあるべき役割が示されている。地域医療を担う診療所医師の参加がなければ脳卒中維持期の患者対策は立てられないし、急性期のパスも機能しないと考える。診療所医師の動向がパス運用の成否を握っているといっても過言ではない。