

## 18. 広島西地域脳卒中連携

廿日市記念病院<sup>1</sup>，広島総合病院<sup>2</sup>，アマノリハビリテーション病院<sup>3</sup>，

○狭田 純<sup>1</sup>，湯川 修<sup>2</sup>，天野 純子<sup>3</sup>

### 【はじめに】

我が国の医療は、限りある医療資源を有効に活用するために、専門特化する方向で整備されてきた。それは、リハビリ療法士や福祉系の職種の誕生と、急性期、回復期、維持期などの治癒過程の分化という形で現れている。その中で、チーム医療と連携が必須となった。広島県では独自の脳卒中連携パスが作成されているが、それぞれの地域の事情があり、県全体へは広がっていない。

広島西圏域（廿日市市・大竹市）では、広島地域医療対策協議会（保健所・医師会・大学病院により構成）の分科会として広島西圏域脳卒中医療連携体制協議会が結成され、脳卒中に関する連携が模索されている。

### 【目的】

1. 脳卒中に罹患した患者・利用者が適切な医療福祉を受ける。
2. 脳卒中に罹患した患者・利用者が切れ目の無い医療福祉を受ける。
3. 標準化された連携のために必要な制度を作る。
4. チーム医療の充実を図る。

### 【問題点】

1. 当圏域では、既に急性期基幹病院とリハビリテーション病院との間で、それなりの連携がとれていた。
2. 情報伝達ツールもある程度確立され、基幹病院での診療情報を医師会ホームページで参照できるシステムが運用されていた。
3. 看護領域でも、既に独自の情報伝達書式が考案され運用されていた。

4. 広島県の県内共通地域連携クリティカルパス（試案）は使い勝手が悪いとの評価がなされていた。
5. 全国的に各地の脳卒中クリティカルパスが、回復期から維持期のところで行き詰まりを見せていた。
6. パスという言葉にイメージとして分かり難さがある。

### 【共通認識】

1. 主体が患者・利用者・家族であることが現れる制度とする。
2. 連携パスという言葉では誤解が生じるので「パス」は使用せず、原則として「地域連携診療計画書」と「地域連携情報提供書」などを使用する。
3. 時間軸を規定した地域連携診療計画書（工程表）を作成する。
4. 地域内の既存の方式や各施設の既存の様式が準用できる制度とする。
5. 情報提供書作成の流れを実際の情報の流れと逆にする。
6. 維持期の担当医師にリハビリテーションの知識習得を強制しない。
7. 最終的には脳卒中に特化しない制度を考える。

### 【基準】

1. 職種は、診療(医師)、看護、リハビリテーション、福祉、行政の5部門。
2. 経過は、急性期、回復期、維持期の3期。
3. 時間軸を規定するのは、説明相談日。
4. 情報提供書は、職種毎に作成する。
5. 最終段階では脳卒中に限定しない。

表1 担当者割り

	急性期	回復期	維持期
診療	救急医	リハ医	在宅医
看護	病棟看護	病棟看護 病棟介護	訪問看護
リハ	急性期 リハ	回復期 リハ	通所リハ 訪問リハ 施設リハ
福祉	地域連携	MSW	ケアマネ
行政			市役所 包括支援

【構成】

医師：10名  
 看護師：3名  
 療法士：4名  
 福祉系：5名  
 行政職：2名

【方法】

- ワーキンググループとして、  
 急性期～回復期連携計画書  
 急性期～回復期情報提供書  
 回復期～維持期連携計画書  
 回復期～維持期情報提供書  
 維持期連携・ケアプラン  
 の5小委員会に分かれた
- 大枠を設定し、はめ込む基準作りを始めた。

表2 大枠

	急性期	回復期	維持期
説明日	入院日 その後 数回	毎月1回 説明相談日	外来 診察日

- それぞれの説明日に説明すべき共通項目を設定する。
- 説明項目に合わせて各職種がすべきことを規定する。
- 情報提供の必須項目は、急性期に向けて回復期から、また回復期に向けて維持期から意見をつのる。

【課題】

- 回復期から維持期への情報提供が、まだ不十分である。
- 時間軸が説明相談日で規定された地域連携診療計画書が、まだ出来ていない。
- 患者情報を、患者利用者に帰属させるシステムがまだ無い。
- 就労支援などの行政の連携への取り込みが行われていない。

【作業中】

- 維持期での情報提供書（通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・ショートステイなど）の書式統一を佐伯地区医師会に依頼。
- 回復期リハビリテーション病棟から退院する際に、必要事項記載済みの情報提供書（通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・ショートステイ用）を1枚添付する。

【おわりに】

地域連携では、職種間や急性期・回復期・維持期間での情報の共有が大切である。しかし時間軸に沿った対応が共通になっていなければ、情報の集約ができない。従って時間軸を明確にして標準化をはかる必要がある。議論の中で我々は、患者・家族を主体とすると時間軸を規定しているのは患者・家族と医療者との接点である説明相談日であるとの考えに至った。

一方情報の共有は、職種や急性期・回復期・維持期の担当者がそれぞれの都合を言い合ったのではまとまらない。我々は、相手の都合あるいは状態を理解して情報の共有を図る方法として、情報の流れと逆に情報提供書を作成することにした。

チーム医療は、情報を中心に据えた、顔の見える関係が大切だと考える。

現在も各ワーキンググループが活動を継続している。