

◎脳卒中(連携2)

座長 藤田 雅章

3-5-7 千葉県共用脳卒中地域医療連携パス(CAMP-S)：普及状況と課題

¹千葉県救急医療センター神経内科, ²東京湾岸リハビリテーション病院リハビリテーション科,³旭神経内科リハビリテーション病院神経内科, ⁴千葉労災病院脳神経外科,⁵千葉県千葉リハビリテーションセンターリハビリテーション科古口 徳雄¹, 近藤 国嗣², 篠遠 仁³, 小沢 義典⁴, 吉永 勝訓⁵

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス(Chiba Alliance Medical Path-Stroke; CAMP-S)は、平成20年度千葉県保健医療計画に基づいて千葉県・県医師会・病院が協働で作成した。急性期から地域生活期(維持期)までを包括したパス作成の経緯に関しては、昨年の本学会で報告した。今回は、CAMP-Sの普及状況と、普及における課題と対応について報告する。急性期病院とリハ病院の連携について:県の積極的な指導もあり県保健医療計画において広域医療圏対応病院はCAMP-Sに移行または採用を決定しており、各医療圏における基幹病院の多くもこれに続いている。9医療圏のうち8医療圏はほぼカバーしたが、現時点では急性期病院から回復期リハ病院の部分が走り出した。急性期病院における導入時の障壁は、リハ部門との院内調整と院内情報システムであり、リハ病院側の受け入れに大きな問題はなかった。地域生活期における連携について:急性期病院・リハ病院の所在地と居住地が異なることが多く、地域生活期における連携は最重要課題である。地区医師会での勉強会、介護事業者の研修会などの地道な広報とともに、県健康福祉部の事業である「千葉県リハビリテーション協議会」、「医療と介護のワーキンググループ」などと密接に連携し事業展開している。また、全県を対象とした「千葉県脳卒中地域連携の会」の開催など、医療圏を超えた連携作りを行っている。県および県医師会の強力な指導により、普及初年度としては、順調であった。地域生活期における連携作りが現時点で最も大きな課題である。

3-5-8 データバンクとのデータ移行が可能な脳卒中地域連携パスの電子化

¹熊本赤十字病院神経内科, ²熊本市立熊本市民病院神経内科, ³日本福祉大学社会福祉学部保険福祉学科,⁴厚生労働科学研究費補助金「リハビリテーション患者データバンクの開発」研究班寺崎 修司¹, 橋本洋一郎², 近藤 克則³, 鄭 丞媛⁴, 伊勢 真樹⁴, 宮井 一郎⁴, 山鹿眞紀夫⁴,山口 明⁴, 旭 俊臣⁴, 大串 幹⁴, 鴨下 博⁴, 西村 尚志⁴, 原 寛美⁴, 吉田 清和⁴,小林 祥泰⁴

【目的】リハビリテーション患者データバンク(DB)や脳卒中患者DBとのデータ移行が可能な脳卒中地域連携パスの電子化を構築する。**【方法】**熊本地域の脳卒中地域連携パスのうちデータベース部分(連携シート)を従来の紙パスと同一のレイアウトでファイルメーカー pro.(v.8.5～)で作成した。通常版に加え簡易プログラムを付随させたランタイム版も作成した。急性期から在宅まで各施設が入力したデータを急性期病院の入院日とIDをkeyとして連結し、さらによりレーシヨン機能でリハビリテーション患者DBと脳卒中患者DBに移行できるようにした。入力後印刷し、診療上は紙パスとして運用する。導入可能な施設から漸次導入し、未導入の施設は従来の紙パスの使用も可とする。後日必要に応じ各施設からデジタルデータとして集計し、未導入の施設のデータは紙パスから手作業で入力する。この地域連携パスをネットで配布し、2ヵ月後に各施設に導入状況をアンケートで質問した。**【結果】**配布2ヵ月後、9施設(急性期施設3施設、回復期施設4施設、維持期2施設)で導入された。未導入の理由として、利用できるPC端末がないなど施設の環境が整っていないことや内容が十分周知されていないことがあげられた。**【結論】**低コストで多施設が導入可能な脳卒中地域連携パスの電子化のモデルを作成した。今後、インターネットの活用やDBとの親和性のさらなる向上など他地域でも応用可能なバージョンアップが必要である。

一般演題(5月22日)

3-5-9 脳卒中地域連携パスでの維持期施設との連携について

富山県高志リハビリテーション病院リハビリテーション科

野村 忠雄

【目的】富山市圏域で統一型の脳卒中地域連携パス(以下パス)が開始されて2年を経過し、急性期と回復期病院との連携ができあがったが、維持期施設との連携は未だ不十分である。今回、維持期からのパスの返戻を検討し、連携の問題点と効果について検討した。**【方法】**平成20年4月1日～21年3月31日にパスを使用して当院から退院した149名を検討した。**【結果】**維持期からのパスの返戻があったのは31名で返戻率は20.8%であった。帰宅した111名中14名(12.6%)、病院・施設に転院した32名中17名(53.1%)から返戻があり、病院・施設からの返戻率が高かった。退院後の生活場所は自宅が14名、療養型病院が8名、老人保健施設が9名で、3～6ヵ月後には自宅18名、病院4名、施設8名、死亡1名であった。脳卒中の再発例の報告はなく、退院後に1ランク以上の機能改善を得た率の高かった項目は「社会交流」が34.6%で、「言語理解・表出」「生活意欲」も高かった。「移動動作」「排泄動作」での改善率は低かった。要介護度の変化では1ランク以上の改善が5例16.7%に見られ、悪化は1例3.3%であった。**【考察】**自宅復帰患者の返戻率が低かったことから、開業医への協力を今後も働きかけていく必要がある。社会的交流や言語面で退院後も改善している例では、維持期のサービスが機能しているように思われた。維持期からのパスの返戻により、回復期リハスタッフが担当患者の退院後の状態を知ることができ有益であった。