

## S-5

### 脳卒中回復期・維持期連携パスにおける事務局の運営とかかわり

前橋赤十字病院 地域医療支援・連携センター  
(地域医療連携課)<sup>1)</sup>、脳神経外科<sup>2)</sup>、  
地域医療支援・連携センター(医療社会事業課)<sup>3)</sup>、  
看護部<sup>4)</sup>、リハビリテーション科<sup>5)</sup>  
○須賀 一夫<sup>1)</sup>、朝倉 健<sup>2)</sup>、八木 聡<sup>1)</sup>、  
中井 正江<sup>3)</sup>、牧口 みどり<sup>4)</sup>、田中 真理子<sup>5)</sup>、  
内田 浩<sup>1)</sup>

【はじめに】(1)群馬県における4疾病5事業の脳卒中の主流は、平成20年3月に当院主導で1計画管理病院と12回復期病院による前橋日赤脳卒中医療連携の会で始まった。平成21年10月には、群馬脳卒中医療連携の会を組織し、4つの計画管理病院として日赤、大学病院、市立病院、国立病院と21の回復期病院へと拡大した県内一のネットワークを展開することになった。急性期から回復期パス(以下回復期パス)における年3回以上のバリエーション会議開催は、従来からの一病院の運営では済まなく、巨大化するにつれて本来の『顔と顔のみえる連携』が薄れる問題が、おきてきた。またグループ内での事務局にとって急性期病院同士の調整がひとつの仕事となってきた。同じ連携パスを使用しても、異なる地域の病病連携が施設基準毎にまとまっており、病院グループの思惑のなかで、真の統合化には幾つかの垣根が存在している。(2)回復期パスの展開と同時に、平成21年秋より県内の医師会、急性期病院、消防、MC協議会、大学、行政等を巻き込んだGSEN(群馬脳卒中救急ネットワーク)を組織したことで、事務局の仕事は更に拡大した。(3)次に回復期から維持期パス(以下維持期パス)づくりのため、昨年秋より回復期病院を支援する形で、前橋地域維持期脳卒中ネットワークを組織し、介護老人保健施設の強力な支援もあり、本年3月には維持期パスを完成した。

【まとめ】現在当院がかかわっている事務局運営についての活動と問題点を報告する。また連携パスネットワークは一病院の連携室だけでは限界があり、医療の機能分化に伴い、専門家集団による事務局の機能分化も必要と思われる。

## S-6

### 「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」による認知症地域連携への取り組み

武蔵野赤十字病院 医療連携センター<sup>1)</sup>、  
武蔵野赤十字病院 神経内科<sup>2)</sup>、  
武蔵野赤十字病院 医療連携センター<sup>3)</sup>、  
武蔵野赤十字病院 医療社会事業部在宅介護支援  
センター<sup>4)</sup>、杏林大学病院 高齢医学<sup>5)</sup>、  
武蔵野市役所 健康福祉部高齢者支援課<sup>6)</sup>  
○大川 真央<sup>1)</sup>、藤ヶ崎 浩人<sup>2)</sup>、山内 恵美子<sup>3)</sup>、  
庄司 幸江<sup>4)</sup>、田辺 亮<sup>4)</sup>、神崎 恒一<sup>5)</sup>、  
國保 博敬<sup>6)</sup>

近年高齢化が進む中で、認知症高齢者も増加の一途をたどっている。当院のある武蔵野市や隣市である三鷹市の地域でもまた同様である。認知症の診療において、早期発見・早期治療はとても重要である。しかし、複数の疾患と合併していること多い認知症高齢者を、ひとつの医療機関で対応することは難しい。また、治療の継続が生活状況に密接に関係してくるが、医療機関だけではその実態を把握しきれず、家族など介護者にゆだねざるを得ない。そのような現状をふまえ、認知症の地域連携を推進し、認知症診療のレベルアップを図るとともに、住み慣れた地域で安心した生活が継続できるように関係機関が相互に連携し支援できる体制を作ることを目的に、「三鷹武蔵野認知症連携を考える会」を立ち上げた。当院を始めとする認知症専門医療機関とそれぞれの医師会・行政がメンバーとなり、連携システムを構築するための協働プロジェクトが開始した。専門医療機関が事務局として会の進行を担い、地域の中にある資源の確認、課題の整理から始まった。話し合いを重ねる中で、専門医療機関からは、確定診断後の生活支援の在り方を確認しにくい状況を取り上げ、医師会からは他の疾患に比べ認知症の診断や診療における難しさを示された。医師会内での認知症診療におけるアンケートをとるなど情報収集を進め、開業医の中から認知症相談医の登録リストを作成するまでに至った。行政機関としての地域包括支援センターや在宅介護支援センターからは、実際の生活に関わる中で、現状・課題が報告された。そこで、在宅で生活をする認知症高齢者を、症状や状況に応じて医療機関との情報伝達をしやすい必要があるということから、地域の相談機関と医療機関の連携をより有効な支援につないでいくための一つのツールとして、「認知症連携シート」を作成し、運用を開始した。シートの活用などを通し、それぞれの関係機関がどのような役割を担うかを認識し、認知症高齢者や家族の生き方を支援するという視点での地域における連携システム作りの取り組み・経過について報告する。