

第5次医療改革の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、快復期維持期病院、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を必要となり、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、郡市医師会、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木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。

