

【はじめに】

平成18年度の研究報告では短時間滞在型の機能訓練対応通所介護施設におけるリハビリテーション(以下、リハ)効果について述べ、昨年度は新設した介護予防を重視した短時間滞在型の機能訓練対応介護予防通所介護施設の動向について報告した。医療保険によるリハ(以下、医療リハ)から介護保険によるリハに、スムーズに移行することは脳卒中患者の地域生活を支える際に重要な課題といわれている。医療法人社団涓泉会(以下、涓泉会)では多様な障害や生活レベルを呈する維持期脳卒中患者に対して、きめ細かな対応ができるようなリハサービスを年々整備している。地域における医療リハを充実するために、平成19年11月に診療所の移転を果たし、脳血管疾患等リハ(Ⅰ)を提供している。そして、診療所に配置された地域医療福祉連携室が調整役となり、回復期リハから維持期リハへの移行、医療リハから介護保険によるリハへと、より安定した地域生活を維持できるように努めている。本報告では、大都市圏に位置する涓泉会のリハサービス提供体制と維持期脳卒中患者の症例を通じた地域リハ連携について報告する。

【医療リハ】

平成19年11月に山王リハビリ・クリニック(以下、クリニック)は訓練室の拡充を目的に移転を果たし、平成20年5月に脳血管疾患等リハ(Ⅰ)(以下、脳血管リハ)の施設認定を受けた。クリニックは無床診療

所であり、入院リハは行っていない。地域のリハ専門診療所としては、総合的なリハ評価に基づいて適切なサービスへ患者を振り分ける役目が求められている。すなわち、医療リハと介護保険で行うリハサービスの質の違いを理解したうえで、個々の患者を評価することが重要である。脳卒中患者を例にとると、発症時期からは維持期であっても個別療法による身体機能の改善が見込めれば、医療リハを選択することが勧められるであろうし、あるいはADLの維持がゴールであれば介護保険を検討することにもなる。クリニックでは、外来で行う医療リハが終了と判断された患者がスムーズに介護保険で行うリハに移行できるように、地域医療福祉連携室がリハにおける医療・介護連携を支援している。

平成20年9月における外来リハ患者に占める脳卒中患者の割合は約50%であり、回復期リハ病院からの維持期リハ依頼や、失語症を含めた高次脳機能障害のみが残存している軽症脳卒中患者のリハ依頼が増加傾向にある。

【介護保険によるリハサービス】

1) 短時間滞在型の機能訓練対応通所介護施設:

食事や入浴には対応しておらず、一日2単位制(午前・午後)で運営している。要介護度1・2の利用者を中心に構成されている。歩行はほぼ自立している利用者もいるが、監視～軽介助を要する方が多い。脳卒中患者は

約 50%を占めている。

2) 短時間滞在型の機能訓練対応介護予防通所介護施設:

食事や入浴には対応しておらず、一日 2 単位制である。要支援 1・2 の利用者を中心に構成されており、歩行は自立レベルである。脳卒中患者は約 40%を占めている。

3) 長時間滞在型の通所リハ施設:

入浴には対応していないが、食事サービス、個別リハサービスを提供している。要介護度 2・3・4 の利用者を中心に構成されており、介助歩行レベルから車椅子レベルである。脳卒中患者は約 40%を占めている。

4) 訪問看護ステーション:

ほとんどが介護保険による訪問のリハであるが、一部医療保険による訪問のリハも行われている。要支援 1～要介護度 5 まで幅広い利用者を対象としている。脳卒中患者は約 50%を占めている。

【症例】

症例:47 歳, 女性。

疾患名:くも膜下出血後遺症, 脳内出血後遺症。

障害名:左片麻痺, 高脳機能障害, 注意障害。既往歴:高血圧症, 卵巣嚢腫。

社会的背景:夫と息子の 3 人暮らし。

臨床経過:平成 19 年 11 月 22 日に頭痛が出現。近医に緊急入院され、くも膜下出血, 脳内出血と診断後、コイル

塞栓術, 開頭血腫除去術を施行された。リハ継続目的で平成 20 年 1 月 5 日に回復期リハ病院に転院後、屋内監視歩行を獲得、在宅復帰が可能と判断され、同年 4 月 5 日に自宅退院された。退院前に当クリニックによる在宅リハ継続の依頼があり、4 月 3 日に前病院にて退院前カンファレンスを開催し、当クリニックよりリハ専門医、相談員が参加した。4 月 7 日、当クリニックより訪問診療を開始し、退院前カンファレンスで決定した通り、訪問看護・リハを切れ目なく導入した。同年 9 月に担当ケアマネージャーサービス担当者会議を開催し、訪問リハを増回することを決定した。在宅での転倒リスクも軽減しており、今後は介護保険による通所系サービスの導入を検討中である。

【考察】(資料(1))

本症例は、医療リハから介護保険によるリハサービスへスムーズに移行した脳卒中患者の症例であり、回復期リハ病院で開催した退院前カンファレンスが非常に有効であったと考えられる。すなわち、実質的にシームレスな入院リハから在宅リハへの移行を確保することによる廃用症候群の予防効果や在宅復帰を控えた本人や家族の退院後のリハに対する不安の解消やモチベーションの維持・向上といった心理的効果が考えられる。実際に前医のリハ専門病院における入院中の FIM は入院時 FIM(運動/認知)50 点(29/21)から退院時 FIM86 点(58/28)

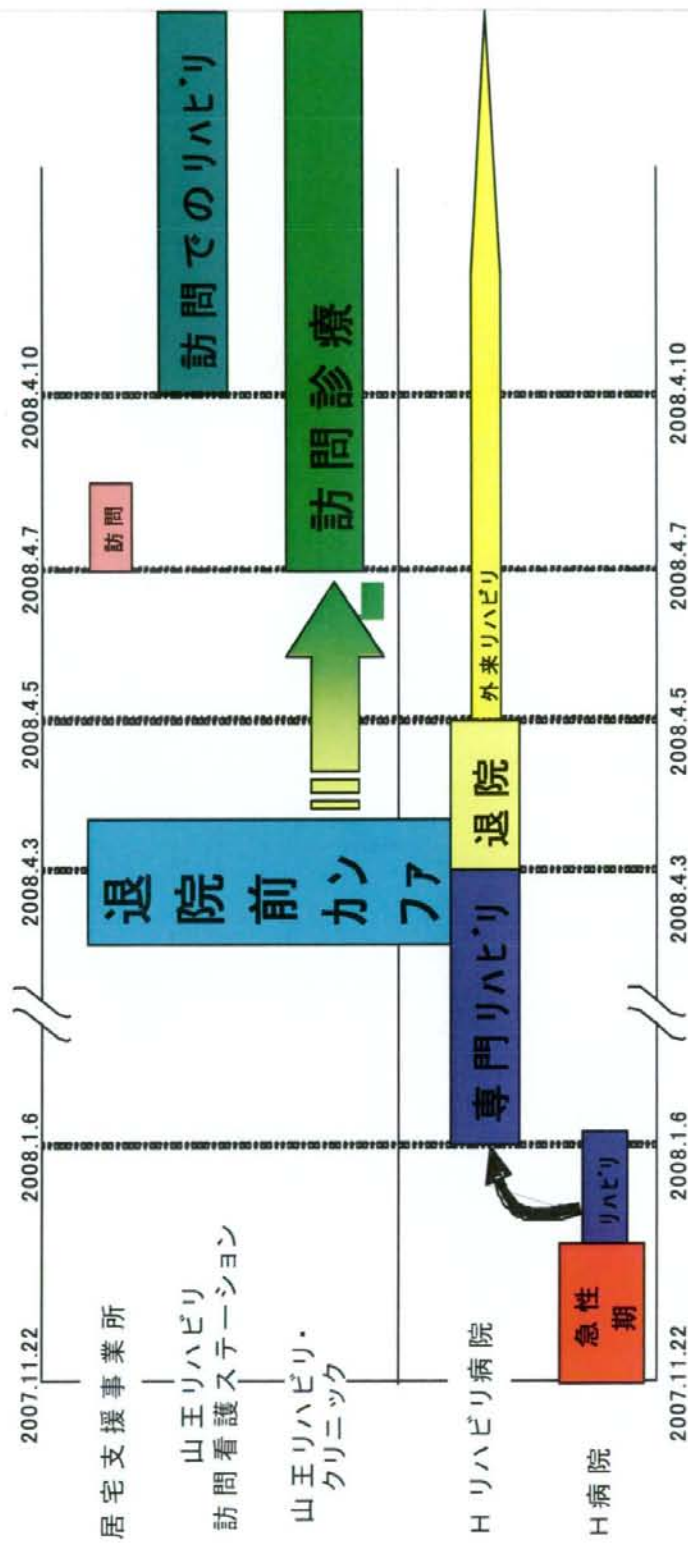
まで改善しており、平成 20 年 12 月の時点では、FIM100 点(70/30)とさらなる改善を認めている。これは片麻痺に代表される機能障害の明らかな改善は在宅復帰後に認めていないが、ADL の改善は認めていることを裏付けている。脳卒中患者が急性期・回復期リハを経て地域生活に復帰しても、維持期リハの継続が行われず ADL 低下を来す場面にしばしば遭遇する。コクランレビュー¹⁾では慢性期脳卒中患者に対する治療的リハの介入効果を評価する研究が不足していると結論している一方で、長期にわたるリハサービスの必要性について強調している。また、患者の立場からすると、退院後のリハはどうなるのか、どうしたら良いのか、という不安を退院時に抱えることは避けられない事実であり、特に大都市圏の脳卒中診療体制においては、維持期リハへのスムーズな移行はほとんど整備されていないのが現状である。したがって、大都市圏における脳卒中診療では、清泉会に代表される小規模・多機能・高機動性のリハ専門の診療所が、医療・介護連携を含めた地域リハに大きく貢献できる可能性があると考えている。

【文献】

1)Aziz NA, 速水聰,里宇明元:

第 20 回 Aziz NA et al:Therapy-based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke(Cochrane Review), The Cochrane Library2, 2008, 分子脳血管病 7(4),

地域リハビリ連携の退院支援



II. 分担研究報告書

2) 脳卒中診療連携に関する実態調査

c) 維持期における脳卒中診療連携の動向

2) 当社における脳卒中の訪問看護サービスの現状

セコム医療システム株式会社

角谷ゆかり

【研究要旨】

リハビリテーション医療機関の診療連携システム構築にあたり、当社訪問看護サービスにおける平成19年1月から12月までの当社訪問看護を利用する脳卒中の利用者の実態を調査した。脳卒中リハビリテーションにおける訪問看護の役割として、リハビリテーションの維持期に自立のための健康管理やADL支援を行うことで、要介護度の軽減、重度化を予防することが期待されている。しかし当社の実態としては、回復期から維持期への移行時に訪問看護が導入されるケースは少なく、医療依存度が高い、要介護度が重度化した、終末期ケアを必要とするケースが多い。訪問看護が自立支援を目的とする維持期リハビリテーションを担うには、より適した時期にサービスを導入することが重要であり、リハビリテーション医療機関と訪問看護の連携体制を確立することが、今後の課題と考えた。

はじめに

脳卒中リハビリテーションにおける訪問看護の役割として、リハビリテーションの維持期に自立のための健康管理や ADL 支援を行うことで、要介護度の軽減、重度化を予防することが期待されている。残存機能を活用して自立のための能力を高め、最善の QOL を確保するためのプロセスの一部分を担うことにある。

リハビリテーション効果をよりあげるためには、訪問看護の導入時期が重要であると考えられる。そのためには、リハビリテーション医療機関の退院から在宅移行時の円滑な連携体制が大きなポイントとなってくる。

そこで今回、当社の脳卒中の診断を受けた利用者の訪問看護の動向を調査し、実態と問題点を考察する。

方法

平成 19 年 1 月 1 日～平成 19 年 12 月 31 日までに、当社都内 8 ヶ所の訪問看護ステーションを対象に、脳卒中の診断を受け、新規に訪問看護を開始した利用者と終了した利用者の実態について集計した。

結果

1：脳卒中の新規利用者

調査期間中、訪問看護の新規利用者は 170 人で（図 1）、うち脳卒中の診断を受けた者は 12%（22 人）であった。内訳としては、脳出血 10%、脳梗塞 90%であった。ほとんどは発症から長い経過を辿り、後遺

症という状態で開始されていた。（図 2）

主治医は地域の開業医、往診クリニックが 75%を占め、急性期病院 20%、回復期病院 5%であった。（図 3）

開始時の年齢は 65 歳以上が 95%で、後期高齢者が 75%を占めた。（図 4）

要介護度は要介護 3 以上の利用者が 70%であった。（図 5）

訪問看護回数は看護内容によってばらつきはあるが平均週 2 回の訪問であった。

2：脳卒中の利用者の終了

調査期間中、37 人の終了があった。

終了理由としては、軽快が 35%と最も多く、死亡 30%、入院 14%、施設入所 5%であった。軽快終了の理由としては、要介護度の改善、看護目標の達成、他のサービスへのケアプラン変更であった。（図 6）

終了までの利用期間については、導入時期、訪問看護の目的、ステーションの開設時期が異なるため差はあるが、長期利用（2 年以上）した場合には、終末期、看取りまで関わっていた。（図 7）

考察

訪問看護の対象は、介護保険では居宅の要介護者または要支援者で主治医が訪問看護の必要性を認めたもの、また、医療保険では疾病や負傷により継続して療養を受ける状態にあり、家庭において訪問看護が必要と主治医が認めたものとされている。そのため訪問看護は様々な疾患、ニーズへの対応が求められる。当社においても

同様であり、利用者の疾患、障害の状況は多種多様で、全体から見ると脳卒中利用者の割合は多くはない。

その中で、脳卒中の利用者の実態を見ると、脳卒中のリハビリテーションの回復期から維持期への移行時に訪問看護が導入されるケースが少ないことがわかった。リハビリテーション医療機関の退院直後に導入した利用者の多くは、要介護4または要介護5の認定を受け、既に要介護状態が重度化し、何らかの医療処置（経管栄養、気管内吸引、留置カテーテルなど）を伴っているケースであった。残存機能の維持目的のリハビリテーションも実施しているが、2次的な合併症や廃用性症候群の予防が主となり、導入後は長期的に訪問看護を継続している。

在宅療養中に訪問看護を導入する場合においても、脳卒中発症から数年以上経過し、新たに加齢変化や廃用性症候群による機能低下で、嚥下困難、便秘、褥瘡などを生じたことがきっかけとなっている。利用者も後期高齢者が多く、リハビリテーションにより一時的に機能回復する場合もあるが、やがては終末期ケアに入り、看取りまでと訪問看護の役割が変化している。

このことから、リハビリテーション医療機関、そして地域の開業医、往診クリニックにおいて訪問看護の選択基準としては、医療依存度が高い、要介護度が重度化した、終末期ケアを必要とするケースへの対応が優先されていると考える。これらは訪問

看護として重要な役割であり、今後さらにニーズは増えるであろう。

しかしながら、要介護度の改善、通所サービスへの移行など軽快したケースも多く、訪問看護が維持期の早い段階に関わることで自立支援につながることは確かである。今後はより適した時期に訪問看護サービスが導入されるためにリハビリテーション医療機関と訪問看護の連携体制の確立が重要な課題と考える。

終わりに

脳卒中患者の訪問看護サービス利用の現状としては、リハビリテーションの維持期の早期介入よりは医療処置を伴う、要介護状態が重度化して、何らかの医療的な管理が必要とするケースが多い。今後、維持期の段階で、訪問看護としてより効果的なリハビリテーションを推進するためには、急性期から回復期のリハビリテーション医療連携システム開発同様に、回復期から維持期におけるリハビリテーション医療の連携体制の整備が期待される。

参考文献

- 1) 高齢者リハビリテーション研究会：高齢者のくらしをさせるリハビリテーションのあり方：2002年1月
- 2) 石鍋圭子：疾患・障害別リハビリテーションナーシング、Nursing Mook 28、2005

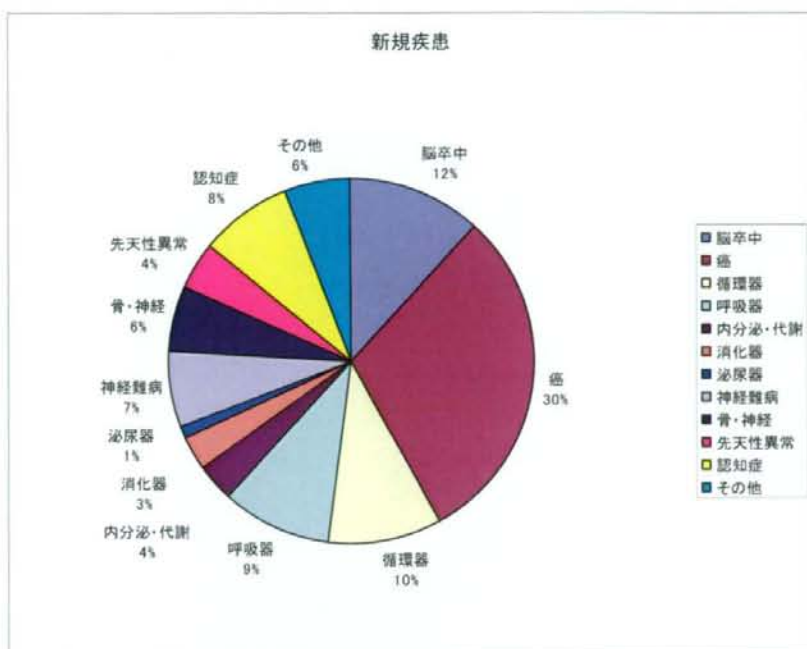


図 1

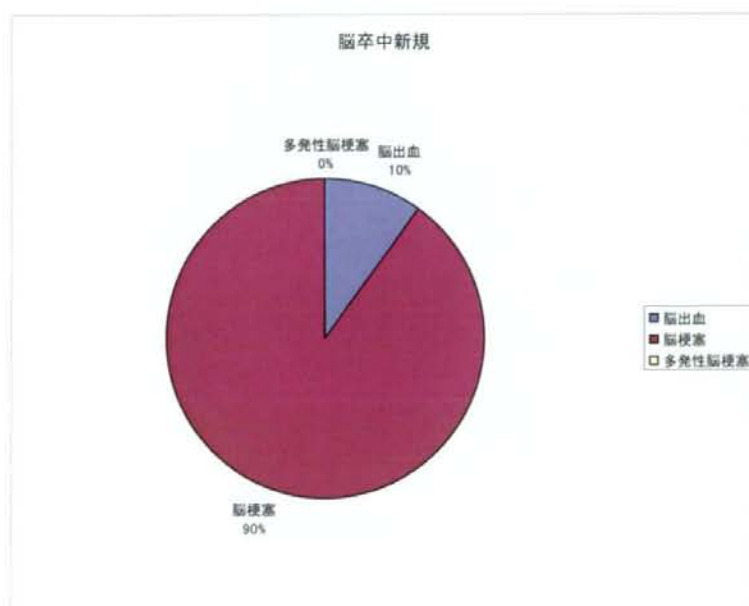


図 2

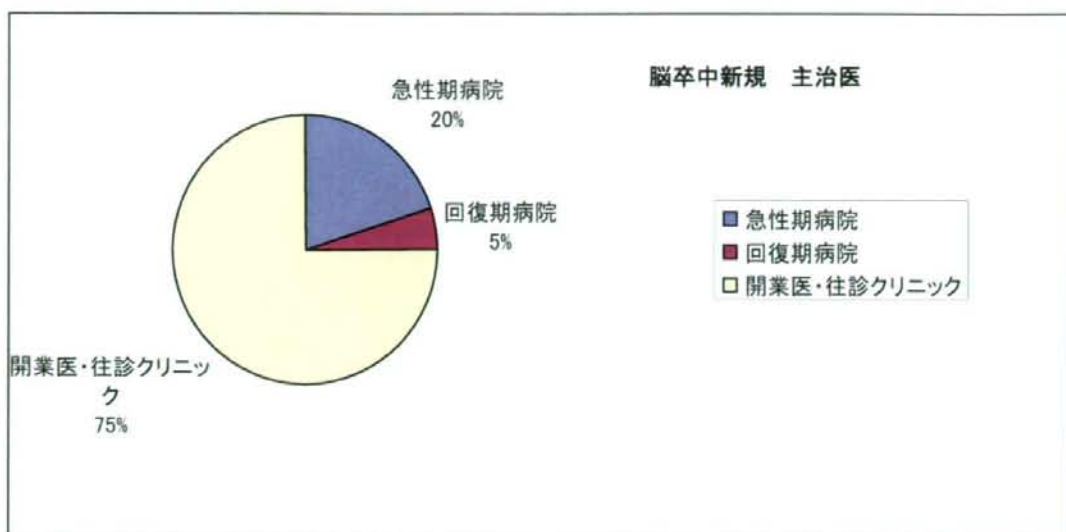


図 3

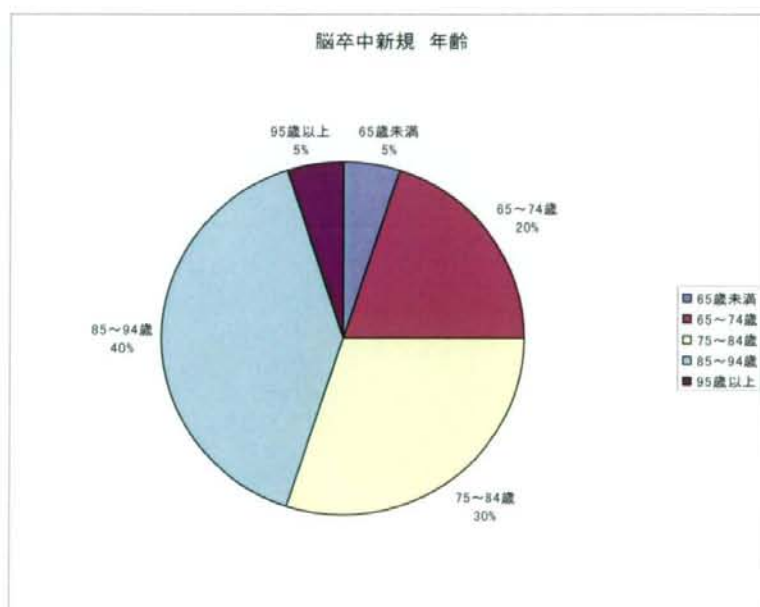


図 4

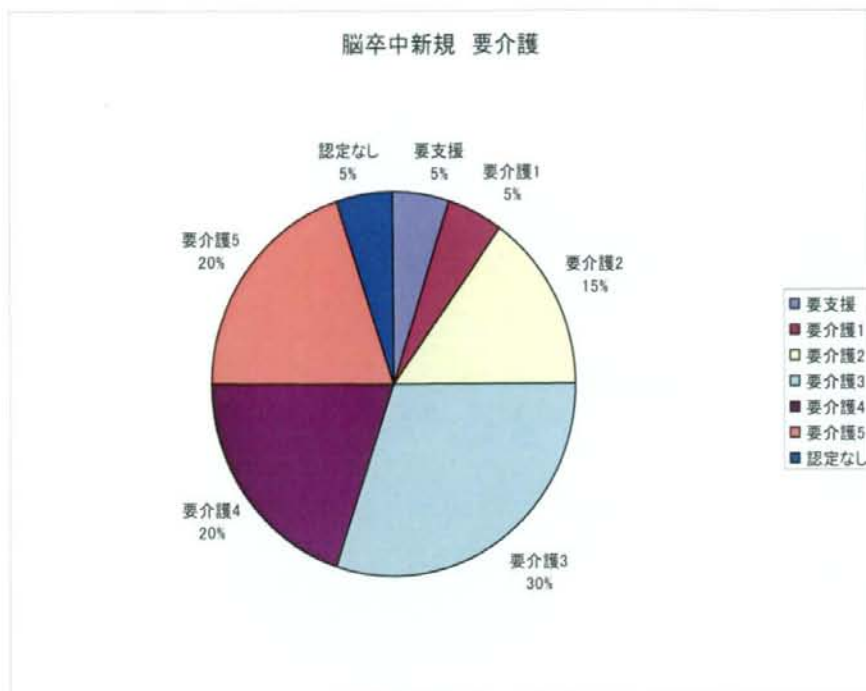


図 5

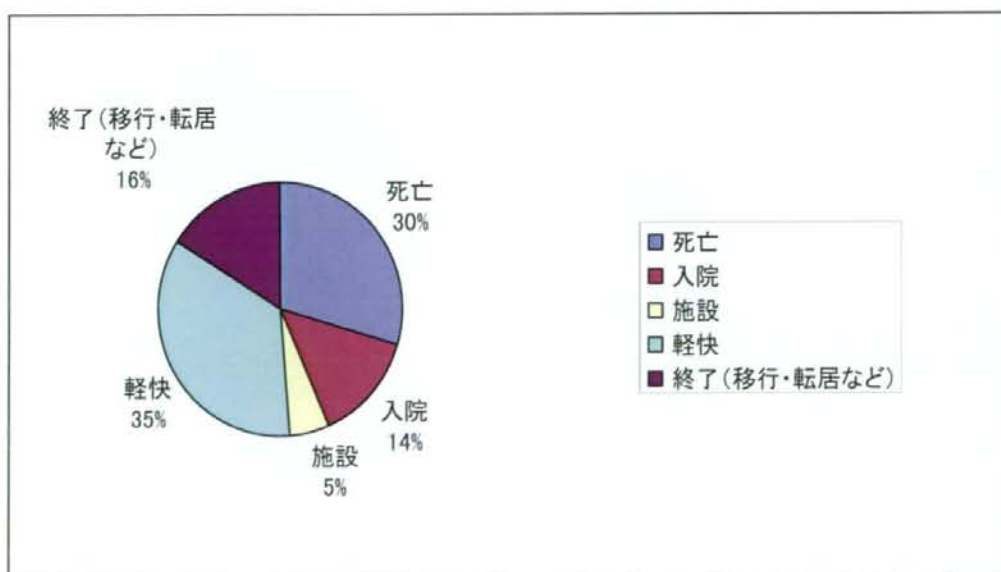


図 6

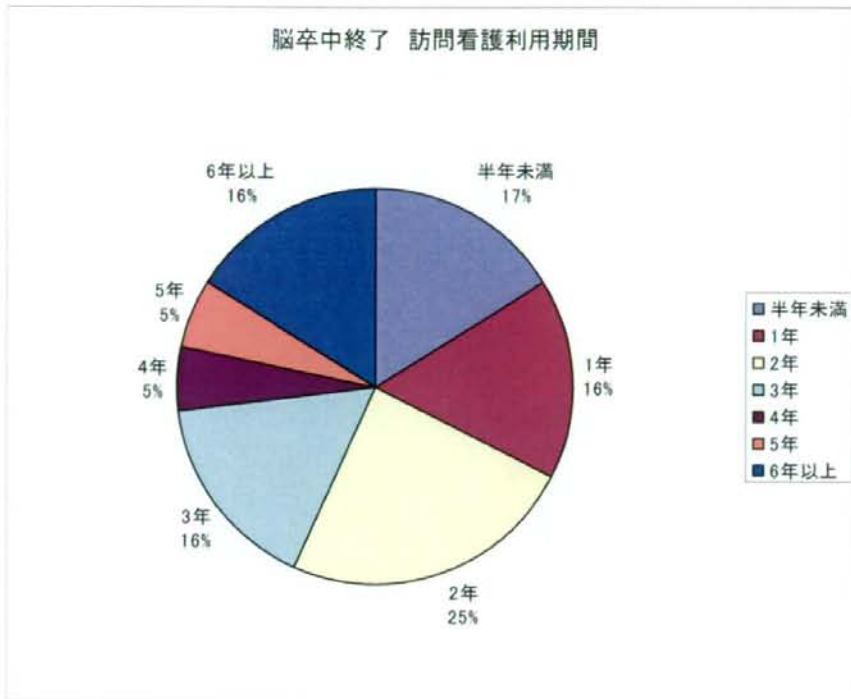


図 7

Ⅱ. 分担研究報告書

2. 脳卒中診療連携に関する実態調査

d) 近隣県における脳卒中診療連携の動向

1) 埼玉県総合リハビリテーションセンター回復期入院患者の動向と 埼玉県における地域連携の現状

埼玉県総合リハビリテーションセンター
高木 博史

【研究要旨】

平成20年4月に地域連携バスの診療報酬が認められたものの、脳卒中診療連携体制はまだ不十分で今後の進展が期待されている。この3年間における回復期病棟の動向を調査した。

<当センター回復期病棟の現状>

当センターは県立の施設ということもあり、紹介患者は県内外に広く分布している。しかし紹介病院の数は平成18年65施設、19年

59施設、20年53施設と徐々に減少。県外からの紹介も18年24施設、19年18施設、20年12施設と減少している(図1)。

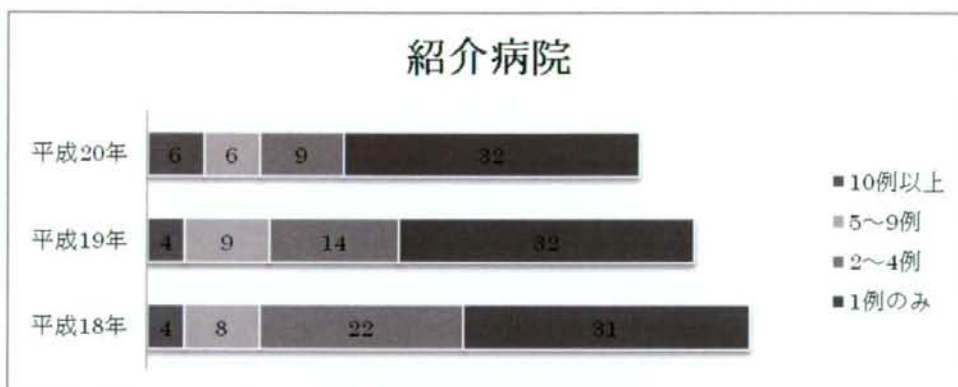


図1

患者総数は200例余で大きな変化はない。10症例以上の紹介のある病院は18年、19年が各4施設、20年は6施設であった。これら施設からの紹介患者総数が平成20年は110例と50%を越えた。18年、19年はそれぞれ71例、70例であり、連携病院が限られてくる

傾向にある。6施設のうち4施設は同一二次医療圏に属していた。

当センター回復期病棟に入院した脳卒中患者は平成18年217例、19年202例、20年212例である。年齢分布は図2の通り50、60代にピークがある。

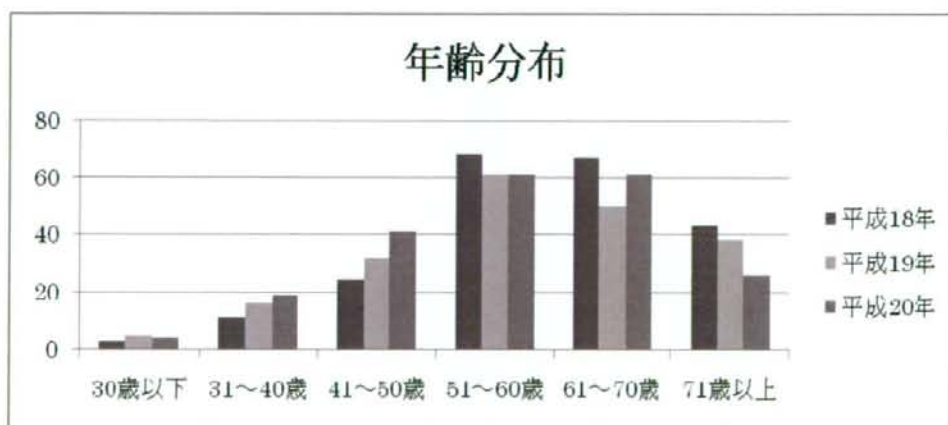


図2

患者背景は表1に示す。

表1. 患者背景

	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
平均年齢(歳)	59.9	58.4	57
発症から入院までの期間(日)	44.3	38	37
入院待機期間(日)	12	11	9
入院期間(日)	74.5	77	76

発症から転入院までの期間、入院待機期間は短縮の傾向がみられるが、入院期間は変

わらない。疾患分類は図3に示す。いずれの年も脳出血症例が脳梗塞症例より多い。

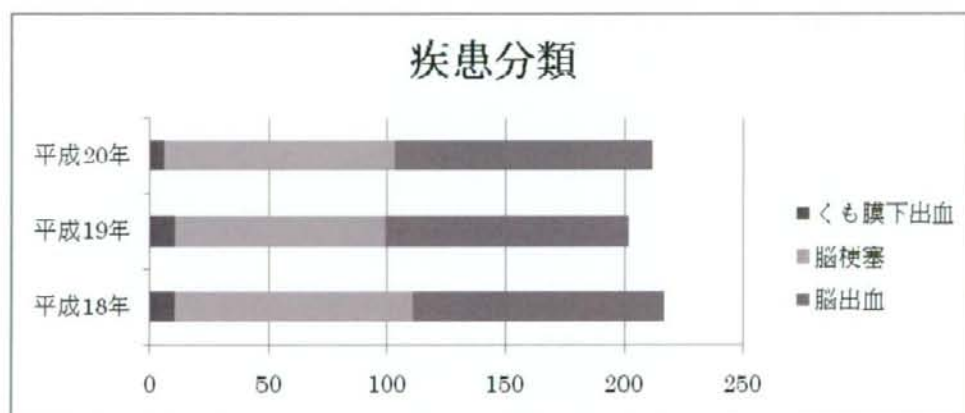


図3

平成20年12月末日までに退院した患者の転

帰は表2に示す。各年とも80%が在宅復帰。

表2. 退院先

	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
在宅(内自立支援施設)	174(11)	167(5)	132(9)
回復期病院	9	21	13
老健	24	10	8
合併症等の理由で転院	10	4	11

転帰別の患者背景は表3の通りである。

表3. 転帰別患者背景

		平均年齢	発症から入院	入院待機期間	入院期間
18年入院	在宅	58.9歳	43.1日	12日	73.6日
	回復期	51.3	47.6	13	82.5
	老健	67.9	53.9	14	86.8
	転院	65.9	39.2	14	52.1
19年入院	在宅	58.7	37	11	76
	回復期	47.8	40	15	88
	老健	67.7	40	12	85
	転院	69	39	8.2	40
20年入院	在宅	57	35.2	8	76
	回復期	53	44.7	14	88
	老健	68	36.6	7	86
	転院	55	43.1	8	55

当院退院後に、残った回復期訓練期間を他院で希望する患者は在宅退院患者に比較して年齢がやや若く、発症から入院までの期間がやや長く、入院期間も長いという傾向がみられた。

平成19年4月に入院して、20年12月までに退院した患者でFIMを検討した。対象は19

年が189例、20年が164例である。それぞれに入院時運動項目と認知項目を退院時のそれと比較し総合での改善度を調べた。19年入院患者で51.4、25が71、28へ総合で22.6点の改善。20年入院患者では49、24が70、28に総合で25点の改善がみられた。転帰別のFIMは表4に示す。

表4. FIMの変化(平成19年入院患者)

	入院時		退院時		総合改善度
	運動項目	認知項目	運動項目	認知項目	
在宅	54	25	73	29	23
回復期	42	21	66	27	30
老健	39	21	54	23	17
転院	40	17	45	18	6

FIM の変化(平成20年入院患者)

	入院時		退院時		総合改善度
	運動項目	認知項目	運動項目	認知項目	
在宅	52	25	74	29	26
回復期	31	17	58	24	34
老健	39	21	54	26	20
転院	40	23	51	24	12

平成 19 年入院患者で在宅復帰患者の評
価点がすべてにおいて高いものの改善度は
他の回復期病院への転院患者で高い傾向が
みられた。この傾向は平成 20 年入院患者でも
同様であった。

当センターでは入院期間を原則 3 ヶ月以内と
していたが症例によってはその制限を緩和す
ることも検討中である。

<地域連携バスの現状>

埼玉県では医師会主導のもとに連携バス
研究会が発足し、平成 20 年 7 月 12 日に第 1
回「脳卒中地域連携診療計画」に関わる情報
交換会が、11 月 14 日に第 2 回が開かれた。
ここで共通の連携バスを確認した。計画管理
病院として 30 施設の登録が確認され近々さら
に 6 施設が登録されることになった。連携保険
医療機関として 28 施設が確認された。密な連
携をとるためには相手はどうしても限られてく
るのが現状である。

県内には回復期リハビリ病院として 19 年度
は 30 施設 1995 床が登録されていたが、20 年

度は 31 施設 2064 床となっている。さいたま市、
川越市、三郷市、越谷市、所沢市、戸田市に
16 施設 1286 床が集中している。そのほとんど
が医療相談室を窓口として電話でまず予約し
た後 FAX 等で診療情報を受け付け、症例に
よって本人ないし家族に来院して頂く方法を
とっている。連携バスを利用した転院はまだ
限られているのが現状である。

当センターでも 20 年 7 月 1 日以降に入院、
12 月末までに退院した 60 例のうち連携バス
を利用したものは 20 例であった。連携バス利用
群を A 群、非利用群を B 群として比較検討し
た。平均年齢は A 群 56 歳、B 群 57 歳と差は
ない。発症から転院までの期間は A 群 24.2
日、B 群 37.2 日、入院待機期間も 4.2 日と 6.2
日と短縮がみられた。入院期間に関しては A
群 72.8 日、B 群 69.8 日。FIM は A 群が 49
+25 点が 68+28 点へ 22 点の改善、B 群は
55+26 点が 76+29 点へ 24 点の改善であつ
た。連携病院は同一医療圏の 3 病院からが
90%を占めていた。連携をとれる病院はまだ
まだ限られている。

<まとめ>

平成 18 年からの 3 年間の当センター回復期病棟入院患者の動向を調査した。20 年度の連携バス導入後転院が早まった印象はあるが、短期間のため結論はまだ出せない。県内の他の連携保健医療機関でも 11 月時点ではまだ浸透していないかった。回復期病棟は各地に新設されており、今後は IT を利用した連携マッチングシステムへの期待は高まることが予想される。

Ⅱ.分担研究報告書

2.脳卒中診療連携に関する実態調査

d)近隣県における脳卒中診療連携の動向

2) 千葉県地域リハビリテーション情報検索システムと 県内脳卒中診療連携の新たな動き

千葉県千葉リハビリテーションセンター
吉永勝訓

【研究要旨】

千葉県地域リハビリテーション推進事業における県支援センターとしての事業として、千葉リハセンターでは平成19年度から、県内の各広域支援センターの協力を得て、県内のリハ資源(病院、老健、訪看、通所リハ)について、現場で役立つ情報を盛り込んだ情報マップを作成し、本年度はセンターのHPに掲載を開始した。一方、県内の脳卒中診療連携の新しい動きとして、本年度は千葉県が全県共用バスの作成を行うにあたり県内多数の回復期リハ病院が全面的に協力した。また千葉県脳卒中リハ整備検討委員会も近々立ち上がる予定である。

1、千葉県地域リハビリテーション情報検索システム

1、千葉県地域リハビリテーション支援体制

平成 13 年から本格的に動き出した千葉県の地域リハビリテーション支援体制も平成 20 年度で 8 年目を迎えた。千葉県の地域リハビリテーション支援体制の組織としては、都道府県地域リハビリテーション支援センターを 1 ヶ所置き、二次保健医療圏(現在 9 圏域)ごとに 1 ヶ所の地域リハ広域支援センターを設置している。千葉県千葉リハビリテーションセンターは平成 15 年度に千葉県地域リハビリテーション支援センター(当時千葉県では“地域リハビリテーション総合支援センター”と呼称)の指定を受けた。広域支援センターについては平成 15 年度から順次指定が行なわれ、平成 19 年 4 月に県内 9 圏域のすべてで指定が終わりようやくネットワークの核が完成した。この支援体制において重要な「千葉県地域リハビリテーション連携指針」については 14 年 3 月に策定・公表されていたが、平成 19 年度には見直し作業を行って平成 20 年 3 月に「千葉県地域リハビリテーション連携指針(改訂版)」を公表した。この際には概要版も作成して関係機関に広く配布し、平成 20 年度からの本県における地域リハ推進事業の活動指針として用いている。「千葉県地域リハビリテーション連携指針」および千葉県の広域支援センターについては千葉リハビリテーションセンターの HP (www.chiba-reha.jp/reha/reha.html) のなかの「地域リハ推進事業」を参照していただきたい。

2、新しい情報検索システム

本研究事業 19 年度報告書で新しい情報検索システム“情報マップ”について概要を説明したが、本年度は当初よりその公開について準備を進めた。

この情報マップは現場で役に立つリハビリテーション資源情報を盛り込んだ情報システムを旨とし、県内の各広域支援センターからの意見・協力を得ながら作成してきた。情報提供はするが当センターの HP 上に載せたくない情報については公開しないこととし、各機関に対して非公開の希望をとったが、その確認作業に手間取ったことにより公開が予定よりも遅れ、20 年 9 月に当センターの HP にてようやく公開に至った。公開にあたり当初の予定を変更して、在宅生活者のリハビリテーションに関わる可能性が高い「病院」「介護老人保健施設」「通所リハビリテーション施設」「訪問看護ステーション」についての情報公開に絞った。一方で当センターの業務の半分を占める小児療育に関連の深い「障害児通園機関」についても情報公開を開始した。

調査内容は医療機関の基本情報、施設概況(駐車場の詳細などを含む)、リハビリテーション部門(対応できる疾患や提供できる専門技術などを含む)、受診条件(予約の必要性などを含む)、併設施設などから構成されており、使っていただける情報の掲載に心がけた。前述の当センター HP 内「千葉リハ情報センター」をぜひご参照いただきたい。

情報マップ公開にあたり、各機関別の情報収集に関する数値は下記の通りである。

	配布数	回収数	回収率 (b/a)	公開数	有効回答ではあるが公開拒否数	回収に対する公開率	公開可否が不明で公開ができなかった件数
	(a)	(b)		(c)	(d)	(c/b)	
病院	196	104	53.1%	65	10	62.5%	29
老人保健施設	127	87	68.5%	68	2	78.2%	17
通所リハ	213	141	66.2%	119	5	84.4%	17
訪問看護st	190	111	58.4%	72	1	64.9%	38
合計	726	443	61.0%	324	18	73.1%	101

回収数については、平成20年2月26日現在
公開数については、平成20年9月の公開時現在

II、千葉県内脳卒中診療連携の新しい動き

千葉県は人口対の医療従事者数が非常に少ない県であり、リハビリテーションの資源も同様に少ない。このような中で、各疾患のリハビリテーションを円滑に進めるには、急性期・回復期・維持期のリハビリテーション連携の充実が不可欠と考えており、地域リハビリテーション支援事業はその重要な役割を担っている。また平成19年度には千葉県健康福祉部が「循環型地域医療連携システム」を公表していたが、20年度の新たな動きとして「全県共用型地域連携パス」の策定を県が千葉県医師会との連携で行い、2月下旬に公表した。

この連携パスは、心筋梗塞、糖尿病、がん、脳卒中の4疾患について策定された。脳卒中共用パスについては、実際には県内の10病院を超える急性期病院や回復期リハビリテーション病院的スタッフ(医師、看護師、訓練士、MSW等)が参加して何度も会合を重ねて作成に貢献した。またこの作業を通して県内の脳卒中関連医療機関(特に回復期リハビリテーション病院)同士の連携促進に大いに役立った。

一方、県内のリハビリテーションの資源が乏しいことで前述の地域リハビリテーション推進事業の展開においても厳しい状況が存在する。県内9医療圏域のうち3圏域では、いまだに回復期リハビリテーション病床数が0の状態が続いている。この状況を打開する一つの方策として県の健康福祉部では、脳卒中リハビリテーション整備検討委員会を来年度早々に立ち上げる予定であり、具体的には2カ所のモデル圏域において、脳卒中を軸としてリハビリテーションの整備を重点的に進めることになっている。この事業は当然ながら県の地域リハビリテーション推進事業とも連携し、また全県型脳卒中共用パスをツールとして用いることが想定されている。これらの事業展開により県内脳卒中診療連携を今後も着実に促進していきたい。