

3 地域連携クリティカルパスの普及

現 状

- 地域において急性期から回復期、維持期、在宅医療に至るまで、切れ目のない質の高い医療を提供するため、複数の機関（専門医療機関、かかりつけ医、介護保険関連機関等）で共有する診療情報や診療計画である「地域連携クリティカルパス」（以下「連携パス」という。）が、連携ツールとして活用されています。
- 道内では、「脳卒中・急性心筋梗塞あんしん連携ノート」（北海道医療連携ネットワーク協議会発行）の活用やアプリの導入について働きかけが行われています。
また、「糖尿病連携手帳」（日本糖尿病協会発行）、第二次医療圏単位で作成したツールが「連携パス」として活用されています。
- 糖尿病や循環器疾患等の生活習慣病の患者支援には、複数の医療機関や地域の関係機関（訪問看護ステーション、地域包括支援センター等）が関わっています。多職種間の有機的連携を図るため、連携パスの活用が進められています。

課 題

- 関係者間で連携パス導入の必要性や効果について認識を共有することなどにより、連携パスの普及を図ることが必要です。
- 第二次医療圏で医療が完結しない地域においては、近隣圏域や札幌圏との連携が必要となることから、今後、ICTを活用した患者情報共有ネットワークと連動した連携パスの活用についても検討が必要です。

施策の方向と主な施策

- パス導入圏域の拡大を図るとともに、既に導入されている圏域についても、連携機関や職種の拡大に努め、連携パスのさらなる普及を目指します。
- 地域において連携パスが効果的・効率的に運用されるよう関係団体と連携して地域の人材育成に努めるとともに、ICTを活用するなど連携パスの普及を促進します。

<地域連携クリティカルパスとは>

- ◇ 複数の医療機関が、役割分担を含め事前に診療内容を提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものです（施設ごとの診療内容と治療経過、目標等を診療計画として明示）。
- ◇ 連携する医療機関では、患者の状態を事前に把握できるため、早期に治療やリハビリテーションを開始でき、適切に必要な検査や専門医への紹介ができます。これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものです。
- ◇ 脳卒中の場合は、主に急性期病院から回復期病院を経て（あるいは急性期病院から直接生活の場に帰る際に）作成され、退院後に連携する医療機関、老人保健施設、介護サービス事業所や本人と共有する診療計画のことです。
- ◇ 医療の質を高め、患者を取り巻く関係機関の連携体制を充実させるため、他にも様々な病気で活用が検討されています。