

療の標準化については、パスの影響はほとんどなく、これは合同勉強会の開催のほうが影響すると考えられるという。

患者に関する情報共有は、当院の場合、パスより退院前ケアカンファレンスの方がより効果的だという。

なお、他病院への退院前ケアカンファレンス参加は、平成 18 年春頃から試行的に行い、現在は本格的に実施している。病院ごとの退院前ケアカンファレンス参加状況は表 24 のとおりである。その他の病院には、当該医療圏外である上十三二次医療圏の十和田中央病院等が含まれる。十和田中央病院までは、車で片道 40 分以上かかるが、一人の患者のために先方の退院前ケアカンファレンスに参加することもある。シルバー病院から退院する場合にも、多くのケースで引き受け先の介護保険施設の担当者や介護事業者、ケアマネジャー等にシルバー病院の退院前ケアカンファレンスに参加してもらっている。

**表 24 他病院の退院前ケアカンファレンスへの参加状況**

病院	対象患者	参加頻度
八戸市立市民病院	全患者	毎週1回
八戸赤十字病院	脳外科、神経内科	隔週1回
その他の病院	必要に応じて	必要に応じて

資料：シルバー病院ヒアリングより明治安田生活福祉研究所作成

このように退院前ケアカンファレンスが活発化してきたのも、県が主導することでパス作成過程や運営過程において、他院との交流が増えたためであり、それによって互いを知り合い、信頼関係構築が図られ、地域連携が円滑に行いやすくなったという。

患者の入退院経路を見ると、表 25 のとおりで、脳卒中後遺症患者のリハビリが多いだけに、入院前の場所については、他の医療機関からの入院が最も多い（46.6%）。一方、退院後の行き先は、自宅（41.1%）が最も多い。