

第1回千葉北脳卒中地域連携パス研究会 兼印旛脳卒中地域連携パス会議 議事録

文責：日本医科大学千葉北総病院 神経内科 講師 三品雅洋



日時：2010年2月18日木曜日 19時～21時

場所：ウィシュトンホテル・ユーカリ 5階「ロイヤルウィシュトン」

共催：千葉北脳卒中地域連携パス研究会・大塚製薬株式会社

後援：社団法人日本脳卒中協会千葉県支部

以後敬称略

開会挨拶

日本医科大学千葉北総病院 脳神経外科 教授 小林士郎

まず前半は、千葉県共用パスについて、急性期病院・回復期リハビリテーション病院の医師・看護師・リハビリテーションスタッフ・医療ソーシャルワーカー（medical social worker、MSW）それぞれの立場からご発言いただく。後半は、演者にパネリストとなっ
ていただき、パネルディスカッションを行う。

千葉県共用パスについて ～急性期の立場から～

司会：東邦大学医療センター佐倉病院 神経内科 准教授 榊原隆次

医師

演者：東邦大学医療センター佐倉病院 神経内科 講師 岸雅彦

東邦大学医療センター佐倉病院では脳出血・クモ膜下出血は脳神経外科、脳梗塞は神経内科と糖尿病・内分泌・代謝センターが担当している。2009年8月から脳卒中地域連携パスの管理料算定を開始した。入院時、入院診療計画書と共に脳卒中地域連携パス診療計画書を用いて、病状説明と連携パスの流れを説明する。急性期治療終了の目安がつきリハビリ転院が適切と判断した症例では、MSWに連絡する。MSWは、関係部署に連携シート上半分の作成を指示するとともに、患者・家族と転院先を決定する。東邦大はペーパーレスなので、文書管理システムを使って各業種の連携シートを作成する。2009年8月から12月の5ヶ月間で、連携パスを使用したのは8名であった。

榊原：パス不利用の理由はどのようなものがあったか？

岸：合併症などで入院が長期化した場合などで連携パスを使用しなかったが、順調な経過の症例は基本的にパスに適用できている。

看護師

演者：東邦大学医療センター佐倉病院 看護師長 黒田順子

脳卒中地域連携パス使用前は、リハビリテーションの詳細など看護サマリーは情報不足で、転院先で情報をとる必要もあったと思われる。県共用パスでは、リハビリシートとMSWシートがあるので、看護師は入院後のADLなど看護に必要な情報を中心に記載すれ

ばよくなった。チェックシートになっているので、問題行動や転倒リスクなどの情報漏れも少なくなった。記入に際しスタッフから苦情などはない。基本情報と退院時情報に分かれているが、転院までの期間が短いと、フリーシートの欄に記載することが特にない。回復期施設からリクエストがあれば伺いたい。

脳卒中地域連携パスを開始して、特に脳神経外科の入院日数が減少したようだ（半年で約10日）。連携パスの診療計画書を患者・家族にお渡しするようになり、急性期病院や回復期リハビリテーション病院の役割がご理解いただけるようになった。これまでは入院が長期化することも多かったが、最近は早い段階から家族が回復期リハビリテーション病院転院の相談を受けるようになった。

急性期から在宅になる方が約6割いらっしゃるが、これまで開業医紹介の際は入院サマリーを渡していた。今後は脳卒中地域連携パスを添付できればと考えている。

リハビリテーション

演者：東京女子医科大学八千代医療センター リハビリテーション室長 薄直宏

2009年7月から千葉県共用パスを導入している。東京女子医科大学八千代医療センターでは、電子カルテにパスが組み込まれていて、院内の端末どこからでも閲覧可能である。

リハビリテーションシートは、理学療法士（PT）・作業療法士（OT）・言語療法士（ST）のうち誰がどの部分を記載するのかがわからない。チェックシート以外の詳細ほどの程度記載すべきかも不明である。リハビリテーションサマリーの記載とも重複する。

退院時情報でも、例えば、意欲の有無は、基準がわからない。禁忌事項は何を記載すればいいのかも不明。機能的自立度評価表（Functional Independence Measure、FIM）は記載者によって点数が変わる。

できれば業務の負担減のためリハビリテーションサマリーと連携シートは統一したいが、詳細は連携シートの特記事項欄では不足でリハビリテーションサマリーに記載せざるを得ない場合もある。

電子カルテで他業種のパスシートも閲覧可能だが、業務多忙のため、リハシートしか見えていないスタッフが多い。業種を超えた院内会議は今後も継続すべきである。院外に向けては、できるだけ情報を提供したいが、逆に回復期施設からの要望を知りたい。八千代市では、八千代リハビリテーションネットワーク研究会を開催しているが、このような顔の見える実務者会議も今後も必要であろう。

急性期病院のリハスタッフは、診療業務・指導・研究などで多忙である。連携パスが患者のメリットになるのはわかるが、リハスタッフもシートのメリットを実感できる仕組みを構築してほしい。

三品：FIMを導入困難な急性期病院が多いが、女子医大はどうか？

薄：できるだけつけるように努力している。

三品：「している」FIMか、「できる」FIMか？ 改訂版でチェックボックスをつけた。

薄：記載者によって異なる。

MSW

演者：東京女子医科大学八千代医療センター 医療支援室 縄島正之

2009年4月から12月の間に依頼があったのは病院全体で520件、そのうち、脳梗塞48件、脳出血24件、くも膜下出血19件で脳卒中の合計は91件であった。このうち、千葉県共用パスを使用したのは52件であった。

これまでは紹介先ごとにフォーマットが異なっていたが、県共用パスによりフォーマットが統一した。女子医大も電子カルテでの入力で、容易である。これまでは電話連絡が主であったが、シートによる情報伝達になり楽になった。転院相談に必要な資料の準備にかかる時間も短縮された。しかし、記入漏れも多いため、転院後の問い合わせもある。最低限の必須項目の確認が必要であろう。

住所の記載欄がMSWシートにしかないが、各シートにもあった方が将来の地域生活期をイメージするのに全体像がつかめるのではないか。また、保険の種別では、高貴高齢者のチェック欄がないので、別途記載が必要だった。

パス未使用では39件あったが、スタッフ間の周知不備が主因であったが、改善しつつある。パスの対象者であることがわかりやすい目印が必要と思う。

転院相談長期化の要因としては、経済的な問題・家族背景・キーパーソンの不在など、社会的背景に問題がある場合が多い。家族の受け止めや転院の必要性に対する理解不足もあり、Informed Consentの役割は大きい。MSWの人員不足も、お互いに連絡が取れないなど長期化の原因になっている。

今後の課題として、まず院内スタッフへの周知がある。特に、スタッフの異動があるので、定期的に医師、看護師、リハ、医事課、病棟クランクなどに説明する必要がある。入

院長期化の要因となりうる問題を、いかにして早期に解決するか。これらはMSWだけでは解決できないので、各スタッフの協力が必要である。そして、役所、地域包括支援センター、保健センターなどを含めた連携が重要である。

日本医科大学千葉北総病院 医療連携室 鈴木順一：MSWが、Informed Consent、回診、カンファレンスなどに参加しているか？

縄島：Informed Consentは症例によっては同席する。週1回の神経内科・脳神経外科のリハビリテーションカンファレンスには必ず参加している。

鈴木：各業種の連携パス作成の状況はどのように把握するのか？

縄島：医療相談の段階でパスが揃っているか確認し、未完成の場合は早急に作成するよう依頼する。

千葉県共用パスについて ～回復期の立場から～

司会：榊原

医師

演者：八千代リハビリテーション病院 院長 大森啓造

これまで脳卒中地域連携パスは急性期の診療を行う主要な病院が作成し、回復期リハビリテーションを担当する病院に送られていた。病院間のカンファレンスも急性期病院が主催し、リハビリテーション病院が参加している。しかし、回復期病院側からみると、例えば10か所の急性期病院から患者を受け入れ連携パスがそれぞれ異なると、10種類の連携用紙に合わせた書類を作成しなければならないし、年3回開催義務がある会議は年間30回の参加が求められることになる。そこで、共用パスが必要になってきたわけである。

これまで50例が千葉県共用パスで紹介された。利点は、病巣部位とサイズがはっきりする。感染症の検査データが得られる。食事形態、排泄の状況、介助量、意思疎通度、問題行動についてわかる。転院時の障害評価が一目瞭然である。紹介された後の変化・経過・最終処方がわかる。患者と家族に対する予後の説明内容とともに、患者の希望、家族の希望を知ることができる。問題点は、診療情報シート、看護シート、リハシート、MSWシートの4枚読む必要がある。字が小さいため、年配者には読みづらい。感染症の記載が不完全で、陰性なのか、検査をやっていないのかははっきりしないことがある。

回復期病院作成用パスの利点は、書式に従って記入していくことで、漏れなく情報を伝えることができる。退院時情報として最近の変化を記載することで、入院経過、投薬内容を書き直さなくてすむ。診療情報シート、看護シート、リハシート、MSWシートに分かれており、独立して記載できる。問題点は、リスク因子のうち、高血圧、高脂血症、糖尿病がない場合の記載法がはっきりしない。臨床経過表の血液検査が、糖尿病、高脂血症に関連した項目にかたよっている。急性期病院からのパスと合わせると10枚になり、受け取るのが療養型施設なら良いが、かかりつけ医の場合、情報量が多すぎる。

千葉県共用パスに望むことは、現在の共用パスに慣れるまで、大きな変更をしないで使っていきたい。千葉県内の病院、県外の隣接する地域の病院に千葉県共用パスを使ってもらいたい。療養病床、介護施設、かかりつけ医でも、急性期病院・回復期病院からの情報を活用してほしい。将来、全国统一パスが作成されるのもよいが、当分は千葉県共用パスの存続を望む。

看護師

演者：新八千代病院 病棟看護主任 磯辺恭美（大塚一貴より変更）

新八千代病院の回復期リハ病棟入院患者の内訳は、脳血管疾患89名（73%）、整形疾患15名（13%）、廃用症候群16名（14%）である。本年度の平均在院日数は104.2日であった。

新八千代病院では、2005年1月に回復期リハビリテーション病棟を開設、10月から業務パスの使用を開始、2006年9月から患者用パスを使用開始している。2008年4月より、6系統の脳卒中地域連携パスに参加、地域連携診療計画退院時指導料が算定され始めた。2008年4月から2010年1月の間に入院した脳卒中患者は251例（全体566例）、そのうち千葉県共用パスを使用したのは72例で、40例がすでに退院された。

県共用パス未使用の場合の問題点は、1) 書式が施設により異なるため情報に偏りがある。2) 基礎疾患の情報が得にくい施設もある。3) 入院経過の情報提供がない施設がある。4) 医療処置情報が少ない。5) 施設ごとにパス会議を行わなければならない。

県共用パスの利点は、1) ADLが把握しやすくなった。2) 医療処置等の情報が確実に得られるようになった。3) 日常生活機能評価が記載され、転院によるADLの変化も把握できるようになった。4) 経過記録が簡素化され見やすくなった。5) 情報シートが一枚で現状が読み取りやすい。6) 確実に患者情報が得られるのでベッドコントロールに役立つ

ている。7) 多施設との連携。検討課題は、1) 経過記録が縮小し患者の変化が見えにくくなった。2) 精神と行動の評価が簡素であり個別性のある対応に影響がでる。

今後の課題は、1) 地域生活期への地域連携パスの普及、一方向から循環型への移行。2) より密な情報の提供(利用者の精神状況や家族状況)。3) 退院支援(退院指導)の強化。4) タイムリーな情報の伝達。

リハビリテーション

演者：八千代リハビリテーション病院 岡村愛

八千代リハビリテーション病院のリハスタッフ数は、PT22名、OT20名、ST8名の合計50名である。平均在院日数は98.0日である。

2009年5月28日から2010年1月31日の間に、脳血管障害158例、整形外科疾患33例、廃用症候群が12例であった。そのうち千葉県共用パスを使用した患者は、脳梗塞24例、脳出血18例、くも膜下出血5例、合計47例であった。平均治療期間は、千葉県共用パス未使用42名は142.8日、使用した24例は121.8日であった。

千葉県共用パスの利点は、急性期からのパスでは、基本的な情報が洩れなく記載されている、書式が統一されているため、読み取りやすい。回復期のパスでは、パスを参考に評価用紙、サマリーを作成し、業務の円滑化が図れたことである。

課題と問題点は、急性期からのパスでは、病院間でのFIMの採点方法が異なることがある。運動に対する注意事項(リスク)の詳細と、既往症などの継続的な経過観察事項があれば明記して頂きたい。回復期のパスでは、STのサマリーとして使用するにはスペース不十分な場合がある。記述スペースを少し増やして頂きたい。別途用紙を追加している。

脳卒中地域連携パスにより、他施設のスタッフと顔の見える連携ができたし、逆に、当院入院中に再発など急変時に急性期病院にスムーズに転院できる密接な関係ができたことは喜ばしいことである。

榊原：軽症・標準・重症コースを説明してほしい。

岡村：熊本のパスを参考に作った。FIMの点数で分けている。入院日数の目安になっている。

MSW

演者：新八千代病院医療連携室室長 高橋朋之

新八千代病院は総病床数295床、回復期リハビリ病棟120床、医療療養病棟175床で、MSWは5名の体制である。2008年4月脳卒中連携パスの使用が開始され、2009年4月から千葉県共用地域医療連携パスが導入された。2009年4月から12月の脳卒中新規入院患者数は169名で、そのうちパス算定対象患者数は128名であった。千葉県共用パス使用者66名（51.6%、急性期医療機関数4ヶ所）であった。

千葉県共用パス導入前は、MSWの情報は電話など口頭でのやりとりが多かった。入院相談時の書類等統一された書式もなく、情報提供者や情報収集者の経験等により情報量や質・記録に相違があった。支援経過や現状・結果等情報量が異なっており、必要に応じその都度確認をしていた。細かい情報は入院事前面談にてご家族より情報収集をしていた。

千葉県共用パス導入後、パスの受け手側のメリットとして、事前情報を豊富に得ることができるようになり、何度も情報確認をする必要性がなくなった。統一の書式のため必要な情報が確実に得られるようになり、書式で確認できるようになった。支援経過や現状・結果等を把握でき、残された課題等を把握しやすくなった。事前情報が豊富なため、入院事前面談にてより詳細な情報を得ることができるようになった。送り側のメリットは、共通項目や多くの情報を書式にて確実に提供することができるようになった。支援経過や現状・結果を伝えることができ、フリースペースも多く、残された課題等をしっかりと引き継げるようになった。家族背景や経済面・住宅状況等患者・家族を取り巻く環境をより一層細かく提供することができるようになった。総論としてのメリットは、入院相談時点での情報が豊富であり、入院判定から入院調整までタイムリーな対応が可能となった。地域連携合同会議により、多施設との職種間連携や職種を超えた顔の見える連携が可能となった。院内での各職種間連携をより一層深める機会になった。

検討課題としては、本人・家族の病識や障害認識についての欄がなく、生活者として捉える視点が必要であろう。退院前のサービス担当者会議時に利用し、より多くの情報を基に利用者の現状や課題等を関係者間で共有できるようになればいいのではないかと。今後、急性期・回復期病院で積極的に連携パスを活用し、さらに地域生活期への連携パスの普及をはかり、生活状況のフィードバックがあればいいのではないかと。パスシートも、地域生活期のスタッフにも評価いただくのも重要だ。医療施設だけでなく、福祉関係者との顔の見える柔軟な連携がはかれれば、より円滑な循環型医療連携システムが構築でき

る。そのためには地域生活期の方にも地域連携合同会議に参加頂くことも必要ではないか。その結果、患者・家族が地域にサポートされているという安心につながるのではないか。

榊原：循環型、というお話があったが、回復期から急性期にはどのようなタイミングで報告があるのか？

高橋：回復期を退院して地域生活期に移る際に、急性期にもパスを送っているし、県共用パスを使用していない場合は、業務パスのコピーを郵送している。

パネルディスカッション

司会：東京女子医科大学八千代医療センター 神経内科 講師 大橋高志

パネリスト：岸・黒田・薄・縄島・大森・磯辺・岡村・高橋

大橋：千葉県共用パスのメリット・デメリットを議論していきたい。まずはシート自体のこと。先ほどの発表では温度差が感じられる。回復期施設は使いやすいとの印象、急性期は仕事が増えた、大変になったという感想が多かった。医師とパラメディカルでも温度差があった。医師の立場からは情報が多すぎるという意見もあった。感染症など、記載方法がわかりづらいという話もあった。有無はわかるが、検査実施・未実施がわからない。

岸：医師のシートは特に違和感はなかったし、シートだけで情報伝達できるわけではなく紹介状や退院サマリーも付けている。

大橋：検査結果や画像もそうだろう。最低限は県共用パスで網羅できるだろう。逆に、フリー欄はどこまで書けばいいのか。スタッフの負担は？

薄：スタッフの負担は増えている。パスのチェック欄でも記入漏れはある。しかし、回復期側からの問い合わせもない。回復期側がどこまで情報が必要なのかが不明。

大橋：回復期側は情報不足という話もあったが。

岡村：急性期からの情報不足は感じない。回復期からのシートの特記事項欄が狭いので、STなどから嚥下の状況など書きづらいという意見がある。

平和台病院 診療部長 志賀元：シートを論じる時に、比較されているのか？ 何もなかったところから千葉県共用パスを始めても、善し悪しを議論できない。平和台病院で

は、3年前から茨城千葉脳卒中地域連携協議会を作っている。そのパスと比べると千葉県共用パスは使いにくい。受け手側は情報を欲しがらる。書き手側は仕事を増やしたくない。パスの改良で情報量を増やすだけでなく、顔の見える連携の中で情報量を減らすこともしなければならないのではないか。

三品：千葉県では、共用パスができる以前より、私たち印旛脳卒中地域連携パスの他、市原の千葉労災病院を中心としたグループ、千葉救急医療センター、千葉脳神経外科など、5つくらいの連携パスが運用されていた。さきほど大森先生からお話があったように、回復期側が複数のパスを運用しなければならなくなった。そこで、ある研究会で集まったときに、回復期施設のいくつかで共通のパスを作ろうという話になり、そこに県庁と医師会が乗った、というのが真相で、決して役人が作って持ってきたものでなく、現場の人間が作ったものである。確かに、印旛脳卒中地域連携パスのシートと比べても県共用パスは入力情報が多く、使い勝手については意見が多々あると思う。パスは修正して作っていくものなので、ぜひこのような意見をパスに反映していく仕組みを構築したい。

志津クリニック 院長 志津雄一郎（印旛市郡医師会医療連携担当理事）：県医師会も昨年10月から、開業医にどうやって連携パスを普及させるかを検討しており、医療連携推進委員会が開催されている。千葉県共用パスは千葉県医師会が行った壮大なスケールの事業である。5年くらいで結果が出ると思う。完全な失敗で終わるか、大学病院と中小医療機関など一部の専門医療機関だけで限定的な成功となるか、開業医も含んだ県全体での成功となるか。そもそもなぜ連携パスが始まったかということ、日本の医療の崩壊で急性期病院が疲弊しているため、大病院志向を改善し急性期治療終了後に中小の病院や開業医に移すことで、日本の医療崩壊を防ぐ、というものである。今、パスの内容を吟味しても、普及していかない。これは不完全なパスだが、とにかく使用していく。5年くらいかけて改善していく。細分化してしまうと、限定的な普及にとどまってしまう。医師会としてはぜひ使っていただきたい。

大橋：まだ不完全なパスだが、千葉県全体で使っていこう、ということ。県外のパスも参考にしながら、修正すべきであろう。あくまでシートはツールである。では、このシートを使ってどんなメリットがあったか。回復期では連携がスムーズになったという話だった。急性期病院では、東邦大では在院日数が減少したと報告された。女子医大では入院日数減少の実感はないが、患者・家族の心構えが変わり、転院の話

がしやすくなったようになったように思うが。ケースワーカーの立場から、違いはありそうか？

縄島：以前より急性期病院・回復期施設の役割をご理解いただいている患者・家族は増えていると思う。

高橋：以前は、大学病院に長く入院したい患者・家族が多かったが、最近は、急性期病院で診療計画書を用いた説明がなされているので、事前面談でも役割を理解していて、早期の転院を希望される方が多くなった。

大橋：連携パスのメリットとして、地域全体の医療の質を向上がある。これまでは、転院後の患者の状況が不明であったが、パスによりフィードバックがある。実際に帰ってきたシートで議論する機会はないが、これからはやらなければならない。看護でも有用だと思うが。

黒田：東邦大でも実現していないので、これからの課題だ。

磯辺：自宅または療養型施設に行かれた患者の情報はまだ少ない。看護やリハビリテーションの評価ができるので、今後は検討していきたい。

東邦大学医療センター佐倉病院 リハビリテーション科 寺山圭一郎：リハシートでは、リハビリテーションの個別性を表現しきれない。リハビリテーションサマリーも必要で、二度手間になる。回復期施設は、パスシートの内容をどの程度重要視しているのか？

岡村：訓練の継続には有用である。PT・OTについてはリハシートで十分に思う。STについても特記事項に記載があれば問題ない。

大橋：チェックリストにしているメリットのひとつは、データベース化できるということもある。データベース化の計画があるようだが。

三品：脳卒中地域連携パスの目的のひとつは、地域全体の脳卒中診療の状況を把握することもある。現在、日本医科大学千葉北総病院脳神経センターで運用している連携パスシステムを、県共用パスバージョンに対応する作業中である。

大橋：地域生活期にまだ普及していない。東邦大では自宅退院に10例パスを使用された。新八千代病院と八千代リハビリテーション病院も40例・27例と使用された。その際は診療経過表を付けるようになっているが。

岸：現在は紹介状を使っていて、パスシートは使っていない。

大森：それぞれのシートを合わせて全体がわかるような仕組みなので、このシートのままだと、開業医には情報量が多すぎる印象。連携パスが普及しないうちは、従来の紹介状も付ける必要もあろう。実際に、パスのファイルだけを持っていったら、開業医に紹介状を要求された患者もいた。

大橋：情報が回復期から戻ってきても、患者がどこにいったかがよくわからない。

三品：MSWシートのどこかにあったはず...

大橋：療養型施設やかかりつけ医など地域生活期の印象はどうか？

志津：全然来ていない。今日は大学病院と回復期リハビリテーション病院の話に終始した。開業医が不在だ。今後、大学病院は、回復期施設を経ずに開業医に紹介した場合に、県共用パスを使うつもりがあるのか？

三品：今回作成した県共用パスでは、急性期から回復期施設に送る際に使用する連絡シートを使用することになっている。急性期から開業医に紹介した場合は、急性期病院が診療経過表を発行することになっている。

志津：急性期病院は開業医の情報をどこから得られるのか。我々でも、開業医・介護の情報はわからない。

三品：MSWの機能が急性期と回復期が異なる問題がある。今後ケアマネージャーの研修会に出向き、介護の情報を収集する予定である。急性期側も介護の情報を把握する。開業医・医師会からも情報を共用できるようなシステムを作りたい。

志津：インセンティブの問題もある。医療の質を上げるのは大前提だが、病院の経営を考えれば、患者を紹介するのは減収につながる。明確なインセンティブがないと、新規に参加する病院は少ないのではないか。

大橋：八千代医療センターは急性期に特化した病院ととらえ、外来はできるだけ開業医にお願いしている。患者も近医を希望される。八千代市内の診療所は把握しているので、紹介も可能。

志津：患者は逆紹介を「見放された」と考える方もいる。そのために、医療連携室の役割は大きい。北海道の地域医療連携福祉センターでは、医療連携室の中に医療パスに特化した別個の部門があって、医師の説明に加えて、何のためにパスを使うのかを説明してくれる。

岸：合併症の多い場合、大学病院では複数の科を受診しなければならない。開業医なら1カ所で済むので、患者にはメリットがある。しかし、大病院志向は一部には根強く、啓蒙が必要である。現状では患者の要望に合わせている。

志賀：パスを使うにあたって、受け手も含めた顔の見える連携が前提である。千葉北という広域で、開業医を含めた顔の見える連携は可能なのか。もっと小さなサブグループを作らなければならないのではないか。

大橋：このグループに参加する前に、八千代地区の脳卒中連携の会があり、そこから、印旛脳卒中地域連携パスに合流、さらに千葉全体となった。八千代地区は開業医と顔の見える連携を維持している。やはり大きな会では困難である。

参加者

医師

志津クリニック：志津雄一郎
 かみにし内科医院：上西徹二
 工藤外科内科：工藤驍悦
 九十九里病院：江上格
 新八千代病院：荒井泰助・兼村三千彦
 千葉大学医学部附属病院：児玉遊
 東京女子医科大学八千代医療センター：大橋高志
 東邦大学医療センター佐倉病院：榊原隆次・岸雅彦
 東松戸病院：林田仁至
 平和台病院：志賀元
 北総栄病院：佐藤幹生
 南ヶ丘病院：藤原敬悟
 八千代リハビリテーション病院：大森啓造
 日本医科大学千葉北総病院：小林士郎・三品雅洋・小川真司・大林茂

看護師

勝田台病院：横田和恵
 新八千代病院：仁井田利絵・久津間久枝・藤森順子・久保日女子・磯部恭美・大塚一貴
 東京女子医科大学八千代医療センター：長井滨江
 東邦大学医療センター佐倉病院：黒田順子
 成田赤十字病院：成毛一子・由比寿子
 八千代リハビリテーション病院：宮腰佐和子・小野寺真理子・菱沼寛一
 日本医科大学千葉北総病院：丸山美穂子・橋本礼子・土肥いづみ・岩井智美・高市直子

リハビリテーションスタッフ

九十九里病院：森田悠介

佐原中央病院：宮内守

北総栄病院：池滝雅之

新八千代病院：塩崎善隆・竹田進一・長澤康弘・渡邊竜太・安藤美智子・中野亜衣子・丸川恵美・渡辺義郎・河野義幸・内藤大貴・平間賢

東京女子医科大学八千代医療センター：薄直宏

東邦大学医療センター佐倉病院：小川明宏・寺山圭一郎・治田寛之

八千代リハビリテーション病院：今井基次・岡村愛・伊藤進一・吉岡博史・池麻貴・奥川達也

日本医科大学千葉北総病院：小塚和豊・泉川幸恵・吉田真一・我妻朋美・中島麻美

MSW・医療連携室・事務

東邦大学医療センター佐倉病院：高橋智美

勝田台病院：西田美幸

九十九里病院：今関勝代

新八千代病院：高橋朋之

東京女子医科大学八千代医療センター：縄島正之

東京湾岸リハビリテーション病院：小野山晶菜・菅井温子

船橋市立リハビリテーション病院：江尻和貴

八千代リハビリテーション病院：山本由美

新八千代病院：三浦由美・船田麻実・佐藤真澄・柳生裕子

佐原中央病院：八角尚央

東邦大学医療センター佐倉病院：小沢正成・鈴木明美

九十九里病院：伊藤忍

つくばセントラル病院：浅野信一・山越亮・片岡朋子

成田赤十字病院：西宮昌弘・浅野慎治・北原俊幸・渡辺裕子・関理枝子

船橋市立リハビリテーション病院：富山正己・森本榮

佐倉厚生園：内海哲也

日本医科大学千葉北総病院：鈴木順一・古川靖裕・石橋明希・小笠原恵莉

合計99名