

Y7-12

患者・家族が安心して転院できる地域連携パスの運用

福岡赤十字病院
 ○橋爪 朋子

福岡赤十字病院では、平成18年度より大腿骨頸部骨折、平成20年度より、脳卒中における地域連携パスが実働している。当病院は急性期病院であり、その役割として、合併症を予防し、よりスムーズに連携できるよう、フィジカルアセスメント能力を高め、安全安楽な看護の提供を行うこと、医療連携、長期目標を理解し患者家族が安心して退院できる体制を構築していく必要がある。平成20年度は、整形外科病棟と脳卒中センターと、リハビリ科、地域医療推進課と協働し、回復期病院との顔の見える連携を行った。まず、当院での他職種との連携が重要であると考え、関連部署の医師、看護師、リハビリ科などで「地域連携パスチーム」を結成し、看護管理者、リハビリ科管理者、地域医療コーディネーターによる、回復期病院への訪問を行った。看護師間の机上ではない対面でのやり取りは、看護や介護上の個々の問題解決につながっていく手ごたえを感じ、スタッフによる回復期病院への患者訪問を導入した。予防から急性期・回復期・維持期へと移行する患者中心の医療の大きな流れの中で、私たちは極一部を担っている。院外へ目を向けることで視野が広がり、全体を理解した上で、急性期の役割を考えていく必要があることを再確認できた。さらに回復期病院への患者訪問をしたことから、年3回の回復期病院との地域連携パス検討会で事例を共有し、問題解決を行った。その結果、各々の立場の理解につながりより関係が近まった。それが、顔の見える連携の第一歩となった。自分たちの行ったことの評価を含め、TQM活動報告として、院内のスタッフに発表し、地域医療支援システムを理解した上での地域中核病院としての今後の課題を見出したので報告する。

Y7-13

脳卒中地域連携クリニカルパスに基いたFIMと転帰の検討

前橋赤十字病院 リハビリテーション科
 ○水野 剛、石井 弘美、春山 滋里、
 田中 真理子、朝倉 健

【はじめに】当院では平成20年4月より近隣リハ病院と協力して脳卒中地域連携クリニカルパス（以下、パス）を導入した。我々のパスの特徴は急性期から患者重症度の基準にFIMを設定したことにより、今回、重症度別におけるFIMに注目し分析した結果を報告する。

【対象・方法】対象は平成20年4月1日～平成21年3月31日にパスでリハ病院を退院した脳卒中患者111名とした。重症度はリハ病院開始時のFIMで軽症43人（80<FIM）、中等症36人（40<FIM≤80）、重症32人（FIM≤40）に分類し患者改善度を可視化した。方法は当院及びリハ病院入院・退院時における運動・認知・合計点のFIMを評価し、転帰、FIM改善率を検討した。

【結果】転帰は軽症：自宅91%、中等症：自宅66%、施設・転院29%。重症：自宅23%、施設・転院42%と自宅退院率は重症度に相関した。FIM改善率は自宅で運動73.8%、認知46.2%。施設入所は運動30.0%、認知22.8%。転院は運動23.2%、認知26.7%で自宅退院例は運動・認知共にFIM改善が認められた。軽症の運動・認知と中等症の認知は当院での改善度が大きく、中等症の運動と重症の運動・認知はリハ病院での改善度が大きかった。

【考察】FIMに注目し重症度別に分類することで3コースとも上昇するがそれぞれで差がみられた。FIMの経過と転帰には相関があり、FIMが脳卒中患者の転帰を予測する判断指標となる可能性が示唆された。