

Y7-14

脳卒中地域連携パスの取り組み～転帰別のADL最終獲得機能に着目して～

前橋赤十字病院

○深井 恵美、小原 陽子、奥 里都子、
奈良 あかね、櫻井 千明、田中 真理子、
朝倉 健

【はじめに】当院では平成20年より近隣リハ病院と協力し脳卒中地域連携パス（以下、パス）を導入している。リハ部門では身体機能、高次脳機能、ADL等について連携病院との情報交換を実施している。今回は、転帰、特に在宅復帰に関わる因子を検討した。

【対象と方法】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（軽症43名、中等症36名、重症32名）のうち、サマリーでの未記者を除外した、食事101名、トイレ98名、移動94名を対象とした。在宅・施設・転院の3つの転帰別に食事・トイレ・移動について、食事は経管・経口・両者の併用、トイレは自立・監視・介助、移動は歩行自立・監視・介助・車椅子で最終獲得機能を検討した。

【結果】<1>食事摂取状況：経口は在宅77%・施設12%・転院11%、経管は在宅14%・施設14%・転院72%、併用は転院で100%となった。経口は在宅が多く、経管は転院が多い。<2>トイレ動作状況：自立は在宅92%・施設5%・転院3%、監視は在宅71%・転院29%、介助は在宅33%・施設30%・転院37%となった。トイレ動作自立は在宅が多い。<3>移動手段：歩行自立は在宅93%・施設7%・転院0%、監視は在宅92%・施設4%・転院4%、介助は在宅50%・施設17%・転院33%、車椅子は在宅33%・施設39%・転院28%となった。歩行レベルでは在宅が多い。

【今後の課題・考察】食事・トイレ・移動の獲得は在宅復帰と深く関係していた。中でもトイレ動作の獲得は在宅群と施設・転院群との差が大きく、転帰先の判断指標となる可能性が示唆された。

Y7-15

大津版脳卒中地域連携パスと地域医療連携室の役割

大津赤十字病院 地域医療連携課

○荒堀 光信、水野 敏子

【背景】大津医療圏には大津市医師会を中心にした20年を経過する病診連携システムがある。核となるシステムは「FAXによる診察・特殊検査紹介システム」であるが、昨年より「地域連携パス」がこれに加わった。当地域では、当院も参加する「大津市医師会病診連携推進委員会」がパスを作成し、その推進に保健所が関わるという体制を組んでいる。ここでは脳卒中地域連携パスを取り上げ報告する。

【経過】当院地域医療連携室はパス作業部会に参加し、現在事務局を担当している。大津版脳卒中地域連携パスは患者情報の伝達・共有、連携先医療機能の判断、社会資源活用のためのツールと位置づけた。病診連携評価指標として「NIHSS」（機能障害）、「Barthel Index」（ADL）、在宅・介護・福祉連携判断指標として独自の「介護力指標」を採用した。作成作業は1年に及び、2008年5月に試行開始となったが、初版は2008診療報酬改定後に算定要件様式例に変更し、改定版による実質運用開始は本年3月となった。

【考察】5月現在までの運用件数は18件となっているが初版による試行運用は数例に止まった。これは診療報酬に繋がらないという要因もあったが、評価指標の判定に対する現場での煩雑さ感に加え、「地域連携パス」そのものへの理解がまだまだ不足していることに起因するものと考えている。

【まとめ】3ヶ月毎に検証する場を設けることとし、バリエーション事例も含め運用事例を多く集約することを当面の課題としている。地域医療連携室は単なる事務局としてではなく、地域連携パスを通しての地域医療ネットワークの構築をめざすこととしている。地域医療連携窓口の域に止まらず、自院の地域におけるポジションの確保とミッションの実践に貢献できる地域医療連携室の存在が求められる。