

## Y4-35

### リハビリテーション最前線 ～パス通りで良い?～

岡山赤十字病院 リハビリテーション科  
あんどう けんすけ  
安藤 研介

【目的】地域連携クリニカル・パス（以下CP）が主流となり、「急性期病院ではCPを実施し、後方（回復期）病院へ転院させることが目標」となっているように感じる。私が実施している大腿骨頸部（及び転子部）骨折術後の結果及び可能性を提供し、「急性期病院完結型のCPでも良いのでは?」という事を他病院でも議論するきっかけにしてみたい。

【方法】当CPを使用した302症例のうち、CP上問題となる既往歴がなく、入院前歩行可能である87症例（男性15名、女性72名、平均年齢 $81.9 \pm 7.8$ 歳）を対象とした。CP使用群（以下A群）と当院完結型自宅退院プログラム（以下B群）とで、1）杖開始日、2）在院日数での検討をMann-WhitneyのU検定（SPSS17.0）にて実施。

【結果】A群47名 $81.8 \pm 8.3$ 歳（骨接合術34名、人工骨頭置換術13名）。杖開始日 $23.4 \pm 16.1$ 日、退院（在院日数） $70.0 \pm 24.2$ 日B群40名 $82.1 \pm 6.5$ 歳（骨接合術25名、人工骨頭置換術15名）。杖開始日 $6.8 \pm 5.3$ 日、退院（在院日数） $30.3 \pm 18.9$ 日。A群B群では杖開始日および在院日数ともに $P < 0.0001$ で有意差を認めた。術前の歩行形式への復帰率でも有意差を認めた。

【考察】急性期病院では、後方病院（回復期病院）があるという安心感からなのか、積極的なリハビリをされてない現状がある。当CPでは、21日目で後方（回復期）病院への転院となる。逆に言えば術後21日間は急性期での入院リハビリが可能となる。そこで、「21日で自宅退院」という目標を設定し、リハビリを施行した結果、入院期間の短縮がなされた。入院期間短縮はCPが担っている主要な効果の1つである。そのことを意識し、急性期病院からリハビリを積極的に実施していく必要があると思われる。

## Y4-36

### 糖尿病連携手帳の有効活用と院内スタッフの意識変化

金沢赤十字病院 看護部  
とみさわ  
富澤ゆかり、河島絵里菜、西村 泰行

当院の糖尿病診療におけるコンセプトは「地域で糖尿病を診る」である。患者にとって身近な存在である「かかりつけ医」と当院との循環型連携をより有機的なものとするために、平成21年8月「金沢南糖尿病ネットワーク」を設立、独自に作成した糖尿病地域連携パス（以下、パスとする）を活用していた。しかし、平成23年3月、パスの使用実績、連携医ならびに使用患者の声をもとにパスの評価を実施したところ、医療者間の連携ツールとしては有効性が示唆されたが、患者を含めた三者での共通ツールにはなっていないことが明らかとなった。改善策を模索していたところ、日本糖尿病協会から「糖尿病連携手帳（以下、連携手帳）」が出たことを知った。この連携手帳の内容や様式が当院のパスと類似していたため、金沢南糖尿病ネットワーク会員で協議した結果、現行パスを中止し連携手帳を新たな連携ツールとして活用していくことになった。

連携手帳の活用にあたっては、「患者自身が有効活用する」をコンセプトとし、患者の糖尿病治療への参加意識を高めることを念頭に置き活用方法を検討、4月から運用を開始した。5月末現在の連携手帳使用者数は、新規導入者8名、パスからの変更者16名である。運用を開始して日が浅く、連携手帳導入による患者への効果はまだ把握できていない。しかし、連携手帳に関わるスタッフ、特に看護師の連携に対する認識に変化が見え始めている。本来、糖尿病連携は医療チームで実践するものであり、医師だけでなくコメディカルの連携に対する認識が重要と考える。

今回は、新たな糖尿病連携ツールとして導入した連携手帳に関わる看護師の連携に対する意識の変化をインタビューにより明らかにしたので、その結果を報告する。