

いることが示唆された。

### P3-45.

#### 脳卒中地域連携クリニカルパスの現状と課題について

(医療福祉室)

○原田なな子、藤平 輝明、品田 雄市  
鈴木 豊、大竹口幸子、木村 透子

(医療連携室)

永井 秀三

(老年病科学)

櫻井 博文

医療の機能分化が進む現状では、患者は病状により複数の病院で連携して治療・療養する必要がある。そのためには医療機関間の情報共有・スムーズな連携は不可欠である。その方法の一つとして活用されるのが地域連携クリニカルパスである。当院は東京慈恵会医科大学作成の脳卒中パスに参加しており、退院後リハビリテーションを必要とする患者の転院に活用している。

脳卒中を発症した患者・家族は、突然の出来事に戸惑う。そして急性期治療後の症状の程度により、直接当院より自宅退院する場合と、リハビリテーションや介護の必要性から転院する場合、施設での療養が必要になる場合など、様々である。いずれの場合でも、療養の継続は必要であり、医療・介護の施設が連携を取り、患者は療養を続けることとなる。脳卒中パスは、患者の療養を支えていくために、現状と今後の課題について、医療機関同士で情報共有し、経過を追って問題に対応していく指標となる。急性期病院である当院は、患者・家族の不安を最初に受け止め、これからの療養について、道筋を与える役割にあるといえる。

ソーシャルワーカーは、脳卒中患者のみならず転院調整に介入するとき、生活者である患者をとらえ、社会的背景を見据えた上でその後の療養の形を模索していく。それまで患者がどんな生活をしてきたか、どんな役割を担ってきたか、今後どのような形で社会に戻っていくのかを見据えて、次の医療につないでいく役割を担っている。脳卒中等の回復期リハビリテーション病院への転院にあたっての発症二ヶ月以内という制約の中では、早期の介入とアセスメン

トが患者のADL拡大の一端を担うと考える。脳卒中患者への介入実践と転院の事例分析から、脳卒中パスの今後のより有効な運用について検討する。

### P3-46.

#### 大腿骨頸部骨折地域連携パス運用状況と今後の課題

(医療連携室)

○松本 弘幸、佐藤 友枝、生澤富士子  
山本 孝枝、松原 邦彦、倉田 啓佑  
永井 秀三

(整形外科学)

宍戸 孝明

【はじめに】 大腿骨頸部骨折地域連携パス（以下連携パス）は当院が計画管理病院となり、整形外科と連携実績のあった回復期リハ病院2施設を連携病院として、H20年10月より運用を開始した。医療連携室は連携パス会議の事務局と連携施設からの連絡窓口として係っている。地域連携パスの運用までの経緯、運用状況と今後の課題について報告する。

【対象・方法】 対象はH20年10月～H21年7月の大腿骨頸部骨折患者25名であり院内パス・連携パス使用状況等を調査した。

【結果】 パス使用者は19名、未使用者は6名であった。その内、連携パス使用者は3名で全て女性、術式は骨接合術、平均年齢は83.0歳、当院平均在院日数39.0日であった。院内パスのみ使用者は16名で内訳は男性2名・女性14名、術式は骨接合術11名・人工骨頭置換術5名、平均年齢78.3歳、当院平均在院日数34.9日であった。又、当院治療後の転帰別の人数・当院平均在院日数は、転院4名・47.8日、老健施設入所2名・32.0日、自宅退院10名・30.4日であった。在院日数80日を越えた1名は術前後に肺炎を併発した症例であった。

【考察】 連携パス書式に問題は少なかったが、使用開始が年末年始休暇と重なり記載やパスの説明に混乱があった。当院での大腿骨頸部骨折のパス使用率は76.0%であるのに対し、連携パス使用率は12.0%と少ない。また転院の一部と自宅退院の10名は連携パス対象者であったが、連携病院が遠方であることや、直接自宅に帰りたい等の理由で使用できなかった。今後はパスや連携病院でリハビリを行うメ