

脳卒中 地域連携への 取り組み

ソーシャルワーカー 大津 敏嗣

当院では、茨城県央・県北脳卒中地域連携パス研究会に参加しております。

研究会の目的としては、地域の脳卒中(脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血)患者に関わる専門職間で、連携の根幹となるヒューマンネットワークを構築し、病院・施設間の強化を図り、診療情報の共有化を進めております。

地域連携診療計画(地域連携パス)の作成及び継続的見直しを実施することにより、地域における脳卒中医療・ケアの質の向上を図っております。また、地域住民へ脳卒中医療・ケアに関する啓発を行うとともに、急性期から維持期まで安心して脳卒中の治療・リハビリを受けられることのできるシステムを構築しております。



地域連携パスとは、診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者様に提示・説明することにより、どの病院に転院されても患者様が安心して医療を受けることができるようにするもので、また、転院時にスムーズに患者様の状態を伝達するため、地域で統一された情報提供書を作成し共有して用いるツールのことです。入院から7日以内に患者用シートを利用し、患者様、ご家族様に発症

から在宅までの流れの説明をさせて頂いております。当院での治療が終了し、体の状態や意識が改善・安定してきたら、退院、転院をします。転院の紹介先としては、回復期リハビリ病院、療養型病院や介護老人保健施設への紹介をさせて頂いております。

回復期リハビリテーション病棟とは、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、リハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリを要する患者が常時80%以上入院している病棟を言います。

急性期の状態を脱してもまだ医学的・心理的サポートが必要な時期の患者さんを対象に受け入れ、自然回復を促す環境をつくり、多くの医療専門職がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻って頂くことを目的とした病棟です。この病棟では、病名と、病気・怪我をしてから入院するまでの期間が決まっています。脳卒中の場合は「発症後2ヶ月以内の入院」が原則となっております。



現在、医療は病院完結型医療から、地域の病院がそれぞれの特色を生かし、役割分担をし、連携する地域完結型医療へと形を変えています。その中でも、脳卒中は死亡率が高く、助かった場合も障害が残り、患者様・ご家族様の生活が一変する病気です。そのため、入院期間が長くなり、複数の病院に入院することも珍しくありません。また、入院生活より在宅生活の年月も長く、再発予防や生活の質向上のためにも、患者・家族を支えるかかりつけ医・介護保険サービスを提供する事業所の関わりも重要となります。そのため、一つの病院だけでなく、地域全体の病院・事業所が治療やケアについて考え、お互いのチームワークを高め、地域としての治療・ケア実績を向上させる地域連携活動が必要となっております。

不明な点はソーシャルワーカーまでお問い合わせください。