

「脳卒中在宅療養ノート」説明書

はじめに

このノートは、表紙においても簡単に説明しておりますが、その使用目的は脳卒中に罹患した方の維持期の生活をサポートするために作成しております。特に、脳卒中は再発や他の心血管系疾患の併発が危惧され、維持期の療養生活には定期的な診療やサポート・観察が重要となります。

対象者

対象者は脳卒中の患者さんと考えておりますが、他の疾患で療養中の方々の生活状況を把握するためのツールとしても活用が出来ます。専門医の定期的診察の部分は、疾患の違いに合わせて記載内容をかえて頂ければ、「かかりつけ医」の部分は同様に記載して頂けます。

運用

脳卒中の患者さんにこのノートを渡して頂く絶好のタイミングとしては、退院前カンファレンスと考えております。この時に看護・リハビリなど多職種の方々にもご参加頂ければ、このノートの裏面にあたる担当者氏名記入欄に記載してご利用頂けます。同時に、維持期療養生活のスタートラインの情報を共有化できます。

その後は、専門医あるいは「かかりつけ医」の外来受診時に、このノートを持参して頂き、少しの病状の変化も把握して頂けるでしょう。勿論、介護職の方々にも情報の共有化をして頂くためにも、このノートを通じて日常生活の注意点等々にご理解頂けることでしょう。

退院後においても、「かかりつけ医」の診察のタイミングに、その外来で渡して頂いても良いと思います。急性期から回復期で主に運用する区西北部脳卒中連携パスの最後の維持期記載があれば、その外来診察時点と比較することも容易となるでしょう。

記入者

具体的には、専門医の定期的な診察とその際に行われる検査や助言・指導の記載や処方内容の記載が可能となっております。また、「かかりつけ医」の定期的診療とその際の指導や助言、更に訪問看護師・理学療法士・作業療法士・歯科医師・薬剤師等のコメディカルの方や介護職の方々からの意見・サポートの評価や生活の状況の記載が可能となっております。診療や評価した時点の生活・身体状況を簡単に把握出来るツールとして利用して頂きます。

記入時期

特に、専門医の定期診察の第1回目は、急性期・回復期から維持期の橋渡しとなる時間的局面にあたり、今後在宅療養を行う上での留意点等を多職種にわたるカンファレンス(退院前カンファレンス)の際に、記入して頂くことで、情報の共有ができ今後の在宅療養を行う上で有用なものとなるでしょう。

その後、退院後約3ヶ月毎に評価(3ヶ月はあくまでも目安です)し、ADL変化と共に、生活上の対応も変化させる必要が出てきます。

最低1年後(目安としてで、必要に応じて短い間隔での定期診察もあります)にも専門医の定期診察を受けることによって、必要な検査等も含め、生活でのアドバイスを頂けるでしょう。

効果・活用方法

このノートを運用することで、生活上の不自由な点も明らかになり、ご本人・家族のみならず医療・介護に関係する職種の方にも、現状の問題点が簡単に把握でき、その対応策をも考える機会となります。

万一、脳卒中の再発が起きた際には、再発直前のADL状況把握が出来ており、急性期病院や定期的診察をして頂いている専門医に情報を提供することができます。その後のリハビリテーションを行う上で非常に重要な情報となるでしょう。

専門医や「かかりつけ医」を含め退院前カンファレンスに参加された多職種の方々にとって、顔の見える連携が可能となる連携ツールとしても利用して頂きます。