

Y5-38

当院のがん地域連携パスの現況と今後の課題

名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科

○法水 信治、長谷川 洋、坂本 英至、小松 俊一郎、久留宮 康浩、西前 香寿、広瀬 友昭、山口 貴之、神谷 忠宏、日高 渉

【当院のがん地域連携パス】当院では各分野で定期的にカンファレンスを開催するなど前方連携医と良好な連携関係を構築してきた。2008年胃がん地域連携パス導入へ向けての取り組みを開始。連携医を対象にがん診療に関するアンケート調査を行い、連携パス導入時に参加が見込める連携医をある程度把握した。次いで病院側が胃がん地域連携パス原案を作成、診療所医師にも参加してもらい、抗癌剤投与不要なstage1用と抗癌剤(S-1)投与を要するstage2・3用の2種類のパスでの運用を決めた。また多職種から構成される胃がん地域連携委員会を立ち上げ、患者・連携医からのさまざまな相談に対応できる体制を整えた。その後連携パス参加への意思確認のためのアンケートを行い、22診療所を登録施設として、2009年1月から半年間の試行的運用を経て、7月から本格運用を開始、同年11月には大腸がん地域連携パスも運用を開始した。大腸がんでは、抗がん剤投与例は煩雑で大変、との連携の意見を取り入れ、stage0-3共通の1種類のパスとし、補助化学療法は当院で施行する形式とした。

【現況】2010年5月現在で、胃がんではstage1症例13例、stage2・3のS-1投与症例6例の計19例が、大腸がんでは7例が連携パス患者として登録されている。現在まで連携で問題が生じた症例はなく、患者・連携医にもおおむね好評である。胃がんstage2・3のS-1投与例では1例が副作用のため、3例が再発によりパスを逸脱した。再発の3例は化学療法を変更し当院で治療を継続している。

【今後の課題】導入から1年あまりが過ぎたが登録症例数は思ったほど伸びていない。今春がん地域連携に診療報酬が算定されたことをアピールし、連携診療所の新規開拓を図るのも一法と思われる。

Y5-40

t-PA適応を増やすための地域連携の必要性

鹿児島赤十字病院 脳神経外科¹⁾

鹿児島大学 医学部 脳神経外科²⁾

○川添 一正¹⁾、久保 文克²⁾、田中 俊一²⁾

薩摩半島の中核の病院となるべく南薩地区の地域医療連携に早期から取り組んできた。平成19年1月からt-PA使用開始した。t-PA投与には困難な条件がいくつかある。中でも最も困難な条件は、発症後3時間以内の投与となっている点である。地域連携を強化することにより、t-PA適応を高めることが出来た。考察を加えて報告する。

【目的】t-PA適応患者の分析を行い、脳梗塞超急性期医療のさらなる改善を図る。

【対象】平成19年1月1日から平成21年10月31日までの間に当院に入院した脳梗塞全患者およびt-PA投与患者。

【結果】平成19年1月1日から平成21年10月までに全脳梗塞発症例230例中、t-PA投与患者58症例を経験した。

【考察】当院は早期よりt-PAの有効性、地域からの要望の高さを医療連携施設に訴えてきた。また、隣接医療圏にt-PA投与可能な施設がないため、t-PA投与可能と判断された場合は、一切の検査を行わず当院に紹介される。相互の努力で超急性期脳梗塞医療が可能となっている。

Y5-39

当院における脳卒中地域連携パス実績報告

前橋赤十字病院 リハビリテーション課

○田中 真理子、石井 弘美、水野 剛、小原 陽子、櫻 里都子、深井 恵美、春山 滋里、奈良 あかね、櫻井 千明、朝倉 健

【はじめに】当院では関連するリハ病院と共に前橋日赤脳卒中医療連携の会を設立し、2008年4月から脳卒中地域連携パス(以下パス)を運用している。今回、運用状況と転帰別の日常生活機能評価、FIMの改善度について報告する。

【対象・方法】対象は2008・2009年度のパス使用者のうちデータ返却があった270例(2008年127例、2009年143例)。内訳は軽症コース(80<FIM)98例、中等症コース(40<FIM≤80)89例、重症コース(FIM≤40)83例。退院後の転帰と転帰別の日常生活機能評価、FIMを検討した。

【結果】退院後転帰は自宅退院168例(62.2%)軽症93中等症57重症18例、施設入所50例(18.5%)軽症3中等症22重症25例、転院41例(15.2%)軽症3中等症9重症30例、死亡11例(4.1%)中等症1重症10例であった。重症コース例にて自宅退院は少ない傾向が示されている。日常生活機能評価平均値は当院転院時とリハ病院退院時と比較した。軽症コースでは自宅退院、施設入所ともに退院時0.1、0とほぼ自立となっていた。中等症、重症コースは重症転院例以外で改善がみられ、転帰ごとの数値差も認められた。FIM平均値は合計値を当院転院時とリハ病院退院時と比較した。各コースの転帰ごとに改善が認められている。重症コース例においては自宅退院、施設入所ともに退院時60.6、60.7と両者に点数の差は認められなかった。

【考察】日常生活機能評価、FIM点数の改善度は転帰に関連しているが、自宅退院には社会的要素が関与していることが改めて確認された。今後は、更に当院入院時から必要な要素を検討していくとともに、現在進行中である維持期との連携準備に加え、在宅に向けた連携パスの流れ作りが必要となると思われる。

Y5-41

RSTによる地域連携 ～在宅酸素導入パス見直しによる活動報告～

高山赤十字病院 内科¹⁾、看護部²⁾、理学療法士³⁾、

臨床工学技士⁴⁾、医療社会事業課⁵⁾、医事課⁶⁾

○細江 敦典¹⁾、西尾 優¹⁾、伊賀 真実³⁾、

長瀬 太規⁴⁾、大坪 恵子²⁾、久保田 忍²⁾、

小邑 昌久⁵⁾、小鷹 真利子⁶⁾、鳥村 直樹⁶⁾

【目的】当院では平成21年よりRSTが発足し、活動を開始した。現在、標準療法・器材・回診・教育・コンサルテーション・地域連携の6チームに分かれて活動している。職種は、医師・看護師・理学療法士・臨床工学技士・MSW・事務員から構成されている。その中で、今回地域連携チームによるHOT導入パスにおける見直しを行ったため報告する。

【方法】地域連携チームでは、2週間に1回は最低ミーティングを行い、クリティカルパスの見直しを行った。各関係職種から、指示箋などのルートを再度見直したり、身体障害者手帳など社会保障制度の確認、病棟、健康相談室、臨床工学技師での指導内容の把握を行った。グループワークにてKJ法を行い、地域との連携において見落としは無いかなども行った。

【結果】在宅酸素導入によるマニュアルの見直し、地域へ発信する手順はほぼ確立された。臨床工学技士、MSW、事務職が新たに加わることで、院内の連携はスムーズに行えることができるようになった。

【考察】現状では、院内連携がようやく形となりつつある。もともとケアマネジャーや、訪問看護、行政、保健師、各サービス事業者と連携できていたが、RSTが発足したことで、地域からはより連携が強化できると期待されている。今後は院外を含め、この飛騨地域全体での連携方法の確立を目指していきたい。またHOTだけではなく、人工呼吸器装着患者に対しての支援も今後取り組んでいきたい。