

Y4-33

地域医療連携について～喘息連携パスからの検討～

大阪赤十字病院 呼吸器科

○吉村 千恵、岡本 菜摘、吉田 真教、長野 宏昭、
花岡 健司、中川 和彦、中村 保清、若山 俊明、
西坂 泰夫、網谷 良一

【目的】切れ目のない医療サービスを提供するためには地域における医療連携を充実させることが重要である。当院では厚生労働省が推進している「喘息死ゼロ作戦」を基軸としポケットガイドライン、ACTを同封した喘息連携パスを使用、パスの地域連携における影響を症例解析とアンケートにより調査した。

【方法】基幹病院の役割としてぜんそく教室・服薬情報提供書を用いた病薬連携を行っている旨をパスに記載。2007.8.1～当院より逆紹介を行う際に診療情報提供書とともにポケットガイドライン(ガイドラインの周知、標準治療の共有を目的)を同封。2008.9.26～2012.3.16にACT(共通の評価を目的)を追加同封したパスを作成、当院とやり取りのあった症例について解析した。また2008.9.26～2011.9.12にパスを使用し逆紹介した234軒の診療所に対しアンケート調査を実施。

【結果・考察】パス開始後の逆紹介患者数370名のうち47名に2回以上のパスシートを使用した。パス使用患者にICS及びICS/LABA配合剤の中止例は認めず逆紹介時のACTも改善を示した。診療所からのアンケートは回収率52.6%。ポケットガイドライン同封の患者が紹介先に54.5%来院うちパス使用后ガイドラインを参考にしていると91%が回答。2008年度調査ではICS及びICS/LABA配合剤が第一選択薬と62%が回答したがパス使用診療所では82%と上昇、パス未使用診療所では68%にとどまった。2008年度調査では20%が気管支拡張剤を第一選択薬と答えていたがパス使用診療所では8%に減少、パス未使用診療所では16%だった。パス使用診療所では標準治療が共有されている事が示唆された。

【結語】地域医療連携を充実させるためには医療者間で標準治療と評価ツールを共有しコミュニケーションツールを継続使用する事が重要であることが示唆された。

Y4-34

当院における病薬連携の取り組み～気管支喘息患者に対して～

大阪赤十字病院 薬剤部¹⁾、呼吸器科²⁾、小児科³⁾、看護部⁴⁾
丸昌薬局⁵⁾

○畔柳 弥生¹⁾、吉村 千恵²⁾、木下 晴江¹⁾、藤井 幹子¹⁾、
小間 実¹⁾、土井 孝尚¹⁾、長沢かず子⁴⁾、肥田 晋矢³⁾、
住本 真一³⁾、岡本 菜摘²⁾、吉田 真教²⁾、長野 宏昭²⁾、
花岡 健司²⁾、西坂 泰夫²⁾、堀越 博一⁵⁾、石津 雅弘¹⁾、
網谷 良一²⁾

【目的】当院では医療者が連携し気管支喘息患者アドヒアランス向上に努めてきた。この間医薬分業が進み、新しい吸入デバイスも次々発売された。当院における病薬連携についてアンケート調査を行い問題点を探り、より良い病薬連携を検討した。

【方法】2000年～喘息教室(近隣保険薬局へ受講を要請)、2004年～院外処方導入。2008年より門前薬局を中心にアンケート調査開始。2008年～服薬情報提供書を導入(2009年秋アレルギー学会発表(吉村))。2010年はスクール形式、2011年はロールプレイを用いた参加型形式で病薬連携の会を開催。アドバイザーとして医師、看護師、病院薬剤師、保険薬局薬剤師が関わった。それぞれの時点でアンケート調査を施行。

【結果と考察】「服薬情報提供書」は双方向に情報交換が出来、使用して良かったと82～95%の高い回答推移を示した。保険薬局からの発信数の上昇と地域での手技の統一のため保険薬局薬剤師と共同して院内での吸入指導書を基に「吸入指導服薬情報提供書」を作成。2010年病薬連携の会受講前にはデバイスに対する知識不足、病態/治療についての情報不足があると約10-30%回答したが会開催後は過半数の理解度を得た。さらに吸入指導服薬情報提供書を使用した参加型ロールプレイ形式の会を行う事でスクール方式の会時よりも理解度は向上。吸入指導にかかる必要時間も延長した。

【結語】患者アドヒアランス向上には処方医師と院外薬局との情報共有のため統一したフォーム、病薬連携の会の整備は必要である。

Y4-35

地域医療支援センター開設後の取り組み

多可赤十字病院 地域医療支援センター 看護師¹⁾、

多可赤十字病院 院長²⁾

○佐藤 博美¹⁾、松浦 尊磨²⁾

当院の位置する北播磨T町は、敬老の日発祥の地であり、高齢化率28.8%の地域である。総人口は減少し高齢化率は上昇を続け、住み慣れた居宅で生活を維持することが難しい状況となっている。平成24年4月新病院長を迎え、従来の急性期医療・回復期医療を担うとともに新たに総合診療科と一体的に機能する「地域医療支援センター」(以降センターとする)を開設した。総合診療科では、保健・医療・介護・福祉にわたる複合的な診療を行うとともに、通院困難な患者の訪問診療も行っている。センターには、地域医療連携課、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センターを集約し、他の関係機関との連携・協働を通して総合的な在宅療養支援を始めている。在宅療養の質向上のため保健・福祉・生活支援全般にわたるコーディネート役割がこのセンターにあると考える。発足間もないセンターの取り組みの評価と考察を述べる。

1 総合診療科の診療介助 診察待ち時間を利用して心身・療養生活上のアセスメントを行い、担当部署に情報伝達している。急に認知症が進んだことを理由に総合診療科を受診し、身体状況が改善すると認知症状が安定したケースもあった。

2 訪問診療 訪問診療で明らかになってきたことは、サービス担当者が一同に会し在宅医療・ケアプランの検討ができていないこと、かかりつけ医師の参画がないこと等である。そこで訪問診察医、センター看護師、訪問看護ステーション看護師、ケアマネジャーが共同訪問し在宅カンファレンスを実施し始めた。訪問診療が在宅療養や在宅看取りを家族が決定する大きな要因となってきている。

3 総合相談・窓口業務 地域包括支援センターとのケースカンファレンスを実施し、地域での生活者の支援強化に繋がっている。

Y4-36

スムーズな地域連携の構築—各診療科の工夫について—

横浜市立みなと赤十字病院 地域連携課¹⁾、

横浜市立みなと赤十字病院 外科²⁾、

横浜市立みなと赤十字病院 アレルギーセンター³⁾

○北村 聖奈¹⁾、持松 泰彦¹⁾、阿部 哲夫²⁾、中村 陽一³⁾

病診連携の長期継続と効率の向上をめざして各診療科で様々な工夫を実施しており、今回はいくつかの例を紹介する。外科と泌尿器科を中心にクリニックからの初診と同時に直接入院システムが稼働している。クリニックにおける診断の後、手術目的で当院へ直接入院および術後の連携パスによる術後経過観察および化学療法等を実施している。また、アレルギーセンターは気管支喘息の連携を実施中であるが、当院と近隣クリニックとで構築された気管支喘息の病診連携システムでは、両者の関係をより緊密に保つ目的で、連携シートや喘息カードの実施と共に、年1～2回の研究会の開催やアレルギーセンター医師を中心に実施されている喘息遠隔医療などの工夫を通して連携の向上を図っている。これらの試みは一定の効果をもたらしているとは考えられるが、いくつかの改善点は存在する。実地現場の問題点と今後の方向性について検討する。