

Y11-11

ITを用いた地域医療連携の試み

長野赤十字病院 副院長¹⁾、長野赤十字病院 地域医療推進課²⁾、
長野赤十字病院 医療情報課³⁾

○齋藤 隆史¹⁾、宮崎 豊²⁾、荒井 良幸³⁾、松浦 達也²⁾

【はじめに】ITを用いて患者さんの医療情報を地域の医療機関に公開するシステムを立ち上げたので紹介する。

【NPO法人の設立】ITを用いた地域連携を行うに当たり、長野県内で賛同を得られた医療機関を中心にNPO法人「信州メディカルネット」を立ち上げた。個人、団体、賛助会員を募り、役員は医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係、県関係から選出した。事務局は信州大学内に置いた。利用者は個人情報保護のため講習会を受講した後、IDとパスワードを付与され常時利用可能となる。

【運用】情報公開医療機関は入会金五千元、年会費五千元、中継サーバー利用料月額一万円を負担する。電子カルテサーバーとは別に連携サーバーを設置し、高速専用回線にて信州大学内に設置された中継サーバーに接続情報を公開する。情報参照医療機関はパソコンとインターネット環境を用意し、入会金五千元、年会費五千元を負担する。インターネットのVPN回線で中継サーバーに接続し情報を得る。情報公開項目および期間の設定と変更は各科毎に可能で、当院では各科共通に検査、画像、処方内容、サマリーを3ヶ月間公開する設定とした。

【脳卒中地域連携バス】脳卒中地域連携バスもこのシステムを利用して運用開始した。急性期病院、回復期リハビリ病院、維持期の診療所は患者さんの動きに合わせて各フェーズでバスの記載が可能となる。各医療機関はサーバーに接続することでいつでもバスの進捗状況が把握可能である。

【今後】参加医療機関を増やすと共にモバイル化を行い、訪問診療先における参照や院内の拘束番医師による利用も検討している。

Y11-12

栄養管理の地域連携のための調理師による調理実習

松江赤十字病院 医療技術部栄養課¹⁾、
松江赤十字病院 医療社会事業部地域医療連携課²⁾、
松江赤十字病院 医療社会事業部医療社会事業課³⁾、
松江赤十字病院 看護部⁴⁾、松江赤十字病院 形成外科⁵⁾

○奥野 将徳¹⁾、安原みずほ¹⁾、今岡麻奈美¹⁾、太田 尚志¹⁾、
乙社あかり¹⁾、引野 義之¹⁾、斉藤 文章²⁾、奥 公明³⁾、
杉谷 朗子³⁾、脇田 和子⁴⁾、池野屋慎太郎⁵⁾

【目的】松江地区では、食形態・名称の施設間差の事故防止と栄養管理の連携システム構築を目的として、市内5病院(鹿島病院・松江記念病院・松江市立病院・松江生協病院・松江赤十字病院)のスタッフにより嚥下食検討会を開催している。2009年4月より毎月開催し情報交換ツールとして松江嚥下食ピラミッドとレシピ集を作成し、連携施設に広く普及させるため試食会等を繰り返してきた。今回、連携施設の調理師に直接伝達することを目的に、調理師による調理実習を開催したので報告する。

【方法】第16回松江赤十字病院地域医療勉強会で「高齢者に適切な食事を提供しましょう～松江嚥下食レシピ集を用いた調理実習～」と題し調理実習を行った。講師は調理師と管理栄養士が担当し、院内の調理実習室にて2回に分けて開催した。また終了後アンケート調査を実施した。

【結果】2回の開催で参加者は16名で調理師・調理員・栄養士・ヘルパーなど実際調理に携わる職種が75%をしめた。日常業務で嚥下障害で困ったことのあるものは68.8%であった。松江地区嚥下食ピラミッドのレシピ集を知っているものは37.5%と少なかったが調理実習が役に立ったものは87.5%、再実習の希望は100%であった。

【考察および結論】調理師が行う調理実習は、複雑な嚥下食の理解を深めることが出来、意見交換の場にもなった。正確な情報提供のため松江地区嚥下食ピラミッドを普及し、市内の栄養管理のシームレスな地域連携を促進することが今後の課題である。

Y11-13

初めての試み ～出張栄養指導～

伊勢赤十字病院 栄養課¹⁾、伊勢赤十字病院 糖尿病・代謝内科²⁾

○太田真由美¹⁾、竹尾 圭子¹⁾、村田 和也²⁾

【はじめに】当院では3年前より病診連携を通じ開業医の患者に栄養指導を行える様にプランを練り、伊勢・志摩地区の医師会に協力を得てH24年4月より実施する事ができた。平成24年度4月から3月の間で11施設、出張回数74回、栄養指導人数182人になったので報告する。

【目的】地域拠点病院として地域の医療機関で雇用していない職種を当院から派遣して地域の診療所を支援するという目的から病院でしか栄養指導を受ける事が出来ない患者に管理栄養士が各医院に出向き栄養指導を行い病態の良化をはかる、また当院の患者を地域の医療機関に逆紹介をした時になかなか栄養指導を継続する事できないため、その患者のフォローをするという目的から始めた。

【方法】所定の用紙にて各医院から栄養指導対象患者のデーターと指導希望日をFAXにて貰い日時を決める。当院から管理栄養士が指導に必要な資料等を揃え医院に出向き1人30分程度の栄養食事指導を行う。また希望により集団栄養指導も行う。出張に係る費用は当院が負担する。指導後は報告書にて主治医に患者の生活習慣や食事の状態、患者と共にたてた目標をフィードバックする。

【結果】依頼患者の殆どに糖尿病、高血圧症、脂質異常症の疾患があった。対象患者は125人中57人で栄養指導実施前と実施後のHbA_{1c}(NGSP)は平均で7.6%から7.2%に下がった(指導後1~2ヵ月)。脂質に関しては大きな差はみられなかった。また体重の変化もみなかったが計測していない施設もあり比較出来なかった。

【考察】栄養指導は繰り返し行う事により効果が上がるので今後継続的に指導を行うにはどのように進めていくか医師と連携し考えた。患者に指導を行う際に医院の看護師が一緒に聞いて糖尿病の食事療法を理解してもらう事もあり、スタッフの啓蒙にも役立っていると思われる。

Y11-14

地域医療支援センターでの介護支援専門員の関わり

多可赤十字病院 地域医療支援センター¹⁾、
多可赤十字病院 看護部長²⁾

○遠藤 良介¹⁾、佐藤 博美¹⁾、森本 敦子²⁾

地域医療支援センター(以下、センターとする)は、在宅療養の質を高め老後も安心して住み続けることができるようにという目的のもと平成24年度に開設した。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なうとともに、通院が困難な患者の訪問診療も行なっている。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が集約し、医師、看護師、保健師、社会福祉士、療法士、訪問看護師、介護支援専門員等が協働している。今回、センターでの介護支援専門員としての関わりについて紹介する。1.総合診療科、訪問診療同行：センター介護支援専門員の担当利用者が総合診療科受診時や訪問診療時には同行し、医療情報を得てケアプランの作成を行っている。また必要時には医師、看護師、訪問看護師、介護支援専門員等が在宅でカンファレンスを開催し、情報を共有してサービスに質の向上につなげている。2.センター会議：月1回センター会議と月2回の事例検討会を行っている。事例検討会では多職種と意見交換でき、介護福祉士の資格を持つ介護支援専門員にとっては心強くケアプランの再確認が行えている。過去の事例を振り返ることで自分自身を見つめなおすことができ体験を学びにかえることができている。3.相談業務：町の地域包括支援センターから依頼を受ける困難事例については、センター内で合同カンファレンスを実施し、多角的な面からアセスメントを行うとともに、家族との面談結果を踏まえて院内外の関連部署との調整を行いながら医療・ケアプランを策定している。医療・ケア複合プランについては、あらかじめ本人・家族に説明し、サービスの詳細な紹介や調整を行い、在宅で本人、家族共に安心して生活できるように支援している。