

Y5-09

医師の業務軽減の視点からみた院内助産

諏訪赤十字病院 産婦人科

○高木 靖、柿坂 宜孝、池田 枝里、竹内 穂高、
本間 永子、伊藤 摩季、小林 朝子

【緒言】院内助産は(1)妊婦の自然分娩への要求の高まり(2)正常分娩への過剰な医療介入に対する反省(3)産科医の不足(4)欧米での施行実績などの背景から、本邦でも一部の施設で導入されている。院内助産の利点としては(1)産婦の主体性回復が満足感、達成感、多幸感を増大し育児に好影響(2)助産師のモチベーションや技術の向上(3)医師の業務軽減などが指摘されている。しかしローリスク症例でも院内助産から逸脱し、医師管理となる場合も多い。

【目的】院内助産で分娩を完遂するための課題を検討した。

【方法】2013年7月から2014年3月までに院内助産を試み、経陰分娩した産婦のカルテレビューをし、院内助産から逸脱した要因を検討した。

【結果】経陰分娩の総数は283件で、内訳は院内助産:44%(124件)、医師管理:30%(87件)、院内助産から医師管理への移行:26%(72件)であった。医師管理への移行理由として胎児心拍異常:42%(30件)、予定日超過や前期破水による陣痛誘発:26%(19件)、微弱陣痛による陣痛促進:26%(19件)、その他:6%(4件)であった。胎児心拍異常の30件で急速遂娩(吸引)を要したのは53%(16件)で、47%(14件)は経過観察後に自然分娩となった。

【考察】移行理由の52%は陣痛促進薬の使用であり、特に微弱陣痛に対しては薬剤以外の助産ケアの積極的な導入をする余地がある。また、胎児心拍異常で移行した約半数が、実際には急速遂娩を要さず、自然分娩となっている。心拍モニターによるリスクの過剰評価がないよう、モニター判読の適正化を図る必要がある。また、分娩遷延例などに観られる回旋異常に対しては、早期に診断し介入することが重要と考えられた。一方、院内助産で出生しても、会陰裂傷なしは26%のみで、27%を占める1度裂傷の縫合を助産師が行うか、裂傷を予防する必要があるが、処置に対する積極性や技術の個人差が大きく今後の課題である。

Y7-01

神奈川県における脳卒中医療の現状と、地域連携パス統一の試み

横浜市立みなと赤十字病院 脳神経外科¹⁾、神経内科²⁾、
医療連携センター³⁾

○持松 泰彦¹⁾、田中 宏明²⁾、金澤 俊郎²⁾、乾 尚美²⁾、
金井 緑³⁾、大湯 宝子³⁾、新明 拓也³⁾、小川 早織³⁾、
亀山 友美³⁾、北村 聖孝²⁾

【はじめに】神奈川県では脳卒中広域シームレス医療研究会が中心となって脳卒中地域連携パスの書式統一を行い、維持期施設まで全県一体のパス連携構築を試みている。

【方法】神奈川県は人口900万を越えるが、回復期や療養型の後方病院は全国平均の半数以下である。当院のある横浜市中心部では、脳卒中患者の2割しかパスに乗れない、さらに診療報酬算定はその7割に留まる現状がある。平成20年の診療報酬算定を機に、脳卒中地域連携パスは熊本形式に倣った運用が始まったが、東部では複数のパス・グループが並立する状態となった。県内4大学神経内科が中心となって平成22年に神奈川県脳卒中広域シームレス研究会が立ち上がり、セミナーを合同開催となる事で顔の見える連携が進んだ。パスの統一化は神奈川県総合リハビリセンターを回復期の代表として県西部から進み、ほぼ全県が同書式となった。診療所等の維持期施設との連携は神奈川県医師会、神奈川県脳神経医会の協力で進んできたが、複数の地域連携グループが入り組む東部では難航しており、近隣だが所属グループの異なる施設間ではパスを利用して算定は出来ない。これを解決すべく、県内の16パス・グループの参加施設リストを統合して一つの膨大なファイルとし、関東信越厚生局に届出を準備中である。後方施設の不足から来るパス適用率の低さは、今後の問題である。

【結論】脳卒中地域連携パスの書式を全県統一にしたことで、引き受ける回復期側の負担を軽減とスムーズな連携に繋がった。今後は全県を一つのパス・グループとして維持期までの連携と算定率向上を図る。

Y7-02

伊勢赤十字病院の脳卒中連携(回復期と維持期連携)の現状、課題、対策

伊勢赤十字病院 脳神経外科¹⁾、脳血管内治療科²⁾、神経内科³⁾

○宮 史卓、柴田 益成²⁾、佐藤 裕¹⁾、山崎 正禎¹⁾、
毛利 元信¹⁾、西川 拓文¹⁾、北野 詳太郎¹⁾、西口 大和³⁾、
森本 真之助²⁾、清水 重利¹⁾、内藤 寛³⁾

脳卒中疾患は、急性期治療が重要な位置を占めていることはもちろんであるが、それだけでは十分な治療ができたとは言えず、回復期リハビリ病院とのリハビリテーションの継続性や再発予防や早期発見といった部分での維持期の施設や診療所の医師との連携も、脳卒中治療では重要な役割を担っている。しかし、人口の偏在・医療の偏在は地域には存在しており、全国民が等しく平等な医療が受けられているとはいえない。伊勢赤十字病院の医療圏は、三重県内の南勢地区に位置しており、地形的には険しい山が海岸沿いまで迫り、入り組んだ海岸線を形成しており、交通の便が悪く・高齢化・過疎化が進む地域に位置している。急性期治療に関しては、ドクターヘリの運行・自動車専用道路の開通・近隣病院間との画像ネットワーク構築などにより整いつつあり、rt-PT投与や超急性期血管内治療を行うことができる患者も増加してきた。しかしながら、いぜんとして何らかの神経症状が残存しリハビリテーションの必要性がある患者は多い。三重県では急性期から回復期リハビリテーション施設への連携を県全体で行っている。これは、リハビリテーション施設の数が少なく、所在地に偏在があるからであるが、本院も県の連携パスに連動し、リハビリテーション転院を行っているためパス導入初期の頃には、転院が早くなることはなかった。このことに対して我々なりの工夫を行い県内の他施設より早期転院を行えるようになった。このような現状を報告するとともに課題をあげ、当院としての回復期との連携における工夫や今後の対策について報告する。

Y7-03

急性期脳卒中センターでのチーム医療～京都での地域完結型脳卒中診療～

京都第一赤十字病院 急性期脳卒中センター 脳神経・脳卒中科¹⁾、
急性期脳卒中センター 脳神経外科²⁾、
急性期脳卒中センター リハビリテーション科³⁾、
急性期脳卒中センター 救急科⁴⁾

○今井 啓輔、濱中 正嗣¹⁾、山田 丈弘¹⁾、山崎 英一¹⁾、
山本 敦史¹⁾、傳 和真¹⁾、梅澤 邦彦²⁾、巨島 文子³⁾、
竹上 徹郎⁴⁾、池田 栄人⁴⁾

当院急性期脳卒中センターでは、脳神経外科、救急科、リハビリ科、当科、研修医、看護師、コメディカルによる院内連携、家庭医/紹介病院や救急隊との前方連携、家庭医や関連病院との後方連携の「3つの連携」にて、「地域完結型脳卒中診療」を実践している。院内連携については、特に脳梗塞に対して、1)再開通療法(Recanalization: rtPA静注とカテーテル手術)、2)脳保護療法(Edaravone; エダラボンと局所脳低温療法)、3)薬物療法(Drug; 抗血栓薬投与)、4)合併症管理(Complications)、5)急性期リハビリ(Rehabilitation)、6)経口摂取(Oral intake; 栄養管理)、7)二次予防(Secondary prevention)、8)迅速かつ継ぎ目のない患者の受け渡し(Speedy and Seamless discharge)の8項目の頭文字をとった「RED CROSS」を旗印にチーム医療を実践している。前方連携については、当科の山田が事務局となり、脳卒中初期診療コースである京滋ISLSコースを4ヶ月に1回開催している(午前中は座学、午後は実技)。このコースで研修医、看護師、コメディカルのスキルアップを図っている。また、救急科竹上部長がPSLSコースも当院で開催し救急隊との連携を強化している。さらに、市民や家庭医の啓発活動として講演会や勉強会も開催している。後方連携については、回復期/維持期リハビリの連携病院とは、病院見学、定例会議、合同勉強会、外来の応援医師派遣などを通じて連携を強化している。最終連携先となる家庭医とは、地域でのface to faceの研究会でお互いの距離を縮め、患者自身とは年1回の当科専門外来の再診時に情報交換している。