

PC-394

繰り返す鎖骨下静脈狭窄に対してDESを留置し、再狭窄をまぬがれた一例

大阪赤十字病院 循環器内科

○福地 浩平¹⁾、高橋 由樹¹⁾、徳永 元子¹⁾、長央 和也¹⁾、伊藤 晴康¹⁾、林 富士男¹⁾、稲田 司¹⁾、田中 昌¹⁾

(症例) 80歳男性。糖尿病性腎症にて透析導入。左手にシャントを造設した。その後静脈圧上昇によるシャント不全を来した。造影上、左鎖骨下静脈を認めたため、EVTを施行。POBAを行い、狭窄は改善。しかしその2か月後にシャント不全を来し、同部位の再狭窄を確認したため、SMARTステントを留置した。その後ステント内再狭窄を5回繰り返し、その都度POBAを施行。しかしとうとう6回目の再狭窄を来したため、Zilver PTXをSMART内に留置した。その後、ステント内の再狭窄はなく経過している。(考察) 繰り返す静脈ステント内再狭窄に薬物溶出性ステントが有効であった一例を経験したので報告する。

PC-395

石巻・気仙沼医療圏の地域医療情報連携システム構築に向けての取り組み

石巻赤十字病院 脳神経外科¹⁾、地域医療連携課²⁾、東北大学大学院医学情報分野³⁾、神経外科学分野⁴⁾、みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会⁵⁾

○鈴木 一郎¹⁾、沼上 佳寛¹⁾、石川 脩一¹⁾、佐々木 功²⁾、中谷 純^{3,5)}、富永 悌二^{4,5)}、嘉数 研二⁵⁾

2011年3月11日の東日本大震災後、宮城県では災害に強く平時にも役立つ地域医療福祉情報連携基盤を構築するために、みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会(Miyagi Medical and Welfare Information Network: MMWIN)を立ち上げた。MMWINは、医療・介護・福祉の一貫した情報連携と職種を越えた情報共有による地域包括ケアの実現を目指したシステム構築を行っている。MMWINは、全医療分野・全職種が参加して「オールみやぎ体制」と呼べるネットワーク体制を作り、情報通信技術を活用し医療情報の電子化、標準化、プライベート仮想サーバー化、遠隔地バックアップを行い、「情報連携」の緊密化を促進することで、医療の効率化、質の向上、改善を実現して、被災前からの課題すら克服することで、単なる復旧ではなく被災前よりもよりよい社会を実現する復興を成し遂げることを目的としている。宮城県は4つの医療圏からなるが、石巻・気仙沼医療圏は2012年よりMMWINシステムの一部運用を開始している。参加施設は2013年9月の時点で74施設(地域中核病院2、病院6、診療所26、薬局9、介護事業所・集会所28、後方支援3)、システムは11種のサブシステム(1.診療情報参照、2.ASP型総合診療支援、3.ASP型介護支援、4.調剤情報、5.在宅支援、6.遠隔健康管理、7.遠隔カンファレンス、8.臨床パス連携、9.共通ICカード、10.プライベートクラウド及びネットワーク基盤、11.バックアップ)から構成されている。MMWINによる石巻・気仙沼医療圏の地域医療情報連携システム構築に向けての取り組みの現状と問題点について報告する。

PC-396

盛岡地域の脳卒中連携診療

盛岡赤十字病院 脳神経外科

○久保 直彦¹⁾、船山 雅之¹⁾、木戸口 順¹⁾

【目的】 当院の脳卒中治療と連携の現状、課題について検討する。【脳卒中急性期治療】: 当院の位置する盛岡医療圏では、脳卒中急性期診療を行う3病院で年間1500名の脳卒中患者を診療し、当院は250/340名約20%患者の診療を行っている。救急患者は病院所在の近隣の患者が主体であるが、3病院で最終受入病院を指定し、いわゆるたらい回しのない体制にしている。【リハビリ、維持期医療との連携】: 以前より個々で慢性期病院と連携を行っていたが、地域連携診療計画管理料加算を機に、急性期2病院と回復期リハビリ12病院と話し合い、共同の連携パスを作成した。連携会議は、連携先がほぼ共通しているので合同で行い、会議の効率化を計っている。また共同で随時パスの内容、患者情報の共有化について検討を加えている。また年に2回県内急性期病院、リハビリ病院と合同での連携の研究会を開いている。現在脳卒中患者の44.50%がパスにてリハビリ転院している。連携の問題点: 患者多発期には連急急性期入院期間の短縮が進まない、患者高齢化により自宅復帰率が改善しない、維持期医療機関との連携まで進んでいないことが現状である。【当院の脳卒中診療の課題】: 平成25年4月より神経内科医2名が退職し補充無く、脳外科医3名で診療している。高齢者の脳梗塞などこれまで通りの地域の脳卒中患者受入が困難で、救急患者の受入が減少し、他病院の負担が大きくなっている。脳血管内治療専門医がいないため、八戸赤十字病院より診療応援を得て治療している。

PC-397

脳卒中地域連携パス委員会(SRPC)の活動報告

高知赤十字病院 看護部

○谷本 早苗¹⁾、山下 ゆき¹⁾

はじめに 脳卒中地域連携パス(以下パス)は、H20年より脳卒中患者の急性期から在宅までの情報を、共通の様式で誰もが理解でき、地域連携を強化することができるよう使用が開始された。パスの計画管理病院であるA病院では、院内外のパスに関する問題を解決するため脳卒中担当者会を立ち上げた。会の責任者を副院長、企画運営を脳卒中リハビリテーション看護認定看護師が行い、各部門から責任者が参加し諸問題を解決してきた。そして、H25年に院長認定の脳卒中地域連携パス委員会(以下SRPC)となった。SRPCが立ち上がって以降、院内、院外での活動の幅を広げている。今回は、活動の一部ではあるがH25年度の重点課題であった3項目についての活動を報告する。活動内容1. A病院の脳卒中患者の平均在院日数は、30日前後と延長しており在院日数短縮のために、どのような部分を改善すればよいか分析するための調査を開始した。毎月、在院日数の延長している原因を分析し、SRPCで報告、検討を行っている。2. 計画管理病院は、脳卒中再発予防のために、脳卒中発症1年後の患者の状況を把握する必要があり、脳卒中患者の外来受診システムの整備を行った。3. 院内で発症する脳卒中患者は早期発見、早期治療に至っていないケースがあり、院内発症脳卒中患者の集計、分析を開始した。その現状を基に脳卒中患者を早期発見・治療につなげる啓発活動を行っている。まとめ SRPCで院内外の連携活動が行われるようになり、成果を可視化することが可能となった。

一般演題
(ポスター)
10月17日(金)