

### 栄養教室

健康食品の利用法  
管理栄養士 宮崎 順子



皆様、お変わりありませんでしょうか。11月となり秋から冬を日々感じるようになりました。前号では食中毒に関しての話を致しました。秋も食中毒は意外と発生しています。起こさないよう、食品の取り扱いには十分注意してください。

今回は、健康食品の正しい利用法についてです。TV等で健康食品のCMを見ない日はないと言っているけれど、多種多様な健康食品が出回っています。それらの謳い文句は、天然・自然の食材だから安心・ を食べたら病気が治った・有効成分××が入っている・などが多いです。本当にそうなのでしょうか。

バランスよく通常の食事をしていれば、栄養がさほど不足することはありません。足りない栄養素を気にするよりも、食事全体のバランスを見直してください。

「食事バランスガイド」を参考にするとよいでしょう。健康食品を利用する時は、いくつか注意が必要です。

薬のような使い方をしないことです。カプセル状のものは薬と似ているので勘違いしてしまいがちです。薬ではないので、健康食品を摂ったからといって病気が治ることはありません。

アレルギーに注意する。天然・自然成分でもアレルギーは起こります。たくさん摂取すればよい、というものではありません。有効成分が濃縮されて入っているとわかれば、体によいものなんだと思ってしまうかもしれません。最近はビタミンEの過剰摂取は出血性脳卒中の発症率が高くなるという報告がでていっているそうです。

また、水溶性ビタミンは多量に摂取しても尿中に排泄されてしま



い、意味がないことになってしまいます。健康に結びつく使い方をしましょう。「体に脂肪がつきにくい油」は「いくら食べても体に脂肪がつかない油」ではないのです。「食事管理」「運動」などをした条件のもと、特定保健用食品(トクホ)の油と普通の油を比較したら、トクホの方が体脂肪がつきにくかったということです。「トクホの油を使ったから、運動も一緒に始めてみようかな」と健康への第一歩としてみてください。

1980年前後に「栄養補助剤」が登場し、さまざまな「機能性成分」が健康食品素材として利用されていますが、その有効性・安全性が未知のものはたくさんあります。最先端科学によってそれらが解明されていくことはうれしいことです。しかし、健康の基本である「栄養・運動・休養」も科学によって明らかにされたものです。「栄養」とは濃縮された特定成分を摂取するのではなく、多種類の食品をバランスよく食べることを意味しているのです。

### 地域密着に向けて



当院が福山市春日の地で病院として開業し、早35年が経とうとしています。

地域の皆様には多大なるご理解とご支援を頂いて参りました。地域の皆様との関わりを深めるべく、病院だけでなく、グループを挙げて諸活動に参画させて頂きました。が、まだまだ至らぬ点も多いかと思います。

今夏、地域の中学生のチャレンジウィークでは、グループで11名の受け入れをさせて頂き、医療・福祉の実際の現場を体験してもらいました。チャレンジウィークのみならず、各種見学会等は随時受付けております。また、医療・福祉に関する勉強会や説明会におきましても、各種団体単位・町内会単位などで開催される際は、職員の派遣も可能でありますので、是非活用下さい。

益々の高齢化が進み、医療・福祉制度が変革していく中、これからは更に、地域の皆様から評価される病院であるように頑張りたいと思っております。

#### 【問合せ】

電話：084-943-3111  
医療法人東和会 事務局(鵜狩)

# 羅針盤

第6号

発行：医療法人東和会  
小林病院  
病院長 原 忠之  
〒721-0907  
福山市春日町7-1-18  
084-943-3111

### 地域医療の行方

病院長 原 忠之



冷気が一段と深まり、心地よい爽秋の季節もとうやら暮れていくようです。体調を壊される方も外来ではよく見るようになりました。皆様はいかがでしょう?

本年は3月11日の東北大地震に始まり、猛暑と超巨大台風による被害等、自然の脅威を感じる事が多い年です。一人の力の及ばない事も多く、ニュース番組で流れる映像に衝撃を受けていました。

日本が変わっていく、すべての出来事に変化が見られます。一人一人の受け止め方には違いがあるでしょうが、変わっていく事への畏怖の念は誰もが感じているのではないのでしょうか。

小林病院でも、この夏に大きな

変化が生まれました。平成12年度から始まった介護保険施行後に病床を介護保険対応型の病床と医療保険対応の療養型病床として長らく運営してきましたが、23年7月で介護保険を利用した介護療養病床を終了し、60床全てを医療保険対応の療養型病床としました。また、職員配置の見直しを行い、20:1の療養病棟入院基本料1の看護基準を取得する事になりました。

福山東部地区だけを見ても、療養型病床は減少するばかりであります。厚生労働省の思惑通りの展開となっていますが、小林病院は今後も療養型病床の枠組みを堅持する意気込みで、今後の変化に対応していきたいと考えています。私たちには支えていくグループ内の施設があり、治療が必要な人がいます。絶対に譲ってはならない根幹となる病院として存在しなければなりません。

小林病院には急性期の病院からたくさんのお患者さんを紹介していただいています。個々の患者さんにあわせた療養ができる病院でありたい、患者さんの思いに込めら

れる病院でありたいと思っています。

外来通院される方も多く、病状の変化に対応して、入院治療が必要になる事も多いために、急性期病院との医療連携をこれからも重視していきます。必要な治療終了後には小林病院への入院も必要であると考えています。

また、入院患者さんの最適な退院先を考える事も重要な役割であると考えています。自宅に帰り在宅療養が必要であれば、在宅療養支援病院として在宅診療をさせて頂いていただきます。訪問看護などのグループ内資源を最大限活用した在宅医療を提供できるようにしていきます。

平成24年度には医療保険と介護保険の同時改訂を迎える事になります。医療と介護の連携が重視される事には間違いがありません。大きな変化に柔軟に対応できる器であることが小林病院には必要になってきます。

医療連携から地域連携に、医療だけではなく介護も含めたオールマイティーな視点で患者さんや家族の方を支える事が出来るように、職員個々のレベルアップを図っていきます。

福山東部地区になくはならない病院として、今後も皆様の期待を裏切らない病院であり続けたいと思っております。

### 小林病院における

電子カルテへの  
ロードマップについて

副院長 海野 剛



日本の医療はIT化の遅れを指摘され続けて来ましたが、医療における具体的なIT(Information Technology)即ち情報技術とは、

診察や検査を通じて医師などが得た医学的な情報や医学的判断を記録する診療情報プロセス  
医師が薬や処置/検査を選択指

定するオーダープロセス  
保険制度に合わせた診療報酬の算定から請求に至る会計的プロセスに大別されます。

そして、は電子カルテ、はオーダーリングシステム、はレセコン(レセプトコンピュータ)と称されています。このうち、で扱う情報は限られた選択肢と数値のみでコンピューターが得意とする領域であることから普及が進んでおり、特に、は診療報酬請求が昨年全面的に電子化されたことで必須となりました。に関しては多数の医師や複数の病棟を擁して

オーダーの発生源が多い医療機関を皮切りに1990年代から普及しており、技術的にも成熟しています。一方、電子カルテは以下に述べる理由によって普及が遅れていきましたが、最近数年で加速しています。

IT化の最大の目的は業務の効率化と情報伝達エラー防止ですが、生半可なカルテ電子化はしばしば非効率や業務の停滞を招きました。例えば、診療現場では問診、視診、聴診、触診や診察器具を使って様々な情報を患者さんと対面状態で収集しながら記録します。両手をキーボードに置いたりマウスを動かしたりモニターを眺め続ける動作は片手にペン一本の従来スタイルより明らかに情報収集のスピードが低下します。

また、カルテには図示やスケッチ、貼付などが盛り込まれますが、これと同等の情報を素早く入力するのはなかなか困難なことです。タイプライターの時代からキーボードに慣れ親しんだ欧米人と比べ、日本人の言語情報入力はまだ不慣れです。音声入力やペン入力も試行されていますが、十分な完成度に達していません。しかも、電子カルテ端末数が足りない医師や

看護師が奪い合って、あぶれた人は記録がつけられず勤務を終了出来ないといったことも生じ得ます。まして「パソコン苦手」系の人であつたら本当に辛いですよ。

さらに、情報セキュリティや障害時のデータ保護などが基準を満たす製品の導入には1ベッドあたり100万円ほどの費用を要すると言われたことも普及を妨げて来ました。

しかし、現在ほとんどの公的病院や新規にクリニックを開業した先生は電子カルテを導入しています。中々大規模病院の場合、管理者サイドによる診療内容の把握が容易になって医療安全や経営に有利になる点や現場でも複数診療科や多職種による情報共有が容易である点、もともと紙カルテ管理に要していた予算が大きく、これでも電子化費用の一部が賄えたことなどが理由になります。

一方、単独の医師によるクリニックなら院内ネットワーク敷設や職員間の共有の必要性も少なく、「医師の文房具」感覚で導入することが出来る安価な製品が次々と発売されています。

しかしながら、各医療機関に共通する電子カルテへの最大の不満

は、「メーカー毎にデータの互換性が無く、A社の電子カルテのデータをB社の電子カルテに持ち込むことが困難」という点です。これは、医療機関にとつては「A社の電子カルテをやめてB社の電子カルテを採用する」ことが難しくなりますし、患者さんにとつては「病院を変わるときに電子カルテのデータを他院に移してもらう」ことが難しくなることを意味します。メーカーにとつては「一旦採用してもらえば容易に他社製品に乗り換えられずに済む」という話です。政府系や医療系の団体が統一規格を提唱しても、既に市場シェアを獲得した大手メーカーは冷淡です。官製の統一規格を制定したら良いと思っても産業界を阻むとして経済界が許しそうちにあります。

とはいえ診療情報共有のメリットは大きく、診療情報の抜粋を保険証ICカードなどに記録して複数の医療機関で共有出来る「どこでもマイカルテ」構想などが盛り上がりつつあり、議論の行方によっては「国民的電子カルテ」が実現するかもしれません。

さて、小林病院に眼を向けますと、レセコンは開院初期から使用

しており昨年の請求電子化や明細書義務付けなども肅々とこなしました。

しかし、オーダーリングと電子カルテは未だ導入されていません。小職は納得の行く形でこれらを導入することがぜひ必要と考えております。

まず、当院は入院病床60床と外来最大3診察室、そして訪問診療や東光園における診療などを行っており、院内ネットワークと訪問先や坪生を繋ぐネットワーク上の運用が必要です。

また、複数の医師や看護師が使用する端末を必要数病棟に用意すると院内に7〜8台+院外移動用最低1台の構成になります。通常のクリニック用より大規模で、導入費用や関わる職員の訓練などの手間も大きくなります。

そこで、「やり直し」は極力避けなければなりません。また、診療環境の激変緩和も考えなければなりません。医師も看護師等もすべてペーパーレスで業務を行う完全電子カルテ化を一気に実施することは現時点では非現実的です。日々の診療や看護の記録をリアルタイムで入力することは少し先に延ばして、初診時や入院退院時の総

括として患者各人のプロフィールや病歴を電子記録としてデータベース化するを先行させるべきと考えます。「白紙の電子カルテ」に「から入力するのではなく事前についたデータベースから流し込むことでスムーズな移行が可能になるはず」です。

すでに使用されているデータベースとして、介護保険の医師意見書とファイナルメーカーによる紹介状/入院診療計画書/退院要約は院内ネットワークで共有されています。これらは第三者に向けて書かれた要約であり電子カルテ情報のコアとなり得る物として一層の充実が求められます。

また、看護サマリーも東和グループ共通の形でデータベース化を予定しています。この布石から電子カルテに効率よく移行するには、全ての電子カルテ端末でこれらのデータベースを操作閲覧出来ることが必須です。

大手メーカーの製品にありがちな他社製品や電子カルテ専用ネットワーク以外の接続を拒むものは望ましくありません。なるべくオープンなものが望まれます。さらにその時点で「国民的電子カルテ」が実現していれば素晴らしいので

ところが、特定メーカーの製品を一旦採用すると長く縛られることは電子カルテのみならず、レセコンも同様です。

また、電子カルテとオーダーリングとレセコンも大手メーカー製の場合は他社製品混在が事実上不可能になっており、当院も既存のレセコンを使用する限り将来の選択肢が狭められることから、この秋にレセコンを更新する際に日本医師会が開発と配布を行うORCAを採用しました。

特定メーカーの利益に与せずオープンで、医師会員である医療機関からの要望を盛り込んで機能を発展させ続けるというコンセプトです。現実には開発途上で未完成な部分も散見されて担当職員には不便を強いている面もあります。また、これに伴って外来診療で待ち時間が長くなるなど患者様にも御迷惑をおかけしている点をお詫び申し上げます。改良を重ねてより良いシステムに成長することを信じておりますので、御理解のほどお願い申し上げます。

短い秋が過ぎ、朝晩の寒さも冬の訪れを感じさせてくれています。皆さん、どのようにお過ごしでしょうか？

当院は、今年の7月から介護病床(14床)を廃止し、60床すべて医療療養病床に転換いたしました。患者様の入院も介護病床のときに比べて、医療の必要度が高い方が対象になっていきます。そのため看護職員を増員し、9月から看護体制を25対1から20対1に変更いたしました。

入院までの経緯は、外来からの入院のほか他の病院からの紹介で転院があります。

主には、急性期病院からの転院が多く、加療目的や自宅や施設への支援を整える役割もあります。病状の安定した方の退院支援とし

**連携室の充実化を  
目指した組織改編**

看護師長 佐藤眞佐美  
連携室長 吉鷹眞弓



佐藤 看護師長



吉鷹 連携室長

て、入院当初から介護保険の申請を進め必要時に施設の入所手続きを行うつもりです。

自宅に帰られる方には、介護保険等必要な保険でサービスの利用を整え介護支援専門員と連携し在宅支援を行っています。往診も当院で行っています。自宅が当院より遠方の方は、自宅の近くの医療機関と連絡を取らせていただき、医療が継続できるように支援を行っています。

東和グループでも東光園(特別養護施設)サンビレッジ(老人保健施設)をはじめ、在宅サービス(訪問看護・訪問介護・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・通所介護・通所リハ)、住宅サービス(南光荘・あんしんの家・サービスハウス)と幅広いサービス提供できるようになっていきます。これらのサービスを患者様にあつた情報提供やサービス導入に心がけていきます。

この度グループの組織改編で、これまでの連携室が前方支援(医療)と後方支援(介護)に機能分担し、各担当者がよりきめ細かな連携を目指すことになりました。新たな担当者共々、宜しくお願