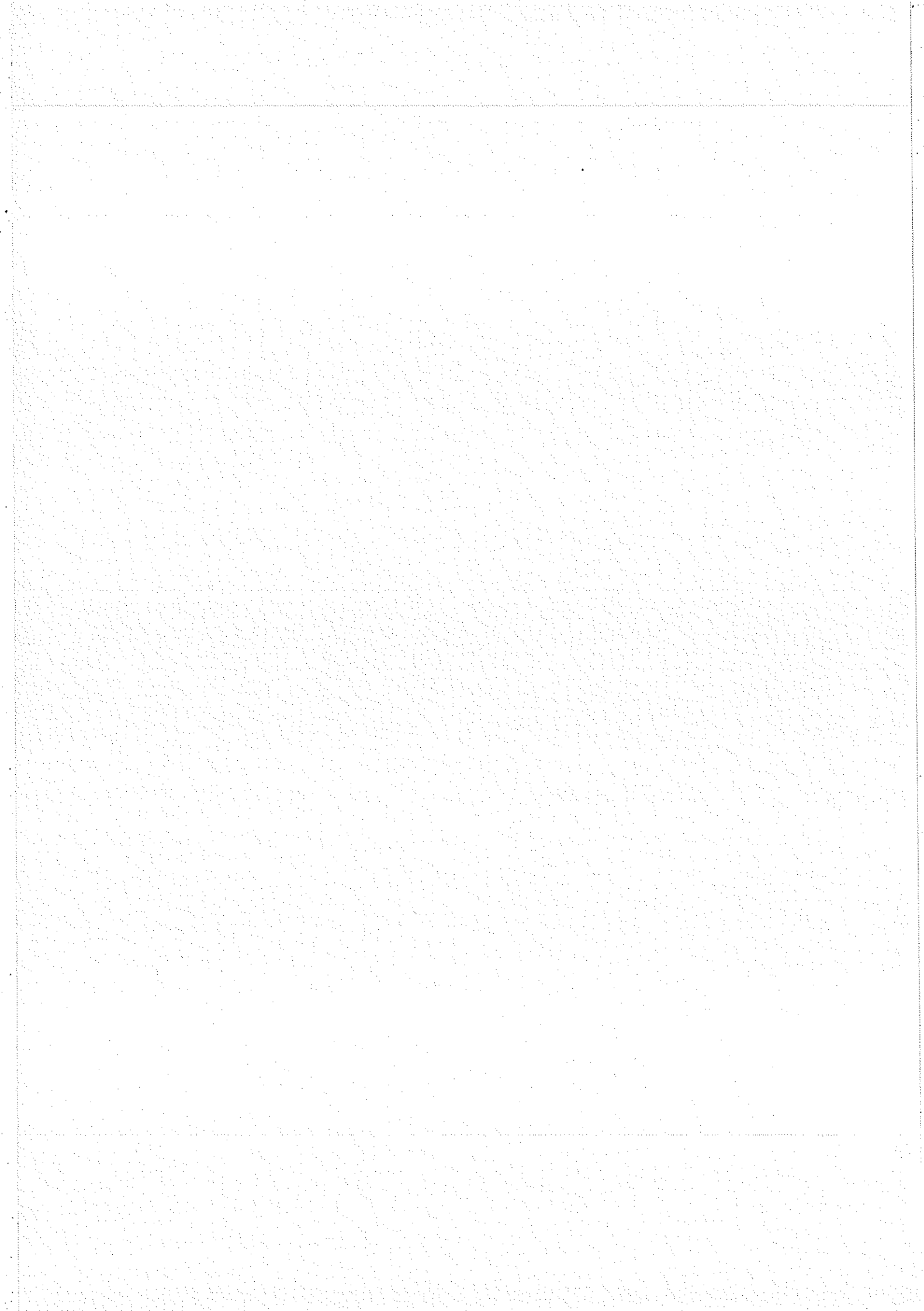


# 第33回神奈川県病院学会 抄 録 集

日 時 平成26年10月27日(月) 午後1時より  
会 場 神奈川県総合医療会館 7階大講堂他  
主 催 公益社団法人 神奈川県病院協会



～ ～ 目 次 ～ ～

●特別講演

「地域医療ビジョンと病院のビジョン：変革と協働の力」 … 1

京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 今 中 雄 一

●シンポジウム

相模原市における地域医療連携推進の取り組み … 3

神奈川県医療社会事業協会

相模原中央病院 患者サポートセンター医療相談室長 齊 藤 正 和

地域医療連携の推進－退院調整看護師の立場から … 4

神奈川県看護協会

北里大学病院 トータルサポートセンター看護係長 清 水 美佐子

「地域医療連携の推進」－新たな神奈川県保健医療計画－ … 5

神奈川県公衆衛生協会

神奈川県衛生研究所 所 長 岡 部 英 男

当院退院患者様に対する自立支援型訪問リハビリテーションの導入 … 6

神奈川県作業療法士会

イムス横浜狩場脳神経外科病院 リハビリテーション科技士長 福 留 大 輔

「病院薬剤師による在宅患者へのフィジカルアセスメント導入取り組みについて」 … 7

神奈川県病院薬剤師会

海老名メディカルプラザ 薬剤科・在宅診療推進室係長 米 岡 賢 造

豊かな長寿社会に向けたまちづくりの一環としての地域医療連携 … 8  
～地域における保健・医療・福祉・介護と生活を繋ぐために～

神奈川県病院協会

茅ヶ崎市立病院 病 院 長 仙 賀 裕

●一般演題

7階大講堂（会場①）

1	連携に必要な医療情報の伝達について	… 9
2	足柄上地域における地域医療連携の現状と将来－在宅療養の推進に向けて	…10
3	2025年の病床機能再編政策における神奈川県への推計	…11
4	救急搬送患者のための地域連携 ～次への一歩～	…12
5	「断らない救急の実現」に向けた事務職員の取組みについて	…13
6	R P D C A サイクルマネジメント・システムの応用と実績	…14
7	B S C を活用した地域連携強化への取組み －あるべき姿への展望－	…15
8	医療連携における事務職の役割	…16
9	神奈川県地域医療連携実務者連絡会 2010年から2014年までの活動と報告	…17

2階会議室A（会場②）

1	川崎市における感染対策の地域連携	…19
2	地域医療連携室の取組み～院外の連携機関を訪問して～	…20
3	神奈川県立がんセンターにおける医療連携の現状と課題 －がん専門病院における後方連携の実績から－	…21
4	地域に根ざした緩和ケアを目指して～緩和ケアチーム活動とその取組み～	…22
5	家族とともに行うエンゼルケアをめざして	…23
6	「家族による支援が乏しい患者に対し外来看護師が介入して事例」 ～退院後の在宅生活が不安定な状態にある外来患者が地域で生活していくための基盤作り～	…24
7	在宅神経難病患者の短期入院受け入れ実績報告	…25
8	退院後の服薬自己管理継続へのアプローチ ～患者参画型カンファレンスを通して～	…26
9	在宅介護における介護負担の現状と問題点 ～「Zarit 介護不担尺度」から看護師の役割を考える～	…27

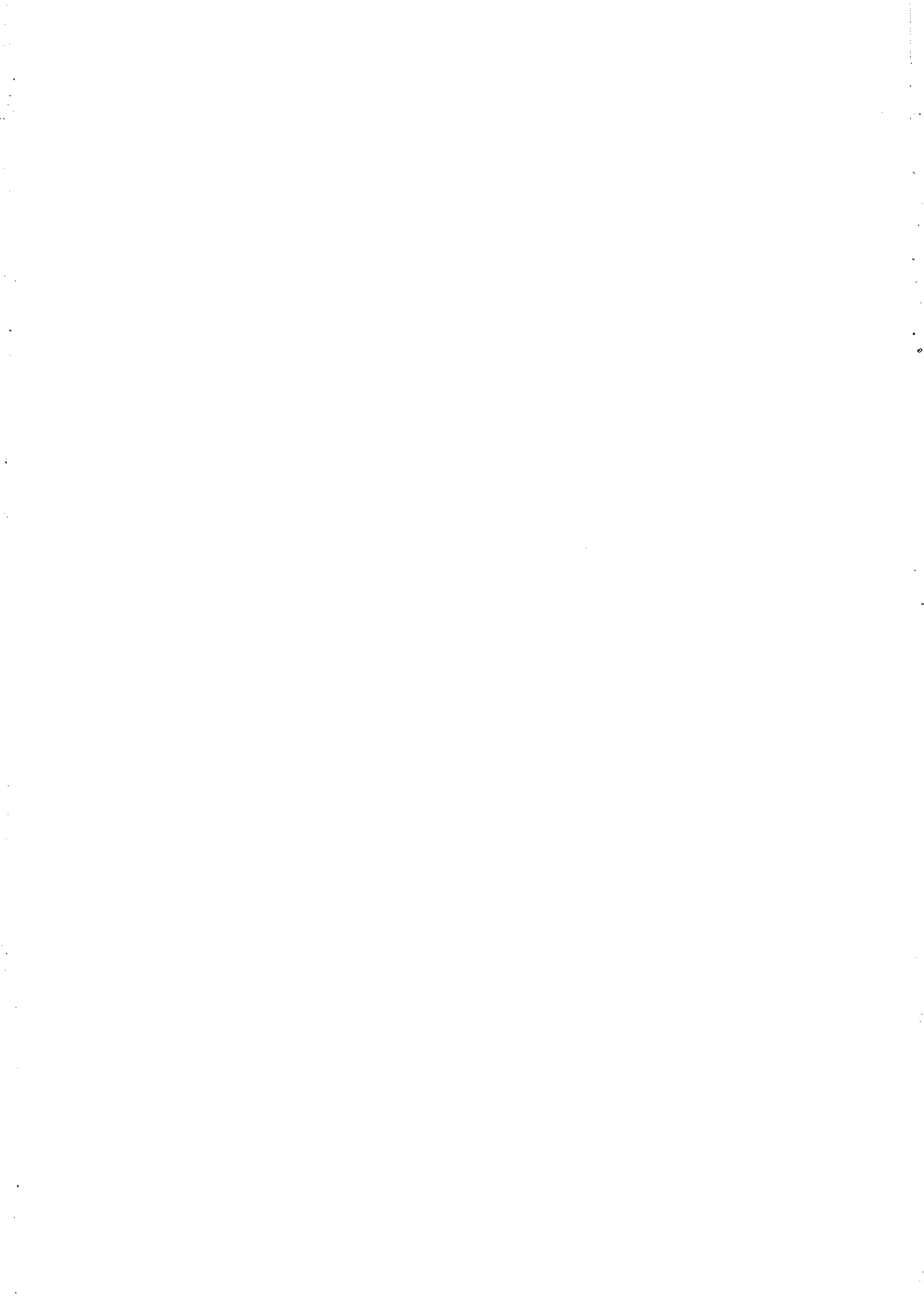
●一般演題

1階会議室A B (会場③)

- |   |   |       |
|---|---|-------|
| 1 | 介護予防教室の意義と展望                                  | ・・・28 |
| 2 | 当院整形外科の在院日数短縮に向けた取り組みについて<br>～スムーズな退院調整を目指して～ | ・・・30 |
| 3 | 多様な問題を抱える患者さんの退院支援と地域連携について                   | ・・・31 |
| 4 | 退院支援・退院調整のスタッフ教育活動 ー動画作成を試みて劇団発足を目指すー         | ・・・32 |
| 5 | 退院支援に生かす、新たな地域連携活動の報告<br>～足を運ぶ・顔でつなぐ・心がみえる連携～ | ・・・33 |
| 6 | 食物経口負荷試験食の提供を開始して ～栄養士の役割～                    | ・・・34 |
| 7 | 糖尿病教室発足13年 ～地域に開いた教室作りを目指して～                  | ・・・35 |
| 8 | 「中部小児急病センターにおける院外処方に関する調査」                    | ・・・36 |
| 9 | 免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドラインに基づいた取り組み         | ・・・38 |



# 特別講演





## 「地域医療ビジョンと病院のビジョン: 変革と協働の力」

京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 今中雄一

<http://med-econ.umin.ac.jp/>

国民皆保険制度のもとで医療の財源の約5割は保険料、約4割は税金によっている。経済低成長、超高齢社会の進展、社会保障の赤字などにより、国の財政は構造的な赤字が続き、その債務残高(GDP比)すでは危険域に達している。経済規模の大きな日本の財政破たんは、世界に大きな影響を及ぼすため、国際的にも懸念され、国際機関からも我が国の医療・介護制度に注文が出されている状況である。社会保障制度国民会議、社会保障・税一体改革、現政権のもと、社会保障制度改革国民会議、社会保障制度改革推進会議とへて、医療制度はさらに変革を加速していくことになる。診療報酬制度は、医療システムの再編の一ツールとして、一貫して、機能分化・資源集中と連携強化をその基本方針として進めてきている。

さらに、データをも用いて、都道府県の計画の実効力も付与する形となり、危なくなってきた。データの活用基盤が少しずつ整備され、データにも基づき制度を設計することが、可能となりつつある。高度機能の拠点化を進め、施設間そして医療介護間の連携を強化するというドライブがかかっている。換言すれば、高度機能を担うところと、より回復期・亜急性期的な医療を担うところが、一層明確に分化していき、不足しているところに医療資源の移動・再配分が起きていくことになる。厚生労働省のプランでは、施設毎まるごとの分化しか明示されていないが、今後は、診療機能ごと(5疾病5事業のようなレベルでの機能)に拠点化されなければならないであろう。拠点がモデルとなる一方で、回復期、療養期から医療介護連携の強力なネットワークも重要な発展のモデルとなる。

これからは、医療財源の引き締めが全体としては一層強くなっていき、役割の分化・強化と拠点化の推進が進む。役割分担においては、行政の関与・介入あるいは地域での協議という新たな局面を迎えることになる。しかし、制度がどうなろうと、地域の医療ニーズ、介護ニーズは、変わらない。地域のニーズにとことん対応していくことが医療の運営の本筋である。そして、そのニーズも中長期的には、人口構成等に応じて推移するので、それを見据えることも必須である。これからは、自らが担っていく役割を、自らが描き、実現していくか、それとも、行先を決めずに受け身に回るかの、どちらかである。プロフェッションは、自発的・内発的に仕事ができるこそ、益々良い仕事ができる。



# シンポジウム



## 演題名；相模原市における地域医療連携推進の取り組み

法人名 医療法人社団 徳寿会

病院名 相模原中央病院

所 属 患者サポートセンター 医療相談室

氏 名 齊藤<sup>さいとう</sup> 正和<sup>まさかず</sup>

団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年に向け、診療報酬・介護報酬改定や、本年6月に可決された「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」において、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等を進め、今後導入される病床機能報告制度などで病床の役割を明確化し、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進が打ち出された。

重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう目指す地域包括ケアシステムを推進する為に、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）として何が出来るかについて地域での実践を紹介したいと思います。

当院は相模原市中央区に位置する2次救急を担う急性期医療機関です。相模原市には、市立病院が存在しませんが、特定機能病院、急性期病院や精神科、療養型病床や施設等のベッド数が近隣と比べると多く、転退院支援においても比較的市内で完結する事が多いように感じています。ただ施設数が多くなるにつれ顔の見える関係性の構築が難しく電話のみの関わりで実際に会う事はなく、お互いの役割を理解しているつもりになり、実際の連携においてトラブルが起きる事もあります。

地域医療連携を語る上で Face to face は基本的な事ではありますが、同職種であれば連携が図れていても、他の専門職とは出来ていなかったりする事が多いのが現状ではないでしょうか？ 院内外での連携を担う事の多い MSW として、地域の社会資源等のタイムリーな情報を医師やコメディカルに提供する事がスムーズな逆紹介に繋がり、患者、家族にとっても住み慣れた生活環境へ早期に帰る事が可能となる。これまで転院を余儀なくされていたケースであっても、在宅療養チームと顔の見える関係性が築くことができていると、円滑に在宅療養が叶う事もあります。

相模原市には有志で発足した医療ソーシャルワーカーの会があり、毎月定例会を開催しております。定例会では、転院支援や制度の勉強会等のスキルアップ研修や、生活支援課、地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、特別養護老人ホームの相談員など他職種との合同勉強会を開催しております。また、相模原町田地区介護医療圏インフラ整備コンソーシアムが昨年末発足し、都県をまたいだ連携も開始されました。このような取り組みによりお互いを知り理解しあう事で、職種を超えた連携が生まれ、地域での安心した生活を支援できているのではないかと考えます。

演題名 地域医療連携の推進－退院調整看護師の立場から

病院名 北里大学病院

所属 トータルサポートセンター看護係長

氏名 しみず しみず 清水 美佐子

北里大学病トータルサポートセンターでは、「その人らしく生きることを支援する」ことを使命とし、相談、入退院・在宅療養支援、地域連携などに取り組んでいる。退院調整看護師は主に MSW と共に退院調整、在宅療養支援に携わっており、訪問診療医、訪問看護ステーション、ケアマネジャーなどとの連携は不可欠である。支援において重要なことは「患者・家族がどういう医療を受け、どういう生活をしたと考えているか」を引き出し、適切な機関に繋いでいくことだと考えるが、適切に繋ぐためには関係機関・各職種がお互いの役割を知り、情報共有しやすい関係にあることが大事だと考える。

退院調整看護師として最もやり取りが多いのは訪問看護ステーションである。当院では以前から「相模原市訪問看護ステーション管理者会」に参加しているが、お互いの状況を知らせる機会となり、スムーズな連携につながっている。

また、病院内の人材が講師となり訪問看護師向けの研修・交流会も定期的で開催している。参加した訪問看護師からは講義の感想以外に「他ステーションの症例について話が聞けて参考になった」、講師となった院内のスタッフからは「実際の自宅での状況が聞け、今後の退院指導の参考になった」という声が聴かれ、相互理解の機会となっている。北里大学病院には専門看護師・認定看護師が多く在籍しているが、今後は地域の病院や訪問看護ステーションのニーズを調査し、院外からも「人材」として活用してもらえるような仕組み作りを検討したいと考えている。

昨年 12 月に北里大学病院地域連携事業として「相模原町田地区介護医療圏インフラ整備コンソーシアム」が発足した。「すべての市民が、自らの望む場所で生活を続けられること」「患者の真の希望を患者・家族、医療・介護提供者間で共有できること」「質の高い医療と介護を一体感を持って市民に提供できること」「持続可能な介護医療環境を構築すること」を目標に、病院、クリニック、ヘルパー、ケアマネジャー、訪問看護師などに参加をいただき活動を始めている。7 月には町田市でヘルパー向けの喀痰吸引等研修（3 号研修）を実施。当部署の看護師も参加した。また、月 1 回 TV 会議システムを利用した介護職向け研修会を開催。当初 7 か所だった会場は 11 か所に増え、近隣の医療・介護職が顔を合わせる場となっている。今後は、クラウドソフトを利用した患者情報の共有も進めていきたいと考えている。

地域医療連携には関係機関、多職種と顔を合わせる機会を作り、相互理解を深めることが重要である。今後も様々な活動を通し、地域医療連携を推進していきたいと考える。

「地域医療連携の推進」－新たな神奈川県保健医療計画－

神奈川県公衆衛生協会理事、神奈川県衛生研究所所長 岡部英男

厚生労働省の今年 8 月の発表では、日本人の平均寿命は、男性が初めて 80 歳を超え 80.21 歳、女性は 86.61 歳となり、女性は引き続き世界 1 位である。同省によると平均寿命が延びたのは、各年齢で、がんや心疾患、脳血管疾患、肺炎などの死亡状況が改善したためと分析している。我が国は男女とも「人生 80 年時代」にはいり、今後の地域医療連携はますます重要な課題である。

我が国の社会保障改革については、平成 24 年 2 月 17 日の閣議決定により「社会保障・税一体改革大綱」（以下「大綱」）に基づき急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むこととされた。

大綱に基づき、本県では、医療計画は平成 25 年度から向こう 5 年間の法定計画として「神奈川県保健医療計画」を策定した。

計画では、①医療機能の分化・連携を推進するため、医療計画の実行性を高めるよう、二次医療圏を中心に疾病・事業を効果的に機能させる。②在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制を構築する。③精神疾患を既存の 4 疾病に追加し、医療連携体制を構築する。

急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化等に伴う患者の疾病構造の変化に対応するため、都道府県では患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図るために、大綱及び基本方針の改正の趣旨を踏まえた医療計画の見直しを通じて、新たな医療計画をより一層有効に機能させていくことが求められている。また、そのために必要な人材育成を継続的に行っていくことも重要である。

医療連携体制について、本県の場合、医療計画としては、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に加え、新たに精神疾患を追加し、5 疾病とし、救急医療、災害時における医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）の 4 事業並びに在宅医療（本県ではへき地は存在しない。以下、「5 疾病・4 事業及び在宅医療」という）に係る医療提供施設相互間の機能分担及び業務の連携を確保するための体制（以下、「医療連携体制」という）に関する事項を医療計画に定めた。また、医療と介護の更なる連携も大切である。

病床機能報告制度と地域医療構想の策定として、本年・平成 26 年度から、医療機関がその有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進めることとした。さらに地域医療構想の策定は平成 27 年度からで、都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と地域医療連携を適切に推進するための地域医療構想を策定し、医療計画に新たに盛り込むことにしている。

演題名 当院退院患者様に対する自立支援型訪問リハビリテーションの導入

法人名	IMS 医療法人社団 明芳会
病院名	イムス横浜狩場脳神経外科病院
所属	リハビリテーション科
氏名	福留 矢輔

【はじめに】

当院は、急性期脳卒中医療の基幹病院として展開してきた。この1年間の課題として、積極的な前方連携と救急患者受け入れ体制の整備を行い、地域医療機関との連携や救急外来の受け入れなど『断らない医療』を目標に行ってきた。平成25年7月の救急車受け入れ率74.6%が、平成26年7月においては95.0%と『断らない医療』を実践してきた。急性期病棟から回復期リハビリテーション(以下リハとする)病棟へ転棟する期間も平均18日以下と、発症から早期に積極的なリハを提供できる環境を整備してきた。そこで今後の課題として、脳卒中患者様退院後のフォローアップを拡充・充実していくことが必要と考え、平成26年8月より訪問リハを導入すべく検討した。

【自立支援型訪問リハビリテーションとは】

回復期リハ病棟から退院していく患者様の中で、重度な後遺症を負った患者様ほど、退院後のライフスタイルに対し安全面などを優先しすぎ、介護支援型のライススタイルを提案させて頂く傾向がある。自立支援型訪問リハでは、自宅での入浴動作への介入・獲得や、町内会への参加など発症前のライフスタイルを獲得するためのサービスを目標とする。

【取り組み1】

ADOC(エードック:Aid for Decision-making in Occupation Choice)を導入し、急性期・回復期・訪問リハ介入時のそれぞれの時期に、患者様やご家族様から発症前のライススタイルを聞き取り、また目標設定を行う。ADOCとは、活動や参加レベルに焦点を当てたりハの目標設定を支援するために、日常生活場面のイラストを患者様と評価者(作業療法士)のそれぞれが選びながら、お互いの希望や意見をすりあわせ、また選択された目標の満足度を測定することも可能なiPadアプリである。

【取り組み2】

急性期・回復期・訪問リハ介入時のそれぞれの時期に、適切な福祉用具の選定と導入の取り組みを行う。福祉用具レンタル業者と連携し、様々な時期に適切な福祉用具を選定し、入院中から患者様やご家族が福祉用具の使用方法などを十分に理解して頂けるように努め、また病態の改善などに合わせ必要に応じ変更等も速やかに行ない、訪問リハ導入時には適切な福祉用具が使用できるように努めていく。平成26年5月より、入院患者様に対しリクライニングから普通型まで患者様の体型や病態に合わせられるモジュール車椅子を導入し早期離床に努めている。

【取り組み3】

取り組み1・2を踏まえ、患者様が退院する1ヵ月以上前より患者様の担当ケアマネージャーと連携し、退院後のライフスタイルに対し、個々人の多種多様な目標を達成できる具体的な計画を共有していくことが重要と考える。



## 演題名 「病院薬剤師による在宅患者へのフィジカルアセスメント導入取り組みについて」

法人名 社会医療法人 ジャパンメディカルライانس

病院名 海老名メディカルプラザ

所 属 薬剤科・在宅診療推進室

氏 名 ◎<sup>よねおか けんぞう</sup>米岡 賢造 谷口 弘子 本澤 里沙

### 【はじめに】

フィジカルアセスメントとは視診や聴診、触診などのバイタルサインによって患者さんの全身状態を評価することであり、近年薬剤師によるフィジカルアセスメントの実施が様々な施設で行われつつある。

薬剤師がフィジカルアセスメントを行う意義は「医薬品の適正使用」と「医療安全の確保」である。

高齢化社会に伴い、医療の拠点が在宅へとシフトしつつある中で、薬剤師には病棟や薬局での業務に加えて地域での在宅医療への介入が求められており、当院においても病院の調剤所の業務に加えて2010年8月より在宅薬剤管理業務を行っている。在宅患者へのフィジカルアセスメントの実施は2013年12月より開始した。

### 【目的】

当院における薬剤師によるフィジカルアセスメント導入までの取り組みと、現状、今後の課題について報告する。

### 【方法】

2012年4月に医師、看護師、栄養士、事務員、薬剤師から構成される在宅診療推進室と病院から、薬剤師がフィジカルアセスメントを行う事について承認を得る。

担当者2名を選出。担当者が講習会へ参加、文献の収集などを行いフィジカルアセスメントに対する意義を理解し、知識・技術を取得。その後、在宅診療推進室の医師や看護師指導の下、さらなる知識と技術の習得を図った。

2013年4月よりマニュアルやアセスメントシートの作成、必要な機器の購入などを行い、導入に向けての準備を進めた。患者さんからフィジカルアセスメントを行う事への同意を得て、同年12月より2名の患者さんに対して薬剤師によるフィジカルアセスメントを開始した。

### 【結果】

2014年8月現在、フィジカルアセスメント実施対象患者は訪問薬剤管理指導を行っている患者さん全員の8名となった。

フィジカルアセスメント導入後は作業時間は若干増えているが、大きな問題なく経過している。

### 【考察】

薬剤師がフィジカルアセスメントを行う際に得たバイタルサインの情報と薬剤師による評価は、患者さんも含めた他のスタッフと情報共有すること出来、地域医療に一定の貢献が出来たと思う。

しかし聴診器を用いたバイタルサインの確認などが一部実施出来ておらず、フィジカルアセスメントに必要な知識、技術の習得には長期にわたる継続的な学習が必須であると考える。

豊かな長寿社会に向けたまちづくりの一環としての地域医療連携  
～地域における保健・医療・福祉・介護と生活を繋ぐために～

茅ヶ崎市立病院 仙賀 裕

この数年来、国の医療政策の柱として、高齢化がピークに達する2025年に向け、地域医療ビジョン、病床機能の適正配置と在宅医療の拡充が強く押し出されている。本年9月には改正医療法に基づき義務とされた平成26年度病床機能報告のマニュアルが厚生労働省から提示され、各病院はその対応に悩まされていると思う。さらに保健、福祉、介護も含めた地域包括ケアシステムが組み合わされ、その方向性、厚生労働省が意図する意味、内容を医療関係者はよく理解しなければならない。そして今後の病院運営、経営を地域医療連携、地域包括ケア、地域医療ビジョンの視点から再検討する事は不可欠と思われる。

一方、医療、介護等広い意味での医療サービスの高齢受益者は、可能な限り住み慣れた場所で、安心して適切な医療、介護等のサービスを受け、生涯を終えることができるような状況を求めている。そのため、地域、生活という視点から医療、介護、ケア提供を適切に行うために病診連携、診診連携等の医療連携の重要性は益々増加している。サービスの提供者側の取り組みと需要者側のニーズとが適切に調和する策をその地域の特性に合わせ構築することが医療機関、行政に今求められている。

茅ヶ崎市も多分に漏れず高齢化の急速な進行に伴い、今後数年以内にこれまで構築されてきた地域社会の仕組みが十分に機能しなくなる事が危惧されており、高齢者の生活の質の向上や課題解決のための新しい仕組みの構築が求められている。そのため、高齢化の進行した地区の一つをモデル地区として、茅ヶ崎市において豊かな長寿社会を実現するための取り組みが検討され始めた。その取り組みの中で、地域医療連携は重要な位置を占めている。この連携には急性期病院、慢性期・療養型病院、地域のクリニックのほか、訪問看護ステーション、更には歯科クリニック、地元の調剤薬局、地域包括ケアセンター、行政等多くの組織が関わり、一人一人の高齢患者に合わせてその最適な医療等サービスを提供していかなければならない。

当院は公立病院のため茅ヶ崎市および地域住民の意向に沿って今後も病院機能を再構築していかなければならないが、今回は当院の急性期病院としての地域医療連携への関わり方、在り方について、当院の地域医療連携室の取り組みも含め報告する予定である。

# 一 般 演 題



## 連携に必要な医療情報の伝達について

育生会横浜病院 内科 井野元 勤

医療機能を、急性期病院・回復期病院・療養型病院・施設・在宅とわけていくことが行われているが、患者が切れ目なく動いていくために適切・的確な医療情報の伝達が必須である。個人情報保護の法的規制から、電子カルテが運用されている病院でも院内に限定され、地域医療ネットワークを形成しているところはほとんどない。しかし地域医療機関との連携のためには夜間・休日でもカルテが利用できるようにすることが望まれ、法的規制を改革する必要がある。ところが、患者の高齢化に伴い、ほとんどが老年症候群となっているのに、現実では医療の専門化とともに全身管理に必要な情報は記載されない事が多くなっている。医療情報学では電子カルテ時代の問題として Data-Rich-Information-Poor Syndrome をあげている。しかし、データもなく、内容に乏しい紹介状が多い。当院は、一般病棟49床、療養病棟57床を持つ病院で、慢性期の急性増悪・急性期治療後の患者を引き受けている病院である。内科常勤医2名、外科ほとんど常勤1名、歯科2名および非常勤医師（外科は交代で毎日、婦人科、皮膚科、内科および当直の大半）が勤務している。後方施設として、老人保健施設、特別養護老人ホーム、認知症グループホームを持っている。医療の下流に位置する当院に伝達される医療情報の実態を示し、今後のあるべき姿を提言したい。

## 足柄上地域における地域医療連携の現状と将来-在宅療養の推進に向けて

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立足柄上病院

◎ 玉井拙夫（たまいせつお）、笠原彰夫、太田光泰、吉江浩一郎、  
清水智明、加藤佳央、山本裕司

足柄上郡は県西部、小田原市の北にある1市5町、人口約11万人の地域で県内でも有数な高齢化の進んだ地域である。当院は足柄上地域における唯一の在宅療養後方支援病院である。同地域の「かかりつけ医」となる在宅療養支援診療所は20機関である。

当院では本年4月より「入退院支援センター」を設置し、入院時に入院での治療計画とともに退院後の療養についても患者さんおよびご家族への説明と同意を行うことを開始し、在宅療養支援へ向けての一步とした。同時に、退院後の自宅療養が可能と判断された患者さんには、本人の希望を確認し、かかりつけ医との引き継ぎをおこなうべく、病院主治医による訪問診療を開始した。

在宅療養において、かかりつけ医および訪問看護ステーションによる症状の安定しているとき「訪問診療」は可能であるが、問題の1つは急変時の往診対応、とりわけ夜間、休日の対応が困難であることであることが挙げられる。そうした時の対応として在宅療養後方支援病院としての機能が求められる。主治医と連絡が取れないこと、専門外であることを理由に診療を拒否することはできない。当院では平成13年に地域連携室を設置するとともに、総合診療科を設置し、専門領域を越えた診療ができる総合診療医の育成に努めてきた。

在宅療養にむけて、第2の問題は在宅療養での食事、入浴等の生活支援である。介護サービス事業者、地域包括ケアセンター、行政との連携を密にしていく必要がある。今後、在宅療養での、医療機関のみならず介護サービス事業者、地域包括ケアセンター、行政との情報交換の場、ツールの構築が必要である。こうした状況を踏まえ、当院では専門領域を越えた診療ができることのみならず、退院後の生活支援を含め在宅療養に必要な社会資源の活用をマネジメントできる質の高い病院総合診療医の育成をめざしていきたい。

我々は医療福祉の将来像の、地域での理解を深めるため足柄上病院として、行政を含め、足柄上医師会、訪問看護ステーション、介護サービス事業者および病院と協働した地域住民との対話のための市民公開講座を山北町、開成町で開催してきた。これらの取り組みについて報告するとともに同テーマで各地域で開催し地域の方々の理解を深めていきたい。

## 演題名 2025年の病床機能再編政策における神奈川県への推計

法人名 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス

病院名 海老名総合病院

所 属 経営管理部 経営戦略室

氏 名 鈴木 智雄 (すずき ともお)

### 【背景】

団塊の世代が75歳以上に突入する2025年に向け、今後、病床機能報告制度、地域医療ビジョン策定、及び診療報酬改定、財政支援制度（基金）等を通じて、病床機能再編が急ピッチで進められる。この状況下、都道府県、各医療機関は、今後どのような病床機能に進むべきかを早急に検討・協議する必要がある。

### 【目的】

2025年の病床機能再編政策において、神奈川県及び同県の2次医療圏に、各病床機能が何床割り当てられるかを推計し、今後、県、各医療機関が病床機能再編を検討する上での基礎データを提供することを目的とする。

### 【方法】

平成23年11月25日の中医協総会で示された「現在の一般病棟入院基本料の病床数」資料をもとに、「高度急性期病床18万床」、「一般急性期病床35万床」、「亜急性期病床26万床」、「長期療養病床28万床」が、2010年の人口割で、都道府県や2次医療圏に割り当てられたと仮定する。この仮定に基づき、神奈川県及び同県の2次医療圏に割り当てられた各病床数と現在の各病床数を比較し、「何床、何%過剰・不足か」を算出する。

なお、計算にあたっては、国際医療福祉大学大学院 高橋 泰教授、(株)ウェルネス提供の「2次医療圏基礎データ（巧見さん）Ver5.0.0」及び「全国病院一覧データ Ver4.0.0」を使用した。

### 【結果】

神奈川県は、2010年の人口に対し、高度急性期病床は「不足」、一方、一般急性期病床は「過剰」に、亜急性期病床、長期療養病床は、大きく「不足」という推計結果となった。

### 【考察】

神奈川県は、現時点において、一般急性期病床が「過剰」、亜急性期病床、長期療養病床が大きく「不足」していることから、地域性を考慮した上で、今後の病床機能報告制度、地域医療ビジョン策定等を通じ、県、各医療機関の協議のもと、一般急性期病床から亜急性期病床、長期療養病床への転換を図る必要性が高い医療圏であると言える。

演題名：救急搬送患者のための地域連携 ～ 次への一歩 ～

法人名：社会福祉法人恩賜財団済生会

病院名：済生会横浜市東部病院

所 属：医療連携センター地域医療連携室

氏 名：◎福田<sup>ふくだ</sup>盛行<sup>もりゆき</sup>

長島 敦

富永 亜紀

田中 光生

藤井 朝美

谷口 優

林 健一

済生会横浜市東部病院は、横浜市の東部地域に位置し、3次救急を担う急性期病院である。地域の中核を担う医療機関であるため、時間的に、物理的に、他の医療機関が提供できない医療サービスを提供することが使命である。しかしながら、一方で高度急性期医療を地域に提供することもまた使命である。ここには、ある種のジレンマも存在する。それを解決する策の一つが、地域連携であると考えている。

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が一体的に、住み慣れた地域で提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していくことが、国の方針として打ち出された。そこでは、サービスを提供するプロバイダーそれぞれが、全体のシステムを把握しながら、己のサービスを提供してゆく必要がある。個別の提供活動であっても全体最適を実現すべく活動することが求められている。

地域の中核病院としては、特に近隣の医療機関で医療サービスの提供が止まってしまう休日夜間帯において、平日昼間と同じ機能を有する当院が医療サービスを提供することは、この地域にとって有益なこととなる。一方、急性期病院役割は、命を救う最期の砦として医療サービスを提供することである。我々は、24時間、365日、経営資源である「ヒト（多くの優秀なスタッフ）」、「モノ（高額な医療機器）」を整備している。

しかしながら、この2つの役割を最高レベルで果たすことはとても難しい。それは、夜間に軽症、中等症の患者を多く受け入れていては、重症の患者を受け入れられなくなることを例にとると分かりやすい。与えられた資源内でこれを解決するには、地域と密な連携を取り続けることしか考えつかない。地域全体を巻き込んだ一歩先行く地域連携の取り組みを紹介したい。



## 「断らない救急の実現」に向けた事務職員の取組みについて

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス  
海老名総合病院 救急委員会

◎本多 弘幸・野口 順子・立川 亮・山本 恵子

鈴木 紀子・内山 喜一郎・名取 穰治

### 【目的】

当院では平成 23 年度の病院重点目標として「断らない救急の実現」を掲げた。今回、目標の実現、そして地域への貢献に対し、事務職員として何を心掛け、診療部や看護部等とどのように関わり、信頼関係を築きながら進めてきた取組みについて報告する。

### 【方法・内容】

当院では平成 23 年度よりバランスドスコアカード（以下 B S C）を導入し、「断らない救急の実現」に向けたアクションプラン作成の際、救急委員会事務局として参画。またアクションプラン実行に際し、各種データの収集・分析以外にも、医師・看護師へのアンケート、救急外来観察室整備、近隣消防及び医療機関への訪問、医師会・行政・メディカルコントロール協議会主催の会議への出席、救急隊との勉強会の企画運営等にも積極的に参加。また院外関係機関との関係強化を図るとともに、院内外の現状と問題把握に努めた。さらに「現場を知る」という観点から、圏央道さがみ縦貫道開通前の災害救助訓練、地元海老名市・海老名市医師会との合同トリアージ訓練に医療チームの一員としても参加した。

### 【結果】

B S C で立案したアクションプランは、実行、実現途上、未達と結果は様々だが、診療部・看護部の協力を得ながら、事務職員として様々な場面で関わり、現場の状況、地域の状況、当院が求められていることを少なからず認識出来た。特に医師と協同で行った「脳卒中ホットライン」の近隣消防及び医療機関への展開は、事務職員の関わりが、その後の成果の一助となり、また、海老名・座間・綾瀬 3 市救急隊と共同で企画・開催している「県央救急救命研究会」の定期開催化に向けた取組みにおいては、救急隊と病院、救急隊同士の顔の見える関係作りにも寄与しており、我々の存在意義を改めて感じることが出来た代表的な事例であった。

### 【考察】

現在の病院としての機能は、以前のような医療者のみに頼るのでは充分とは言えず多職種連携が必要と考えられる。当院の目標とした「断らない救急の実現」そして「地域の救急医療を守る」というテーマに対し、事務職員も、業務の傍らで関わるのではなく医療チームの一員として関わり続けることが必要であると思われた。

## RPDCA サイクルマネジメント・システムの応用と実績

法人名	医療法人 横浜柏堤会
病院名	戸塚共立第1病院
所 属	地域医療連携課
氏 名	かつやま しゅん 勝山 駿

### 【はじめに】

当院は横浜市戸塚区にある148床の急性期病院である。当院では、平成13年9月の地域連携室開設後、近隣の医療機関の先生や職員の方々のご意見やご指導の元に、地域連携業務の研鑽を重ねて参りましたが、紹介数の増加による業務量の増加に伴い生産性の向上と効率化が求められた為、平成23年度より一般企業で生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の一つとして用いられているPDCAサイクルマネジメント・システムを取り入れる事により地域連携（渉外活動）業務制度の向上を図った。その検証を行った3年間について報告する。

### 【検証方法】

国際標準化機構（ISO）で導入されているPDCAサイクルマネジメント・システム《Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Action（改善）》を基に、当院ではPlan（計画）の前にResearch（調査）を追加しRPDCAと5段階とした。またこれを日次・週次・月次・随時（定期）に分別し業務の整理・効率化を行った過去3年間の紹介件数への効果を測定した。

### 【結果】

平成23年度	紹介総数	5.890件	月平均	491件	紹介率	38.5%
平成24年度	紹介総数	6.793件	月平均	566件	紹介率	42.0%
平成25年度	紹介総数	7.295件	月平均	608件	紹介率	46.1%

### 【考察と今後】

RPDCA マネジメントサイクル・システムを導入した事は有意であり、過去3年間の紹介数や紹介率が示すように効果があったと考えられる。今後は継続したRPDCA サイクルマネジメントと・システムの運用はもちろんの事、地域医療連携パスの構築やSWOTクロス分析、DPCデータのマーケティング活用などにより、さらに地域医療ニーズを満たすべく活動を行っていききたい。

## BSC を活用した地域連携強化への取り組み

—あるべき姿への展望—

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス

海老名総合病院

入退院支援センター 地域連携室

◎野口<sup>のぐち</sup> 順子<sup>じゅんこ</sup> 高野 洋 (企画改善室)

### 【はじめに】

当院では、経営管理ツール「バランスト・スコアカード (BSC)」を 2010 年度より導入し、今年度で 5 年目に入った。BSC 導入の目的は、①病院ビジョンの浸透②問題・課題の可視化③優先順位の明確化とすることであり、「地域住民・医療機関からの信頼度UP」「地域との連携強化 (行政・病病、病診連携)」という戦略目標を掲げて取り組んできた活動の成果と課題について報告する。

### 【方法】

2010 年導入当時、病院長・経営企画室が中心となり、戦略目標やアクションプログラムを設定後、2011 年にモデル部署として選出され、評価指標や定義が明確な成果として数値化しにくい連携業務において、戦略目標の協議を重ね、指標を決定した。2012 年度より診療部をはじめ、病院全部署にも展開し、年 2 回のレビューを通じ、取り組んでいる連携業務について、院内の職員へアピールをした。

### 【結果】

これまで 4 年間の取り組みの中で、特に指標の見直しに重点をおき、病院長や経営企画室と意見交換を行った。なかでも特に「地域医療機関の訪問回数」の「回数」への評価については、「重要なのは“回数”ではなく、訪問目的を明確にした上での訪問内容の質ではないのか？訪問したことでのどのような成果があったのか？」という指摘も受け、評価の視点に対しての課題が浮き彫りとなった。このことにより、訪問目的をより明確にする為の討議をした結果、「医師同行で訪問し、顔の見える連携をつくること」が重要であることを共有することができた。年 2 回の病院全体のレビューを通じ、情報共有を図り、各診療科の医師からの声かけもあり、同行訪問が実現でき、更に紹介率や逆紹介率が向上した。他にも市民健康講座企画においても積極的に講師を希望するスタッフも増加する等、「院内の連携業務に対する意識改革・質の向上」につながっている。

### 【考察】

今年度で BSC 導入 5 年目になるが、地域連携室のビジョンの浸透・情報の共有化・優先順位の明確化では一定の成果が病院全体で得られたと判断できる。一方、組織として更なる向上を図る為には、BSC を中心とした地域連携強化への具体的な PDCA を確実に実行する仕組み構築が必要不可欠と考え、更に、地域医療連携のよりシームレスな関係構築向上に努める。

## 医療連携における事務職の役割

法人名：社会福祉法人<sup>（公）</sup>済生会  
病院名：済生会横浜市東部病院  
所 属：医療連携センター  
氏 名：◎<sup>（公）</sup>富永 垂紀  
長島 敦  
河田 成子  
福田 盛行  
田中 光生  
藤井 朝美  
谷口 優  
相川 節子

当院は、開院から 8 年目を迎える高度急性期を担う地域中核病院である。平成 25 年度からの中期ビジョンとして「地域医療を支え、目標とされる高度急性期病院になろう」を掲げ一歩先の医療を提供すべく医療展開を行っている。

平成 25 年度の平均在院日数 8.3 日、病床利用率 96% と高速回転をする中でメディカルソーシャルワーカーや退院調整看護師が、入院時からの面談や在宅療養に向けた関係者との調整を行い、早期からの退院・転院支援を実施している。医療連携センターにおける業務では、社会の変化に合わせ対応を求められるスピードがより加速しているように感じる人が多い。

地域がん診療拠点病院としての連携業務や相談支援業務の取組、認知症疾患医療センターとしての役割、外傷センターの認定等、高度急性期医療を提供する中にも少子高齢化の中での限られた医療資源を必要とする人に適切に提供するための取組が実践されている。

患者さんが治療を終え生活の場へとシームレスに戻るには急性期から介護を含めた維持期医療機関、訪問看護ステーション等との相互理解が欠かせない。診療報酬により評価されている大腿骨頸部骨折等の地域連携クリニカルパスの設計運用を行うにも施設を超えた地域内の医療介護資源の把握が必要となる。

地域完結型医療の実践、また地域包括ケアシステムの構築が推進される中で、各種認定要件や診療報酬に盛り込まれた制度を理解し、業務を推進するための院内各部署との調整、院外関係機関との連携について報告し、今後に向けた取り組みを紹介したい

以 上

かながわけんちいきいりょうれんけいじつむしやれんらくかい  
神奈川<sup>ねん</sup>県<sup>ねん</sup>地域<sup>かつどう</sup>医療<sup>ほうこく</sup>連携<sup>ねん</sup>実務<sup>ねん</sup>者<sup>ねん</sup>連絡<sup>ねん</sup>会<sup>ねん</sup>2010年<sup>ねん</sup>から2014年<sup>ねん</sup>までの活動<sup>ねん</sup>と報告<sup>ねん</sup>

法人名 医療法人財団 俊陽会

病院名 古川病院

所属 地域連携相談室 室長

氏名 ◎ 柳田 謹一郎

病院 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

所属 総合相談部 主幹

氏名 荒川 隆

#### 当院の概要

所在地：横浜市神奈川区子安通2丁目286番

病床数：96床（49床、一般障害者病棟）（47床、療養病棟）

職員数：92名

特徴：1937年設立後より77年間新子安駅前にて運営されている。2011年新病院に建て替え現在に至る。平成26年9月療養病棟在宅復帰強化加算取得予定

#### はじめに

2010年5月に初めて開催した「神奈川県地域医療実務者連絡会」は、会を重ねる毎に参加病院も増え、第6回の開催までに延べ300施設400人を超える参加者が足を運んでくれた。現在も神奈川県内の各地域で活動は継続されており、今後もこの活動を通して地域連携の輪を広げていきたいと考える。

#### 地域医療連携が叫ばれる今日の実情

（※1）日南病院医療連携科部長 木佐貫氏は、2000年が実質上の地域連携室の開設が始まった年であったと説明している。2000年4月の診療報酬改定で「急性期入院加算」が新設され、紹介率30%以上、平均在院日数20日以下、外来入院比1.5以下という基準が設けられ、14日間に限り150点の増収が見込まれ、紹介率を上げる前方連携構築のために地域連携室は次々に開設されてきた。

しかし、2006年に紹介率に関する加算が廃止され、それに替わり後方連携を評価するため、地域連携パス関連加算や在宅医療支援診療所の新設がなされた。そして、2009年には介護報酬にも連携による加算が追加され、2010年には200床以下の病院診療所に地域連携診療計画退院時指導料が評価された。病診連携から病病連携、更には医療と介護の連携へと、まさに、シームレスな連携へ報酬体系も変化を続けている。

今年度の診療報酬改定では、一般病棟90日超入院患者の「特定除外制度」も10:1看護基準から7:1看護基準の一般病棟にも適用となったことから、一般病棟の機能再編が進んでいる。このような中で、7:1看護基準が厳しくなったため、10:1病棟や、地域包括ケア病棟への変更、更に在宅復帰強化加算を取る療養病棟の設置など病院の独自性を出す事で、機能強化を図る病院が増えている。その時代の流れの中で地域医療連携の役割は更に重要になるであろう。

しかし、現状の連携の在り方には病院個々により違いがあり、地域連携室の、その機能、役割にも大きな違いがある。また、担当する職種も社会福祉士、看護師、事務と様々である。ただ、違いはあっても近隣の医療機関同士がお互いに情報交換をすることは、自院のためにも地域のためにも大切なことである。地域医療連携の実務者が窓口となって、お互いに有用な情報を交換することにより、地域の医療機関の意思疎通がよくなり、やがて医療機関の連携が地域の医療の質の向上に少しでも寄与できるよう、活動を続けたい。

#### まとめ

私たちが活動を開始した2010年の頃は全国的に地域連携の活動が活発になってきた時代であった。「急性期・回復期・慢性期・在宅医療」さらに介護保険事業所や福祉関連、自治体との連携構築が進む中、2次医療圏のネットワーク作りを中心に多くの都道府県では行われていた。しかし神奈川県内では特に大きな活動もなく、個別に数箇所が活動している状況であった。そこで、全国地域連携ネットワークの世話役の方々から助言を頂き、済生会横浜市東部病院、横浜旭中央総合病院、聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院等が世話人となり、2010年5月開催での声かけを開始し、現在までに神奈川県全域対象として6回開催されている。今回は横浜市西部地域の連携会議も含め、その活動報告と今後の展望を発表する。

(※1日経ヘルスケア2010年9月号の武藤氏、木佐貫氏のインタビューより)

演題名 川崎市における感染対策の地域連携

病院名 日本医科大学武蔵小杉病院<sup>1)</sup> 川崎市立多摩病院<sup>2)</sup> 川崎市立川崎病院<sup>3)</sup>

氏名 ◎<sup>うえの</sup>上野 ひろむ<sup>1)</sup> 長島 悟郎<sup>2)</sup> 望月 徹<sup>1)</sup> 駒場 瑠美子<sup>3)</sup>

野口 周作<sup>1)</sup> 宮本 豊一<sup>2)</sup>

【はじめに】2010年の感染防止対策加算新設以来、2度の診療報酬改定を経て、Infection Control Team(以下:ICT)の活動は院内のみに留まらず、地域へと広がっている。川崎市では2011年にKAWASAKI地域感染制御協議会(以下:協議会)が発足し、感染防止対策の連携と診療報酬獲得のための調整が円滑に進むよう活動している。さらに、感染防止対策の連携においては職種別の活動も行っているためその内容について報告する。

【協議会の活動内容と連携】川崎市にある38病院のうち、現在24病院が協議会に参加し活動している。当初、感染症に関わる一部の医師を中心に、互いの施設の問題点を話し合うために発足した会であったが、診療報酬改定により感染防止対策加算の算定要件が加わり、施設間の連携という役割を担った。それに伴い協議会参加施設は増加し、市内全体での連携が図れるようになった。定例会(合同カンファレンス)では施設の問題点の話し合いや、院内ラウンドに関する調査、多剤耐性菌検査の現状調査、抗酸菌や迅速検査の現状調査など、各施設の感染対策状況を共有し、基準が共有化できるよう活動をおこなった。これらの活動を経て、現在は看護師、薬剤師、臨床検査技師それぞれの専門職に別れ、各職種の視点からみた問題点や課題を取り上げ、より具体的な対策を図るべく取り組みを行っている。看護師部会は、感染管理認定看護師を中心に手指衛生サーベイランス・結核接触者の対策・チェックリスト作成・ポスターの作成・プリコーションカード・研修の6グループに分かれて活動を行っている。手指衛生、標準予防策、注射準備、ICTラウンド、環境チェックなど具体的なリストを作成し、それぞれの施設が活用できるよう作成中である。薬剤師部会は、抗菌薬の適正使用を目的として、抗菌薬の使用量調査やサーベイランスを予定している。検査技師部会は、現状調査結果フィードバック後の各施設での対応調査や外部委託施設の技師を対象とした勉強会を行っている。

【おわりに】KAWASAKI地域感染制御協議会の特徴は、①それぞれの職種で専門部会を発足し活動を行っている、②行政が支援として組織に加わり連携体制ができている、③川崎市病院協会の一部に位置しており、協議会に参加していない施設とも連携が取れる、以上3点が他の地域のネットワークと異なる点だと考える。自施設の感染管理を実践しながら、協議会活動を行うには大きな力が必要であるが、同じ目的を持った仲間がいることは活動するうえで大きな支えとなっている。専門職部会の活動は始まったばかりであるが、川崎市の感染制御の底上げとなるよう専門職部会の活動を充実させ、専門職同志が連携し、どのように底上げを図ることができるかが今後の課題である。

演題名 地域医療連携室の取り組み～院外の連携機関を訪問して～

病院名 茅ヶ崎市立病院

所 属 地域医療連携室

氏 名 ◎葛西聖子 水嶋めぐみ 前田玲美 石橋恭子

【はじめに】昨年度（平成 25 年度）、地域医療連携室（以下連携室）では、十字形チャートを用いた目標設定を行い、連携室スタッフが一丸となって様々な取り組みを行った。その中の重点目標の一つとして「顔の見える関係作り（訪問調査の実施）」を掲げた。これは、強みをさらに強化して、機会を利用するための積極的取り組みとして抽出した課題、方策として挙げた項目である。今回の取り組みを行い、関係機関とのシームレスな連携に効果を得られたので報告する。

【目的】院外の関係機関とのシームレスな連携を推進する。

【方法】日ごろ連携している関係機関へ訪問を行った。訪問先は、回復期リハビリテーション病院 5 件、療養・その他・一般病院 4 件、精神科病院 1 件、老人保健施設 4 件、地域包括支援センター 7 件、訪問看護ステーション 9 件。連携室スタッフ 2 名ずつ担当を決め訪問した。精神科病院には医師や医事課長も加わった。

【結果と効果】病院や老健からは患者の受入れ条件、可能な医療行為など退院調整に関する現状を聞くことができ、より具体的な相談業務が行えるようになった。精神科病院へ医師と医事課長が同行したことで、精神科病院の現状を知るとともに、当院の現場での困難事例についてお伝えすることができ、相互理解の一助になったと考える。

包括支援センターからは、こちらから訪問に出向いたことを、これまでになかったことと評価してもらい、以前に比べ病院との連絡がとりやすくなったというご意見が複数あった。それぞれの地域の特殊性や困難事例についての情報の共有が出来た。また、病院の退院調整がどのように行われているのかという質問があり、院内の現状について説明した。

訪問看護ステーションでは、看護情報提供書への要望、ご意見を聞き、看護部へフィードバックした。看護部継続委員とともに看護情報提供書の書式改定に着手し、継続看護のための情報提供書を最適化する動きへつながった。

【考察】平成 25 年度の相談業務実績では、相談内容のうち、他施設からの問い合わせが前年度比 147%と大幅に増加しており、連携室は病院と地域をつなぐ窓口として認識されたと考える。

超高齢社会を迎え、多職種協働の必要性を日々実感している。退院支援を行う上で、様々な関係機関との連携を行っているが、日ごろは電話でのやり取りで終始していることが多く、顔の見える関係ではない。最近の相談内容には独居、身寄りがない、経済困窮など、病院だけでは対応できない支援困難事例が増加しており、多機関との緊密な連携が必須となっている。お互いの立場や出来ること、出来ないことを知ることでシームレスな連携ができる。また、顔の見える関係は信頼関係の構築にも大きく影響し、各機関との距離を縮めてくれると感じている。今年度は特別養護老人ホームへの訪問を計画している。

【おわりに】これからも、地域の関係機関と協働して、地域包括ケアシステムを実現するための取り組みを進めて行きたい。



神奈川県立がんセンターにおける医療連携の現状と課題  
—がん専門病院における後方連携の実績から—

神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター  
得 みさえ

【目的】がん専門病院の医療連携の現状を分析し、今後の地域連携における課題について検討をする。

【方法】データ収集方法：2012年4月～2014年10月までの医療連携部署の業務統計と緩和ケア病棟の運営状況、および関係した患者の診療録からの情報収集

分析方法：連携した時点の患者の療養場所、連携目的、連携先および緩和ケア病棟の平均在院日数と病床回転率を集計し、総合的に分析をした。

【倫理的配慮】データ収集・分析結果においては個人が特定されないように配慮をした

【結果】平成24年4月～平成26年10月までの1年6ヶ月での後方連携の調整件数は941件であり、調整先は緩和ケア病棟、一般病院、療養病棟、診療所、訪問看護ステーション、など多岐にわたっていた。

病院への連携目的は緩和ケア病棟入所、緊急時の一時入院、療養目的の入院であった。あらかじめの調整として緩和ケア病棟へ調整を図った患者の17%は診療所（訪問診療）、訪問看護ステーション、緊急時の一時入院施設をあわせて調整していた。また、訪問看護ステーションを調整した患者の35%は、訪問診療の調整をあわせて行っており、がん終末期の患者ひとりに対して体調の変化や急変を見据えて複数の調整を行っている現状がみられた。

訪問診療を目的とした診療所の連携については調整をした患者の65%は外来通院中であった。

緩和ケア病棟の平均在院日数は平成24年度を境に短縮している。緩和ケア病棟からの退院調整がみられるようになってきている。

【考察】がん専門病院の医療連携は一人のケースに複数の調整を同時に行っており、マンパワーが必要とされる状況にあった。外来化学療法を背景に、外来通院中に訪問診療の調整をするケースが多くなってきている。外来での連携調整については、来院時の限られた時間でタイムリーに対応する必要がある、少ない相談員が必要に応じて対応する面での課題が示された。

緩和ケア病棟に「終の棲家」を求めている患者家族においては、想定外に退院の検討を提案されることも考えられ、当事者への情報提供と退院後の医療連携の必要が示された。

地域に根ざした緩和ケアを目指して  
～緩和ケアチーム活動とその取り組み～

医療法人社団愛友会  
金沢文庫病院

看護部<sup>なほみ</sup>  
◎渡辺 尚美  
後藤 直美 門田 純子

はじめに

当院は、緩和ケア病棟を持たない 147 床の一般急性期病院である。専門医、認定看護師不在の中、2012 年 9 月緩和ケアチームを発足した。何もない状態から今日まで試行錯誤しながらの活動と今後の課題について述べる。

### 1. 緩和ケアチーム発足の経緯

2010 年ころより緩和ケアが中心となる入院相談件数が増え、それに伴い入院患者の需要が高まった。緩和ケアの専門的な知識不足により、十分なケアが行えず、様々な苦痛をどうしたら緩和できるのか悩み、もどかしさを感じる現状があった。この現状を解決すべく多職種と共にチームで追及していきたいという思いで緩和ケアチームを発足させた。目の前の患者と家族の苦痛を緩和し、「QOL 向上と患者の笑顔のために」をスローガンに掲げた。チームメンバーは外科医を中心に、看護師、薬剤師、管理栄養士等で構成されている。

### 2. 緩和ケアチーム発足から今日まで

発足後は、月 1 回チームカンファレンス、月 2 回病棟ラウンドを中心に活動。2012 年 9 月から 2014 年 7 月末まで相談延数 90、入院実数 28、緩和ケアチーム介入延数 20 である。活動していく中、ガーデニングの設置、臨床心理士の採用、リンクナースの配置、看護部では積極的な麻薬勉強会開催。リンクナース配置後はリンクナースカンファレンスを導入、緩和の会と称し、患者と散歩やお茶会を開催している。その他、院内教育として一般医療職及び専門職に対し活動報告を兼ねた研修会を開催、院内での広報活動を行った。また、どの事例においてもデスクカンファレンスを行い、一つ一つ事例からの学びも多く、現場にフィードバックしている。

### 課題

緩和ケアを始めて 2 年経過するが万全な体制とは言い難く、取り組まなければならない課題も多い。①緩和ケアチームメンバーが兼務のため、タイムリーに対応できる人的体制整備②其々の更なる知識向上と専門性の発揮③組織的に緩和ケアに取り組む体制づくり、などが挙げられる。

### 最後に

南部保険医療圏には緩和ケア病棟は 1 施設しかない。多死社会を迎え、がん患者増加が予想される中、在宅や地域の中で緩和ケアの普及は必須である。早期から切れ目なく、最期の時まで患者が望む場所で、その人らしく過ごすことができる緩和ケアを提供していきたい。

## 家族とともに行うエンゼルケアをめざして

医療法人 横浜柏堤会  
戸塚共立第1病院  
看護部

◎佐々木 裕子 福田美穂 内田明子  
吉田 久江 大竹 トモ子

### はじめに

現代社会では病院で亡くなる人の割合は8割を占めている。一般病棟でも看取りに直面することは多く、業務の一環として慣例的な死後の処置が行われている。しかし、グリーフケアの一つとしてエンゼルケアを捉えるとその重要性は増し、家族の参加は受容のための大切な時間であることが見えてくる。エンゼルケアに対し一般病棟の看護師がどのように理解し、ケアを行っているのか現状調査を行い、家族とともにケアを行うための問題点および課題を見出すことを目的に本研究に取り組んだ。

### I 研究方法

研究対象：急性期病棟勤務の看護師 100名

研究期間：平成25年11月9日～11月30日

調査方法：無記名選択・一部記述式質問用紙を作成し留め置き法にて実施。

分析方法：選択式設問については単純集計を行った。自由記載の設問については解釈の隔たりを避けるため、研究者にて繰り返し内容の統一化を図った。

### II 結果

アンケートの回収率は66%であった。エンゼルケアの技術習得時期は就職後、先輩看護師より学んだとの答えが過半数を占めた。エンゼルケアの家族参加について、参加するほうが良いと考える看護師は65%を占めたが実際家族に「声をかけない」との回答が52%に上った。声をかけない理由として、悲しみの中にいる家族へかける言葉の選択やタイミングの難しさが回答として挙げられた。実施したケアに関する満足度では、不満であるとの回答が20%みられた。その要因としては、自己のケア技術の未熟さと時間の不足が挙げられていた。また一方では家族とともにケアを行い家族の受容の過程を感じた、看護師自身が癒されたなどの経験も回答として挙げられた。

### III 考察

エンゼルケアへの家族参加は、家族にとっても、看護師にとっても重要なグリーフケアであるといえる。しかし現状では家族参加の機会を設けられるかどうかは、その場の看護師の判断に委ねられているという結果となっている。家族の希望を最優先させながらも、適切なタイミングでエンゼルケアへの家族参加を勧めていくには、看取りの各段階におけるチームで統一した関わりとケア介入が必要となり、看護師の経験によらず実践できるツール活用が課題であると考えられる。また看取りやエンゼルケアの経験や技術の習得が就職後であることから、卒後に教育計画・研修においてもその位置づけと内容を充実させてゆく必要があると考える。

『家族による支援が乏しい患者に対し外来看護師が介入した事例』  
～退院後の在宅生活が不安定な状態にある外来患者が地域で生活していくための基盤作り～

横浜市病院経営局  
横浜市立脳血管医療センター

看護部 外来  
もりかわあきこ すずきりか  
◎森川明子・鈴木理香

## I. 研究目的

家族による支援が十分に得られない患者に行った医療者の外来受診時の支援を詳細に記述し、家族による支援環境が不十分な患者に対する外来看護師の役割・外来看護のあり方を考察する。

## II. 研究方法

1. 研究対象: A氏50歳代女性。クモ膜下出血による高次脳機能障害・失語症がある。リハビリテーション入院中に器質性精神障害を合併し、帰宅願望が強く予定を繰り上げて退院した。同居する母親は左不全麻痺と認知症があり、近所に住む弟は精神疾患がある。
2. 研究期間: 2013年10月～2014年3月
3. 研究デザイン: 事例研究
4. 研究方法: 電子カルテより情報収集し、A氏とその支援者の反応と看護介入を分析し、その経過を整理して外来看護の特徴を明らかにした。

## III. 倫理的配慮

同義的責任に配慮し、本人・弟・母に説明し同意を得た。また、対象施設の研究研修委員会の承認を得た。

## IV. 看護の実際

### 1. 退院後初回外来～精神科病院入院前

外来看護師が来院時に付き添い、不安の軽減を図りつつ、退院時の課題を元に自宅での課題を情報収集した。残薬管理や薬局との連携、内服セットの支援要請を実施し、次の外来までの内服管理を支援した。また、支援者各々の支援力を把握し、次の外来までの支援を依頼し、更にMSWを通じ、地域担当者への介入要請や精神科病院入院調整を行った。

### 2. 精神科病院退院後～訪問看護導入前

在宅における支援環境を整えるために訪問看護導入の提案を行い、利用開始となった。地域の介入開始後、各担当者から客観的な情報が入り、診察時の処方調整につながった。診察内容を地域担当者が得る手段が無く、外来看護師が橋渡しをする役割を担った。

### 3. 訪問看護導入後

外来受診時の支援者が家族のみとなり、家族の状況に合わせた来院時の支援を展開した。同時に本人の生活の広がりにあわせて、中途障害者施設等、地域からの情報を入手した。また、訪問看護師との情報交換を積極的に展開したことにより、A氏にあった介入が実現された。

### 4. 訪問看護師との関係構築後

A氏・家族に支援が必要な時に、訪問看護師と情報交換を続けたことで、地域・病院間の窓口が明確になり、必要な連絡・連携をとりあう関係を築いた。

## V. 考察

家族による支援が乏しい外来患者が、地域の支援を受けながら治療や療養生活を継続するための外来看護師の役割は、①情報を集約して早期に在宅療養の課題を把握し、内服管理を中心とする療養生活の支援者の選定と確保と、②状況に応じた院内外との連絡調整や地域との情報共有体制の構築が必要であると考えられる。

## 在宅神経難病患者の短期入院受け入れ実績報告

医療法人社団柏信会 青木病院

○岩木和子

当院は、神奈川県逗子市桜山にあるベッド数 97 床の医療型療養病院で開院以来、地域に根差した医療・福祉・看護の提供を念頭に神経内科疾患を中心に入院患者を受け入れてきた。近年の医療提供体制の改革による在院日数の短縮化や高度医療の進展と共に医療的ケアの必要な在宅療養患者が増加してきた。

平成 17 年 4 月 1 日より施行された「神奈川県重症難病患者入院施設確保事業」における難病医療協力病院（以下協力病院とする）として、神経難病患者等の短期入院を受け入れ 9 年が経過した。当院が関連する三浦半島の保健所管内[横須賀市・鎌倉（鎌倉市・逗子市・葉山町）・三崎]（以下管内とする）の神経難病患者は 5200 余名で県全体の約 9.7%が管内に居住している。その中で在宅神経難病患者の短期入院に関し、鎌倉保健所の要請を受け平成 17 年 10 月から管内の協力病院と連携のもと、半年毎の交代で短期入院の受け入れを開始した。

当院における平成 17 年 10 月から平成 26 年 3 月末までの短期入院の利用回数は、延べ 59 回を数え、疾患では筋委縮性側索硬化症（以下 ALS とする）が多く、殆どの患者が気管切開及び人工呼吸器装着患者であった。当初は、受入れに不安を抱える事もあったが、医師・看護師・コメディカル等と連携・協力し合うことで、受入れ要請の多い新規患者の受入れを円滑にした。受入れの経験を重ねて来たことで短期入院を受入れる自信につながった。今回、過去 9 年間の受入れ実績の振り返りが、在宅神経難病患者と家族の QOL の向上に協力病院が果たす役割について、改めて考える良い機会となった。

○西百合香 松永 寛之  
奥井 美咲 森 久子

## I. 研究目的

患者参画型カンファレンスを導入する事により、入院中より患者が主体となって服薬管理を行うという意識付けを図る。その結果として、患者自身の内服薬に対するコンプライアンスの向上、自宅退院患者の服薬に対する意識向上に努める。

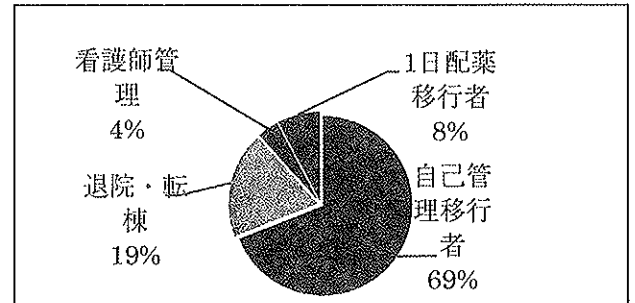


図1 服薬カンファレンス後の服薬方法

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

入院前から服薬自己管理をしていた患者。看護師側にて服薬管理を要する患者。

### 2. 服薬管理の方法

術後2日目に患者参画型カンファレンスを行い、服薬スクリーニングシートを用いながら自己管理へ移行。1週間後に内服薬の残数チェック、再評価を行い完全自己管理へ移行とした。それ以外の内服看護師管理となっている患者に、毎週水曜日に服薬カンファレンス実施患者選定を行い評価し自己管理へと移行した。

## III. 結果

2013年9月～2013年11月まで、服薬カンファレンスを行った件数27件。その内自己管理に移行し退院できた数18名(69%)、転棟・退院の為評価不能となった数5件(19%)、1日配薬となった数3名(8%)退院まで1回配薬だった数1件(4%)であった。(図1)尚、毎週水曜日にチーム別に行う服薬カンファレンスでは、その日の病棟の状況にもよるが、毎回1～4名程度の服薬管理方法の変更を行うことが出来た。

## IV. 考察

今回、患者参画型カンファレンスと服薬カンファレンスシートを使用するまで、看護師の経験年数や個々のスキルに左右された判断となっていた。毎週水曜日に服薬カンファレンスをする事により、ADLの改善が図られたにも関わらず、入院時のまま看護師管理となっている患者のリストアップを行えた。患者参画型カンファレンスにより、患者個々に合わせた服薬自己管理へと移行することができたと考える。

## V. 結論

- ①患者の意見や不安を取り入れながら服薬管理方法の変更を行うには、患者参画型カンファレンスを行うことが有効である。
- ②入院中の適切な服薬管理指導は、退院後の服薬自己管理への意識づけに繋がる。

## VI. 引用・参考文献

- 1) 新井俊美, 入澤初美, 伊藤まゆみら他: 内服管理判断基準作成と内服管理状況の変化, 日本看護学会論文集, 老年看護学(36), 151-153, 2008.
- 2) 古本光子, 和名谷まり子, 中江孝子: 看護現場でのリスクの把握 アセスメントシート・行動確認シートを活用して, 日本看護学会論文集(看護管理)(33), 287-289, 2002.
- 3) 佐々木久美子: 患者の服薬ミス防止マネジメント, 間ナースング, 10増刊号, 76, 2003

わが国では、近年急速に高齢化が進み65歳以上の高齢者が人口全体の25%となった。高齢者を家族で介護する必要性が増し介護に伴う身体的疲労や精神的負担に関する事が社会問題としてクローズアップされている。介護負担の増大は介護の質の低下にも繋がり介護者のみならず介護を受ける側にとっても問題となる。そこで、今回介護によってもたらされる身体的負担、精神的負担、経済的負担等を総括し介護負担として測定することが可能な「Zarit介護負担尺度」を用いて介護者の介護負担の現状を把握した。そこから介護者の負担感の軽減に繋げる為にはどうあるべきか、継続看護の必要性や看護師の視点について考察した。

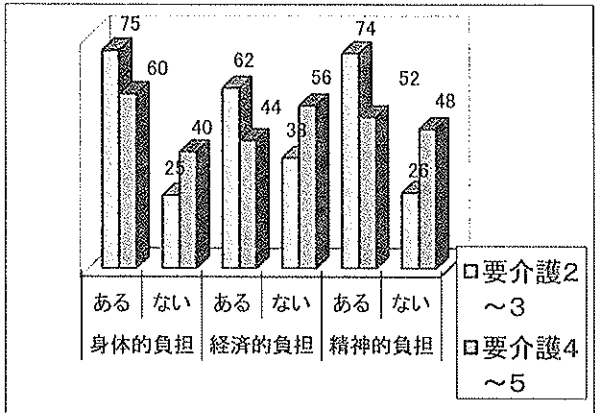


図1：Zarit介護負担尺度アンケート結果

介護度が高い程介護負担が高いと推測していたが、調査をしてみると身体的・精神的・経済的な3側面共に介護度の低い利用者の方の方が介護負担を感じていると言う事がアンケート結果より分かった(図1)。介護度の高い方は、利用できるサービスの質と量が充実しており家族のニーズにあった調整が行えているためだと考える。また、介護度で比較した場合、介護度の低い方は活動量が多く自己主張がはっきりとしている事が多いため家族の身体的・精神的負担が大きい。この事から、看護師として介護度の低い方の介護者に対してはより精神的なアプローチが大切であると考え。その為訪問看護師の役割としては、現状をより正確に把握しサービスを提供する事やニーズの共有及び方向性の統一を図る事が必要である。また、入院時には病院看護師との情報交換を行いADL低下が予測される場合、入院早期より介護保険の申請や区分変更等により退院後円滑なサービスの利用に繋がると考える。病院は病気の治療を行う事が使命であり看護師は患者が生命を維持し安全に治療を受けられる為の診療の補助が主な役割である。しかし、在院日数が短縮化され患者の入院期間はほんのわずかと言うのが現状であり、医療依存度が高くて患者が治療に至るほとんどの時間をそれぞれの生活の場で療養するようになってきた。そのような状況の中、病気を抱えながら地域で生活する人々とその家族への支援、そして院内外での多職種との協働が現在の看護師の役割として求められていると考える。また、入院時より退院を見据えて看護する事が大切であり、その為には在宅を意識した情報収集や利用者のセルフケア能力・家族の介護力を把握し、早期より介入していく事で利用者・家族・ケアチームが一丸となり同じ方向・目標をもって行けると考える。1)「退院前後の移行期や退院後の問題は家族の歴史・人間関係・価値観・人生観・ライフスタイルなどに大きく関わっている。専門職だけの判断では本当のニーズが特定されず専門職の判断と利用者・家族の要望も取り上げ両者をすり合わせて初めてニーズと言え」と福島らは述べている。最も大切な事は利用者・家族の意向を軸にケアチームが専門性を発揮する事が重要である。

患者・家族の自分らしい生活を支える支援は、看護の専門性を最も発揮できる場であり、個別性のある看護を展開していく意識が大切である。

引用文献1) 「入院時に始まる退院支援調整」 福島道子・河野順子

参考文献1) [Zarit介護負担尺度日本版] 荒井由美子・熊本圭吾・上田照子 他

## 演題名 介護予防教室の意義と展望

法人名 医療法人社団清心会

病院名 藤沢病院

所属 総合支援部 総合支援課

氏名 ◎<sup>ふじやま</sup>藤山 <sup>なおこ</sup>直子

川崎 麗

### 【はじめに】

高齢化が進む中、地域医療の視点に立って、当院の地域における役割を検討した結果、当院は8年前より藤沢市から委託を受けて介護予防教室を運営するようになった。この度、2点の意義と成果及び今後の課題を考察したので、報告する。

1. 厚生労働省が推進している地域包括ケアシステムの導入に向けて、地域とのネットワーク作りが重要であり、介護予防教室を受託することで、地域連携の基盤作りを強固にする。
2. 精神科病院の閉鎖的なイメージを払拭し、親しみのある地域に根差した病院にする。

### 【方法】

平成22年度から平成25年度（前半）に介護予防教室で実施した、参加前・参加後の基本チェックリストの結果や、参加後に実施するアンケート結果・参加者の感想等を分析・考察する。

### 【分析結果】

1. 地域の高齢者が心身共に自立した生活を送れるよう貢献している。
  - ①参加後のアンケートでは、参加者249名のうち95%が満足したと回答されている。
  - ②「食べる機能改善教室」の参加前・参加後の基本チェックリストを比較すると、1～3割の方が生活機能が改善して二次予防事業の対象者ではなくなっている。また、食べる機能に関連する栄養状態、口腔機能のリスクが高い方の人数が半数以下に減っていた。食べる機能以外にも、閉じこもり、認知症、うつのリスクが高い方もそれぞれ減っていた。
  - ③参加後のアンケートでは、「外出するきっかけとなった」「気分転換になった」という感想があった。
2. 当院のイメージアップにつながっている。
  - ①参加者の感想では、当院について「近寄り難かったが、講座を行ってくれる開けた病院だとわかった」などが聞かれ、精神科という閉鎖的な印象から、親しみのある病院というイメージへ変化したことがわかる。



3. 地域との連携を強固にするために役立っている。

①教室を通して、地域包括支援センターと密に連携をとることで、今まで以上に連携を図れるようになった。

**【まとめ】**

今後、「地域包括ケアシステム」の導入に向けて、地域の高齢者に切れ目ない支援を提供することが求められている。介護予防教室を通して、地域との連携を強固にし、当院をネットワークの中心に位置づけることで、切れ目ない支援を提供することが可能になると考えられる。また、スムーズに支援を展開できるようアセスメント力を高めることが今後の課題である。

当院整形外科の在院日数短縮に向けた取り組みについて  
～スムーズな退院調整を目指して～

社会医療法人 石心会

医療相談科

松田 悠史

目的

当院は「断らない救急」を実践しており平成 25 年度の救急車台数は 9593 件であった。救急入院患者における整形疾患は 223 件で大腿骨頸部骨折は 189 件と割合が高い。大腿骨頸部骨折患者の課題は ADL が低く認知機能の低下があり入院期間が長期になることであった。そこで医師・看護師・リハビリ・医療ソーシャルワーカー（以下 MSW）・退院調整看護師が集まりスムーズな退院調整の方法を検討した。

方法

① 大腿骨頸部骨折の入院期間の設定

最初に入院期間を 21 日と定め、各職種がいつ何を対応するか決めた。医師は入院時に回復期リハビリ病院へ転院方向と説明する。MSW は手術までに患者家族と早期面談を行う。リハビリスタッフは術後 3 日までに今後のリハビリゴールを設定。関係職種がカンファレス時に回復期リハビリ病院転院の必要性を検討し方針を決めて行く事を実践した。

② 回復期リハビリ病院との連携

平成 24 年度は転院まで約 30 日掛かる事が課題であった。要因として「家族面談」の対応が挙がる。「家族面談」は家族の都合で左右される事が多く面談日まで平均 10 日掛かっていた。また家族面談は平日を指定される事が多く就労している家族に負担が掛かっていた。そこで当院では地域医療連携部門と協働し 4ヶ所の回復期リハビリ病院と交渉して「家族面談」なしで転院が進められるようになった。1ヶ所の病院とは入院から 2 週間以内で転院調整が進められるようになった。

結果

大腿骨頸部骨折患者の平均在院日数が平成 24 年度に比べ今年度は 10 日短縮し、整形外科全体でとしても 8 日短縮も出来た。

入院期間と各職種の役割を明確にしたことで院内の連携が取り易くなり退院調整が円滑に進む事が出来た。また回復期リハビリ病院と円滑な連携が取れる事で転院調整もスムーズになった。

考察

患者側のメリットは在宅や回復期リハビリ病院等の適切な療養環境に早期移行することで QOL の向上が望めると考える。現在の取り組みが今後も継続して出来るよう院内外で定期的に見直し評価して行く予定である。今後の課題として冬季の患者が多く、近隣病院が込み合うと退院調整に時間が掛かる事が挙がる。関係職種や近隣病院とさらなる連携を取る事で対応して行きたいと考えている。

## 多様な問題を抱える患者さんの退院支援と地域連携について

病院名 横浜掖済会病院

氏名 ◎井川 智香 飯野 裕子

横浜掖済会病院は1869年（明治29年）創立で、元来は船員の医療、福祉が中心の病院であったが、現在は地域住民の方々の医療、介護、福祉における地域連携の推進、及び健康増進に努めている。

横浜市中区山田町にあり、寿町まで徒歩5分、南区もすぐそばである。生活保護受給中、単身独居、制度の狭間にいる等問題を抱えている患者も多い。現在当院では、地域医療連携室と医療相談室はあるが、専属の退院支援看護師と室長となる医師が不在である。そこで、当院独自の方法で地域連携と退院支援が実施出来ないか改めて検討することとなった。

通常、問題なくスムーズに入退院をする患者については、早期発見、早期治療を勧める事が可能な為、年に2回町内会にて地域健康支援町ぐるみ健康教室で講演を行う他、近隣の高校生のインターンシップ受入や中学生によるクリスマスコンサートを開催し、当院を身近に感じてもらえるよう交流を続けている。

しかし問題を抱えている患者も多く、何らかの支援が不可欠な場合もあり、看護部中心でMSWも加わり、新たに退院支援チームを発足した。そこで当院でのスクリーニングの掛け方の再検討が必要となった。現在MSWは、外来受診前後でケアマネージャーや地域包括支援センターから要支援患者の情報がいった時や外来看護師がアナムネを取って問題があると判明した時に介入しているが、これではスクリーニングから漏れてしまう患者もおり、問題把握、解決に直ぐ結びつけられず退院時に慌てる事もあった。入院と同時に退院についての取り組みを始めなければ、問題が多岐に渡る場合に退院に間に合わない。すなわちスクリーニングとアセスメントが非常に重要な鍵となっている。また看護部に退院支援についてのアンケート実施も検討中である。

今後は院内スタッフとの協同、連携も更に強化し、シームレスな地域連携が出来るよう抱えている問題や患者と家族のニーズを早急に把握し退院支援をしていく。

演題名 退院支援・退院調整のスタッフ教育活動

—動画作成を試みて劇団発足を目指す—

法人名 医療法人社団三栄会

病院名 中央林間病院

所属 地域医療連携室

氏名 ◎橋本 由紀子

溝口 美由紀

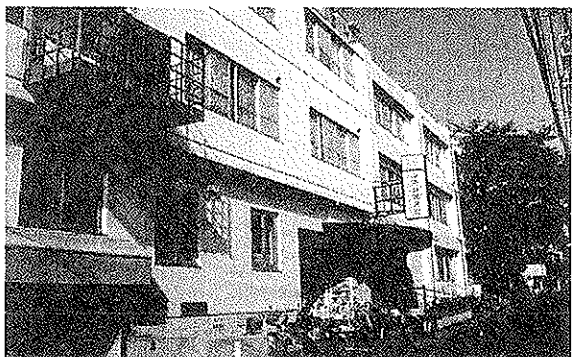
医療法人社団三栄会中央林間病院（以下当院）は、神奈川県大和市北部に位置している。大和市は人口 23 万人都市であり、当院立地周辺 3 地区（中央林間・つきみ野・下鶴間）の人口は 47000 人である。65 歳以上の割合は、大和市全域で 21%、中央林間地区は 19%、つきみ野地区は 35% を超えている状況である（H26 年 7 月現在）。

当院は、中央林間の駅から徒歩でも数分の場所にあり、116 床を有する一般急性期と地域包括ケア病床 22 床を含む 2 次救急告知病院である。当院院長木山智は、「地域にとっていちばん身近な医療機関でありたい」また、「地域のニーズに対応し患者満足を追求する」と唱っている。平成 18 年度から亜急性期病床を有し、平成 26 年度診療報酬改訂では地域包括ケア病床へと移行した。亜急性期病床の時代から、自院の中で一般病床から亜急性期病床への転床はもちろん近隣の大学病院等から在宅復帰を目標とした患者の転院依頼をうけてきた。リハビリテーションを実施し、在宅調整を含めた退院支援・退院調整を実践している。しかし、病状が安定し亜急性期（H26 年度から地域包括ケア病床）病床に入床後に症状が再燃するというケースも少なくはない。ADL の低下や介護力の問題等から在宅復帰が望めず療養病院や施設入所というケースが近年増加している。その問題解決の 1 対応策が地域医療連携室のシステム強化や退院調整看護師の病棟配置である。院内だけでなく、地域の医療・介護・福祉の方達とどのような手段で繋がり患者を支援していくべきなのか模索し構築中である。更に組織全体の意識づけ、教育や活動が必要だと感じている。そのための第 1 歩が看護部主催の院内教育システムと連動し多職種を巻き込んだ勉強会を計画した。講義形式だけではなく支援の実際を当院スタッフが女優、男優となり撮影した動画をみせること

#### ＜病院概要＞

- ・一般病棟入院基本料  
10 対 1 入院基本料
- ・地域包括ケア入院医療管理料 1
- ・在院日数 17 日（平成 26 年 7 月現在）

ことで深い学びとなるように考えた。今後は、スタッフに協力を仰ぎ院内教育としてシリーズ化を目指している。「地域の方の身近な医療機関」を地域の方に感じて評価していただけるように取り組みを継続していきたい。



引用文献 大和市の地区別、町丁別、年齢別人口（住民基本台帳人口）

<http://www.city.yamato.lg.jp/web/soumu/tikubetu.tyoutyoubetu.nennreibetujinkou.html>

## 演題名 退院支援に生かす、新たな地域連携活動の報告

～足を運ぶ・顔でつなぐ・心がみえる連携～

法人 学校法人聖マリアンナ医科大学

病院名 聖マリアンナ医科大学病院

所 属 メディカルサポートセンター

氏名 ◎寺田<sup>てらだ</sup> 早苗<sup>さなえ</sup> 保科 かおり 桑島 規夫 齊藤 祐子 永田 ノリ子 川上 絵理 田中 逸

I. はじめに 当院は1208床を有する特定機能病院であり、メディカルサポートセンター(以下MSC)は総合相談・地域連携センターとして機能している。MSCでは、看護師とソーシャルワーカー(以下SW)が協働して患者・家族の様々な相談にあたっている。多岐にわたる相談依頼の中でも退院支援の件数は割合として大きい。医療機関の機能分化が進む中、急性期病院は在院日数の短縮が求められている。スムーズな退院支援には、地域他機関との連携は欠かせないものである。今回は退院支援に生かす、MSCの地域連携活動の取り組みを報告する。

II. 背景 当院からの転院・退院先は、患者の病状や必要な医療処置、居住地、経済的な背景等により多岐にわたる。各地域機関の特性を把握した上で個別性を考慮し、適切な機関と連携を図ることが、在院日数短縮や患者・家族の利益に繋がると考える。しかしながら現状では次のような問題がある。①多くの地域機関の、パンフレットに記載されていないような詳細な情報を得ることが難しい。②経験年数・知識の異なるスタッフ間で、地域機関の情報共有ができない。

III. MSCにおける取り組み 上記の点から、現在、次の3つの取り組みを行っている。①地域機関への訪問：看護師・SW・地域医療連携事務が合同で地域機関へ足を運び、顔の見える関係の構築と直接の聞き取りによる情報収集。②郵送による情報収集：所定の用紙を作成し、地域機関へ郵送。対応可能な疾患や医療処置、費用について情報収集。③情報の一元化：①②によって得られた情報を電子カルテに入力し、MSCの看護師・SWが誰でも地域機関の詳細な情報を確認できるシステム作り。

IV. 結果 地域機関を訪問して顔の見える関係を構築したことで、これまで知り得なかった詳細な地域機関の情報を把握することができた。その情報を一元化したことで、効率的に適切な地域機関の確認ができるようになった。その結果、個々の患者・家族のニーズと地域関係機関とのマッチングが向上し、転院支援がスムーズに行えるようになった。

V. 課題 今後は、情報収集の範囲を広げるなど質と量を更に充実させていきたい。また、これらの情報を医師や看護師等の他職種とも共有できるようなシステム作りも進めていきたい。更に、実際に在院日数がどの程度短縮されたか等を数値化していくなど、取り組むべき課題は多い。

## 食物経口負荷試験食の提供を開始して～栄養士の役割～

神奈川県立汐見台病院、栄養科 1)

◎中田 有香<sup>なかつた ゆか</sup>1)、関根 優子<sup>せきね ゆうこ</sup>1)、福重 亜紀子<sup>ふくしげ あきこ</sup>1)、柏倉 弘恵<sup>かしら ひろえ</sup>1)、

伊藤 洋平<sup>いとう ひろし</sup>1)、吉田朱花<sup>よしだ しゅか</sup>1)

【はじめに】食物アレルギーとは、「食物によって引き起こされる抗原特異的免疫学的機序を介して生体にとって不利益な症状が惹起される現象」と定義されている。『食物アレルギー経口負荷試験ガイドライン 2009』では必要な人員に栄養士も明記されており、その役割分担として食器や調理器具の準備をはじめ、負荷食品の確認・保管と摂取準備、摂取介助、負荷試験結果に基づいた医師の指示による食事指導とある。当院でも 2013 年 4 月より小児科にて入院による食物経口負荷試験を開始しており、栄養科では試験時の負荷試験食の提供を実施している。

【目的】栄養科における食物経口負荷試験の試験食の提供実施状況を報告し、栄養士の役割と今後の取り組みについて検討する。

【方法】当院での 2013 年 4 月～2014 年 7 月までに実施した食物経口負荷試験の実施件数およびそのアレルゲン食品について調査する。

【結果】2013 年 4 月～2014 年 7 月までの入院による食物負荷試験の実施件数は 86 件であり、そのうち鶏卵 54 件、乳 15 件、その他(そば、小麦、ピーナッツ、ごま、魚、キウイフルーツなど)17 件であった。

【考察】食物負荷試験実施件数は増加しており、依頼される負荷食品の種類も多様化している。その中で実際に提供された負荷食品が食べられない症例も出てきており、負荷食品を提供していく際に、試験を実施する患児の年齢、嗜好などを考慮した調理方法の改善が必要であると考えられた。また、今後の課題として食物アレルギーに対する世間の関心が広がる中、両親、学校、保育園など地域との連携をすすめていくことが必要と考えられた。

参考文献 日本小児アレルギー学会 食物アレルギー委員会  
経口負荷試験標準化ワーキンググループ著  
『食物アレルギー経口負荷試験ガイドライン 2009』  
日本小児アレルギー学会 食物アレルギー委員会著  
『食物アレルギー診療ガイドライン 2012』

糖尿病教室発足 13 年～地域に開いた教室作りを目指して～

IMS グループ医療法人社団明芳会  
横浜旭中央総合病院 栄養科

◎<sup>しらつちと き</sup>白土紗希

佐々木美穂（栄養科）、田中美江（検査科）

【はじめに】当院の糖尿病教室は、2002 年 9 月より当時の糖尿病専門医の声掛けのもと発足した。しかしながら、翌年 5 月にこの専門医の退職があり、結果この 12 年のうちに、後任の専門医と合せて常勤医が在職していた期間は 2 年足らずであった。そのような中で多職種連携により糖尿病に関心のある方を対象に、地域医療の一環として年 9 回の講義やグループワーク、実習の形で無料で開いている。今回は、これまでの経緯と共に当院の糖尿病教室の工夫点やスタッフアンケートの実施、また地域連携の展望について報告する。

【目的】教室の効果判定【方法】①患者アンケートの実施 対象：当院の糖尿病教室に参加された患者(患者家族含む) 方法：患者の基本的な情報やその日の講義についてのアンケートを毎教室後実施。②教室スタッフアンケートの実施

【結果】1. 患者アンケートの実施：教室毎に集計し傾向をつかめた為、各部署の次の講義を考える参考となった。また、患者の声を次回の教室に反映することが出来た。3. スタッフアンケートの実施：ほぼ 100%のスタッフが、教室で多職種連携がとれていると思う、と答えていた。教室に関わることでの意識の変化やメリット等をスタッフが改めて考えることが出来た。

【考察】患者アンケートについては、毎年継続して行っており今年度も継続し患者意見を教室に反映していきたい。スタッフアンケートについては、教室に参加する事でスタッフ自身が多職種との連携や専門外の知識の向上、患者対応の意識向上等様々な変化があるという事がわかった。専門医がいない中での教室運営は各スタッフが案を出し、よりよい教室作りの為の姿勢が強いからと考える。

#### 【結論】

当院の糖尿病教室の特色として、予約不要で無料開催と、誰でも参加しやすい条件を整え、教室内もアットホームで話しやすい雰囲気がある。講義の合間では、糖尿病管理手帳を用いながら患者とコミュニケーションをとっており、この時に患者情報を把握し問題ある患者に対して医師へ申し送りをしたり栄養指導介入する事により参加患者の早期発見・悪化予防につなげている。今後も顔が見える地域医療の場として患者の信頼を得られるよう教室を運営していきたい。

## 「中部小児急病センターにおける院外処方に関する調査」

法人名 学校法人

病院名 日本医科大学武蔵小杉病院

所属 薬剤部

氏名 菅内秀翼

野口周作 笠原英城

### 【目的】

当院では平成 25 年 4 月より、川崎市における小児救急医療体制の一端を担うべく「中部小児急病センター」が毎夜間午後 6 時 30 分～午後 11 時まで開設された。

開設に当たり午後 7 時 30 分まで当院院外処方せんを応需していた主な保険調剤薬局（以下、薬局）には、薬局の開局時間を輪番制で午後 9 時 15 分まで延長することに協力を頂いた。その際、夜間調剤上の安全性を確保することを目的とし、疑義照会の迅速化や薬剤の在庫不足防止のために約束処方を設定した。今回、中部小児急病センターの院外処方せん応需状況について薬局に対し調査を実施し、課題について考察した。

### 【方法】

平成 26 年 7 月 22 日～8 月 18 日までの輪番制の 4 薬局に対して、それぞれ 1 週間の当番時における院外処方せん発行枚数（以下、処方枚数）、処方せん内容、疑義照会の件数・内容、勤務体制、開局時間を延長する際に苦慮したこと、に関して調査を実施した。

### 【結果】

当番時（午後 6 時 30 分～午後 9 時 15 分）の 4 薬局累計処方枚数は 237 枚、約束処方以外の処方を含む院外処方せんの 4 薬局累計処方枚数は 150 枚であった。曜日毎の 4 薬局累計処方枚数は月曜 25 枚、火曜 19 枚、水曜 23 枚、木曜 27 枚、金曜 24 枚、土曜 57 枚、日曜 62 枚であった。

当番時の勤務体制は A 薬局：薬剤師 2 名・事務員 1 名、B 薬局：薬剤師 2 名（土日＋1 名）・事務員 0 名（土日＋1 名）、C 薬局：薬剤師 2 名・事務員 0 名（日曜＋1 名）、D 薬局：薬剤師 1 名・事務員 1 名であった。当番時の疑義照会件数は 1 件であり、照会内容は抗菌薬の 1 日用量の誤りであった。

当番時の開局時間を延長する際に苦慮したことは、「薬剤師のシフト」4 薬局/4 薬局、「事務員のシフト」が 2 薬局/4 薬局であった。意見、要望として「疑義照会の返答を早くしてほしい。」「午後 8 時 45 分までだと助かる。」があった。

### 【考察】

約束処方以外の処方を含む院外処方せん発行率は 63.3%（150/237）であり約束



処方みの発行率は少なかった。また、平日より土日の方が処方枚数が多いことが判明した。約束処方みの院外処方せん発行率は少なかったが、疑義照会件数は今回の調査では1件と少なかった。薬剤師が1名で対応している薬局もあるため、安全かつ迅速に院外処方せんを応需するためにも約束処方の発行率を増やす必要がある。今後の病院薬剤部の課題は、約束処方の種類や用量設定を改めて医師と協議する等、円滑な院外処方せん応需体制が維持されるよう調整役を担う必要があると思われる。

演題名 免疫抑制・化学療法により発症する B 型肝炎対策ガイドラインに基づいた取り組み  
病院名 一般財団法人 同友会 藤沢湘南台病院  
所属 薬剤部

氏名 えんどう あつし こくぶ よう おむら ひろこ  
遠藤 篤、國分 洋、小村 裕子

【はじめに】HBV 既往感染者の免疫抑制・化学療法により発症する B 型肝炎 (*de novo* 肝炎) は、通常の B 型肝炎よりも劇症化率、死亡率が高い。免疫抑制・化学療法を施用する場合の有効的な B 型肝炎再活性化対策は、『免疫抑制・化学療法により発症する B 型肝炎対策ガイドライン』(以下、ガイドライン) を準拠することである。当院でも、固形がんに対しては通常の化学療法を、クローン病に対しては免疫抑制剤を施用している背景からガイドラインを準拠することとなった。

【目的】ガイドラインに基づいたスクリーニング実施率と薬剤師が介入する効果を検証する。

【方法】対象患者は、免疫抑制・化学療法剤を静脈内投与する入院・外来患者とした。

調査期間①(薬剤師未介入): 2013 年 8 月～12 月

調査期間②(薬剤師介入): 2014 年 1 月～5 月

薬剤師の介入とは、電子カルテを活用したスクリーニング検査の実施の確認・依頼および検査結果の把握・伝達とした。

【結果】調査期間①の患者は、64 名であった。スクリーニング実施患者数は 20 名(31%)であった。その内訳は、HBs 抗原陽性 3 名(15%)、HBs 抗原陰性 17 名(85%)であった。後者の内訳は、HBs 抗体または HBc 抗体陽性 2 名(10%)、HBs 抗体および HBc 抗体陰性 15 名(75%)であった。抗体陽性 2 名の HBV-DNA 定量は 2.1 log copies/ml 未満であった。調査期間②の患者は、103 名であった。スクリーニング実施患者数は 78 名(76%)であった。その内訳は、HBs 抗原陽性 4 名(5%)、HBs 抗原陰性 74 名(95%)であった。後者の内訳は、HBs 抗体または HBc 抗体陽性 17 名(22%)、HBs 抗体および HBc 抗体陰性 57 名(73%)であった。抗体陽性 17 名の HBV-DNA 定量は 2.1 log copies/ml 未満であった。

【考察】HBV 既往感染者の免疫抑制剤・化学療法による HBV 再活性化対策として、ガイドラインを準拠したスクリーニングが必要であるが、完全実施には至っていなかった。その理由として、医師の再活性化に対する認識不足やスクリーニングの煩雑さが考えられる。そこで、薬剤師による電子カルテを活用した啓発活動を試みたところ、スクリーニング実施率が向上したことは、有効的な介入であったと考える。今後の課題としては、経口抗がん剤やステロイド剤の適用拡大や治療終了症例に対するモニタリングの実施などである。

