

第34回神奈川県病院学会 抄 録 集

日 時 平成27年10月19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

「地域医療構想と医師会の取り組み」

日本医師会 副会長 中川俊男 1

◆一般演題

●グループⅠ

- 1 高齢化の進む地域の基幹病院による在宅療養支援の取り組み
神奈川県足柄上病院 総合診療科 部長 吉江浩一郎 3
- 2 急性期病院における地域包括ケア病棟の意義
—地域包括ケアシステムの一環として—
JCHO横浜中央病院 副院長 内科 地域ケアサービスセンター長 大岩功治 4
- 3 S M B G機器の比較検討
～患者様により良い自己血糖測定を行なってもらうために～
金沢文庫病院 検査科 竹野祐希 5
- 4 FPD導入による線量比較と時間効率
金沢文庫病院 放射線科 鈴木守 6
- 5 患者様が以前の生活に戻るために必要なこと
—個室での生活に寄りそう介護を通して学んだ一事例—
金沢文庫病院 看護部 澁谷喜久代 8

●グループⅡ

- 6 在院日数短縮に係わる転院相談の新たな取り組み
横須賀共済病院 地域連携センター 総合相談医療福祉室 嘉山早希 9
- 7 地域包括ケアシステムに向けた急性期病院の実践 ～相談支援部門の立場から～
聖マリアンナ医科大学病院 メディカルサポートセンター 松浦賢 10
- 8 地域中核病院としての連携室の役割
相模原協同病院 患者総合支援センター・地域連携室 福本リツ 11
- 9 市民に対する地域医療連携の啓発について
～市民講座のアンケート結果の分析より～
横浜市立大学附属市民総合医療センター 管理部医事課地域連携担当 山岡富美香 12
- 10 地域医療連携研修会開催実績と今後の展望 ～過去5年間の参加者人数から～
横浜市立大学附属市民総合医療センター 医事課地域連携担当 松永喜大 13
- 11 横須賀共済病院における病病連携について
横須賀共済病院 地域連携センター 田代典子 14

目次

●グループⅢ

- 1 患者支援センターの開設と現状報告 —6部門間で構成される患者支援センター—
日本医科大学武蔵小杉病院 患者支援センター 高橋 順子 15
- 2 当院の退院支援調整の課題 退院支援3段階プロセスを用いて
相模原協同病院 患者総合支援センター・患者総合支援室 濱田 幸子 16
- 3 急性期病院での退院支援推進に向けての取り組み ～地域交流による効果～
秦野赤十字病院 看護部 岩本 真梨子 17
- 4 地域における当院の専門看護師・認定看護師の役割を考える
～地域活動の拡大を目指して～
横須賀市立うわまち病院 看護部 梅村 裕子 18
- 5 回復期リハビリテーション病棟の現状から
～看護師とリハビリスタッフ間の効果的な連携の模索～
横須賀市立うわまち病院 看護部 菱沼 良枝 19
- 6 急性期病棟における退院支援・退院調整への取り組み ～早期介入を目指して～
桜ヶ丘中央病院 看護部 谷 彩虹 20

●グループⅣ

- 7 発熱時のクーリングを再考する
—医療療養病院における発熱時のクーリングについて意識調査と取り組み—
新中川病院 看護部 橋本 多賀子 21
- 8 プラセボ使用に対する意識改革への取り組み
～効果的なプラセボ使用を目指して～
金沢文庫病院 看護部 河井 歩唯理 22
- 9 精神科病院が地域の訪問看護ステーションと協働し、
地域移行した事例からの一考察 ～県立病院が担う地域連携の役割～
神奈川県立精神医療センター 社会復帰支援部訪問看護科 前野 紀子 23
- 10 認知症介護家族の支援を考える —3年間の認知症家族講座のまとめ—
横浜ほうゆう病院 看護部 村山 由子 24
- 11 地域包括ケア時代のキャリア支援 ～中堅看護職員のナラティブの成果と課題～
総合病院衣笠病院 看護部 大坪 まゆ美 25

目次

●グループV

- 1 当院リハビリテーション技術科における医療安全意識向上への取り組み
金沢文庫病院 リハビリテーション技術科 佐山枝里子 26
- 2 病院での職員に対する腰痛予防への取り組み
横浜ほうゆう病院 看護部 作業療法士 萩みずき 27
- 3 人間の尊厳を守るためにADL維持・拡大に向けての一考察
～早期離床と日常生活動作でのリハビリを試みて～
湘南泉病院 看護部 太田律子 28
- 4 重度認知症デイケアにおける地域連携活動
～保険制度の垣根を越えた連携を目指して～
横浜ほうゆう病院 デイケア・サンアリス 石谷新 29
- 5 円滑な在宅復帰に向けて ～褥瘡改善を妨げている要因についての一考察～
湘南泉病院 理学療法士 日向功 30
- 6 在宅部門における地域への取り組み
桜ヶ丘中央病院 リハビリテーション科 加藤太一 31

●グループVI

- 7 退院時栄養情報提供書の発行について
湘南ホスピタル 栄養科 杉野嘉津枝 32
- 8 防災意識を風化させないために ～被災地の管理栄養士からの学びをつなげる～
横浜旭中央総合病院 栄養科 佐々木美穂 33

●グループVII

- 9 地域包括ケア病棟における薬剤師の役割 ～業務変化とその評価～
総合相模更生病院 薬剤部 小林求 34
- 10 茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携パスへの薬剤師の関わり
茅ヶ崎市立病院 薬局 藤本昌子 36
- 11 横浜市南区地域におけるがん化学療法薬薬連携モデルの構築
横浜市立大学附属市民総合医療センター 薬剤部 徳丸隼平 37

目次

◆シンポジウム

神奈川県医療専門職連合会(神奈川県理学療法士会)

地域におけるリハビリテーション連携

有限会社 訪問看護リハビリテーションネットワーク

川崎市中部リハビリテーションセンター障害者センター開設準備室 理学療法士

大 森 豊 39

神奈川県栄養士会医療事業部会

茅ヶ崎・寒川地区における栄養サマリーの活用等について

茅ヶ崎市立病院 中央診療部栄養科

井 堀 園 美 40

神奈川県看護協会

「地域医療連携の推進」～自治体病院そして急性期病院の地域連携室の立場から～

藤沢市民病院 地域医療連携室

向 泉 41

神奈川県公衆衛生協会

地域医療連携の推進 ～地域医療構想～

神奈川県衛生研究所 所長

岡 部 英 男 42

神奈川県病院薬剤師会

急性期病院からの転院調整における薬剤費の問題

大和市立病院 薬剤科

計 良 貴 之 43

神奈川県病院協会

地域医療連携の推進 一病院の立場から一

横須賀共済病院 病院長

長 堀 薫 44

特別講演

「地域医療構想と医師会の取り組み」

日本医師会副会長 中川 俊 男

地域医療構想は、病床機能報告制度を含め、昨年 2014 年 6 月に成立した「地域医療介護総合確保推進法」により医療法を改正して法制化したものである。病床機能報告制度は同年 10 月より、地域医療構想は 2015 年 4 月から策定に向けた検討が始まっている。

地域医療構想は、2013 年 12 月の社会保障審議会医療部会「医療法等改正に関する意見」を元としているが、ここに至るまで、2011 年 11 月以降厚生労働省が提示した「急性期病床群（仮称）」の認定制度やその後の登録制に強く反対し、対案を提示した他、2013 年 8 月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」で 4 つの機能区分を提言する等、日本医師会が積極的に関わってきた。

その結果、病床機能報告制度によって医療機関が自院の病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択して病棟単位で都道府県に報告するとともに、客観的なデータを元に病床の機能区分ごとの医療需要（推計患者数）を推計し、地域の実情に応じて必要病床数を求め、将来のあるべき医療提供体制を描く地域医療構想を策定していくこととなった。

地域医療構想に対しては、正しい理解が必要である。

地域医療構想によって稼働している病床が削減されるということはない。各医療機関の自主的な取組や、地域医療構想調整会議を通じて、次第に収れんされていく制度である。

知事による対応は、①病院・有床診療所の開設・増床等の場合、②過剰な病床の機能区分への転換の場合、③地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合、④稼働していない病床、の 4 つに限られている。

先般の内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」第一次

報告を受け、一部で「将来、病床は削減される」との報道がなされている。しかし、稼動していない病床も含まれる許可病床数や、病棟単位（例：「急性期」を選択した場合でも高度急性期、回復期、慢性期などの患者も入院している）の病床機能報告制度（未報告・未集計がある）による病床数と、機械的に推計した 2025 年における 4 機能区分ごとの必要病床数を並べており、比較すべきではないものを比較している。なお、必要病床数は、例えば急性期にはすべて急性期の患者が入院しているとして「寄せて」計算しているが、現実にはそういうことは起こらず、地域医療構想策定ガイドラインにも「将来も病棟ごとに選択した機能と患者数が完全に一致することを想定しているものではない」と明記されている。また、第 1 次報告では、一体的に推計すべき慢性期および在宅医療等の患者数を分けて示す等、病床削減に方向付けるかのような表現をしている。この必要病床数の試算値については、厚生労働省医政局地域医療計画課長からも各都道府県衛生担当部長宛に「単純に「我が県は〇〇床削減しなければならない」といった誤った理解とならないようにお願いします」との文書を発出している。

さらに、再開した地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会において、適切な報告に向けて、報告マニュアルに「回復期機能」や「地域包括ケア病棟」・「特定機能病院」の場合の報告方法について説明が追加されると共に、報告用のエクセルファイルにも同様の説明が付記されることとなった。

都道府県医師会、郡市区医師会は、正しい理解をもって主体的に、都道府県医療審議会及び地域医療構想調整会議等に参画して、地域医療構想の策定、そして推進に取り組んでいただきたい。

一 般 演 題

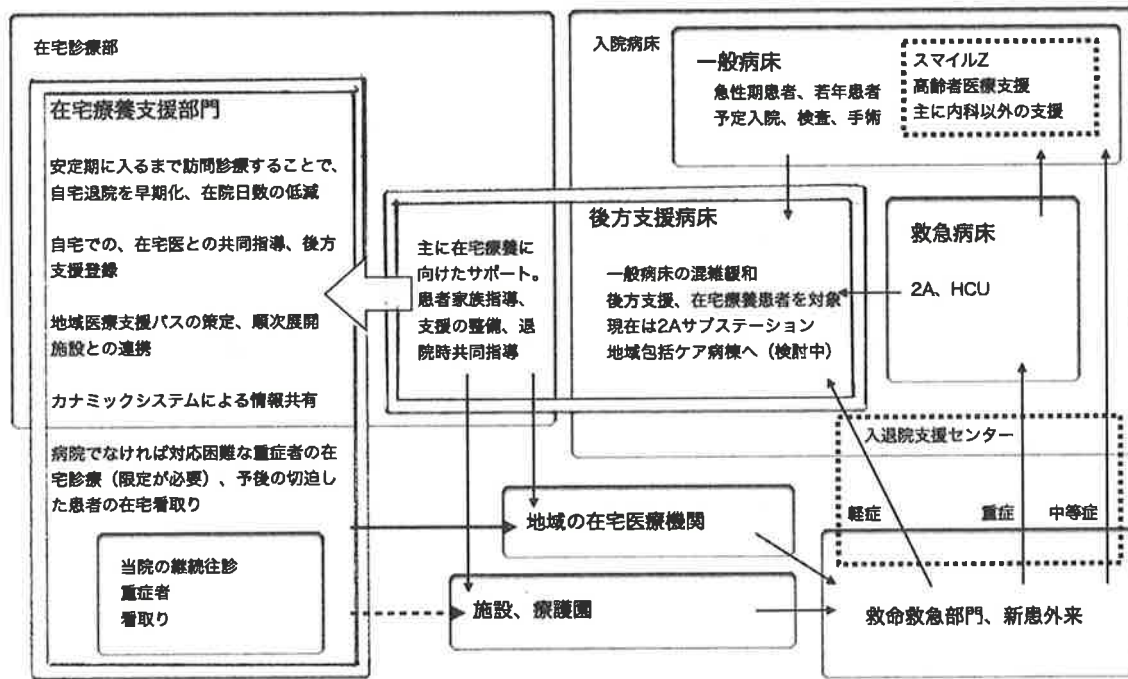
高齢化の進む地域の、基幹病院による在宅療養支援の取り組み

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
 総合診療科部長
 吉江浩一郎 (よしえ こういちろう)

院長 玉井拙男、副院長・地域医療センター長 加藤佳央
 地域医療連携室室長補佐 総合診療科 太田光泰、看護局 村松嗣子
 在宅療養支援部門 総合診療科 岩淵敬介、兼任看護師 麻生みちる 鈴木美絵

神奈川県立足柄上病院は、神奈川県足柄上郡松田町に位置する病床数264床の地域基幹病院である。同院は足柄上郡（開成町、大井町、松田町、山北町、中井町）・南足柄市の1市5町における唯一の2次救急医療機関であり、同地域人口は約11万人、高齢化率は28%を越える超高齢化地域である。がん、心疾患、脳卒中、糖尿病の罹患率は県平均に比べ高く、入院患者においても介護必要度が高い高齢者の割合が高い。増加する高齢在宅患者に対する医療支援や、がん末期における在宅療養支援など、地域医療ニーズに沿った病院運営を行うため、2013年12月より、救命救急部門、総合医育成部門、地域医療連携部門の3本を柱とした地域医療支援センター構想のもとワーキンググループが組織され、2014年4月より院内組織として活動を開始、2015年4月より県立病院機構下の正式な組織として活動を継続している。

足柄上病院 高齢者医療センター 高齢入院患者に対する在宅支援医療の流れ、将来的な展望



2014年4月に当院は在宅療養後方支援病院に認定され、後方支援登録患者の在宅・入院療養のシームレスな支援と、在宅医あるいは訪問看護ステーションとの密な情報連携を目的として在宅療養支援部門が設置された。医師地域医療センターの一部門として、外来受診の困難、高度の医療介入の必要性が予想される在宅療養希望の入院患者について、スクリーニング、家族支援、退院調整、初回訪問診療について介入している。当院の特色としては、原則として当院主治医が初回訪問診療を行い、在宅医への引き継ぎと後方支援登録をご自宅で行い、病診で顔の見える関係を構築することを目指しているところにある。またより円滑な情報共有を目指し、病院主導でのクラウドサービスを利用した情報共有システム (ICT) の運用を開始している。現在のべ70名以上の後方支援患者登録と28件の診療所のご協力を得て、48回の後方支援入院を受け入れている。当院の在宅療養後方支援の取り組みについて報告する。

急性期病院における地域包括ケア病棟の意義
-地域包括ケアシステムの一環として-

独立行政法人地域医療機能推進機構

JCHO 横浜中央病院

副院長 内科、地域ケアサービスセンター長

大岩功治

はじめに：JCHO 横浜中央病院は、横浜市中区の中心にあり、近隣には官庁街や中華街を中心とした外国人居住区、さらには生活貧窮者が集まる寿地区に囲まれた複雑な環境下のもと約 60 年間社会保険病院として医療を提供してきた。2014 年 4 月に独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）の傘下で再編され、地域包括ケアシステムの医療連携の要となる病院をめざして再出発した。

地域包括ケアシステムの体制整備：当院は長らく急性期医療を地域に提供してきたが、ここ 10 年で医療圏が大きく変化し、他病院との競合で入院患者数が減少、一方急性期の治療を終えた後も退院先がなかなか決まらない高齢患者も増加した。そこで 2010 年に病院再編に着手、経営方針を大きく転換した。既存の急性期医療の運営スタイルに加え、さらに中規模病院だからこそできる地域に根差し時代のニーズに合った急性期医療と回復期の架け橋となる医療を加える方針に変換した。新体制下では、病床稼働率を高めるため入退院の調整に重点を置き、退院準備目的に亜急性期病床を各病棟設置した。管理者や医療ソーシャルワーカーが退院困難事例を随時検討し、専従の退院調整看護師を配置して入院患者の退院支援に尽力した。その一方、地域ケアサービスセンターを開設し、救急患者の受け入れをはじめ、入院から退院時の療養・看護支援までの流れを包括的にケアする拠点として、救急科と総合診療科に加えて療養支援・訪問看護室、医療福祉相談室、地域連携室、を一括管理し、きめ細かい入退院の調整を行った。**地域包括ケア病棟の導入：**こうした形で機能再編を進め、2014 年の診療報酬改定に伴い地域包括ケア病棟の導入に踏み切った。すでに医師や看護師の間で亜急性病棟の理解が得られていたため、病棟単位の整備することには違和感はなかった。急性期病床を適正病床数に是正し、超急性期の患者は HCU に集約し、各病棟に散らばっていた亜急性期病床を統合して 50 床の地域包括ケア病棟として稼働した。地域包括ケア病棟は、病棟全体で在宅復帰を目指し、専用リハビリ施設を有する病棟であり、その主な利用者は急性期病棟での治療が安定し退院までのリハビリ目的、在宅療養中に少し調子が落ちたが医療必要度が低い方、またレスパイト的な入院である。病棟開設後は退院調整の具体的内容理解が容易になり、地域医療からの依頼件数も増加した。また訪問看護件数が増加、訪問看護中の入院調整がし易くなった。さらに急性期 7:1 病棟の医療看護必要度や在院日数が安定し、自宅退院割合が増加した。しかし看護必要度は平均 40%程度と高く、10:1 の看護師配置でないと運営は困難である。**まとめ：**在宅医療も複雑多様化しており、支援する病院も多面的、包括的システムが必要であり、急性期病院が有する地域包括ケア病棟は重要なツールと考える。

SMBG機器の比較検討

～患者様により良い自己血糖測定を行なってもらうために～

金沢文庫病院

検査科

◎^{たけの}竹野 ^{ゆうき}祐希

金井 美穂 弥富華代

岩本 敦子 矢島 央

[目的]

近年、糖尿病患者の増加に伴いインスリンの自己注射を行なっている患者様が増えている。それと共に自己血糖測定を行っている患者様も増えたが、一日複数回測定することが多いため負担も大きい。そこで、市販 SMBG 機器の中で上尾中央医科グループ精度管理委員会により推奨している4社の中で、当院が採用しているものよりも良いものがあれば、患者様の負担が少しでも減るのではないかと考え比較検討を行った。

[方法]

①精度

- ・同時再現性…血糖値低・中・高の3濃度使用し、測定。
- ・相関性…血糖値低～高濃度の90検体を自動分析機 AU-680(ヘックマン・コールター)と比較。
*低濃度…60 mg/dl 以下 中濃度…100～200 mg/dl 高濃度…300 mg/dl 以上

②使用感アンケート

- ・対象…20代～60代男女職員60名(職種問わず)
- ・内容…ポーチ・穿刺器具・測定器具の使い心地等、総合評価を含め20項目

[結果]

同時再現性については、血糖値低・中・高それぞれの濃度において、4社とも変動係数5%以内に入り良好な結果が得られた。相関性についても、「ISO 15197:2013」の規格である血糖値 100 mg/dl 以上±15%以内、100 mg/dl 未満±15 mg/dl 以内に95%、コンセンサスエラーグリッドのAゾーンおよびBゾーンに99%以上が入り、同時再現性・相関性共に大きな差はなかった。

使用感アンケートでは、17項目中8項目でA社の評価が一番高かった。

また穿刺器具、測定器具、機器全体の総合評価3項目においてもA社の評価が高く、一番使いやすいと回答した人が過半数を超えていた。

[考察]

今まではコスト面等で機器の選択をしていたが、今回は使用感アンケートを行なうことにより、新しい視点から機器の良さを知ることができた。患者様に近い目線での意見を聞くことができ、特に SMBG 機器を使用していない人からの意見は、大変参考になった。使用感アンケートでは、総合評価の決め手となった理由に「穿刺器具」のことを挙げた方が多く、長期使用するうえでも重要な検討項目であると感じた。今後当院で新機種を導入予定だが、導入後の使用感について、患者様に伺う機会を持ちたいと考えている。

FPD 導入による線量比較と時間効率

医療法人社団
金沢文庫病院
放射線科

◎^{すずき}鈴木 ^{まもる}守

小田 陽一
山根 由理恵

「目的」

近年、国際的にも医療被ばくの関心が高まる中、線量の低減を可能とするシステムの導入は病院の大きなアピールポイントとなっている。

その中でも、FPD システムは CR システムに比べて大幅な線量低減が可能とされている。当院でも一昨年から FPD システムを運用しているが、線量の低減以外にもリアルタイムな画像確認など多数のメリットがあり、実際に技師の作業時間効率も向上している。

そこで今回、計算ソフトを用いて両システムの表面入射線量の比較を行うと共に、画像提供時間による時間効率の検討を行った。

「方法」

CR システム及び FPD システムの表面入射線量を EPD(線量計算ソフト)にて計算した。それらを医療被ばく参考レベルである DRLs2015・低減目標値である 2006 ガイドラインとの比較をした。

画像提供時間として患者の着替え終了後から画像が PACS へ転送されるまでの時間を測定した。また、当院医師により画像の評価を行った。

「結果」

CR：2006 ガイドラインでは 17 部位中 9 部位、2015DRLs では 13 部位中 5 部位で表面線量適正値をクリア。

FPD：両ガイドライン共に 18 部位全ての部位においてクリア。

画像提供時間は、画像評価を変える事なく平均 1~2 分（再撮影含む）の時間短縮が認められた。

「考察」

CR システム使用時は、多くの部位について両ガイドライン共に指標をクリアする事が出来なかった。しかし、FPD システムでは 2006 ガイドラインよりも厳しい指標である DRLs2015 においても全ての部位で適正入射表面線量をクリアすることができた。今後はファントムを使用するなど実測値の計測もしていく必要がある。

また、画像提供時間の短縮により作業効率が向上した。

FPD 導入する事により線量低下による医療被ばくの低減、また時間効率の向上により診療の円滑化や安心・安全な医療に寄与出来る。

以上の事より FPD 導入は病院にとって有用性が高いと考えられる。

計算ソフト：公益社団法人 茨城県診療放射線技師会が配布している EPD を使用した

患者様が以前の生活に戻るために必要なこと
—個室での生活に寄りそう介護を通して学んだ一事例—

医療法人社団愛友会
金沢文庫病院
看護部

◎^{しぶや}澁谷 ^{きくよ}喜久代

渡邊 幸秀

はじめに

A 病棟の看護補助者目標に『「一人ひとりを見つめるケア」を常に意識して、看護師と相談し、より良いケアを実施し、患者様の満足度をアップさせる』を掲げている。個室に入院した患者 B は、「家族と一緒にレストランで食事をしたい」と言われた。A 病棟の看護補助者は、その夢を達成し、患者 B の生活の質を上げる介護目標を立て実践したので報告する。

実践の経過

入院当初、患者 B の ADL は全介助であった。ある日、介護福祉士がおしぼりを渡し「口の周りを自分で拭いてみてください」と清拭を試み、実際に出来たことをきっかけに、もっと患者様自身で出来ることが増やせるのではないかと感じた。介護の視点から患者 B の出来ることを増やしてあげることによって、自立と自信を持って、また以前の生活に戻れるようにしたいと考えた。患者様が今後どうしていきたいか、どうなりたいか、夢の実現をして頂くためには、患者 B にとって何が必要か、何を大切にしているかが大切である。レストランで家族と楽しく食事をするためには、排泄を済ませて、身なりを整え、車いすに乗って移動ができ、座位を保持しながら、自力で摂取することが夢を叶えるための支援になると考えた。関わった看護補助者は、介護介入の際には「レストランで食事を楽しむために～しましょう」と動機付けを行いながら関わっていった。介入当初、個室での自分の行動にしか興味を示さなかった患者 B が、ディルムで話しが合う患者様と出会ってから、自分のこと以外にも関心が出て、他の患者様への配慮の言葉も聞かれるようになった。結果的に、介護介入によって、他者との関わりを持てるようになり社会性を取り戻していった。

結論

今回の症例を通じて、介入の際には、個人の考えで介護介入するのではなく、チームで方向性を話し合い、患者の思いを叶えるための介護行動を起こさなければならぬことが重要であることが分かった。

在院日数短縮に係わる転院相談の新たな取り組み

国家公務員共済組合連合会
横須賀共済病院
地域連携センター 総合相談医療福祉室
◎ 嘉山 早希
山口 雅子

当院は高度急性期医療を目指す三浦半島における中核病院である。地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院、救命救急センター、災害医療拠点病院、神奈川 DMAT 指定病院、地域周産期母子医療センター等の認定・指定を受けている。許可病床数は736床、平均在院日数10.3日、平均一日外来患者数1693人となっている。(平成27年7月)

平成25年4月に地域連携センターが設立され、翌年には組織が拡充され活動方針も明確となった。医療相談室は地域連携センター総合相談医療福祉室となり高度急性期医療を目指す当院の新たな「医療相談」のあり方を構築中である。平成27年度医療福祉室の目標は「医療福祉室は患者・家族の自己決定を支援し、安心していただけることを目指します」と決定し、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）の目指す患者・家族のエンパワーメントを支援することを主軸としながら、「早期介入、早期退院」を求められる急性期医療の現場で業務改善を常に図っている。

今回、救急搬送患者地域連携紹介・受入加算算定を基にした転院調整の相談窓口を担うにあたり、「患者・家族との面談」が基本というMSWの役割を見直し、患者・家族と面談せずに転院相談をするという取り組みを行った。

その結果、転院実績からも在院日数短縮につながったので、新たな転院相談の取り組みと現在構築中の急性期医療におけるMSWの今後のあり方について報告する。

演題名 地域包括ケアシステムに向けた急性期病院の実践

～相談支援部門の立場から～

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 ^{まつうらけん}◎松浦賢 桑島規夫 保科かおり 田中逸

I. はじめに

当院は川崎市北部に位置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の役割を担っている。その中で相談支援部門は看護師とソーシャルワーカーが協働して患者・家族の相談支援と、地域関係機関との連絡・調整を行っている。医療機関の機能分化、医療・介護・福祉の連携、地域包括ケアシステムの構築が求められる中で、急性期病院の相談支援部門がどのような働きかけができるのか、その実践を報告する。

II. 背景

MSC相談支援部門の各種相談のなかで、転院支援の割合は約半数を占め、相談件数は増加傾向にある。2025年に向けて患者・家族、地域の各関係機関と当院にとって効果的でありかつ効率的な地域連携・包括ケアとは何かを検討する局面にあると考えた。

III. 取り組み

地域を基盤とし、医療・介護・福祉の異なる分野・機関でのサービス提供が、継続的に行われる体制調整が地域包括ケアシステムに求められると考えた際に、当方では以下の取り組みを行った。

院内連携体制として、①MSCと病棟が連携した退院支援計画書の早期作成、②医師・看護師との退院支援に関する学習会の開催。

地域連携として、①病病連携の会の開催、②地域医療ネットワークの会の開催、③院内多職種による地域関係機関への訪問。

IV. 結果

院内の連携体制を高め、早期に多職種で退院支援のアセスメントをしたことにより、地域での多機関による効果的なサービス介入・療養の場の検討等についても早期に取り組めるようになった。また学習会や地域連携を通して、退院支援について院内で統一した認識を持つことで、病院組織としても地域包括ケアシステムを考える基盤ができ始めている。地域の各関係機関とはその特性を踏まえた連携を行い、継続的なサービス提供ができるようになっている。

結果、MSCにおける退院支援実数は平成24年度から平成26年度にかけて増加し、退院転帰先も多様になっている。

V. 課題

院内・地域での連携とサービス提供体制の構築を進めているが、患者・家族、また地域全般との連携・相互理解は充分になされていない面もある。地域包括ケアシステムを効果的に行うために、地域で生活する患者・家族の理解が必要であり、そのため地域の方々を対象とした学習会やシステムの構築にも取り組む必要があると考えた。

地域中核病院としての連携室の役割

法人名 JA 神奈川県厚生連

病院名 相模原協同病院

所 属 患者総合支援センター・地域連携室

氏 名 〇福本 リツ

佐藤 智彦・武内 良明・波多江 優

背景:平成12年より病診連携室を開設。現在は地域がん診療拠点病院であり、患者総合支援センター・がん相談支援センターとし、その中で地域医療連携室を運用している。業務としては、直通電話・FAXにて地域の医師(医療機関)からの救急患者依頼対応、紹介患者・逆紹介患者・紹介元医療機関・紹介先医療機関・入院の有無などの情報を登録し管理している。症状が安定し逆紹介を行う場合は、患者の意思を最優先し、自宅近くの診療所・クリニックに紹介先(かかりつけ医)を決定している。広報活動として、ホームページの掲載、地域の医療機関等に診療科情報などリーフレットを作成し送付している。また定期的に訪問し、紹介患者及び検査依頼の推進、当院に対するご要望等を聴取している。施設の共同利用の推進として、検査・栄養指導・病床の利用などの依頼受付をオーダリングシステムにより患者、依頼元の希望に沿った予約日時の設定と検査時の受付対応を行ってきた。病診連携室開設より15年の時を経て、地域の連携病院の拡充に勤めてきたが、今後更なる拡充において限界が生じてきている。

目的:地域中核病院としての役割を果たすため、地域連携室として評価をすると共に今後の課題を考察する。

方法:平成12年からのデータを評価:1. 診療報酬改定後の紹介率・逆紹介率推移の分析・2. 地域別紹介患者分析・3. 検査依頼件数の推移分析

結果:1. 当院は救急件数が多く2014年改定前診療報酬での基準はクリアしていた紹介率が、基準に満たない状況にある。逆紹介は増加している。・2. 82%が二次医療圏からの紹介となっており、隣接する町田市・八王子市からとその他が18%となっている。・3. 検査依頼の低迷がある。

考察:1. 紹介の実数は増加しているが、初診患者数が増加しているため紹介率が低下している。診療報酬改定により、救急患者数が分子からはずれたことや、地域住民への周知が薄れていることが考えられる。2. 地域別紹介患者は医療圏から考え妥当である。3. 院内外からの需要が高く、MRIの検査予約が3週間待ちになり即日や希望日に添えない状況になってきている。

対策:1. ①近隣病院より低かった保険外併用療養費の値上げ。②ポスターやホームページによる広報。③初診患者一人ひとりへの説明を行った。

まとめ:対策を講じてまだ月日が浅く、明らかな結果は出てはいないが、今後もデータの分析を行うと共に、問題解決に取り組んでいきたい。

演題名

市民に対する地域医療連携の啓発について

～市民講座のアンケート結果の分析より～

法人名 公立大学法人

病院名 横浜市立大学附属市民総合医療センター

所属 管理部医事課地域連携担当

氏名 ◎山岡富美香 持丸奈津子 松永喜大

阿部真紀子 長谷川修

2025年問題を見据えて、医療機関の機能分担および介護との連携推進など、2000年度からの介護報酬開始からこれまでの医療提供の仕組みが急速に変化してきている。高度急性期医療を担う役割を持つ当院は、連携病院の拡大など、地域医療連携を推進する取り組みを進めている。

しかし、逆紹介を担当する医療コーディネーターや総合サポートセンターには、逆紹介をされることに対する患者の意見や苦情が寄せられるなど、なかなか推進できないのが現状である。このような患者の意見や苦情について、地域連携担当者で話し合いを持ったところ、背景の一つに、厚生労働省の方針である医療機関の機能分担について患者側の理解が追いついていないことが原因と考えることができた。また、病気になって、病院の門をくぐってから逆紹介について話を聞くのは、病状に対する不安もありなかなか了承が得にくいのではないかという意見も出され、病気になる前の状態で、市民に対して地域医療連携についての啓発を行う研修会の企画にいたった。

平成24年から26年まで「市民講座」として研修会3回を実施し、参加者のアンケートから研修会の有用性と今後の方向性について検討したので、その結果を報告する。

演題名

地域医療連携研修会開催実績と今後の展望 ～過去5年間の参加者人数から～

法人名 公立大学法人

病院名 横浜市立大学附属市民総合医療センター

所属 医事課地域連携担当

氏名 ◎松永喜大 阿部真紀子 山岡富美香
持丸奈津子 長谷川修

横浜市立大学附属市民総合医療センターは、平成19年に地域医療支援病院の認定を受け、地域医療に貢献する取り組みを行ってきた。

地域医療連携研修会においては、要綱を定め、地域の医療従事者（開業又は勤務している、医師・歯科医師・薬剤師・看護師等）を対象として、当院における臨床研究の成果を踏まえ、医療知識の普及を図り、また研修・研鑽の場を提供することにより、地域医療に貢献することを目的として開催、運営をしてきた。平成26年日本医療機能評価機構の病院機能評価3rdG：Ver1.0では高い評価を受けることができた。平成25年度実績は45回開催、出席者1,959人（院内：1,007人、院外：952人）であった。

過去5年間の運営実績を分析し、今後の地域医療研修会のあり方について検討したので報告する。

※公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター

地域医療連携研修会実施要綱（抜粋）

第2条 主として、磯子区・金沢区・港南区・栄区・中区・南区及び西区内に在勤、在住する医療従事者とする。

第4条 共催は次に掲げる団体と行うことができる。

(1) 横浜市医師会、各区医師会、横浜市歯科医師会、各区歯科医師会横浜市薬剤師会、各区薬剤師会

(2) 第1条の主旨に賛同する営利を目的とする団体。ただし、病院長が相当と認める場合を除き、同一団体の連続した共催は避けるものとする。

(3) 病院長が認めた団体

第5条 講師は、当院所属の医師とする。ただし、当院所属の医師以外の者を講師として招聘することに相当な理由があると病院長が認めた場合はその限りではない。

第6条 会費は徴収しない。

演題名 横須賀共済病院における病病連携について

法人名 国家公務員共済組合連合会

病院名 横須賀共済病院

所属 地域連携センター

氏名 ◎^し代^り 典子、神山 真

千葉 由美、豊田 茂雄

当院は、病床数 747 床（一般病床 661 床、その他 86 床）、職員数約 1500 名、平成 16 年 3 月地域医療支援病院に名称承認された。また、平成 17 年 7 月救命救急センター、平成 18 年 8 月がん診療連携拠点病院の指定を受けた急性期医療を中心とする三浦半島における中核病院である。

地域連携センターは、診療部長をセンター長に、看護部次長を副センター長として看護師、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW とする）、事務員の約 40 名スタッフが、総合相談・医療福祉室、総合相談・退院支援室、総合相談・看護相談、病床管理室、地域連携室に配属され、患者の入口から出口までの管理、サポートを行っている。

平成 26 年度診療報酬改定で、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等の重点課題が指定され、三浦半島における高度急性期病院を目指す当院にとって、在院日数を短縮し病床稼働率の向上が第一課題であった。そこで、横須賀・三浦地区で地域包括ケア病床新設を検討している病院とスムーズな転院を目的に、病病連携システムの構築を目指した。その結果、横須賀・三浦地区における地域包括ケア病棟を有する三病院と転院時のチェックリストを統一することが可能となった。そして、各病院の現状や問題点の報告等を行う連携会議を平成 26 年 8 月より開催し、現在も定期的に行っている。

また、この連携会議の開催を機に、救急搬送患者地域連携紹介・受入加算の施設基準の届出を行うことができた。その結果、平均在院日数を平成 25 年度 12.4 日から平成 26 年度は 11.3 日に短縮し、病床稼働率も 85%程度を推移している。

そこで今回は、施設基準の届出により、ベッドの有効活用と診療報酬の増収に繋げた経過と今後の課題を報告する。

演題名 患者支援センターの開設と現状報告

— 6 部門間で構成される患者支援センター —

法人名 学校法人日本医科大学

病院名 日本医科大学武蔵小杉病院

所属 患者支援センター

氏名 ◎高橋順子^{たかはしじゅんこ} 舩谷寛子 勢力桃子 窪田裕子 伊藤桃子 伊藤則子
小笠原香子 長崎千恵子 軽部みなと 青山豊子 熊谷幸子 小泉嘉子
鈴木弓弦葉 濱田陽子 笹沼彦乃 阿久津豊 藤原佳美 二宮美香
高橋久美子 岸 泰宏

当院は、川崎市の中部地域に位置する病床数 372 床、I C U 6 床、N I C U 6 床、G C U 12 床、救命救急センター 10 床を有する急性期医療の機能を持つ地域密着型の大学病院である。

平成 26 年 4 月、患者およびその家族が安心して治療に専念できること、外来通院・入院・退院・退院後の生活において、患者・家族のニーズに応じた医療・福祉サービスが受けられること、各種相談を含めた支援ができることを目標に、医療連携室・患者相談室・入院予約室・予約センター・がん相談室・医療福祉支援室の 6 部門で構成された患者支援センター（以下 P S C とする）を開設した。P S C は看護師・ソーシャルワーカー（以下 M S W）・事務職で構成されており、各部門の機能を発揮しつつ、患者・家族の意向に沿い、必要な支援を考え、各部門間で連携を図り患者・家族への支援を実施している。

患者相談室開設当初は 1 日数件の相談であったが、現在では月約 70 件前後まで増え、相談内容も受診案内、治療方針・副作用、療養生活、社会資源、医療費支払いなど多岐に渡っている。また、患者・家族の苦情に対する初期対応としての機能も担っている。その中で相談の多い「介護保険申請」については、医療福祉支援室が主体となり勉強会・相談会を開催することで、患者・家族への意識付けができています。

外来診療が円滑に進み、医師・看護師の役割が発揮できるよう、看護師・看護助手が実施していた入院に関する説明を中央化し、入院予約室で対応を開始した。現在では 10 診療科まで拡大し、入院説明を実施している。また入院期間の長期化が予測された場合は、情報提供用紙、退院支援介入シートを記載し、早期から医療福祉支援室に情報を提供、退院調整看護師・M S W による患者・家族が抱える問題解決への支援、他医療機関・公的機関・介護関連施設と連携を図り、地域連携による早期転退院への支援をしている。以前は 90 日を超える入院患者数が約 50 名であったが現在は約 20 名へ減少している。看護師・M S W・事務職がチームを組み、地域の医療機関、訪問看護ステーションへ訪問し「顔の見える連携作り」をしたことの結果であると考えます。

このように患者にとって、どのような支援が必要かを念頭に、自部署の役割を考え連携していくことが重要である。外来から退院まで、患者・家族への「早期支援の開始」と「切れ目のない支援」を提供することができるよう P S C 各部署間の連携、地域との連携を強化・充実させたい。

当院の退院支援調整の課題
退院支援 3 段階プロセスを用いて

JA 神奈川厚生連
相模原協同病院
患者総合支援室

◎濱田幸子^{はまださちこ} 波多江優 福本リツ 齊藤愛 高野靖悟

【研究の背景】

高齢化の急加速に伴って、病院における在院日数の短縮化がすすめられており、急性期病院から地域へ看護をつなぐことが求められている。

宇都宮によると退院支援調整とは 3 段階のプロセスを踏むと言われている。そしてそのプロセスの中で病棟の看護師と退院支援部門がカンファレンスを持ちながら情報共有していく必要がある。

しかしながら当院では、退院調整に関しては調整部門にお任せ状態になってしまい病棟の看護師が中心になって退院支援にかかわるという意識が希薄である。退院支援委員会を通じて教育を試みているが、急性期病院の忙しい業務のなか、浸透していかないのが実情である

【目的】

事例を通して、本来あるべき退院支援調整における病棟看護師の役割について整理した

【結果】

事例 70 代女性。非結核性好酸菌急性肺炎 長男世帯と同居しているが、孫の教育費がかかる世代であり、夫婦共働きで来院できず、主介護者は高齢の夫とのことで夫をサポートしながら意思決定し自宅退院調整を行った

支援の実際 ①退院調整看護師が面談により家族状況・患者家族の思いを聞き取り
②介護保険申請し、在宅酸素導入、訪問看護を導入
③退院前カンファレンスを実施し自宅退院となった

【考察】この事例で、「患者家族の意思決定」については病棟看護師が中心になってかかわるべきであり、その後の「退院支援の方向性」については病棟看護師と退院支援部門がカンファレンスを通して患者情報を共有し、「地域との調整」は退院調整部門が中心になって調整し、最終調整の部分は病棟看護師と退院支援部門が情報共有しながらかかわる必要があると分析した。

見えてきた課題としては以下の 3 点が挙げられた

1. 入院時より退院困難な要件を病棟看護師が早期に認識するために現状のスクリーニングの見直しをすること
2. 病棟看護師が地域のリソースに対する理解を深めていくため教育プログラムを作っていくこと
3. 患者の意思決定アドバンスケアプランニングに病棟看護師がかかわることができるような看護のシステムづくり

演題名：急性期病院での退院支援推進に向けての取り組み
～地域交流による効果～

法人名：日本赤十字社

病院名：秦野赤十字病院

所 属：看護部

氏 名：◎岩本真梨子

平沼道子

【はじめに】

急性期病院として、退院は必ず生じる過程の一つとなっている。退院支援という言葉ができる前から、退院に対する支援や調整というものは行っていた。しかし、日々の業務の中で、新しい業務を構築することのむずかしさを身をもって感じた。試行錯誤する過程において、地域との交流機会を持つことで、退院後の生活状況を具体的にイメージするきっかけとなり、看護師にとって援助意識を高める結果となった。

【目的】

平成 24 年度に退院支援プロジェクトチームとして開始し、平成 25 年には退院支援委員会となった。マニュアル作りから開始した活動が、院内スタッフの退院支援への意識向上と自律行動へとつながり、リンクナース育成と至った内容をここに報告する。

【方法・内容】

マニュアル作りからスタートし、院内研修を数回行い、平成 25 年からは退院支援委員会担当者を中心に、顔が見える交流をテーマに、地域交流会・事例検討会・施設見学の実施を行った。

【結果】

開始当初ほぼゼロだった、退院支援導入患者数の増加がみられた。様々な研修を繰り返していく事で、委員会のメンバーであった看護師が各病棟でリンクナースとしての役割を果たせるようになり、更に病院経営を意識することにもつながった。

【考察】

退院に対する患者（家族）への援助は、プロジェクト開始以前より行われている事であった。しかし、新たにシステムが構築されたり、必要書類が増えることにより、業務の流れを複雑化し、動線の変化を生むことで看護師への浸透に対する抵抗を感じた。今回導入数の増加となった要因として、各病棟のリンクナースへの教育として行った地域交流が大きく関係すると思われる。一番患者の身近で関わる看護師が、退院後の患者の生活を見据えた支援（関わり）が必要であると認識することで、地域と連携できる退院調整となった。

演題名 地域における当院の専門看護師・認定看護師の役割を考える
～地域活動の拡大を目指して～

法人名 公益社団法人 地域医療振興協会

病院名 横須賀市立うわまち病院

所属 看護部

氏名 ◎梅村^{うめむら} 裕子^{ゆうこ}

伊藤 佳子

【はじめに】当院では専門看護師・認定看護師による院内研修（以下、トピックス研修と称す）を開催している。昨年度より病院理念に基づき地域社会に貢献する手段の一つとして、トピックス研修を他施設の職員・看護学生（以下、院外参加者と称す）にも参加可能な体制へと変更した。トピックス研修の成果と参加者の動向より今後のトピックス研修のあり方を検討した。

【目的】トピックス研修の成果と院外参加者の動向より今後のトピックス研修の課題を明らかにする。

【方法】研究期間：2014年4月～2015年7月 データ収集方法と分析：トピックス研修参加者人数と院外参加者の参加者人数を抽出し、因果仮説検証を行った。研修内容：月1回または2回、1時間で講義を行う。講義は、2名以上の医師または専門看護師・認定看護師で行い、講義終了後に相談の時間を設けた。看護学生に対しては、専門看護師・認定看護師と看護学生の在籍している学校の卒業生をまじえた交流会を開催した。

【看護倫理】アンケート結果は個人が特定されないようにし、院内倫理委員会の承認を得た

【結果】トピックス研修開催回数は、21回であり、開催回数のうち11回に院外参加者が参加した。院外参加者の内訳は、看護学生、病院勤務看護師や理学療法士、クリニック勤務看護師、訪問看護師であった。トピックス研修最多参加人数は103名の「周手術期看護」で、10名の院外参加者の参加があり、主に手術室看護師と外科病棟看護師が参加した。院外参加者が最多の15名を記録した講義は「急変時の対応」で、内訳看護学生が10名参加であった。院外参加者の感想は、医療者では「多角的な視点での講義が面白かった」、「実践的な内容をもっと聞きたかった」、「所属病院では開催されていない内容だったから興味があった」とあった。看護学生からは、「実習前の参考にしたかった」、「急性期に興味があるから」、「授業ではここまで深く講義はされないから」と意見があり、のちに病院見学に訪れた学生もいた。

【考察】トピックス研修は、職員のニーズに合わせて講義内容を選定している。当院の特性でもある急性期治療・看護の研修に多くの院外参加者が参加されたことは、地域に求められている当院の役割活動を改めて考える一助となった。2名以上での講義スタイルは、院外参加者にとっては新鮮であり、急性期治療・看護で求められる医療連携、多角的視点からアセスメントを行うことの重要性をイメージする機会となった。また、トピックス研修を契機に病院見学に参加した学生もいることから、専門看護師・認定看護師の教育的支援活動は病院の広報活動にもつながると考える。今後は、院外参加希望者のニーズも視野に入れた研修を企画し、地域に還元できる教育体制づくりを整えていきたい。

回復期リハビリテーション病棟の現状から
～看護師とリハビリスタッフ間の効果的な連携の模索～

公益社団法人 地域医療振興協会
横須賀市立うわまち病院

◎^{ひしぬま}菱沼 ^{よしえ}良枝 川戸 彩

長野 寿賀子 飯倉 聡子

回復期リハビリテーション病棟は、患者の退院後の生活を見据え、できるだけ短期間で在宅復帰させることを目指している。患者の回復には、職種間の連携や、情報共有が不可欠であり、質の高いチームアプローチが求められている。

看護師とリハビリスタッフにアンケート調査を行った。移乗・移動動作の場面でもっとも差があると感じており、当病棟に入棟した脳疾患患者の入棟時と入棟2週間後の移乗・移動動作について比較した。入棟時から「リハビリでできること」と「病棟でしていること」の差が生じていた。2週間後、リハビリでは機能改善を認めたが病棟では入棟時と介助量の変化がなかった。

情報共有の方法として、看護師はリハビリスタッフと直接コミュニケーションを図り日常生活で活かすことを目指している。リハビリスタッフは、看護師に患者の機能に応じた歩行・安静度・訓練方法を伝達する手段として「掲示板」を活用している。情報共有の手段が異なることで効率的な情報伝達ができず十分な連携が図れていない。川北らは「看護師はADL自立へのキーマンであるという自覚を持ち、セラピストへの情報提供・提案を心がけ、チーム内マネジメントするという意識をもつことが重要である」²⁾ また、酒井は「一職種が一方的に命令するのではなく、かかわるすべての職種の合意形成によって、各専門職が責任をもって援助を行う」⁴⁾ と述べている。「掲示板」での一方的な情報伝達や個人間での情報確認だけでなく、看護師とリハビリスタッフとの合意形成が重要であり、その方法としてカンファレンスは必要である。お互いが知っている情報を伝達するだけでは患者の回復にはつながらず、患者の退院後の生活をイメージした目標を設定し、目標に向かう患者の自立を多職種で支え、そのプロセスを多職種で共有する必要がある。

「できるADL」と「しているADL」の差を縮め、患者の回復に向け、リハビリスタッフとの情報共有の仕方、効果的なカンファレンスについて検討していくことが今後の課題である。

引用文献

- 1) 稲田まつ江：事例で学ぶ 脳血管障害のリハビリテーション看護，p26，南江堂，第2刷，2003
- 2) 川北美奈子：看護実践の中でのADL，2007
- 3) 前田信雄：保健医療福祉の統合，p13，勁草書房，1990
- 4) 酒井郁子，金城利雄：リハビリテーション看護 障害をもつ人の可能性とともに歩む，p101，南江堂，2010

参考文献

- ・谷川正浩，一宮禎美：リハと看護の協働 22のコツ，p96-102，三輪書店，第1版，2012
- ・全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会：回復期リハビリテーション病棟 質の向上と医療連携を目指して，p114-123，三輪書店，第2版，2013

急性期病棟における退院支援・退院調整への取り組み
～早期介入を目指して～

医療法人社団保育会
桜ヶ丘中央病院
看護部

たに

◎谷 彩虹
松本 慶子

I. はじめに(目的)

当病棟は急性期病棟であり、退院後の看護・介護や医療管理が必要な患者様も多い。その為早期退院を見据えた他職種と地域が連携して行くことが大切である。しかし当院では介護保険制度を理解していない看護師が多く、退院支援・調整をケースワーカーに任せている状況にあった。今回の研究では、患者・家族への退院支援・調整を看護師が早期に介入できることを目指し、アンケートを実施、現状の問題点と課題を明らかにすることで退院支援・調整についてスタッフの知識が深まり早期介入が出来た。ここにその内容について報告する。

II. 研究方法

1. 研究対象 看護師23名(看護師29名、准看護師3名)
2. 研究期間 27年4月～7月
3. 研究内容
 - ①アンケートの実施
 - ②アンケートの結果を踏まえ勉強会
 - ③勉強会終了後再度アンケートを実施

III. 結果

1回目に行ったアンケートの結果、介護保険の申請方法を理解しているスタッフは病棟全体の20%だった。また患者の情報収集の仕方が分からない、他職種との情報が共有されていない入院時から患者・家族が望む支援や退院後の療養生活を見据えた具体的な支援を考えることが出来ない、という結果であった。そこで退院支援・調整に関すること、介護保険制度についての知識習得を目的とし勉強会を行った。

勉強会2ヶ月後再度アンケートを実施、退院支援・調整に対する知識が深まったと77%のスタッフが回答、また家族に介護保険の申請について指導できた件数が5件あった。

IV. 考察

アンケートの結果、退院支援・調整について病棟スタッフの意識が低いということ、介護保険の申請方法など知識がないことが明らかになった。そして、勉強会を開催したことで、介護保険制度の知識が深まり、退院支援・調整の早期介入が出来、患者がより良い状態でスムーズに在宅医療に移行できる体制作りが出来たのではないかと考える。そして、病棟看護師の誰もが、患者・家族の意向を踏まえた退院支援・調整を安心してできるようにすることが今後の課題だと考える。

V. 結論

これから超高齢化社会を迎え、ADLの低下、独居生活が増えてくる中で、患者・家族が望む生活の場、住み慣れた環境に戻れるために、患者の一番近くにいる私達看護師が中心となり、早期に退院支援・調整に関わることが大切である。その為には、患者の情報収集と情報の共有、院内他職種との連携、また地域との連携も必要である。

VI. 参考・引用文献

- 1) 福島 道子 : 退院計画の取り組み
P94 1999
- 2) 宇都宮 宏子 : これからの退院支援・退院調整—ジェネラリストがつなぐ外来・病棟・地域
P1-3 201

発熱時のクーリングを再考する

—医療療養病院における発熱時のクーリングについて意識調査と取り組み—

医療法人社団鵬友会

新中川病院 看護部

◎橋本多賀子^{はしもとたかこ} 田口雅子^{たぐちまさこ}

I はじめに

高齢者の死因の半分近くが感染症であり、若年者に比べて致命的になり得ることが多い。また、ほとんどの感染症は発熱を伴う。高齢者の多い当院においても発熱は頻繁に経験する症状の一つであり、全身状態を把握する上で重要な指標となる。しかし発熱に対する対応、とくにクーリングに関しては具体的な基準があるわけではなく、看護師の個人的な判断で習慣的に行われているのではないかと、疑問を感じていた。そこで、スタッフのクーリングの知識や問題点を明らかにし、新しい知識を得てエビデンスを理解し共有することが、看護師の意識改革や看護の質の向上につながるのではないかと考え実施した。

II 研究目的

発熱・クーリングに関する意識調査で実態を確認し、また発熱に対する最近の解熱処置の知識を深める機会とする。

III 方法

1. アンケート調査による看護師の意識調査
2. 研修による知識の共有
3. 研修後、看護師の意識調査

IV 結果

アンケート調査の結果、クーリングの目的は患者の安楽が最も多かったものの、高熱の予防や解熱という回答も多数みられた。また37.0℃台の微熱でもクーリングが必要だと判断したというものや、クーリングをしないと何も看護をしていないように思われてしまうという回答も多数みられた。

研修会後のアンケートでは、発熱の原因を考えて観察するという、回答があった。

V 考察

医療療養病院である当院は、医師の人数が少なく夜間・休日の検査体制もないため、看護師による観察と看護判断が重要である。発熱の原因は様々であり、患者の病名・症状・環境因子を配慮して、素早く正しい初期の看護対応をすることで、患者の苦痛の軽減、病状の悪化防止につながると考える。習慣的に実施していたクーリングがかえって悪影響を与えることがあると分かり、以前に比べ、発熱時の観察を重要視し、クーリングの必要性を判断する傾向がみられるようになった。このことは看護師の意識改革につながり、看護の質が向上したと考えられ、高齢者看護を深める機会となったので、ここに報告する。

プラセボ使用に対する意識改革への取り組み
～効果的なプラセボ使用を目指して～

医療法人社団愛友会
金沢文庫病院
看護部

かわい あいり
◎河井 歩唯理

I. 研究目的

プラセボ使用時の不安や疑問の解決を図り、効果的なプラセボ使用ができることを目的とする。

II. 結果

「使用前後を通して傾聴・声掛け・タッチングなどを行い、安心感・信頼感を感じられるように働きかける大切さ」「使用前後で十分な観察・アセスメントする」という回答を得た。また、勉強会や事例検討を行ったことで、プラセボをすぐに使用するのではなく、傾聴やタッチング等の看護ケアがみられるようになった。

III. 考察

年数の浅い看護師のプラセボ使用に対する疑問やジレンマに対しては、肯定的な感情への移行がみられた。W.A ブラウン¹⁾は「こうしたジレンマの大部分は、プラセボと結びつけられた蔑視的な意味合いとその価値の全体的な不確実さから生じているものだと思われる」と述べる。経験の浅い看護師は適切なアセスメントができず疑問を抱きながら使用していた。ハーワード・ブローディ²⁾は「プラセボによって患者側の『条件づけ』や『期待感』によってある『意味づけ』がなされそれが身体的な変化をもたらすとし、プラセボ効果は認識的かつ身体的な反応である」と述べており、「プラセボ反応とは周囲からの治療的な信号に対する身体の反応であり、その信号は心を通して作用する」ともある。患者側でなされる心理的な段階を理解したことで段階的に関わる必要があると認識したのではないか。

IV. 結果

1. プラセボを正しく理解することで有効性のある関わりができる。
2. 事例検討は有効な教育手段である。

引用・参考文献

- 1) Walter A. Brown (1998) : 日経サイエンス 5月号
- 2) ハーワード・ブローディ : 伊東 はるみ訳 プラシーボの治癒力 心がつくる万能薬 日本教文社

精神科病院が地域の訪問看護ステーションと協働し、地域移行した事例からの一考察
～県立病院が担う地域連携の役割～

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立精神医療センター
社会復帰支援部訪問看護科

まへののりこ
◎前野紀子

鈴木きく江 福田伸一 斉藤敬子 生田清美

神奈川県立精神医療センターは、昭和4年の診療開始から85年目の平成26年12月、芹香病院とせりがや病院を統合し新棟オープンした。新病院は9病棟323床の精神科専門病院で、新しく思春期医療をスタートさせると共に、精神科救急・医療観察法・ストレスケア・依存症等の専門的な医療を継続して提供している。

精神科訪問指導料は昭和61年に診療報酬が初めて認められ、当院では平成2年に訪問看護を試行した。平成15年の精神科救急病棟開棟に伴い、新たに「訪問の流れ」を整備し訪問看護調整者を設置する等、院内体制を整え本格実施となった。現在は訪問看護科の専任看護師4名が、多職種と連携しながら訪問利用者150余名に対し、年間3000件程度の訪問看護を実施している(図1)。試行から25年を経過する中で、5年以上の当院訪問看護利用者が全体の40%を占める「利用の長期化」、県域を訪問対象エリアとする医療観察法通院処遇の役割増大による「医療資源の有効活用」等が課題に挙げられている。

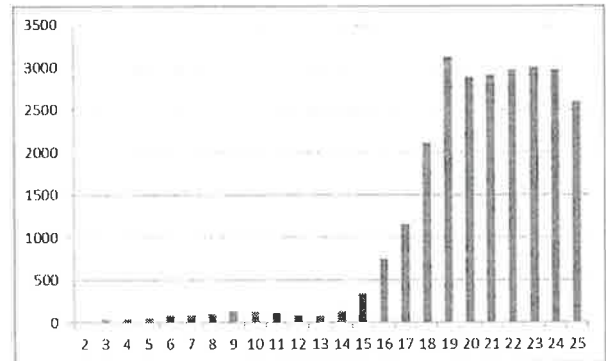


図1 訪問看護件数の推移 (H2～25年)

新棟整備2年目の今年度は、「地域連携をすすめ、地域と協働する」を訪問看護科の方針に挙げている。今回、当院訪問看護を6年間利用した統合失調症患者が、地域の訪問看護ステーションと協働し、地域移行を果たすことができた。当初は訪問看護ステーションの利用に不安を抱きながらも、本人を含めた支援関係者の「顔の見える関係づくり」に効果をあげた事例を通じ、訪問看護における地域連携の仕組みづくりについて報告する。

また、地域から聞く当院へのニーズには、病状悪化時の相談支援および早期の外来受診、スムーズな入院対応等が挙げられる。質の高い地域連携の構築には、訪問看護ステーション等の地域支援者が、安心してケア提供できる医療環境の整備が必須と考えられる。2025年問題を目前に控える今、院内だけの課題ではなく、限られた医療資源の効率的な運用を整えなければならない。今後、県立病院としての当院が担う地域連携の役割について考察し、今後の訪問看護の方向性についても併せて報告する。

- 参考文献 1) 萱間真美他：精神科医療の機能強化に関する調査研究事業
2) 神奈川県立精神医療センター研究紀要第14集

演題名 認知症介護家族の支援を考える
 -3年間の認知症家族講座のまとめ-

法人名 医療法人社団鵬友会
 病院名 横浜ほうゆう病院
 所属 看護部

氏名^{むらやまよしこ}◎村山由子 奥田奈緒子 早田美穂
 石谷 新 井上亜希子 竹内淳子
 石橋末宏 原科美津枝 佐藤麗子

【はじめに】A院は認知症専門の病院として2001年開院後、それまで病棟で細々行われていた介護者の集まりを介護者の会として2012年から開催している。更に認知症家族講座として情報提供する形態をとるようにして丸3年経過した。その経過をまとめA院における介護家族の支援について考えたのでここに報告する。

1 目的：A院で開催した家族講座の実際から認知症者の介護家族への支援のあり方について考え、今後の支援の方向性を再考する。

2 方法：家族講座の開催状況についてまとめた。

3 倫理的配慮：データの処理の際には個人が特定できないよう配慮した。

4 結果 1) 家族講座の目的は認知症をもつ介護家族支援ならびに地域貢献とした。

2) 3年間の家族講座の実施状況は、表1のとおりである。認知症者の介護家族を支援する方法として認知症に関する情報を提供することも必要と考え、家族講座と家族の会の組み合わせての開催を開始した。開催スタイルは月

表1. 家族講座3年間のテーマ

に一回土曜日の午後、45分間の講座を病院の外
 来待合ホールで開催。テーマについては、認
 知症者を介護するにあたり、知っておいたほう
 がよいと思われる内容について学べるように
 計画した。3年目からはテーマの設定も地域と
 の連携を意識し、地域から講師を招い
 たり、家族自身の話を聴く機会を持った。さら
 に拡大版の認知症講座として、地域を意識
 し広く院外にも呼びかけて行った。企画・運
 営は、看護師だけにとどまらずOT、PSW、
 事務職員がかかわっており、どのように家族
 を支援していくのかを委員会で考えながら開
 催している。

	実施月	参加人数	テーマ	講師
1年目	6月	22	認知症を知る	医師
	7月	20	認知症の療養上の生活、支援の特徴	看護師
	8月	21	デイサービスの活用と在宅療養の支援	デイ科長
	9月	17	認知症を持つ人のリハビリテーションの実際	OT
	10月	11	認知症の薬について、薬の管理、内服の仕方	薬剤師
2年目	11月	18	成年後見制度について	PSW
	6月	28	認知症の人を知る	医師
	7月	28	在宅生活に支障をきたす認知症の症状と対応	看護師
	8月	20	認知症の方の家でもできるリハビリテーション	OT
	9月	24	認知症の方を介護する家族の疲労と対処	看護師
	10月	24	認知症の方の在宅生活を支えるお薬の使い方	薬剤師
3年目	11月	27	口から食べられなくなった時に考える事	看護師
	12月	25	在宅生活を支えるための社会資源	PSW
	6月	30	認知症について	医師
	7月	28	在宅生活における地域支援(笹野台ケアマネ)	ケアマネ
	8月	19	高齢者の食事	栄養士
	9月	23	日常生活に活かす認知症の方のリハビリテーション	OT
	10月	44	拡大版認知症講座	看護師、PSW
11月	21	口から食べられなくなった時に考える事	看護師	
12月	18	うまくいった話うまく行かなかった話(家族)	家族	

5 考察：介護家族の支援は、「多角的多層的であり個別性が高い」¹⁾と牧野が述べ、佐藤は「少しでも各人に適した情報やケア技術を提供するには、多職種の協働が必要」²⁾と述べている。A院における家族講座でも、様々な職種の連携によって行われ徐々に発展拡大しながら行ってきた。このことは家族の支援をする上では必要不可欠な事であり、重要な関わり方であったと考えられた。今後さらに、より家族のニーズに密着した家族講座となるよう検討を重ね継続していきたい。

演題名 地域包括ケア時代のキャリア支援

～中堅看護職員のナラティブの成果と課題～

法人名 社会福祉法人日本医療伝道会

病院名 総合病院衣笠病院

所属 看護部

氏名 ◎大坪 まゆ美 西崎 恵利子 秋山 みつえ

はじめに

当院は許可病床数 251 床、ホスピス、地域包括ケア病棟を有し、看護部の体制は看護師 142 名、看護体制 10：1、離職率 11%である。地域包括ケア時代を迎え、武村氏は、「病床機能が変わっても、そこで働く人は簡単には変わらない。だからこそ、病床編成時に看護管理者がどう行動するかは看護師のモチベーシ

ョンや看護の質に大きく影響する¹⁾」としている。昨年からは病床機能分化のために病棟再編成を進めている。看護師は、前向きに変革に取り組む一方で、慣れない業務や患者層の変化にとまどいを感じていると思われた。そこで、看護師のモチベーションを保つために、中堅層に毎年実施している研修である、「ナラティブ研修」の効果を確認した。

1、研究目的、方法

過去の経験を語ることで自己の看護を意味づけ、前向きな気持ちで看護に臨めるかを明らかにする。

本研究は、院内の倫理委員会の承認を得て実施した。

2、結果 研修後のレポートより抜粋

- ・過去の自分が、どう思ったかをゆっくり考え直すことができた。初心を忘れかけていたが、ここで振り返り自分の看護を考えることができた。
- ・何にこだわっていたかがわかり、これからなにをやりたいか鮮明になった。
- ・業務に追われることもあるが、ここで看護を振り返る事ができた。
- ・少しでも患者にとって良いと思える看護、望む生活を提供していきたい。仕事を頑張ろうと思えた。

3、考察

看護を取り巻く環境の変化があつたとしても、過去の体験から、仕事そのものに内在する動機づけ要因を蘇らせ、仕事における幸福感を感じ、これからの看護人生に繋がる効果的な研修であると言える。

1)医学書院 看護管理 V o l . 25 No08 2015 武村雪絵 病床再編時の看護管理 スタッフのモチベーションと看護の質をいかに維持し、高めるか P 566 19-22

当院リハビリテーション技術科における医療安全意識向上への取り組み

医療法人社団 愛友会
金沢文庫病院
リハビリテーション技術科

◎^{さやま}佐山 ^{えりこ}枝里子

青木 純一

【はじめに】

医療安全とは、医療や診療の過程で患者が不必要な傷害を受けないことであり、そのための予防や改善活動といわれている。当院リハビリテーション技術科は平成27年度より急激にセラピストが増加し、1年目から3年目は全体の46%を占めるようになった。経験年数の浅いセラピストの増加と共に、インシデント・アクシデント件数が増えた。インシデント・アクシデントの背景要因として事故当事者自身に関する問題、ヒューマンエラーが大部分を占めていた。

【目的】

ヒューマンエラーをなくすため、業務においてどの様な危険が潜んでいるのか個人が予知し、安全意識を高め、自発的な行動をとることが必要である。そこで危険予知訓練(以下KYTとする)を導入し医療安全への意識向上を図ることを目的とした。

【方法】

対象は理学療法士13名。平均年齢は28.6歳、平均経験年数4.3年。

方法はKYT基礎4ラウンド法を用い、7月より週1回、勤務者全員で朝10分間実施した。まずは、中央労働防災防止協会発行の「KYTイラスト集」からわかりやすい事例を行った。その後はリハビリ室内での業務風景の写真、リハビリテーション依頼書や代診表などから考えられる危険を絞りその対策について検討した。その他に、スタッフに院内や屋外歩行で危険と考えられる場所の写真を撮影し、その場所についての危険を予知する訓練を行った。1ヶ月経過し参加者へ医療安全に対する中間アンケート調査を実施した。そこで、ヒヤリ・ハットレポートが書きにくいという意見があり、独自のヒヤリ・ハットレポートを作成した。その後もKYTを継続、また提出されたヒヤリ・ハットレポートの改善策を検討する機会も設けた。KYT導入3ヶ月後再びアンケートを実施した。

【まとめ】

患者様の安全を確保する為には、まずは職員自身が安全の確保について正しい知識と的確な行動を身につける必要があると言われている。KYTを導入したことで、医療安全が意識付けされ、今後の安全対策を検討することができた。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省編：社会福祉施設における安全衛生対策マニュアル，厚生労働省，2009
- 2) 小林美亜：医療安全－患者の安全を守る看護の基礎力・臨床力，p20，学研メディカル秀潤社，2013
- 3) 中央労働防災防止協会編：KYTイラスト集，中央労働防災協会，2007

演題名 病院での職員に対する腰痛予防への取り組み

法人名 医療法人社団鵬友会
病院名 横浜ほうゆう病院
所属 看護部 作業療法士

氏名 ◎萩^{はぎ} みずき

井上 亜希子 石谷 新
山内 真由 河辺 美華
野口 真理子 長谷川 歩美

【はじめに】

医療・介護従事者が働く職場での一番の労働災害は腰痛で、その発生件数は年々増加している。A病院は病床数215床の認知症専門病院であり職員は、認知症を有し何らかの介護が必要な患者の生活をサポートしている。A病院でも腰痛で仕事や生活に支障をきたしている職員が少なからず確認されていた為、予防対策の一つとして腰痛予防体操に取り組むこととなった。ここで腰痛について当院の現状と取り組みの経過を報告する。

【方法】

A病院の病棟・デイケア職員に対し、腰痛に関するアンケートを実施。職員の腰痛保有状況や腰痛を誘発する業務内容を確認し、腰痛予防改善の為に勉強会を行った。A病院では病棟とデイケアに一人ずつ作業療法士（以下OT）が配置されている。OTを腰痛予防体操の指導者とし2015年2月より業務開始前のミーティング時に実施した。腰痛予防体操は厚生労働省中央労働災害防止協会の推奨するストレッチング8種類とした。体操方法のイラストを1種類ずつパウチし全病棟に配布。OTがリーダーシップをとり1日1種類ずつ腰痛予防体操（所要時間20～40秒）を行った。

【倫理的配慮】

院内の規定に基づき所属長の承認を得た。アンケート調査は口頭にて説明し同意を得て実施。報告にあたっては個人が特定されないように配慮した。

【結果】

腰痛予防体操は開始した2月から8月現在まで、各病棟とデイケアの計6か所にて継続中である。OTが出勤していない時は他職員が指導代行する場面も見られ始めた。

【考察】

腰痛予防体操は開始から6カ月を経過しても全病棟とデイケアで継続実施されている。定着の要因は環境の調整・人・連携によるものだと考える。環境の調整は職員の業務に支障の無い範囲で行えるように工夫したこと、人としてはリーダーであるOT自身が体操の必要性を理解し継続したこともポイントである。さらにOTと他職員との横の連携、所属長による腰痛予防体操奨励という縦の連携がかみ合った結果、現在まで継続に至ったと考えられる。

現在行われている業務開始前のミーティング時の体操は、職員の腰痛を予防する為の第一歩である。今後は腰痛予防体操を有効利用・継続してもらえるように、職員の腰痛予防知識の向上・推進を図ることが課題と考える。

人間の尊厳を守るためにADL維持・拡大に向けての一考察
～早期離床と日常生活動作でのリハビリを試みて～

特定医療法人社団 鵬友会

湘南泉病院 看護部

おおたりっこ
◎太田律子

深澤まり 竹内睦美 浅尾恵美子

はじめに

認知症高齢者は入院によりADLが低下したり、寝たきりとなったりすることが少なくない。そのため、住み慣れた自宅や施設へ戻れなくなってしまうことがある。疾患や合併症により致し方ない症例もあるが、看護者の関わり方でADLの低下や寝たきりとなることを防止できた症例もあったのではないかと考えた。

そこで、看護者が早期離床や病棟での日常生活動作のリハビリを積極的に実施した。それにより、患者が入院前のADL（本研究では移動・移乗・排泄に着目した）を維持し、自宅やもとの施設へ退院できた症例を多く得ることができた。また、今後の課題を見出すことができたのでここに報告する。

I. 研究目的

看護者が患者の早期離床と病棟での日常生活動作のリハビリを積極的に実施することで、患者が入院前のADLを維持することができ、可能な限り住み慣れた自宅や施設で療養生活を送ることができる。

II. 研究方法

- 1、研究対象 当病棟一般病床に入院の患者で障害老人の日常生活自立度判定基準がランクB以上の患者。そして、安静臥床の指示が無い。または安静度がフリーとなった患者。
- 2、研究期間・方法 H26年7月～9月
 - 1) 看護者間でのリハビリカンファレンスの実施。
 - 2) リハビリカードを作成し離床と病棟でのリハビリを安全に配慮して積極的に実施。
 - 3) 対象となった患者の入院前・入院時・退院時のADLをFIM（機能的自立度評価法）で評価。また、入院前と退院先が変わりないかを確認した。

III. 結果

対象となった患者は50名で、入院からリハビリ開始までの期間は約1週間以内であった。入院前のADLが維持できた患者は42名でADLを拡大できた患者は1名。ADLが低下した患者は7名であった。9割の患者が自宅やもとの施設へ退院することができた。

IV. 考察

多くの患者が入院前のADLを維持して退院できた要因は、早期離床とリハビリカードを活用して看護者が積極的にリハビリを実施したことである。リハビリカードには、患者の入院前のADLや生活状況・実施されたりハビリの内容・そのときの状態などが細やかに記入されている。それにより、患者に対し個別性を重視した適切なケアが実施できたと考える。また、患者の抑制や行動の制限が最小のものであったことも大きな要因である。

そして、なによりその根底に、私たち看護者のケア不足により、寝たきりを作りたいくない、患者を尊重したいという思いがあったからだと考える。それは、患者中心の看護の実践となり、およそ9割の患者が入院前のADLを維持して退院できたことにつながったと考える。

じゅうどにんちしょう ちいきれんけいかつどう
演題名 重度認知症デイケアにおける地域連携活動
ほけんせいど かきね こ れんけい めざ
～保険制度の垣根を越えた連携を目指して～

いりょうほうじんしゃだん ほうゆうかい
法人名 医療法人社団 鵬友会
よこはま びょういん
病院名 横浜ほうゆう病院
所属 デイケア・サンアリス
いしたに あらた
氏名 石谷 新

【はじめに】

A院のデイケアは、担当する地域で唯一の、重度認知症を対象とした医療保険適用の通所施設である。介護保険下では、利用者を担当する介護保険サービス担当者同士が連携したケアを行うための仕組みが構築されている一方、医療保険適用の認知症デイケアは地域の中で認知度が低く、情報交換や情報共有などの交流・連携の機会がほとんどないのが現状であった。しかし、利用者のケアの質向上のためには各サービス担当者同士の連携は不可欠なものであると考えた。今回、保険制度の垣根を越えて地域の介護保険サービス担当者との連携を推進するための活動を3年間に渡り実践したので報告する。

【方法】

地域における認知度向上を目的として、デイケア広報誌「デイケア・サンアリス通信」を定期的に（四半期に1回）発行して、担当地区の介護保険事業所に配布した。配布時、事業所にデイケア担当者が直接訪問して、説明を加えながら手渡しするという方法を取り、顔が見える関係を築くように努めた。また、デイケア利用者を担当する介護支援専門員が在籍する事業所への訪問時は、利用者のサービス利用状況についての情報交換を行なった。さらに、地域における研修会、ケア会議等の情報を得て、これらへ積極的に参加することで、地域との交流の活発化を図った。

【結果】

上記取り組みを実践した結果、利用者のサービス担当者会議への参加依頼が増え、会議への参加件数が、取り組み前の3倍程度に増加した。また地域の介護支援専門員からのデイケア利用相談件数が増え、介護保険事業所からの紹介を通じてデイケア新規利用に至る件数も従来の3倍増となった。結果、デイケア利用者数自体の増加にも繋がった。

【考察】

医療保険適用の認知症デイケア運営に際して、介護保険サービス担当者との連携のための第一歩は、地域における認知度を高めることであった。地域連携活動を行う上で、説明を加えながら広報誌を配布するという訪問活動の効果は高く、介護保険事業所との交流機会が増えたことで、介護保険サービス担当者との保険制度の垣根を越えた連携が推進された。今後、さらに連携体制の充実を図り、地域に根差したデイケア運営を目指したい。

【倫理的配慮】

院内の規定に基づき所属長の承認を得て、記載にあたり特定の事業所や個人が特定されないように配慮した。

演題名 円滑な在宅復帰に向けて～褥瘡改善を妨げている要因についての一考察～

法人名 特定医療法人 鵬友会

病院名 湘南泉病院

氏名 ◎日向 功 川上民裕

佐伯正巳 高木恵美子 三澤利重子

【はじめに】

当院は横浜市北部に位置し、周辺には多くの高齢者医療介護施設があり、急性高齢患者の受け入れが多い。そのため、基礎疾患の他に褥創の合併も珍しくなく、その治療により在院日数が長期化するケースが多々みられる。

褥創改善を妨げている要因としてマットレスの質の問題が挙げられた。そこで、当院で導入されている5つのマットレスの除圧機能を比較検討し、当院に適したマットレスを導入した取り組みと今後の課題について述べる。

背臥位 側臥位 mmHg	A	B	C	D	E
頭部	37.4	34.9	39.0	39.4	35.3
仙骨	24.4	32.9	21.9	25.1	9.3
踵部	37.0	37.8	66.9	56.6	28.4
90°側臥位					
肩峰	37.4	78.0	88.7	63.0	42.6
大転子	45.9	44.7	75.2	65.2	36.5
外果	13.4	8.9	8.1	6.9	5.6

図 マットレス除圧機能

【方法】

- ① 5つのマットレス (A-E) の比較：対象は、30代男性、身長172cm、体重70kg。携帯型接触圧力測定器で、背臥位は頭部、仙骨部、踵部。90°側臥位では、肩峰、大転子、外果をそれぞれ3回ずつ測定し、その平均値を記した。基準値は50mmHg以下とする。
- ② 当院の褥創発生予測：平成26年8月1日～平成26年10月31日の約3か月間の新規入院患者(119名)を、OHスケールを使用し分類した。
- ③ 5つのマットレス保有数を調べ、その分布と割合を調べた。

【結果】

- ① 背臥位：頭部、仙骨は全てのマットレスが基準値内だが、踵部は、CとDが基準値を超えていた。90°側臥位：A・E以外、外果を除いて基準値を大きく超えているのが分かった(図参照)。
- ② 軽度リスク(OHスケール0-3点)患者29.4%、中等度リスク(OHスケール4-6点)患者56.4%、重度リスク(OHスケール7-10点)患者14.2%であった。
- ③ ①および②の結果を基に、Eのマットレスへの変更を積極的に行い、全マットレス130枚中75枚となった。Aのマットレスは、金銭的問題から回避した。

【考察】

当院では、新規褥瘡発生者3.9%(37/433名)、褥創合併患者が96.1%(416/433名)と褥瘡合併患者が圧倒的に多い。そのため、入院時から適切なマットレスを使用することが重要である。当院では、かつて十分なマットレスの選別が行われていなかったが、今回の研究から、Eのマットレスを積極的に導入し、褥瘡対策を施すことができた。

今後は、入院時にOHスケールを測定し、より重症度の高い中等度および重度リスク患者に対してA、Eのマットレスを使用する方向性をだしている。円滑な在宅復帰を目指すために、適切なマットレス選択やOHスケールの常時測定を行う必要性が示唆された。

在宅部門における地域への取り組み

医療法人社団哺育会 桜ヶ丘中央病院リハビリテーション科*¹
株式会社ライフヘルプサービス 小規模多機能型居宅介護ゆらり倶楽部大和*²
◎加藤太一*¹ 大部愛*¹ 小野雅之*¹ 佐藤嘉直*¹ 渡井賢太*¹
橋本恵*¹ 本間由華*¹ 川越潤一*¹ 野間康彰*²

【はじめに】

2025年に向けて、各自治体では、地域の特性・実情に応じた地域包括ケアシステム構築へ向けた取り組みが進められている。地域包括ケア実現のため、医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の実施、生活支援・介護予防の充実・強化等が重点施策として位置づけられている。在宅部門における地域のネットワーク構築へ向けた取り組みを報告する。

【在宅部門の取り組み】

当院リハビリテーション科では、在宅分野で活動していた訪問リハビリテーションチームを平成27年度より在宅部門として再編。訪問リハビリテーションの運営を主体とする“訪問リハビリテーション運営リーダー”と、地域への活動を行う“地域包括ケア推進リーダー”の2名を主軸とし、地域のネットワーク構築へ向けた取り組みを行っている。

訪問リハ運営リーダーおよび地域包括ケア推進リーダーが積極的に地域で活動し、地域の現状把握およびリハ資源の啓発を行うことで、地域包括ケア実現のための5つの要素に関して、以下のような取り組みが可能となった。

<医療・介護連携>

- ・市内の保健医療福祉ネットワークの運営に関する参画およびスタッフが定期的に参加することによる多職種との顔の見える関係作り構築
- ・近隣の小規模多機能型居宅介護との医療・介護連携の強化

<認知症施策>

- ・地域住民に対する認知症サポーター養成講座の開催
- ・認知症カフェへの参加
- ・認知症フレンドシップクラブ主催の『RUN 伴』への参加による地域への認知症啓発活動

<地域ケア会議>

- ・近隣の地域包括支援センターとの連携強化による定期的な地域ケア会議への参加

<生活支援・介護予防>

- ・市内の事業所や地域住民からの介護予防関連事業に関する依頼の増加

【考察】

1) 病院から地域にむけた活動を行えるような体制づくり、2) 地域の現状把握、3) 地域包括ケア実現に向けて地域で不足している社会資源の分析、4) 不足している社会資源に対して病院として提供できる活動の明確化、5) 地域のネットワーク構築へ向けた積極的な活動。以上が重要と考える

【参考】

厚生労働省ホームページ

退院時栄養情報提供書の発行について

1)医療法人長谷川会 湘南ホスピタル栄養科

○杉野 嘉津枝 1),三宅 利恵 1),伊藤 祥子 1),上原 牧子 1),林 静子 1)

【はじめに】 高齢化が進み、2025年には医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている。国は、高齢者ができるだけ長く住み慣れた地区で最後まで暮らすことを目的とした地域包括ケアシステムの構築を発表した。目標達成のためには、栄養補給や食生活についても切れ目のないサービスを提供することが必要である。しかし、情報提供書がなかったり、正確でなかったりするために、栄養療法や食事治療が継続できないことがある。このような問題を減らすことを目的として、当院では、平成20年から管理栄養士による退院時栄養情報提供書の発行を行っている。

【目的】 当院の退院時栄養情報提供状況を調査分析し、問題と今後の課題を検討する。

【方法】平成24～26年度に退院した患者から死亡退院を除いた患者505名のうち、栄養管理計画を立案した患者475名について、退院時栄養情報提供書発行の有無、退院先、栄養補給法について調査した。

【結果】

- 1) 退院時栄養情報提供書の発行を行った患者は203名で全体の約40%であった。
- 2) 203名の退院先については、他院に転院した患者が13%、施設に入所した患者が27%、自宅に帰った患者が60%であった。
- 3) 203名を栄養補給法別にみると、静脈栄養が2%、経腸栄養が24%、経口摂取が74%だった。
- 4) 本来発行が必要であったにも関わらずできていなかった患者は全体の約40%であった。
- 5) 発行の必要がないと判断した患者は、全体の約20%であった。

【考察】当院では、切れ目のない栄養ケアを行うことを目的として、正確な栄養情報を提供するために、管理栄養士が退院時栄養情報提供書を発行している。全員に発行することを目標に開始した。しかし、全体の約4割の患者に発行できていないことが、今回の調査で明らかになった。これは、この実務に関わる管理栄養士の人員が足りていないことが原因と考えられる。また、その有効性の検証を行うことが今後の課題である。

防災意識を風化させないために
～被災地の管理栄養士からの学びをつなげる～

IMS グループ 横浜旭中央総合病院
栄養科 ◎佐々木美穂
給食チーム・病院食改善小委員会

I. はじめに

2013年9月神奈川県栄養士会医療事業部主催の「宮城県被災地施設視察」に参加した。見学先の2施設では、災害当時の様子と現在の食事の災害対策の実際を学ばせて頂いた。そして、改めて痛感したのは、栄養科だけでは災害時の『安全な食事の提供』が出来ないことである。つまり、いかに多職種と情報共有するかが重要であった。そこで今回は、宮城県被災地視察見学の実際と当院での食事の災害時対策の取り組みを報告する。

II. 取り組み目的

当院の災害時備蓄において、被災地施設で取り組んでいた「嚥下困難者用備蓄」を実現させる。備蓄食試食会、備蓄食保管場所見学を通して、災害時の食事対応の連携の意識をつなげる。

III. 取り組み方法

1. 備蓄食試食会・備蓄食保管場所見学会参加者：病院食改善食小委員会委員、各病棟看護師、外来看護師、医事課職員
2. 実施内容：①備蓄食（アルファ化米）の調理訓練・試食会
②食事提供における災害時マニュアルの紹介と備蓄食保管場所の案内

IV. 結果

備蓄食試食会、備蓄食保管場所見学会実施後のアンケートでは、「備蓄食の場所が分かり、今後災害時に活用できそうですか」「このような訓練は今後も必要だと思いますか」の問いに、100%が“はい”と回答した。

VI. 結論と展望

東日本大震災発生から4年半という年月が経過した現在、防災意識を風化させないことが求められる。被災地の管理栄養士からの生の教訓の教えは、栄養科の責任者として貴重な学びであった。今回の取り組みは、現在旭区の病院・施設栄養士連絡会で情報共有を進めている。今後も基幹病院の立場として、地域の『安全な食事の提供』を支えるために、防災の意識を維持していきたい。

演題名：地域包括ケア病棟における薬剤師の役割

～業務変化とその評価～

法人名 社会福祉法人相模更生会

病院名 総合相模更生病院

所 属 薬剤部

氏 名 ◎小林 ^{こばやし} ^{もとむ} 求

諏訪 祥太郎

矢倉 尚幸

湯本 哲郎

稲葉 健二郎

【背景】

平成 26 年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟が新設されたが、施設基準に薬剤師常駐は含まれておらず、薬剤管理指導料の算定も出来ない。総合相模更生病院の B3,4 病棟（以下当病棟）は平成 26 年 7 月まで一般急性期の整形外科病棟であり、薬剤師が病棟常駐を行っていた。平成 26 年 8 月より当病棟は地域包括ケア病棟となったが引き続き薬剤師は病棟常駐を行っている。

【目的】

本研究では、当病棟に常駐する薬剤師の役割を明らかにすることを目的に地域包括ケア病棟導入前後の業務量比較と他職種へのアンケート調査を行った。

【方法】

①地域包括ケア病棟導入前後の各種業務内容の比較を行った。対象期間は地域包括ケア病棟導入前の 2013 年 12 月から 2014 年 7 月と導入後の 2014 年 8 月から 2015 年 3 月の前後 8 か月間とした。比較業務項目は薬剤管理指導時間、指導件数、病棟業務時間、各種病棟業務時間、各種病棟業務件数（有意水準 5%未満）とした。

②調査項目は薬剤師が考える病棟薬剤師が行うべき業務、薬剤師と連携して行いたい業務 14 項目について、薬剤師が地域包括ケア病棟へ常駐することの必要性についてとした。調査対象は当病棟に従事する医師（整形外科 3 名、内科 2 名）、看護師（17 名）とした。

【結果・考察】

薬剤管理指導時間、病棟常駐業務時間ともに導入前後で差は見られなかった。だが薬剤管理指導件数は減少していた。これは患者一人あたりにかける指導の時間が増加したことによるものと言える。病棟業務件数については処方請求や変更・代行といった処方管理業務が増加し、持参薬鑑別や代替提案、カートセ

ット件数が減少していた。これは地域包括ケア病棟導入により、急性期病棟からの転棟患者が増加したことによるものと言える。業務時間の比較においては持参薬関連業務が件数と同様に減少し、効果・副作用の収集・共有・対策にかかる時間が増加した。アンケート結果では在宅へ向けた業務のニーズが高く、今まで関与していなかった業務のニーズは低かった。また、現在の薬剤師常駐の必要性については評価が高かった。今後地域包括ケア病棟において、薬剤師は服薬状況の確認や退院前カンファレンスなど在宅へ向けた業務を率先して取り組むことと併せて、多職種間での意識の差を埋めるような役割を果たし、患者を入院前、退院後を含めて包括的にケアしていくことが重要であると考えられる。

茅ヶ崎寒川地区糖尿病地域連携パスへの薬剤師の関わり

茅ヶ崎市立病院 薬局
藤本 昌子

[目的] 平成 23 年より茅ヶ崎寒川地域糖尿病連携パスが開始された。
3 年が経過した今、薬剤師の立場から振り返り報告をする。

[方法] この連携パスは保健福祉事務所・医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・栄養士会で構成され、協議会を決定機関とし、その下に各専門職からなる分科会を組織する。この分科会が実動組織となる。

薬剤分科会は地域の 5 病院と薬剤師会から推薦された薬剤師 10 名ほどで構成、運営されている。

連携をとるために、患者さんに、日本糖尿病協会が作成する糖尿病連携手帳とお薬手帳の 2 冊をセットで携帯してもらい、連携する施設へ提示してもらうことで情報の共有を行うこととし、この情報を元に調剤薬局での指導や疑義照会を行うこととした。

立ち上げ当初は病院・調剤薬局という立場の違いもあり、お互いの理解のため病院で行われている患者指導の内容を知ってもらうことから始めなくてはならなかった。

「連携ポスターの作成」「療養指導ガイドの作成」「Q&A の作成」「指導支援ツールの作成」「連携ニュースの作成」「薬剤分科会主催の定期的研修会の開催」というように、さまざまな活動をおこなっていくことで、双方の連携に携わる意識の統一を図った。

連携が浸透していく様子を定期的に確認するために、糖尿病連携手帳の普及数を評価することとした。

[結果] 指導ガイドや Q&A の作成、定期的研修会の開催等の活動によって、お互いの立場への理解が深まり、糖尿病患者さんを地域で支えるという思想が定着してきたと考える。

連携手帳の普及数は、開始当初は順調に増加したが、現在は横ばいとなっている。この連携パスは、保健福祉事務所が入ったことで、各職種間の取りまとめがスムーズに行えたこと、薬剤師会のバックアップが得られたことで地域内の調剤薬局の足並みが揃い、情報の伝達が公平に行き渡ったことが大きな成果と考える。

[考察] 3 年が経過して、薬剤師間の連携への意識は発展していると考えられる。残念ながら、手帳の普及数からの評価からでは、まだまだ患者さんへの周知に改善の余地がある。今後は、職種間の連携（横のつながり）もしっかりとしたものとし、地域に根ざした連携パスへと育てば良いと考える。

横浜市南区地域におけるがん化学療法薬薬連携モデルの構築

【演者所属】 1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター 薬剤部
2) 横浜市南区薬剤師会

【演者】 ◎徳丸隼平¹⁾, 川上佳那子¹⁾, 上手真梨子¹⁾, 近藤潤一¹⁾
相山聡一郎¹⁾, 佐々木琢也¹⁾, 肥後保仁²⁾, 大村正克²⁾
小島昌徳¹⁾, 小杉三弥子¹⁾, 鶴岡秀一²⁾, 川田哲²⁾, 橋本真也¹⁾

【背景・目的】

近年がん化学療法は入院から外来へと移行している。外来化学療法を安全に実施するためには、病院薬剤部と地域薬局との薬薬連携が不可欠である。当院はこれまでがん化学療法の投薬内容を記したお薬手帳シールを用いて薬薬連携を実践してきた。しかし年々増加する抗がん剤の種類と治療件数を鑑み更なる連携を構築すべく、横浜市南区地域を中心とする当院処方せん応需薬局を対象としたアンケート調査を実施した。そして得られた結果から新たながん化学療法薬薬連携モデルを構築したので報告する。

【方法】

平成 26 年 12 月に当院処方せん応需薬局を対象としたがん化学療法に関するアンケート調査を実施した。調査結果から問題点を把握し、薬剤師会・市大センター病院連携協議会において協議し、薬薬連携モデルを構築した。またその後行われた地域薬局を対象とした地域医療連携研修会において本取り組みについて紹介し、アンケート調査を実施した。

【結果】

当院処方せん応需薬局 150 施設から回答が得られた。「がん患者の薬物療法の適切な鑑査、服薬指導の為に必要な情報はなにか」という問いについては、「レジメン毎の内服期間や休薬期間のスケジュール」を選択した施設が 78 施設（52.0%）で最多であった。

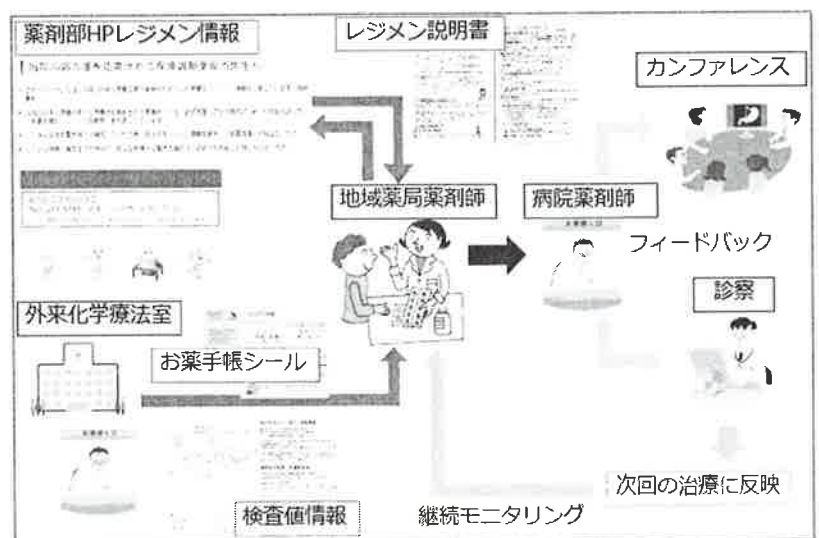
回答結果について協議し、

- ・ 院外処方せんへの臨床検査値の印字
 - ・ 薬剤部 HP からレジメン情報公開
 - ・ 院内の服薬指導で用いているレジメン毎の患者用説明書の公開
 - ・ 地域薬局専用のがん化学療法に関する問い合わせ窓口の開設
- を新たに開始し連携モデルを構築した（右図参照）。

地域医療連携研修会でのアンケート結果では本連携モデルについて 87 名中 80 名（91.9%）が「有用」と回答した。

【考察】

アンケート調査により地域薬局におけるがん化学療法の治療期間やスケジュールに関する情報不足が明らかとなった。薬剤部 HP やお薬手帳シールを介したがん化学療法に関する情報共有は連携構築の上で有用であると考えられた。今後、本連携モデルによってがん化学療法に貢献した事例を集積・解析し評価を行っていく予定である。



シンポジウム

地域におけるリハビリテーション連携

有限会社 訪問看護リハビリテーションネットワーク

川崎市中心部リハビリテーションセンター障害者センター開設準備室

理学療法士 大森 豊

創成期には地域リハビリテーションは生活期（維持期）の利用者を対象としているような印象を持たれていたが、昨今は早期退院が進むに従って亜急性期、回復期の方も増えてきている。それに伴い連携に関しても各病院で医療連携室などを設置してくださり、日々改善されている。地域リハビリテーションは、ICFの中の「活動と参加」に焦点を当ててアプローチするのであるが、実際の在宅生活が開始され活動、参加が促されると共に病院内では観察されなかったような問題に直面することも少なくない。シミュレーションではない実際の生活で発生する問題に対して、地域リハビリテーションに携わるスタッフは病院と連携をとりながら対応しなくてはならない。

神奈川県理学療法士会では県内を12ブロックに組織して、地域の中での交流を通じて専門職間の「顔の見える連携」を模索している。各ブロックでは講習会や交流会を行っているが、専門職（理学療法士のみではなく、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、社会福祉士など）の参加を自由として地域の交流に尽力している。また3士会（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の合同事業として本年より神奈川県地域リハビリテーション3団体協議会を設立し、職種間の連携、教育などを行う機関として活動を行っている。私が勤務している川崎市では第4次かわさきノーマライゼーションプランに基づいた施策としてリハビリテーションセンター構想も開始されている。すでに開設されている北部リハビリテーションセンター、平成28年4月に開設される川崎市中心部リハビリテーションセンター、また、平成32年に川崎市南部リハビリテーションセンターが開設される予定である。これらのセンターには在宅支援室が設置され、障害者の病院から在宅への中間的な業務、様々な専門的な相談業務を行う予定（北部リハはすでに機能している）となっている。

今回は、このような活動を通じた「地域におけるリハビリテーション職種の連携」についてお話しする予定である。

ちがさきしりつびょういん
 病院名 茅ヶ崎市立病院
 所属 中央診療部栄養科
 氏名 ◎井堀 園美

- 鈴木 喜代子
- 三澤 京子
- 本城 由利子
- 石井 麻由美
- 伊澤 宣子
- 勝又 保子
- 平井 光代
- 林 静子

《目的》患者は必要に応じて急性期、回復期、維持期の医療機関や介護施設、在宅と生活の場が移っていく状況にある。環境が変わっても「口からものを食べる」ということは患者にとって生きる意欲、生命維持に繋がる。個々の身体状況に合った栄養管理を、急性期、回復期、維持期のどのステージでも共通に行うことは必須と考える。そこで、地域の医療機関や介護施設の管理栄養士が連携して、患者の喫食状況・食事形態・内容や栄養補給方法等、栄養管理情報を共有出来るツール、共通の“栄養サマリー”を作成した。“栄養サマリー”の活用等について報告する。

《方法》茅ヶ崎保健福祉事務所が主体となり、茅ヶ崎・寒川地区の医療機関と介護施設から管理栄養士の委員を選出し部会を開催し、患者の栄養管理に必要な情報や項目を抽出、“栄養サマリー”の原案を作成した。部会と並行して、地域の管理栄養士・栄養士間で「顔の見える関係づくり」を広げるための研修会を開催し、交流を重ねた。“栄養サマリー”に記載する、医療機関、介護施設の給食内容が分かりにくい事がわかり、各々の給食内容を写真に撮り、食種名称・栄養基準・食事形態と共に一覧表にまとめた。“栄養サマリー”原案、“施設別食事形態一覧表”が完成した時点で、医師、学識経験者を交えた協議会を開催し、内容の確認、活用方法を検討後運用とした。

《結果》茅ヶ崎・寒川地区において、共通の“栄養サマリー”（図1参照）、“施設別食事形態一覧表”が完成した。医療機関や介護施設、在宅の管理栄養士は、患者・利用者が入院・転院・転所する際に“栄養サマリー”に栄養情報を記入し、入院・転院・転所先に情報提供を行うことが可能となった。また各医療機関、介護施設の給食内容が共有できるようになり、対象者に適切な食事提供が可能になった。

《まとめ》茅ヶ崎・寒川地区において管理栄養士が連携し、共通の“栄養サマリー”を活用して栄養管理を実施している。各病院・施設の食事内容を“施設別食事形態一覧表”で共有している。「顔の見える関係づくり」が広がり、疑問点は管理栄養士間で積極的に連絡を取り合っている。

図1 栄養サマリーについて

「地域医療連携の推進」

～自治体病院そして急性期病院の地域連携室の立場から～

藤沢市民病院
地域医療連携室
向 泉

はじめに

当院は救命救急センターを持つ平均在院日数が11日の急性期病院です。自治体病院そして急性期病院の役割を担う中で、地域医療連携室には患者の意思を尊重した退院支援が求められています。その内容は多様化しており、中核病院の役割は地域関係機関との連携強化なしには立ちいかない状況です。

直面している状況

最近増えている症例は、在宅療養あるいは施設入所中の方が、発熱や呼吸困難などで救急を受診し肺炎と診断され入院となるケースです。肺炎治療には抗菌薬投与が必要ですが、症状のために臥床となりやすく寝たきりや認知能力の低下が起こります。退院できる状態になってもご家族は、入院する以前の状態でないため自宅への退院を希望されないことも経験します。転院先を探すにもご家族の希望に添う病院は現実的にはなく、どこで治療するのか、どこまで治療するのか、栄養についてはどうするのか、どのように残された時間を共有するのかなど、患者一人一人異なり、一病院あるいは一地域連携室では対応が困難になっています。

院内の取り組み

当院では地域医療機関との連携において相互に「顔の見える関係」が重要であろうと考え一昨年「地域医療連携懇話会」を始めました。ここでの意見を基に、退院調整の円滑化、地域医療機関との連携強化のために何に取り組むのか、病院全体で考えています。具体的には、本年度よりトータルサポート検討部会を立ち上げ、早期より退院支援を行うためのシステム作りや外来患者への支援について検討しています。

藤沢市全体の取り組み

保健所主催で医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス提供者そして市民病院との在宅医療推進会議が始まり、「在宅医療・介護連携」多職種研修会も昨年からは開始しています。地域に出向き当院の状況や要望をお伝えし、病院完結型医療から地域完結型へシフトしていくための地域全体の取り組みにも参画しています。

シンポジウム 「地域医療連携の推進 ～地域医療構想～」

神奈川県衛生研究所 所長 岡部英男

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。

この大綱に基づき、神奈川県の地域医療連携に係る計画は、現在平成 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」として策定され、現在、この計画に基づいて実施されている。

本県の医療計画は、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）に関する事項を定め、実施している。また、医療と介護の更なる連携強化も必要で、多くの計画を実施している。同時に生活習慣病予防や介護予防（認知症予防等を含む）についても健康増進計画や高齢者保健福祉計画等に基づき、市町村や関係機関、関係団体と連携協力して実施している。

厚生労働省では新たに地域医療構想（ビジョン）の策定について、都道府県に対し、現状から今後 10 年の 2025 年を目途に、地域の医療需要をより客観的に把握し、構想区域（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連携を適切に推進するための地域医療ビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込むように求めている。ここでいう医療機能は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 機能区分としている。県では市町村や関係団体と協議し本年度中に策定予定である。

高度急性期は急性期の患者に対し、状態の早期安定に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能で、急性期は急性期の患者に対し状態の早期安定に向けて、医療を提供する機能で、回復期は急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能、特に急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）で、慢性期は長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能、長期にわたり療養が重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能である。

在宅医療も重要で、居宅、特別養護老人ホーム、老人保健施設等医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所として、現在の病院・診療所以外での医療等を含めて検討される。在宅医療についても本年度中に策定予定である。

「まとめ」 医療連携の推進は、神奈川県保健医療計画の中で、現在実施しており、医療機能分化に基づく新たな地域医療構想については、二次医療圏を中心として、実情にあったバランスのとれた構想となるよう現在関係者間で協議し、策定中である。

急性期病院からの転院調整における薬剤費の問題

大和市立病院
薬剤科

けいら たかゆき
計良 貴之

当院では、店員調整時に患者の薬剤費が転院の障害となることが少なくない。急性期病院においては、患者の病気の治療が最重要事項であり、薬価の高い薬や多剤併用療法を選択することも多い。しかし、これらの高い薬剤費が、症状回復後の介護施設への入所や療養型・回復期病院などの転院先で難色を示される事が多い。今回は、転院調整において、薬剤費が問題とされ、処方内容を変更する必要のあった事例を紹介する。

事例：60代男性、B型肝硬変に伴う肝性脳症のため入院。既往は心房細動、慢性心不全。入院後、点滴治療と排便コントロールを行うことで肝性脳症は速やかに改善したが、最近の入退院を繰り返しており、家では日中一人になることから、今後の在宅療養は困難と考えられ、転院療養の方針となった。この時の薬物療法は、アミノレバン®EN配合散やイグザレルト®錠 15mg などであり、1日の薬価は 1,342.28 円であった。このままでは、転院調整が困難となることが予想され、地域連携室より療養病院への転院調整のため、1日の薬価を 700 円程度に下げようとして、薬剤師に薬剤調整の相談があった。そのため、アミノレバン®EN 配合散を類薬で後発品のあるリーバクト®配合顆粒へ、またイグザレルト®錠 15mg をワーファリン®錠 1mg へ変更し、投与量を調節することを医師に提案し、変更となった。変更後、腹水および肝性脳症については、概ね変化はなく、症状は安定していた。ワーファリン®錠については、1.5mg に増量することでコントロールは良好となった。処方変更の結果、1日薬価は 1,342.28 円から 607.88 円に減額され、依頼のあった 700 円以下に抑えることができたため、転院調整も進み、療養型病院へ転院することができた。

現行の診療報酬体制では、療養型・回復期病院での診療報酬に上限が設けられているため、受け入れ病院の経営上、高い薬価の薬剤を服用している患者を受け入れ拒否することを非難することができない。病気の治療を優先する急性期から生活中心の維持期に至る過程での薬剤調整は当然のことであり、転院調整時には、処方内容をできるだけシンプルな形にし、薬剤費を抑えるようにすることが求められている。

神奈川県病院学会シンポジウム

地域医療連携の推進—病院の立場から—

横須賀共済病院 病院長 長堀 薫

<はじめに>2025年に向けての医療・介護体制の整備が進められようとしている。従来の「1病院完結型」から「地域完結型」へ、主体が病院から地域へと変わるパラダイムシフトといえる。地域医療構想の中で、どのような連携が構築できるか医療圏での取り組みが問われている。

<現状>2014年の第6次医療法改正で、病床機能報告制度と地域医療構想の策定、および在宅医療の推進が明記された。病院、診療所、在宅支援施設、居宅型施設の質と量の整備、それぞれに関与する看護、薬剤、リハ、栄養などの充実、そして患者さんの情報をいかに共有するか課題は多い。

<喫緊の課題>1. 病院の機能分化：全国的にはベッド数削減であるが、神奈川県は9000床の増床となる。しかし、各医療機関が自主的に選択した機能別病床数と行政の試算する必要数との間に乖離が大きい。高度急性期と急性期の選択が多く回復期が少ない。2. 情報の共有化：「第三世代」ともいわれる地域包括ケアが行われる日常生活圏での、多職種を対象としての共有化が求められている。3. 在宅支援診療所の医師の拘束：積極的な意識を持つ診療所には依頼が殺到し、医師の疲弊がおきやすい。

<横須賀・三浦医療圏での取り組み>1. 地域医療構想の調整会議が開催される中、まず構想区域が妥当であるかどうか、そして病院ごと、さらには病棟ごとの機能の選定について圏域別に協議する必要がある。ガイドラインで示されている医療資源投入量はひとつの目安であろう。同時に7:1看護基準では現行の医療・看護必要度の見直しが必要とされるとの観測が強く、達しない場合は地域包括ケア病棟への転化も選択肢となる。また、高度急性期についてはDPCⅡ群、総合入院体制加算Ⅰの取得、特定入院料の算定が目安となろう。2. 横須賀市と医師会が主導し、4つの在宅療養ブロック会議が地域包括ケア病棟をもつ病院を中心に開かれ、顔の見える連携が実現している。医師会主導で策定されiCloudを用いた「かもめネット」で患者ごとに情報共有化が構築され、病病・病診連携で活用され始めている。3. 10人の医師から構成され3つの診療所をもつクリニックがバーチャルホスピタル構想を立ち上げ、三浦半島全域を対象として約400人の在宅患者の訪問診療を行っている。複数医師による協力体制の実行が在宅医療強化、医師のQOLを維持するキーではないだろうか。

<まとめ>圏域ごとに温度差はあるものの、多職種を巻き込んだ地域医療連携が試行錯誤を繰り返しつつも進んでいる。これを加速する必要がある。

