

■地域医療支援部

【はじめに】 地域医療支援部は今まで在宅医療、訪問看護、相談業務の3部門で運営してきたが、2012年度より新たに地域連携室が加わり、大きくは4部門体制となった。当部は、入院中、退院後を含めた継続的な患者さまへの医療介護サービスを提供し、安心して療養生活を続けられるよう地域の患者さまの支援を行っている。さらにチーム医療を積極的に実践し、在宅医療の内容も訪問診療・訪問看護・訪問栄養指導・訪問リハビリテーション・訪問歯科診療と多岐に渡っている。この報告書では1. 在宅医療 2. 訪問看護 3. 総合相談室 4. 地域連携室の4つに分けてその活動を報告する。

【地域医療支援部の2016年度目標及び方針】

2016年度の重点目標として、「職種間連携の強化」をあげ、普段意識せずに行っている連携を、見直すようにした。特に連携が必要と考えられる症例は、症例振り返りシートを使用し連携プロセスを検証した。

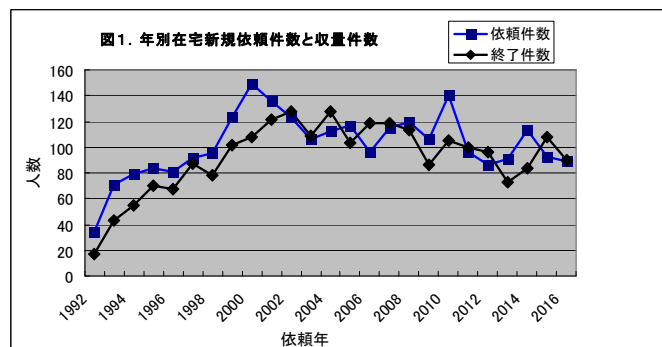
【在宅医療部門】 2017年4月現在

1. 人員 医師：専属3名、非常勤2名、薬剤師1名 栄養士1名（兼務）作業療法士3名 事務2名
2. 業務内容 訪問診療・訪問栄養指導・訪問歯科診療、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導（外部薬局に依頼）
3. スタッフ紹介 【医師】大川薫（在宅医療部部長）、藤島正雄（医長）、原澤慶太郎（医員）、吉田賢史（非常勤）、吉崎洋介（非常勤）、

【業務実績統計】

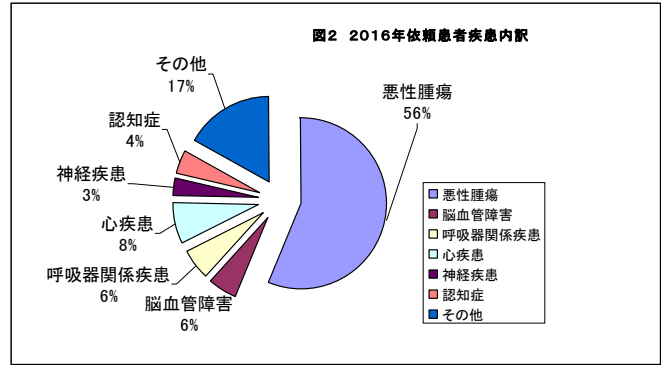
1. 依頼患者数・患者数の推移（1993-2016）

在宅医療支援部の発足から、現在までの患者数の推移を表したのが図1である。これを見てもわかるように、1999年より、依頼患者数は急激に増加している。これは介護保険の導入により、医師、看護師の在宅医療に対する意識が高まったこと、また総合相談室の創設により、退院から在宅医療への移行が円滑になったことなどが関係していると思われる。介護保険導入前後から140名前後に増加した依頼患者数も、介護保険関係施設やケアの充実などにより、ここ数年は100名前後で安定していた。なお、2016年の新規依頼は89名であった。担当地域は、鴨川、勝浦、夷隅地区で、南房総市及び館山市は亀田ファミリークリニック館山で受け持ち、広範囲の地域をカバーしている。



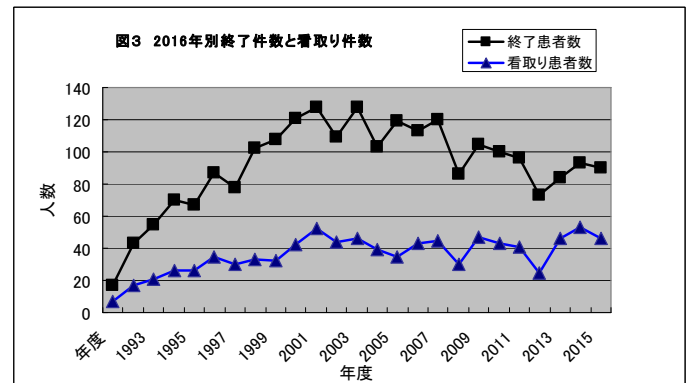
2. 2016年の新規依頼患者内訳

2016年の新規依頼患者（89名）の疾患内訳を示したのが図2である。依頼患者のうち最も多いのが緩和ケアを必要とする癌の患者さまで、依頼全体の56%を占めている。次に多いのが心疾患8%、続いて脳血管障害6%、呼吸器関係疾患6%となった。以前多かった脳血管障害の患者さまは、年々減少傾向を示し、それに引き替え悪性腫瘍の患者さまが増加した。近年の在宅医療高度化により、重症化した患者さまの医療を担う傾向となっている。



3. 転帰（ご自宅での看取り）

1992年からの訪問終了患者さまの終了件数とご自宅での看取り件数を示した。各年とも8割以上が死亡による終結であり、2016年では終了者90名中在宅死46名で看取りの率は51.1%であった。着実に自宅での看取りを実施することで『最期の時を自宅で過ごしたい』と希望される患者さまには、可能な限りご希望に添えるようスタッフ一同努力している。



【教育・カンファレンス・その他】

1. ショートカンファレンス 毎労働日（業務終了時）

毎夕のショートカンファレンスには在宅医療担当医、看護師、薬剤師、栄養士、作業療法士、事務職が参加し、それぞれ実施内容の報告を行う。

2. 専門科とのカンファレンス 神経内科、呼吸器内科、総合診療科カンファレンス 各月1回

各専門科を退院した患者さまの退院後のフォロー内容や専門科医師との連携方法、退院し在宅医療を受ける予定の患者さまの療養方針などを話しあう。在宅医療医師、専門科医師、訪問看護師、薬剤師が参加する。

3. 緩和ケアカンファレンス 週1回

緩和ケアを必要とする癌患者さまの療養を適切に保つため、さまざまな角度からの検討を行う。患者さまの痛みを医学的に取り去るだけでなく、スピリチュアルペインにも対応するため、チャプレンも参加している。緩和ケアチーム担当医師、看護師、チャプレン、在宅医療医師、訪問看護師、薬剤師が参加する。

（文責 山野裕）

【訪問看護部門】

【はじめに】 亀田訪問看護センターは、住み慣れた自宅で療養したいと希望する患者様に、病状が安定し、安心して生活が続けられるように、院内外の保険・医療・福祉分野の多職種と連携し在宅療養をサポートしている。これによって、人工呼吸器装着患者様や末期癌患者様などには、退院支援看護師やMSWとの連携を密にとりながら退院に向けて調整機能を発揮している。また、亀田クリニックに通院中の患者様の訪問看護の依頼には、主治医や介護支援専門員と即時に連携し、訪問看護の導入を行っている。訪問看護開始後は、病状の観察を実施しながらセルフケア能力の向上へ働きかけを行

い、在宅療養を妨げる可能性のあるリスク因子をアセスメントして悪化予防に働きかけ。患者様を中心とした 家族全体の QOL 向上を目的としたサービスの提供を実践している。

1. 訪問看護センターの理念

1) 「われわれは、地域の人々がその人らしい生き方を選択でき、その人の幸せを実現出来るように支えていきます」

2) 運営方針

(1) 訪問看護サービスは、常にサービスを受ける人の傍らにあり、その人に必要な援助をもっともあう方法と優れた技術で、真心をもって実践します。

(2) スタッフが向上心を持ち、目標実現やキャリアアップを通し、人として成長できる環境を提供します。

2. 業務内容

終末期看護・疼痛緩和ケア・リハビリ期ケア・家族看護・予防看護など、疾患や年齢、病期を問わず、看護が必要な方への看護を実践している。いずれも主治医との密な連携のもとに患者様や家族の生き方を重視し、医療と生活を統合するケアの提供を目指している。これらは、地域でかかわる様々な職種とのチームケアのもと実践している。また、疼痛緩和ケアにおいては、緩和ケアを必要とする患者様に対して、緩和ケアチームとのカンファレンスを通してコンサルテーションができる体制にあり、質の高い看護ケアの提供につながっている。

1) 医療保険による訪問看護

0歳児から高齢者まで、疾患や病期にかかわらず、訪問看護サービスを必要とする方の元にご利用 いただいている。

介護保険による訪問看護

要介護1～要介護5に該当（見込み）した方を対象に、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のケアプランのもと、利用者や家族を含めたチームで総合的に生活をサポートしている。

2) 24時間連絡対応体制

在宅療養支援診療所である亀田クリニックとの連携の元、訪問看護センターでは24時間体制で患者様からの様々な連絡に対応し、随時訪問できる体制をとっている。

電話連絡の内容の主な内容（図1）は、相談・手技確認が多く、次いで発熱、疼痛、呼吸苦と続く。緩和ケアを必要とするがん患者様の症状コントロールや訪問看護までに生じた不安に対し瞬時に対応でき、在宅での看取りを希望する患者様や家族や、退院したばかりの利用者家族に対して、安心した生活を継続するための重要なシステムであるといえる。

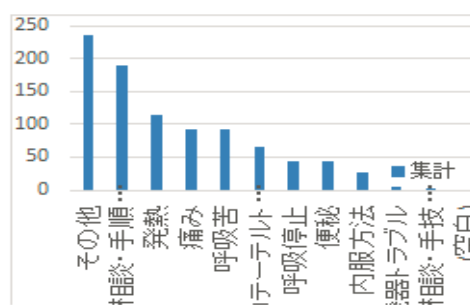


図1. 24時間電話連絡内容

3) 小児在宅移行支援委員会

重症心身障害児の地域への受け入れ拡大、入院病床の有効利用を目指し、NICU、小児病棟、外来、訪問看護ステーションへの患者の看護がシームレスに実施でき、病院から地域へのシステム構築を目的に活動。作成した指導パンフレットや情報共有シートの運用、診療管理料の把握と管理物品の統一、医療機器使用ルートの見直しなどを行った。2016年度は小児在宅移行パスの試行、地域の保健師との連携システムの検討、災害対策の検討を行った。

4) 心不全チームカンファレンス

慢性心不全患者の再入院を防ぐ目的で、入院を繰り返す患者に訪問看護が導入されるようになった。訪問看護では、生活状況の把握からセルフケア行動の問題点をアセスメントし、悪化の兆候を明確にしていく。主治医と共有し、悪化の兆候に早期に対処することで、心不全増悪による入院を防ぐことに寄与している。

5) 各診療科カンファレンス・情報共有

在宅医療部門【教育・カンファレンス・その他】に準じて実施している。

3. 業務実績

1) 2016年度の概要 新規の依頼は93名であった。亀田総合病院の34診療科のうち18の診療科からの依頼だった。診療科別では、総合内科、神経内科、呼吸器内科、循環器内科、腫瘍内科が上位を占めている(図2)。総合診療科の依頼が多い要因は、患者の高齢化に伴い、一人の患者が複数の慢性疾患の長期管理をしていることが考えられた。このような患者は、慢性疾患の急性増悪で、入退院を繰り返す、感染症などの入院をきっかけに日常生活動作が低下し通院困難になる、がんなどの新たな疾患を発症しても侵襲的な治療を望まないなどがある。訪問看護では、生活の中での問題点を見だし、患者家族と共有したうえでセルフケア行動の向上に働きかけ、病状が安定して生活を維持し、入院を回避するようにしている。

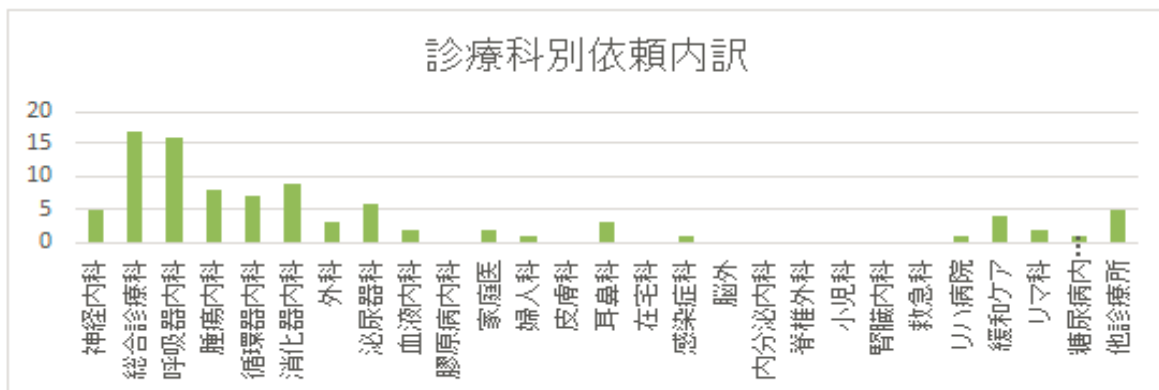


図2. 診療科別内訳

2. 延べ訪問件数：(図3)

2016年度の月平均ののべ数は平均462件であった。

月別で大きく変動はなく、数年のトレンドでも大きく変化はない。

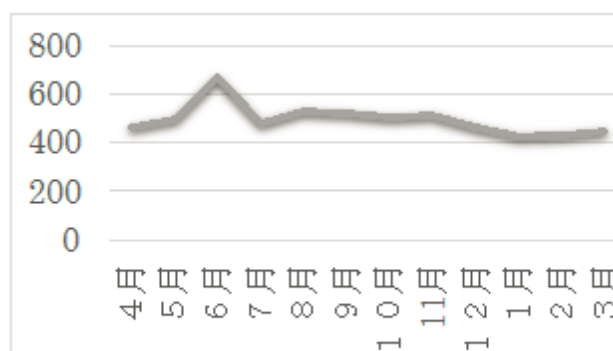


図3. 月別延べ件数

3. 在宅での看取り数

死亡による利用終了者78名中、在宅で看取りは55名であった。23名は病院や施設での死亡となっている。死亡による終了者の7割が自宅で看取ることができ、自宅で最期まで

過ごしたいと希望する患者様や家族の希望に添った療養生活が送れるように、症状緩和を始め利用者のニーズにあったサービス提供ができるように努力している。

4. 人員

看護師：11名（うち訪問看護認定看護師 1名）

作業療法士1名（兼務）

理学療法士 2 名（兼務）

管理栄養士 1 名（兼務）

亀田訪問看護センター（鴨川市、平成 4 年開設） 8 名

亀田訪問看護ステーション勝浦（勝浦市、平成 9 年開設） 3 名

5. スタッフ紹介

師長：佐々木真弓（亀田訪問看護センター所長）

主任：田嶋ひろみ 中内陽子（亀田訪問看護ステーション勝浦所長） 他 8 名

6. 教育

1) 部内勉強会：毎月一回、スタッフからテーマの希望をとり、医師と看護師で担当を分担し行う

2) チームカンファレンス：

メンバー：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士

目的：利用者の方針確認・方針検討・問題解決

3) ナースカンファレンス：週 1 回 45 分間

メンバー：各チーム看護師

目的：看護計画の妥当性の検討、ケア内容統一のための情報共有、問題解決

7. 講師依頼

・亀田医療技術専門学校看護学科：在宅看護論各論 久保田智美・山田妙子

・院内 BLS 研修：BLS インストラクター 田嶋ひろみ

・総合内科研修医対象レクチャー 中内陽子

・介護職員初任者研修講師 佐々木真弓

・亀田医療大学非常勤講師「療養者と家族を支える訪問看護の現実と課題」シンポジスト 佐々木真弓

・亀田医療大学：在宅看護論（小児）木村 奈津子

8. その他

鴨川市介護保険運営協議会 看護協会代表 佐々木真弓 年 2 回出席

（文責：佐々木・丸山）

【総合相談室】

総合相談室はソーシャルワーカー（以下、SW）とケアマネジャー、退院支援看護師（以下、退院支援Ns）が協働する部署である。当室のケアマネジャー・退院支援Nsにはベテラン看護師（以下Ns）がおり、SWと多職種混合で、各専門職の視点を活かすことを特徴としている。K棟玄関すぐ右手のカウンターの奥には地域医療支援部の広い部屋があり、総合相談室の他、訪問診療、訪問看護、訪問栄養士、薬剤師、訪問PT、地域医療連携室、亀田産業ホームケアサービスの訪問介護員らがオフィスを共にし、朝には約80人が顔を合わせる。SWは科別に担当を決め、毎週37の定期カンファレンス（病棟Ns、医師、リハビリ、薬剤師、栄養士等）に参加し、関与が必要な患者情報をいち早く得て、タイミング良く関わられるようにしている。医療サービスの向上、在院日数の適切な短縮等を目指している。精神保健福祉士（PSW）も同室で共に活動し、日常的にリエゾン介入ができる環境になっている。当院のPSWは総合病院の中の精神科として、当地域の貴重な社会資源となっている。

当室の援助記録は、電子カルテシステムとは別に、独自のデータベースを持ち、総合相談室職員のみがアクセスでき、個人情報保護に配慮している。

ケアマネジャー事業は病院内にあることから重介護者が大半を占めている為、特定事業所の認可を受けている。

【総合相談室】介護保険施行(2000年4月)に向け、1990年10月、SW4名だった医療相談室にケアマネジャーを加えて新設。

- ・2008年度、退院支援Ns新設。主に医学的管理を必要としている患者さまにSWと共に関わっている。
- ・2008年10月ケアマネジャーは特定事業所加算Iを取得。

【亀田リハビリテーション病院】2004年6月オープン以来、SW2名を派遣し、この地域の貴重な社会資源として機能するよう努めている。

【精神科病棟】2005年6月精神科病棟開設時よりPSWを配置。現在4名。当地域、唯一の精神科と身体科の合併症をカバーできる総合病院内精神科(40床)である。院内リエゾンも定着し、精神科訪問看護の他、地域移行支援会議、就労支援事業所、市担当者や小中学校とのケース会議等へも積極的に参加している。

【亀田ファミリークリニック館山】2006年6月の開設時から、館山地区担当ケアマネジャー4名が勤務。

【安房地域医療センター(館山市)】2008年度太陽会が運営することになり2009年1月からSW2名出向。

- ・2011年度、太陽会「総合相談センター」として安房地域医療センター相談室と中核地域生活支援センター「ひだまり」を合体させ、出向SWがセンター長に就き、まとめている。「ひだまり」には精神科分野を含む多重問題の困難ケースが多く、専門家の力が必須で、当室PSWが週1回コンサルテーションを行っている。

1. 総合相談室の業務内容と2016年度の目標と実績

総合相談室のミッションは「誰もが地域で幸福と感じる生活を支援する」。そして「手をさしのべ合える社会を目指し、まずは私たちから社会資源を創り、広げていく」というビジョンを持っている。

2015年度の目標は介護・診療報酬の算定、多職種協働の推進、病棟との情報共有、他医療機関や患者宅への訪問等をあげた。退院支援Nsは外来患者も支援対象とし、当院訪問看護と定期会議の開催や、外の訪問看護ステーション訪問をし、在宅医療にうまく繋げるよう努力している。SWは患者宅にケアマネジャーと同行訪問し、退院後の生活を目で確かめ、患者さまの在宅生活をイメージする一助としている。また、地域医療連携室と共に地域の一般病院や療養型病院、施設等へ訪問し、顔が見える関係作りと、先方の状況と当院のベッド状況をお互いに理解するよう努めた。毎週(水)には20数件の近隣の一般・療養型病院等に電話し、空床状況を把握し、地域ぐるみでベッドコントロールができるようになることを目指している。

当院居宅介護支援事業所ではがん末期患者が多く、短期間で亡くなる方や、慢性疾患の利用者は入退院を繰り返す方が多かった。介護度3以上は50%前後だった。

2. スタッフ

室長：鎌田喜子 副室長：打野弘子 主任：吉野有美子、清水洋延、児玉照光、香田道丸

医師 1名 (顧問)

ケアマネジャー 10名 (看護師2名、社会福祉士4名、ホームヘルパー4名)

退院支援看護師 3名 (6月に3名になった)

ソーシャルワーカー 21名 (PSW4名、亀田リハビリテーション病院2名、安房地域医療センター2名を含む)

3. 業務統計

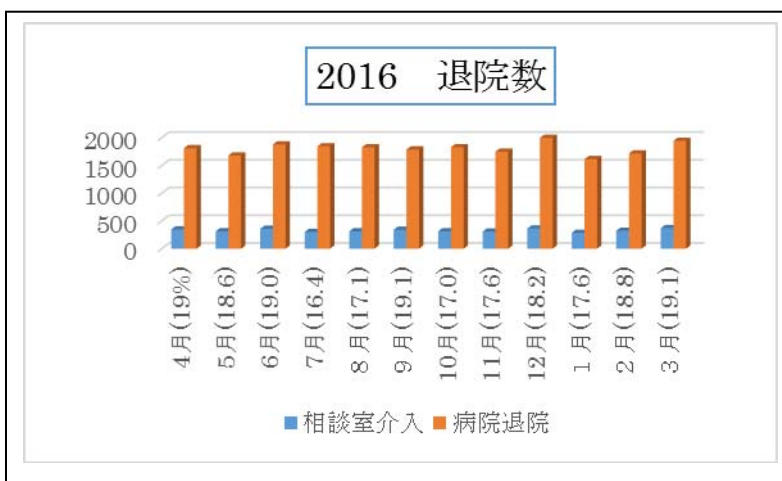
今年度、総合相談室が関わったケースは再介入を含めると5011(前年度5290、以下同様)件だった。うち、外来は1032(1351)件、入院は3672(3671)件だった。入院は変わらず、外来が減った。亀田リ

ハビリ病院は 286 (266) 件、受けていた。

総合相談室が関与した退院数(亀田リハビリ病院含む)は 3935 (3889) 件で、全退院数の約 18%であった。転帰先は自宅が 2294 (2341) 件、自宅以外は 1244 (1197) 件、252(212)カ所の病院・施設に退院していた。死亡は 358(345) 件。リハビリ病院へ転院したケースは 325(323) 件で、うち、亀田リハビリ病院へは 263(262) 件と昨年同様の数値だった。一般病院へは 352(284) 件、療養型病院は 210 (200) 件、転院していた。亀田在宅医療へは 84 件、他訪問診療へ 46 件、他訪問看護へ 32 件、繋いで退院した。

科別受付数は(入院+外来)、総合内科 661(632)件、神経内科 421(551)件、循環器内科 418(361)件、消化器内科 374(361)、呼吸器内科 341(304)件等であった。総合内科、循環器内科、呼吸器内科が増加した。外来からのがん患者さまの依頼は増えている印象がある。

診療報酬の算定も目標の1つに挙げた。退院支援加算1を算定し、100%を目標とし、殆どの月で90%前後となった。介護支援連携加算と合わせ、一人一人の日々の努力が成果を出した。



退院支援加算
1276 (昨年度 1,544) 件

介護支援連携指導料
1284 (1,577) 件

文責 鎌田喜子

***精神保健福祉士 (PSW) の業務**

4名のPSWが、クリニックや救急外来へ来院する患者さま、及び当院精神科病棟や身体科病棟で主に合併症のある患者さまを対象に、各種相談や依頼に応じた。合併症治療に関しては特に、精神科リエゾンチームの一員として活動し、当院の治療機能を更に活かしてもらおうべく、近隣の精神科病院との間で円滑な連携体制を築くことに努めてきた。

一方、早期退院の為の治療的プログラムへの参加や、退院後の再発・悪化の予防や早期介入を目的

とした精神科訪問看護指導を実施した。

〈病院内〉

- ・精神科病棟プログラム（「生活サポートプログラム」）運営委員会
：精神科病棟内、看護師及び臨床心理士と共に参加（毎月2回）
- ・精神科訪問看護
：病棟看護師と共に実施（91件）
精神科訪問看護カンファレンス（毎月第2月曜日）
- ・コンサルテーション・リエゾン
：医師、看護師及び臨床心理士等と連携して実施（68件）
リエゾン・カンファレンス（毎週火曜日）
- ・行動制限最小化委員会：医師、看護師及び臨床心理士と共に参加（毎月1回）

〈院外〉

- ・精神障害者地域移行支援協議会 安房地域／夷隅地域（毎月1回）
- ・安房地域心の健康のつどい事業・実行委員会（毎月1回）
- ・三芳病院・田村病院のPSWとの連絡会議（隔月1回）
- ・その他(不定期開催)：安房保健所断酒学級設営に係わる支援協力 月1回
鴨川地域精神障害者家族会「オレンジ会」への支援

文責 清水洋延

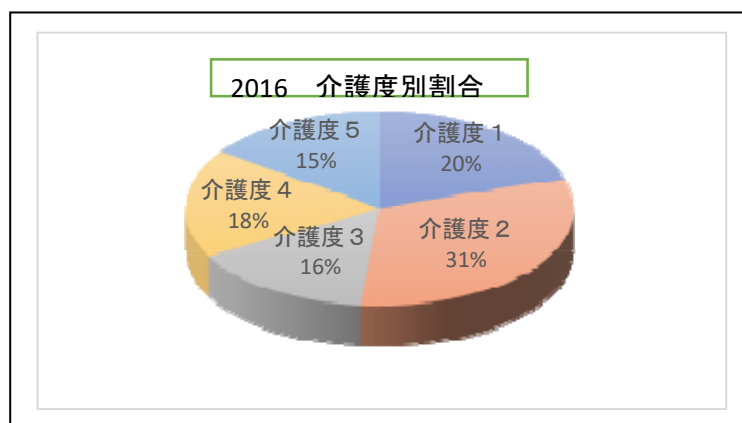
4. 介護保険関係

居宅介護支援事業所としては、主任ケアマネジャーの認定を3名が受け、特定事業所加算Ⅰの認定を取得している。これにより、介護度3以上の利用者を40%維持しなければならない。地域包括支援センターから困難事例や医療依存度の高い方等の紹介を受けている。予防給付の委託は受けていない。

当院のケアプラン数全体では、介護保険導入当初と比して、ケアマネジャー一人当たりの受け持ち数に制限が加わったことにより、おおよそ300件前後である。当院のケアマネジャーと契約している要介護者の介護度別の内訳は以下の通りである。

末期がん患者の新規契約者は月10名ほどあり、最期の貴重な時間を自宅で迎えたい患者に短時間で、在宅生活を送る為の医学的管理や環境整備などを行い、スムーズに在宅に帰れるよう援助した。これからも増加すると見込まれ、在宅診療や訪問看護等との連携を密にしていく必要がある。

最近では介護保険の普及により、低い介護度からサービス利用している利用者が増えてきたことにより、重症者40%維持が難しくなりつつある。今後も当相談室の特徴を大いに発揮し、他職種との連携を密にすると共に、ケアマネジャーの質の向上に努めていかなければならないと考える。



文責 打野弘子

5. カンファレンス・教育・研修・啓発活動

(1) モーニングカンファレンス・ケースレビュー

毎朝、当相談室スタッフ全員で行われ、前日の新患登録患者、および退院患者についての報告と検討が行われる。

・SWは毎週月曜日の朝、2チームに分かれて、ケースレビューを行い、それぞれのSWが持つケースをお互いに把握している。

(2) 部内勉強会・カンファレンス : 169回開催

〈SW・ケアマネジャー合同〉第1火曜日の朝、研修報告や話し合いを行っている。 28回

〈SW・ケアマネジャー別〉

・SW・ケアマネジャーそれぞれ全員集まり、毎週火曜日夕方、研修報告、ケーススタディ、勉強会を行っている。各46回

・SWは毎週水曜日の朝、7~8人の発言しやすい人数で2チームに分け勉強会を開き、タイムリーな事例検討や文献抄読等を行っている。 49回

(3) 学会・研究会発表

◇日本医療社会事業学会 2016年5月28日(土) 新潟市

・石井 悠也 『国民健康保険 保険料滞納者へのソーシャルワーク支援』

◇千葉県医療社会事業協会 研究発表会 2016年12月11日(日) 千葉市

・石井 悠也 『困難事例における支援者側のマネジメント』

◇精神医療・新さざなみネットワーク 2017年3月11日(土) 木更津市

・清水 洋延 『急性期医療と臨床感覚』

◇安房の精神保健福祉を考える会 2017年1月18日(水) 館山市

・緒形 将一 『亀田総合病院における退院支援』

(4) 講師派遣

・介護職員初任者研修 藤井さゆり、落合朋子、打野弘子

・千葉県立長狭高等学校 医療福祉コース講義 藤井さゆり、落合朋子、打野弘子

・亀田医療技術専門学校 第1・第2看護学科 「精神看護学3」 清水洋延、栖原千智 7回

・亀田医療大学ゲストスピーカー 打野弘子、吉野有美子、鎌田喜子

・淑徳大学ゲストスピーカー 清水洋延

(6) 研修会開催

・『大学生向けSW研修会』2016年9月3日(土) 当院K13階にて

講師：総合相談室SW

参加者：8大学から26名(上智大学、立正大学、日本女子大学、淑徳大学、明治学院大学、駒沢大学、武蔵野大学、東京福祉大学)

(7) 実習生受入

・文京学院大学 2年生 2人2日間

(8) 地域連携訪問 顔の見える関係と意見の言える関係を目指している。

・地域医療連携室メンバーと共にやりとりのある病院、診療所、施設等を訪問して、情報交換した。52機関。

・退院支援看護師が訪問看護ステーションを訪問。20件。

文責 鎌田喜子

6. その他の活動

がん相談支援センター

当院が国の地域がん診療連携拠点病院の指定を受け、「がん相談支援センター」を総合相談室が担っている。院内外の患者さまからの相談は年々増加している。

【相談】年間 3318(2715)件 面談：1825(1356)、電話：1335(1206)、その他：158(153)の相談があった。

【ピア・サポート】千葉県地域統括相談支援センターの行うピア・サポーターズサロン千葉に協力し、当院内でもサロンを2回実施(8/25、11/9)。

【事務局】患者会「アロヒカイ」やガーデニングボランティア「ナチュラルガーデン」の事務局を担い、会の活動が円滑に進むよう支援をした。

【就労支援】講演会開催(10/15)『就労継続をするために知っておきたいこと～実体験から学ぶ～』

がん患者の就労支援への取り組みとして一般市民向けに「がん就労支援講演会」を実施しピアースポーターと社会保険労務士から実体験をお話していただいた。

【総合相談室向け勉強会】外部からの電話相談が多い為、呼吸器外科に肺がんについて(4/12、4/19、4/26)、消化器外科に胃がん(7/26)、大腸癌(8/19)、肝胆膵がん(11/4)についての勉強会を開催した。

◆担当：石井悠也、児玉照光、吉野有美子、高畠和恵、君塚法子 文責 吉野有美子

安房地域難病相談・支援センター事業

二次保健医療圏毎にセンターが設置され、「地域で生活する難病患者等に、保健・医療・福祉に関わる相談の実施、患者団体等の活動に必要な支援、情報の提供等を行うことにより、難病患者等の生活の質の向上を図ること」を目的としている。継続して取り組んでいる各種事業について、新たな業務展開を始めている。

【コミュニケーションエイド貸し出し事業】伝の心や指伝話、レッツチャット、スイッチ類に加え、ポータブルスプリングバランサー(右利き用)の貸出を開始した。使いこなせることを試してから購入できる。

【患者会活動支援】患者会主催の交流会の会場準備などの間接的支援も軌道に乗り、今年度は千葉県網膜色素変性症協会の交流会活動を支援した。口コミで他の患者会からもお声がけいただく様になった。

【千葉県在宅難病患者用非常用電源装置設置事業】購入した高機能発電機23台の安房県内7カ所の主要病院や施設への配置のほか、医療機器を使用する在宅難病患者への無料配置の相談を適宜行った。

【研修会】

「嚥下食の作り方(調理実習)」(6/16鴨川、6/17館山市)、「神経難病について医学の基礎知識」(10/29)、「ピア・サポートについて」(3/10)を開催した。前年度までは福祉に携わる「関係者」の参加が殆どで、患者・家族は2~3名の事が多かった。今年度は、車いすの患者・家族が調理実習に参加したり、がん患者・家族もピア・サポートについての研修会に参加したり、活発な意見交換が出来た。

「介護職員等による喀痰吸引等1・2号研修」を開催し、10名受講し、基本研修は全員合格。実地研修は9名修了している。

【クリスマス会】(12/16)当センターのメインイベントとも言えるこの会は初めて参加された方からも好評で、毎年リピーターが増加傾向にある。

◆担当：大川薫、皆川絵理、山本美穂、田村希美、萱野くに子

◆事務局：地域医療連携室 林裕子

文責：皆川絵理

ノーマリゼーションセンター

ノーマリゼーションセンターは、障害者雇用促進を目指し活動している。2011年1月に開設したワークサポート室では、身体障害手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳を持つ職員11名が働いている。業務内容は院内各部署から依頼される発送作業やシュレッター、スキャナ、PC入力等である。

2016年度は「法定雇用率達成」を重点課題として取り組み、法定雇用率2.0%を達成することが出来た。

引き続き法定雇用率の維持と、離職者0人を目標に取り組んでいく。

◆担当：落合朋子、橋本理恵、平岡恵、粕谷智和（人事課）

文責 鎌田喜子

【地域医療連携室】

当室は亀田総合病院と他の医療機関間のやり取りをスムーズにすることのみを目標とせず、南房総地域における医療・福祉・介護のすべてにかかわるネットワークの改善・有効活用を目標とすることで、地域の住民により安全で安心した生活を送っていただけるように活動していきたいと考えている。現在の重点項目は、当院と他医療機関との関係性である。当院が率先してコミュニケーションの改善を図ることで、他医療機関の「信頼」を得ることが肝要である。それを成し遂げて初めて、南房総ヘルスケアネットワークの改善を地域全体で考え始めることができる。

1. 2017年度目標

『顔の見える関係を軸にした、コミュニケーションネットワークの構築と促進』

1. 訪問を継続し、情報の共有を図る
2. 地域病床の有床活動を図り、住民が安心できる医療環境を確保する
3. 地域連携 Web サイトを、院内外で広く活用できるようにする
4. いすみや君津地区での勉強会や交流会を活発にする

2. 2016年度目標の評価

1. 『訪問を継続し、情報の共有を図る』について

今年度は、患者さまの転院依頼やお願いする関係の強い医療機関様に多く訪問した。

2. 『地域病床の有床活動を図り、住民が安心できる医療環境を確保する』について

地域医療機関のベッドの活用がうまく廻るよう、調整を図った。

3. 『実用的な Web 地域連携サイトの充実を図る』について

地域連携サイトについて、各医療機関さまの専門科を確認し直したり、検索方法を充実させた。

4. 『いすみ地区での勉強会や交流会を活発にする』について

いすみ地区・安房地域の2施設で看護勉強会として、褥瘡・感染・医療安全の看護勉強会を実施した。安房や夷隅地域の医療機関さまが集まる機会となり活発な交流が図れた。

3. 業務紹介

- 1) 全体管理
 - ①地域医療連携室の体制作り
 - ②市民や地域からの要望を元に関係各所の改善を実施
 - ③活動状況分析と新たな問題点改善の実施
 - ④「亀田・地域・患者さま」のメリットや明確な評価指標の構築
- 2) 交流・連携
 - ①内部・医療福祉施設・市民・行政関係者との交流検討
 - ②地域医療機関の訪問

- ③地域医療連携機関の基準作成
- 3) 内部整備
 - ①ベッドコントロール情報管理
 - ②医療材料の分販について
 - ③紹介状返書内容の充実
- 4) 情報化
 - ①地域における医療・介護・福祉連携の一本化
 - ②地域連携ツールを用いた情報共有
 - ③HP・院内WEBの整備
 - ④地域医療連携室だよりの充実
- 5) 教育
 - ①地域の市民対応のサロンの参入
 - ②地域出向勉強会
 - ③検査紹介増
 - ④講演会・交流会の充実
 - ⑤ 院内医師教育

4. 構成員としては、

地域医療連携室の室長は不在、診療部外科の草薙洋主任部長，緩和ケア科の蔵本浩一医長、情報戦略室の杉田登子室長（看護部師長と兼務）事務スタッフ6名で活動している。

地域医療連携室会議は、診療部2名、看護師5名、薬剤師1名、SW2名・亀田医療大学2名と事務スタッフ7名合わせて19名が意見を出し合い情報共有しながら協業している。

今までの実績を基に、今まで以上に地域とも連携を深めていきたいと考えている。

5. 年間活動内容と実績

1) 地域医療機関訪問として毎月1～2日に医師・看護師・SW・事務等の3～4名他で52施設訪問した。

2) 「医療機関連携の覚書」締結昨年72施設の所今年2施設と締結することができ、74施設となった。今後もより一層連携強化の依頼をしていく。

3) 地域医療連携室会議として月2回実施しているが、協議内容が減少してきて報告事項がメインになってきている事もあり、平成28年7月からは月1回実施し第107回迄終了した。

4) 第7回地域医療連携交流会を2/21に実施した。

テーマ「地域包括ケアについてー第2弾ー」講師として近隣の医療機関さま、亀田医療大学：新田静江教授、有限会社フローラ：川名延江取締役、山之内病院・リハビリテーション課：三好主晃課長、鋸南病院：金親正敏院長を招聘し、事例をふまえてお話いただいた。その後会場を変えて懇親会を行った。地域より22施設91名が参加され、院内職員も加わり総勢140名が参加した。

5) 安房・夷隅地域勉強会として安房地域医療センター・いすみ医療センターを会場として実施した。

ア①安房地域看護勉強会（7/15・8/9・9/23・10/21）4回シリーズ 会場：安房地域医療センターにて、当院セフティマネージャー川洲朋美「医療安全の基礎知識-組織で取り組む医療安全」・リハビリテーション科宮越浩一医師「医療安全-重大な事故対策」・感染管理認定看護師古谷直子「感染予防の基礎知識」・WOC認定看護師小倉美輪「褥瘡ケアの基本」を実践した。近隣17施設平均20名が参加した。

②夷隅地域看護勉強会（11/17・12/9・1/17・2/24）4回シリーズ 会場：いすみ医療センターにて、当院感染管理認定看護師古谷直子「感染予防の基礎知識」セフティ

マネージャー川洲朋美「医療安全の基礎知識-組織で取り組む医療安全」・リハビリテーション科宮越浩一医師「医療安全-重大な事故対策」・WOC認定看護師佐藤理子「褥瘡管理」を实践した。いすみ医療センターが中心に近隣13施設平均33名が参加した。

㊦ 摂食・嚥下障害勉強会（2/18）会場：亀田総合病院・継続学習センター研修室にて当院の小島千沙摂食・嚥下障害看護認定看護師と千葉県千葉リハビリテーションセンター青木ゆかり摂食・嚥下障害看護認定看護師・千葉医療センター飯原由貴子摂食・嚥下障害看護認定看護師・東邦佐倉病院新井沙耶香摂食・嚥下障害看護認定看護師、計11名が講師となり、近隣の看護師や介護福祉士やヘルパーなど21名が参加し「食べるしくみとは」「基本的な食事介助」など演習しながら学んだ。

イ「ELNEC-J コアカリキュラム」①玄々堂君津病院 10/29（土）・11/12（土）

2日間、千葉大学医学部附属病院藤澤陽子がん看護専門看護師と佐藤絹代緩和ケア認定看護師とがん研有明病院平野和恵緩和ケア認定看護師と千葉医療センター手渡和子緩和ケア認定看護師と当院の千葉恵子緩和ケア認定看護師の5名が講師となり、地域医療機関さま17名が参加し、終末期医療について学んだ。

㊧ 当院にて1/21（土）～1/22（日）2日間、千葉大学医学部附属病院藤澤陽子がん看護専門看護師佐藤絹代緩和ケア認定看護師と千葉医療センター手渡和子緩和ケア認定看護師と当院の千葉恵子緩和ケア認定看護師の4名が講師となり、地域医療機関さま19名が参加し、終末期医療について学んだ。

6) 地域医療機関さまと亀田総合病院をつなぐ情報誌「かめだより」の発行

がん地域連携パスだよりを平成22年8月創刊して以来、第15号より地域医療連携室だよりと名称を変更し毎月発行している。当院各科部長・他院院長より地域連携に関する情報を掲載すると共に、当院企画の看護師勉強会のご案内等掲載している。平成26年度からは内容をリニューアルし、第45号より年4回発行にして連携を深めていける様、より充実した内容に努めている。今年度で55号まで発行している。

7) 紹介状について

クリニックや救急での紹介状持参患者は1日平均40件ある。受診報告及び入院報告については2011年度より事務的に御報告通知を郵便で100%返信している。担当医師からの返信については催促してもやっと90%を少し超える程度に留まっている。今後の課題としてシステムを導入するなどして、100%返書を目指して努めたい。

8) 死亡退院報告書について

紹介を頂いた患者様が死亡された場合、郵送してお知らせしている。当室が関与して271件を発送している。

担当医師がお知らせしていない場合、報告書を作成してもらう依頼をしている。作成依頼をして1週間以上書いて頂けない医師は、少なくなってきた。

9) 地域医療連携室として指標を明確にして、実績を報告することにより改善の一助になるように情報処理して院内にも発信していきたい。

文責：唐鎌房子