



公立置賜総合病院

平成 21 年 8 月
第 25 号

医療連携室だより

公立置賜総合病院医療連携室 ☎0238-46-5000 内線 1902, 1409

サテライト病院の 意義・病病連携

公立置賜南陽病
院 副院長
齋藤 博

..... 1

サテライト病院の意義・病病連携

公立置賜南陽病院:副院長 齋藤 博

昨年11月から公立置賜南陽病院に勤務しております。置賜総合病院には県内で一早く電子カルテが導入され、十分に活用されていると思いましたが、総合病院でも未だ紙カルテと電カルとの二束の草鞋でしている科も見られ、情報の共有化がな



ている患者さんがサテライト病院に望むことは総合病院よりアクセスがしやすく、ある程度専門的な診療もでき気軽に受診できる環境があるということだと思います。さらにいつでも具合悪くなれば総合病院で対応してもらい、その際紹介状なしでも日頃の患者さんの情

サテライトにとって情報の共有化は大変重要な鍵

されていない現状は勿体ないと思います。昨年1月にサテライトにも電カルが導入されようやく本来の意味での置賜広域病院組合として連携して医療ができる環境になりました。しかしサテライトでも医師が二束で対応しており情報の共有化がなされておられません。そもそもカルテは1患者1ファイルが原則です。各科ごとにカルテを別々に運用していることは患者さんサイドからみて情報がばらばらですので無駄が多くなります。電子カルテは情報

を統合でき、共有できるもっとも簡便な方法と思います。総合病院からサテライトに転院してくる患者さんは毎月10人程度にのぼり、転院前の情報が電カル上で確認できる場合は問題点、患者の診療の流れがわかり連続した医療が継続できません。紹介状だけでは診療の実態がわかりません。現在の電カルには確かに問題もあります。電子カルテの操作性や複雑な画面で使いこなすのが大変ですし、フリーズすることも多く腹が立ちます。現在サテライトに来

報が電カルを通じてリアルタイムに供覧できればサテライトに通院することに不安を感じることは少ないと思います。サテライトシステムを維持する原点は1患者1ファイルだと思います。それが患者の視点からの医療だと思います。現在でもサテライトの内視鏡や超音波の情報が電カルに反映されておりません。今後の改善が求められます。情報を共有化できる電カルの存在は少数精鋭のサテライトが存在する上でより貴重で重要かと思えます。

医療連携の

今後のあり方

～先進地に学ぶ

保健所の役割～

置賜保健所長

山田敬子先生

... 2~4

認定看護師紹介... 4

医療連携の今後のあり方

～ 先進地に学ぶ保健所の役割 ～

置賜保健所長 山田 敬子 先生

講師紹介

山田敬子 先生

- ・埼玉県生まれ
- ・昭和61年山大医学部卒
- ・昭和61年関東中央病院勤務
- ・昭和64年山形県立中央病院勤務
- ・平成9年山形保健所勤務
- ・平成10年村山保健所勤務
- ・平成14年県健康福祉部保健業務課兼務
- ・平成21年置賜保健所長
- 専門分野: 公衆衛生・呼吸器内科
- 所属学会: 日本肺癌学会、日本結核病学会、日本公衆衛生学会



富山県vs山形県

人口と面積	110万・4247平方キロメートル	120万・8328平方キロメートル
市町村数	15市町村	35市町村
保健所数	6 (富山県を合む)	4
1世帯人員 (H17)	全国4位	全国1位
高齢化率 (H19)	全国18位	全国5位

保健所の役割

保健所が得意とする役割は、各種統計調査やアンケートからの地域分析(診断)、病診連携の中でもいろいろな課題について中立な立場での仲介・調整役、市町村の協力による住民啓発、専門職の集団(保健所は実は診療所)としての活動を通して、地域を「見渡し」、地域を「つなぐ」役目を担います。

私が、臨床から行政に移った一番の理由は、「在宅医療を進めたい、緩和ケアを進めたい、その仕組みづくりをしたい」という思いでした。先進地研修を踏まえ地域の医療連携についてみなさんとともに進めていきたいと考えています。

富山県の黒部市を含む2市2町を管轄する新川厚生センターの事例を紹介させていただきます。管轄人口は13万、置賜保健所はその倍です。富山県と山形県を比較しますと、人口は富山が約110万人、山形は約120万人です。保健所の数は、山形は4つの医療区域に分かれ、最上を除いて他の保健所の管轄面積は神奈川県よりも大きいという状況にあります。

この新川厚生センターがどのように大腿骨頸部骨折の地域連携パスに関わったかを報告します。新川地域において平成13年度地域リハビリテーション支援体制推進事業の開始にともない(因みに、山形はこの事業に手をあげてはいません。東北では青森だけです。)新川地域リハビリテーション協議会設置。また、黒部市民病院が新川地域リハビリテーション広域支援センターに指定され、医療関係者のみならず福祉関係者も含めた89施設が参加しました。地域資源の調査と情報交換の仕組みづくりを行い、かつ公開しています。保健所との関わりは、平成18年に、新川地域連携クリティカルパス・ワーキンググループを設置し、保健所が支援しながら毎月パス策定会議を開催、関係者を一同に集め同じ土俵に置き、医療サイドだけではなく福祉の声も集約したこと、中心は飽くまで支援センターである黒部市民病院で、保健所は黒子に徹しています。また、同年、大腿骨頸部骨折地域連携パスも試行運用開始し、その後12回改定し同年11月に本格運用とな

りました。この間も地元関係者(保健所長含む)を講師として研修会を開催し、顔の見える関係づくりが進み、こまめに意見を吸い上げています。平成19年10月・11月、平成20年9月には、急性期病院持ち回りの合同症例検討会を開催し、医療・介護スタッフが地域ぐるみで患者(生活)を支援するという認識の共有を図っています。また同様に、脳卒中の地域連携パスに日常生活機能評価を導入し、支援する課題を明らかにしてきました。この場合、病院の医療をそのまま家庭に持っていくのではなく、まずは生活支援が優先であることを知らされました。そこに医療者が関わります。さらに患者さんそれぞれの生活目標を設定し、関係者で到達目標を確認していること。また、共有化をはかることから、3か月後には患者の状態評価を行い、関係病院に結果を戻す仕組みを設け、さらに、総ての患者情報をデータベース化し、先述の評価に加え在院日数や在宅復帰率等について関係機関に報告しています。どういった人がどういう状態で課題を抽出して、結果がどうなったかを含めて関係者へ情報を返す仕組みを作ったということです。

次に、がん在宅療養支援事業について、村山保健所で実施したことについて紹介したいと思います。

参考とした先進地域として、宮城県仙南地域保健福祉事務所(平成9年頃、がん患者さんの在宅支援(いわゆる宮城方式)の取り組みについて)、福島県県北保健福祉事務所(一昨年、国補助事業で地域連携推進先進地 村山と同じくらいの人口50万の地域)、富山県新川厚生センター(中川医院、地域の医師会の先生を中心に複数の主治医制を敷いて医師会が進めていったという事例)、山形県庄内病院(庄内プロジェクト 国から指定を受けて地域連携で在宅ケアを進めた事例)です。

本日の話として、①上記の事

業背景とその内容について、②アンケート調査を実施し、地域の課題を整理したもの、③例えば麻薬処方やどうやって患者さんを地域に返すかといったことについてまとめた手引き書について、④あわせて連携のためのツールについて。

まずは事業背景について、がん対策基本法が平成19年4月に施行され、これを受けてがん対策推進基本計画が策定され、国と地方自治体でそれぞれが役割分担しながらがん対策を進めようというものです。①がん予防及び早期発見の推進、②がん医療の均てん化(いつでもどこでもがん難民を作らないように同じような医療を受けられるように)、③研究の推進。がん患者の在宅緩和ケアについては、がん患者の医療生活の質の向上ということについて予算配分されています。3本柱として(特に日本で整備が遅れている)、放射線治療、抗がん剤療法、がん緩和医療の整備に係る専門や医療体制の充実が挙げられています。法律が施行され、行政が関わるようになってきました。国の動きとして、がんに関わる医師は全員、緩和ケア研修を受けることを奨励しており、今年の1月と3月に県立中央病院と日本海荘内病院で開催されていますが、今後は地域拠点病院を会場に行われてくると思います。看護師を対象としても開催されてきています。あわせて緩和ケア普及の地域のプロジェクトとして、全国4地域(本県は鶴岡の荘内病院)で取り組んでいます。県内のがん患者の実数は、年間7,000人を超す新規患者数。県全体の死亡数はどのぐらいかというと、県人口の約1%、12,000人ぐらいです。

その内の約4,000人若者が、がんで死亡しています。置賜では約737人ががんで死亡していますが、その約5%が在宅で死亡しています。在宅死数は、国の進めている割には年々減っています。何故国では在宅を進めているかと言うと、国の推計の2038年

の死亡者のうち、現在の病床数を増やさないとすると、約90万人をどこで看取るかということが課題として出て来ているからです。さらに、2025年を想定した場合、あつと言う間に、高齢者の割合が高まる事が推計されています。高齢者の方に対して、現場で実施されている医療が、人生最後に臨むのにふさわしいのかということも含めて見直す時期に来ていると思います。

保健所では、平成20年度より3か年事業として、がん患者在宅療養支援推進会議の設置、がん患者の在宅療養に関する実態調査、がん患者在宅支援研修会の開催等取り組んでいます。

アンケート調査結果から、緩和ケア実施状況は、拠点病院と一般病院の21施設の内3分の1以上が実施しているが、診療加算については、専任を置くことができないということから実質行っていないという実態でした。在宅療養に係る病院における課題として、主なものとして①家族の理解が得られない、②地域療養に移行するシステムが未整備、③在宅療養支援サービスが不十分、④受入れ可能な病院・診療所の情報不足等の回答が出されています。病院における退院後の支援内容については、①急変時の受け入れは行っている、②地域カンファレンスへの出席、③往診、④訪問診療、また「訪問看護」、「自宅での看取り」、「医療器材の貸し出し」は3分の1がなされている等の結果がアンケートから判明しました。診療所における在宅療養支援状況につ

いては、特に気になったのは、退院時の共同指導です。実質、施設でしか開催しているところはありませんでした。こういうカンファレンスは、主治医でなくとも診療所の職員が出席しても良いことがまだ理解されていないようです。このことが伝わっていないと実感しました。

訪問看護ステーションについては、18施設のうち15施設はがん患者の訪問看護を実施しており、16施設は24時間訪問可能となっています。薬局は、79施設のうち65(82.3%)の施設が麻薬の取り扱いを実施していましたが、在宅の関与はほとんどありませんでした。何故現場に行っていないかということ、人員が少ないことと、どう関わって良いか分からないと言った声が聞かれました。

施設の調査では、ショートステイも含めて、がんの患者さんを結構受け入れていることがわかります。その内、32施設(62.3%)が看取りを実施していると回答がありました。昨年8月から、老健施設については、麻薬や一部抗がん剤の処方でもできるようになりました。地域包括支援センターについては、メンバーがすべての介助に参加していないということが出されました。居宅介護支援事業所(西村山)については、ケアマネージャーとして経験が不足していることからサポートまでは難しいとの意見が出ていました。また、かかりつけ医を探すのも難しいとの意見が聞かれました。

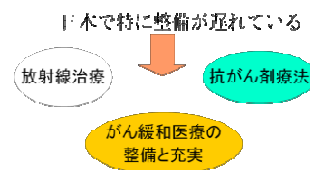
今回の調査を受けて「手引きの概要」のパンフレットを作成しました。内容には、看取りの場を在宅としたとしても、村山地区は県内で高齢化の高い地区で、老老介護でとても在宅が無理な方々がたくさん控えています。何とか施設で、短期でも、ショートやデイサービスでも受けとめてもらえるように、関係者が読みやすく分かりやすいようにしました。福祉施設で麻薬を取扱いは在宅と同じで、金庫で管理する必要がないのです。患者家族が取りに行けない時は職員が代行できるとかのQ&Aを作りました。また、患者さんが無くなった時の死亡診断書の作成についても、医師は24時間以内に患者を診ていれば診断書を書けるし、死んだ人の異常の有無を確認し、有れば警察に通報しなければならないという法律があるので、それに沿って対応すれば良いことも説明しています。

疼痛コントロールについてですが、日本医師会ホームページに「がんに関するページ」をクリックすれば誰でも印刷できるので、このことについても薬の写真を添付して手引に記載しました。身体症状の対処については、庄内プロジェクトのOPTIMのホームページからその要素を手引きに掲載し、ワーキンググループからの要望があったIVHポートの管理の手技も手引きに追加しました。

連携ツールとして、庄内プロジェクトの紹介が出ているホームページへ

(時頁へ)

がん対策推進計画の3本柱



にいわ
新川地域で
の取り組みの特色

連携パスに係る会議は、口の字になって、対等に、それぞれ自分の専門的な役割をきちんと固めるような形で話し合いがなされています。そして、それを患者さんにキチンと伝えるために、生活支援の目標を設定して、回復期のリハビリ病院、介護施設、在宅でそれぞれ何を行うか、どう説明をしたかを記入できるような一枚のシートを作っています。

連携パスですが、普通は急性期と回復期はありますが、維持期も含めて一枚にまとめて、ケアマネージャーとかみんなでチェックできるようになっています。ここまでできればいいなと感じております。

本県との違いは、先ほど説明しました管轄している人口や面積の違いのほかに、スーパが冷めない範囲に拠点病院が近接していることと、保健所の担当が複数配置されており、担当の保険師同士が携わっているということです。

院長だより

最近、医師不足や自治体病院の赤字、そして、医療事故が連日のように新聞に掲載されています。あたかも日本の医療が世界に大分遅れをとっているかのようにマスコミが報道しております。

しかし、日本の医療は世界に遅れをとっているのでしょうか。実際は逆なのです。アメリカは医療保険に入れない人が5,000万人もいて十分な医療が受けられないのに対し、日本は国民皆保険制度で、国民が安心し

て、いつでもどこでも医療を受けられます。最近話題の新型インフルエンザを例に挙げますと、2009年8月2日17時でのECDCの発表で感染者が1,000人以上を数える国は世界に22ありますが、そのなかで医療保険に入れない人がいるアメリカでは実に353人が死亡しております。また、メキシコで146人、南米のアルゼンチンで165人、チリで7人、ブラジルで56人と多くの感染者が死亡しております。日本では5,022人の感染者のうち死者は一人も出ていません。(残念ながら、8月24日現在、3人の方が死亡されています。)新型イ

ンフルエンザの死亡数はまさにその国の医療提供の高さを表しています。

このような、世界一の日本の医療提供体制を作ってきたのは開業医の先生方と勤務医の密接な連携にあります。医師不足に代表されますように、現在の日本では人的医療資源が不足状態です。しかし、地域一体となって連携を密にしていきながら、少ない人的資源の効率の良い運営により、地方において、世界一の医療を提供し続けることができるものと確信しております。

置賜保健所長講演会報告 Ⅲ

公立置賜総合病院
医療連携室
〒992-0601
山形県東置賜郡川西町
大字西大塚 2000 番地

TEL
0238-46-5000
内線 1902, 1409

FAX
0238-46-5722

E-MAIL
renkei@okitama-hp.or.jp

病院理念
心かよう信頼と安心の病院

置賜広域病院組合
公立置賜総合病院
www.okitama-hp.or.jp

ジから緩和ケアガイドをダウンロードできます。荘内病院の中にケアサポートセンターを置き、研修会や症例検討会を開催したりしています。鶴岡の共立病院も一緒になってサポートを進めています。

患者・家族用パンフレットについて、モデル的なものから改善しながら最適なものを作成しようとしています。私のカルテについては、薬の情報、主治医の説明等、地域連携で関係するいろんな職種の方が情報を共有できるようにしています。最後の際に心臓マッサージをするかどうかといった情報も含めて、患者自身が自分の情報を管理して関係者にお見せするような、そういうツールになっています。

あわせて退院支援調整プログラムですが、在宅の緩和ケアを考える時に「時間が無い」ということがキーワードだと思います。今まさに退院調整が必要な患者さんと判断した場合、入院当初から病棟の退院支援担当看護師と医療連携室とで退院支援調整プログラムに基づいて、在宅への退院が可能かどうかのアセスメントを始めることになっています。また、退院時カンファレンスについても、想定されるケースに応じた対応についても、その場で確認できる様式になっていますし、支援してくれるのは誰なのかが明記されています。

また、新しい試みとして、ケーススタディを作って掲載しています。項目だけですが、実際事例を

アレンジし掲載しています。これは初めてのケースで、専門外でも敷居を低くし、ターミナルに向かって起きることを予測したものを作成しました。

新川地域の在宅緩和ケア支援ネットワークについて、5人の診療所の先生方と一緒にネットワークをつくって立ち上げた患者支援です。主治医を1人、副主治医が2人の3人体制、併せて後方支援病院を決めて、ケアマネージャー、訪問看護ステーション、薬局のネットワークを作っています。説明いただいた新川地域在宅医療療養連携協議会会長の中川先生が、どこか一つ崩れるとバランスが崩れるとおっしゃっていました。この中川先生たちは、シンプルな連携パスも作っていました。関係者は誰か、それぞれのケースの場合、誰に連絡するかを取りこめたものを一つのシートに作っていました。併せて共通の診療カルテを作っていました。

最後になりますが、私が医者になって3年目に、自分の父親を自宅でケアした経験があります。自宅に帰ると患者さんは別の顔を見せます。けして在宅は終わりの場所ではなく、その人の最後の場だと考えています。そこでの新たなドラマがあるということを皆様にお伝えしたいと思います。地域で小さなチームを作り、Zest For Life(味わいのある人生)を支えてくださるメンバーを募集中です。折居先生(西村山郡医師会)からいただいたお言葉です。有難うございました。

救急看護と糖尿病看護の認定看護師が誕生しました

認定看護師とは、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践ができる看護師のことを言います。また、看護現場において実践・指導・相談(コンサルテーション)の3つの役割を果たすことにより、看護ケアの広がりや質の向上を図ることに貢献する役割を担います。※認定看護師になるためには、専門の教育機関で6か月間、研修を受講し認定看護師試験に合格することが必要です。

糖尿病看護認定看護師

内科外来 井瀨奈緒美



救急看護認定看護師

救命救急センター 菅原明美



食生活の欧米化など生活習慣の変化を背景に、糖尿病患者は増加の一途を辿っています。糖尿病は自覚症状が乏しい病気であり、知らない間に合併症が進行してしまうことがあります。糖尿病の治療には「食事療法」「運動療法」「薬物療法」があり、患者さんが自分自身で生活の中に取り入れて続けて頂くことが重要になります。しかし、生活する上では他者からの影響も受けまますので、病気の自己管理を続けることは難しい場面が出てきます。また、糖尿病と診断された時や治療が変更された時など本人や家族の気持ちへの負担も大きいものがあります。多様化する社会生活の中で、糖尿病による合併症の発症や悪化を防ぐとともに、その人にあった健やかな療養生活が継続できるように、また患者さんの生活や糖尿病に対する思いを、大切にしながら専門的知識や技術を使い、自己管理ができるよう支援を行っています。

救急看護は、様々な状況で実在的に潜在的に、緊急かつ突発的に発生するため、領域を特定しない普遍性を持った看護領域であると言えます。救急看護認定看護師として、救急看護の最新の知識習得と熟練した技術を展開するために自己研鑽に努め、迅速で確実な救急看護を実践することを第一に活動しています。また、救急看護に関わるスタッフ指導・相談を行いながら、病院組織内において横断的に活動を行い、救急看護の質と安全性の向上を目指すことを使命としています。救急看護は、対象とする患者の病態からの確にトリアージし、緊急度・重症度を見極め、限られた時間の中で、少ない情報から患者を観察・判断・予測し、全身状態の急激な変化に即応した診療の補助と看護展開、危機的状況下にある患者・家族への精神的ケアを行います。さらに、生命の危機を脱した直後から患者の社会復帰を見据えたケアを実践していく必要があります。救命救急センターとして、プレホスピタルからの窓口として救命の連鎖のバトンがうまくつながらに多くのコメディカルの方と協働し、ともにより良い医療を提供していきたいと考えています。