2014 第9回 東京都病院学会

主題

我々が地域を支える
望まれる地域密着型病院に向けて

CONTENTS

学会長挨拶	2
運営委員長挨拶	3
参加者へのご案内	4
全体プログラム	5
第一会場 プログラム	6
第二会場 プログラム	8
第三会場 プログラム	9
第四会場 プログラム	11
第五会場 プログラム	13
第六会場 プログラム	15
演者別索引	17
学会長講演・基調講演	19
パネルディスカッション	23
シンポジウム	31
セッション	39
演題	53
ランチョンセミナー	111
広告	117

学会長挨拶
「我々が地域を支える」
―望まれる地域密着型病院に向けて―

内藤 誠二
東京都病院協会常任理事
（医療法人社団 内藤病院 理事長）

今回で東京都病院学会も９回目を迎えますが、学会長の大役を仰せつかりました内藤です。微力ではありますが、等潤病院理事長の伊藤雅史氏を副学会長に、そして東京都保健医療公社豊島病院院長の山口武兼氏に実行委員長をお願いすると共に、経験豊富なスタッフに強力にサポートしていただきます。

今回の主題は私そのものでもあります「地域密着型病院」、特に「地域を支えるための連携」にスポットをあてたいと思います。

中小病院の多くは診療所からスタートし、入院設備を持つようになり、さらにより良い医療、高度な医療を目指してきました。また、地域のニーズにあわせて広範囲な疾患に対応できるようにもしてきました。しかし、昨今のように病院の機能分化が進み、手術や治療技術に関するランキング本が注目されるようになると、地域密着を謳い広範囲の医療に対応してきた中小病院は大学病院や専門病院のようなブランド力が無い中で苦戦を強いられ、広範囲の医療に対応するという柔軟性が、診療報酬上においては厳しい立場となっています。

そういった中で 2001 年９月に四病院団体協議会で「地域一般病棟」という概念がまとめられました。地域一般病棟はリハビリ機能・ケアマネジメント機能・高齢者にふさわしい急性期機能・後方支援機能・ターミナル対応をもつ施設とした概念であり、まさに地域（主として一次医療圏・生活圏）の医療を支える地域密着型病院（病棟）といえます。現在の高齢化社会においては特別な医療を求めてさまようのではなく、地域の生活圏の中で医療を提供することが重要です。この概念はベッド数ではなく機能として初めて地域密着型病院をわかりやすく定義したものと思われます。さらに地域で安心して生活が続けることを支えるという意味では医療の連携だけではなく、地域の福祉・介護、地域社会との連携も重要であり、特に高齢者は自分だけで生活が成り立つわけではなく地域、ケアマネージャー等の支援が必要で、同様に医療を受けるに際しても同様の支援が必要です。

これを踏まえると地域密着型病院は医療連携だけでなく福祉・介護との連携が重要な時代になってきます。しかし、これは病院がシステムを作ればできる機能でしょうか、医療においても「病気だけを見るな、人を見ろ」ともいわれていますが、地域に密着すればその人の生活もみえてきます。地域に溶け込んで医療を提供し、生活を支援する、それが地域密着型病院の意味だと思っています。

今回第９回の東京都病院学会では「我々が地域を支える」と題して地域密着型病院に目をむけたいと思います。もちろん「地域密着型病院」という決まった定義はありませんが、病院として地域の医療・ケアを支えていくためには急性期医療に対応できるべきと考えます。さらに複数の疾患を持つ高齢者の対応が主となるため DPC では役に立てないでしょう。そして何よりもトップの人間をはじめスタッフが地域に興味を持ち、地域の人に目を向け、一人一人にあった対応ができる熱意を持った病院こそが「地域密着病院」と考えます。そのために議論においては医療人だけではなく、生活を支える福祉・介護の方もお呼びして、地域の医療体制、その中で「地域密着病院」に望まれるもの、果たすべき役割について議論していきたいと思います。地域を愛している我々だからこその役割があります、病気だけではなく、地域を知り人を知ってこその地域医療と信じています、熱意を持って頑張っている人、集まれ！

学会運営委員長挨拶

山口 武兼
東京都病院協会副会長
（公益財団法人東京都保健医療公社
豊島病院 院長）

第９回東京都病院学会のテーマは「我々が地域を支える一望まれる地域密着型病院に向けて一」です。地域の医療を支えてきた内藤誠二学会長の誇りと自負がにじみでているテーマです。

社会保障制度改革国民会議の報告書が平成 25 年８月６日にだされました。これから急速に進む高齢化社会に適した、医療と介護の目指す方向性が述べられています。「病院完結型」から「地域完結型」への移行、そのための医療の機能分化、医療と介護の連携と地域包括ケアというネットワークの構築を目指していくことを示しています。

26 年度の診療報酬改定に向けて、せわしない動きがあり、厚労省で会議が開かれるたびに、新しい方針が出され、病院の対応を考えさせられます。25 年 11 月８日の社会保障審議会医療保険部会で示された、26 年度診療報酬改訂骨子案では、重点課題を「医療機関の機能分化･強化と連携、在宅医療の充実」に絞っています。入院医療では、急性期病床の機能の明確化、急性期後の受け皿となる病床の整備等を行い、外来医療では、診療所・中小病院の主治医機能の評価、大病院の専門外来の評価等を行います。 在宅医療では、在宅療養支援診療所・病院の機能強化、在宅療養支援診療所･病院以外の医療機関による在宅医療、訪問看護ステーションの大規模化を推進します。 入院、在宅、歯科、薬局、看護、介護等の地域ネットワークにおける円滑な移行や切れ目のない連携を推進します。

これまで、日本の医療機関は相当な経営努力を重ねており、国民皆保険制度、フリーアクセスなども寄与して、2010 年日本の医療費の対 GDP 比は、9.5%であり、OECD 諸国の中で中位であるにも関わらず、国民の長寿を達成し、高度な医療を提供しています。ヨーロッパ諸国と違い、日本の場合、私的な医療施設の占める割合が高く、病院数で 86%、病床数で 78%を占めています。地域に根差した医療をこれまで実践してきた民間病院の位置づけがしっかりしなければ、国民会議報告書で目指す医療・介護は実現できません。厚労省はともすると、一地方の成功例を地域モデルとして取り上げる傾向があり、東京のように、患者さんが大学病院から診療所まで自由に選択できる都会型モデルは示されません。

今学会の「我々が地域を支える一望まれる地域密着型病院に向けて一」というテーマは、まさに時宜を得たものです。急性期を主体とした医療から、生活に密着した医療に代わろうとするこの時期において、地域に根差してきた病院が、何をすべきかを考え直すのは大変意義深いことです。東京都病院学会は、「東京の医療」を考える、「東京に相応しい医療」を考えるために、共通の課題や問題を抱える病院関係者が、職種を超えて、語りあうことができる場です。参加される方々の活発な意見交換や建設的な意見交換が、新しい「東京の医療」を形作り、2025 年に向けて、より良い医療環境が生まれることを期待しています。

受　付

第一会場（3 階国際ホール）で午前 8 時 30 分より受付けます。

事前登録された方へ

- 事前登録者用受付にて「事前登録手続完了通知」（事前送付済ハガキ）と引換に参加証・領収証をお渡しします。
- 参加証には、所属、氏名を記入してホルダーの中に入れて必ず身に付けて下さい。

当日参加される方へ

- 当日参加者用受付にて所属、氏名を記入の上、参加費を支払って、参加証･領収証･学会抄録を受け取って下さい。
- 参加証には、所属、氏名を記入してホルダーの中に入れて必ず身に付けて下さい。

演題発表者の方へ

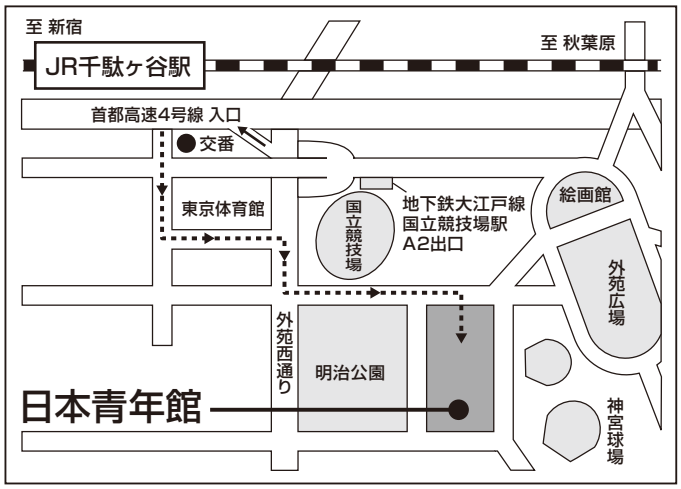
- 会場は、6 会場に分かれています。あらかじめ会場を確認して下さい。
- セッション開始の 30 分前までに発表会場受付で出席確認を受けて下さい。
- 一般演題発表は、1 演題発表 6 分・質疑応答 3 分・演者交代 1 分とします。時間を厳守して下さい。
- 質疑応答は、各演題発表後に行います。

講師、シンポジストの方々へ

- 各々の開始時刻の 30 分前までに 3 階・304 の会議室（来賓・講師控室）へお越し下さい。

会場ご案内

- 日　時：平成 26 年 2 月 16 日（日）
  午前9時00分～午後5時00分
  （午前 8 時 30 分より受付）
- 会　場：日本青年館
  （JR 千駄ヶ谷駅徒歩 10 分）
  TEL.03-3401-0101
- 参加費：1 名様 5,000 円
  （但し、理事長、院長は 15,000 円）
- 当日参加費：1 名様 6,000 円
  （但し、理事長、院長は 16,000 円）
- 学　生：1 名様 1,000 円
  （事前登録・当日受付共通）



※終了後、日本青年館ホテル 4 階アルデにてささやかな懇親会を開催します。（会費無料）

08:30	総合受付３階					
	第一会場（国際ホール）	第二会場（301）	第三会場（501）	第四会場（502）	第五会場（503）	第六会場（504）
09:00	■開会式 ●挨拶 東京都病院学会学会長 内藤 誠二 東京都病院協会会長 河北 博文 ●来賓挨拶 東京都福祉保健局技監 前田 秀雄氏 東京都医師会会長 野中 博氏	●モニター会場				
09:20	●学会長講演 司会：伊藤 雅史（等潤病院理事長） 「我々が地域を支える－望まれる地域密着型病院に向けて－」 東京都病院学会学会長 内藤 誠二					
10:00	●基調講演 司会：内藤誠二（内藤病院理事長） 「大都市版・地域包括ケアシステムにおける中小病院の使命」 ～具現化への道筋～ 天翁会理事長 天本　宏氏					
11:00	●パネルディスカッション 「地域連携の現状と問題点 そして望まれる情報とは」 座長：猪口 雄二（寿康会病院理事長） パネリスト（順不同） 石川 博久（亀有病院理事長） 木村　厚（一成会木村病院理事長） 小泉 和雄（いずみ記念病院理事長） 進藤　晃（大久野病院理事長） 中西　泉（町田慶泉病院理事長）	11:00 ●演題発表 5演題 「リハビリ部門」 座長：小泉 蓉子 11:50 ●演題発表 3演題 「急性期看護」 座長：小林 幸子	11:00 ●演題発表 4演題 「急性期看護」 座長：小谷 和枝 11:40 ●演題発表 4演題 「慢性期看護」 座長：齋藤 弘子	11:00 ●演題発表 5演題 「看護総合」 座長：斉藤 令子 11:50 ●演題発表 4演題 「地域連携」 座長：高田 耕太郎	11:00 ●演題発表 6演題 「看護総合」 座長：儀部 きみ子 12:00 ●演題発表 3演題 「薬剤部門」 座長：鈴木 勝弘	11:00 ●演題発表 4演題 「臨床検査部門」 座長：千葉 正志 11:40 ●演題発表 5演題 「リハビリ部門」 座長：木野田 典保
12:40	◎ランチョンセミナー 大正富山医薬品（株） 「骨折予防に向けた骨粗鬆症治療と地域連携」 順天堂大学大学院医学研究科 整形外科・運動器医学 准教授 石島 旨章氏	12:40 ◎ランチョンセミナー 武田薬品工業（株） 「自然な眠りを誘う世界初の睡眠薬創製ドラマ」 武田薬品工業（株） 医薬研究本部化学研究所 所長 内川　治氏	12:40 ◎ランチョンセミナー 東京ガス（株） 「これからの病院に求められる空間とは」 環境カラリスト 梅澤ひとみ氏			
13:50	●シンポジウム 「望まれる地域密着型病院に向けて」 座長：内藤 誠二（内藤病院理事長） シンポジスト（順不同） 山崎 義広氏 （渋谷区福祉部高齢者サービス課課長） 山下 眞実子氏 （訪問看護ステーション コスモス理事長） 鈴木 博之氏 （東村山市北部地域包括支援センター センター長） 小林 裕一郎氏 （内藤病院医療連携相談室室長） 伊藤 雅史（等潤病院理事長）	13:50 ●「環境問題検討委員会セッション」 座長：篠原 健一 15:00 ●「事務管理部会セッション」 座長：田野倉 浩治 16:10 ●演題発表 5演題 「リハビリ部門」 座長：真藤　操	13:50 ●「看護管理部会セッション」 座長：安藝 佐香江 川村 禎子 15:30 ●「急性期医療委員会セッション」 座長：坂本 哲也氏 鈴木 宏彰	13:50 ●演題発表 6演題 「看護技術・教育」 座長：佐々木 久美子 14:50 ●演題発表 6演題 「病院管理」 座長：進藤　晃 15:50 ●演題発表 4演題 「医療安全・感染管理」 座長：市橋 則子 16:30 ●演題発表 3演題 「臨床工学」 座長：坂井 知子	13:50 ●演題発表 4演題 「地域連携」 座長：熊谷 賴佳 14:30 ●演題発表 3演題 「画像・放射線」 座長：川内 章裕 15:00 ●演題発表 2演題 「医師部門」 座長：猪口 雄二 15:20 ●演題発表 5演題 「リハビリ部門」 座長：清水　誠 16:10 ●演題発表 3演題 「慢性期看護」 座長：松村 益子	13:50 ●演題発表 4演題 「リハビリ部門」 座長：山田 有吾 14:30 ●演題発表 4演題 「事務部門」 座長：鈴木 瑞穂 15:10 ●演題発表 5演題 「事務部門」 座長：後藤 敦志 16:00 ●演題発表 3演題 「事務部門」 座長：氏　建人 16:30 ●演題発表 3演題 「診療情報管理」 座長：西田 龍平
15:30	15:30 ●演題発表 5演題 「看護技術・教育」 座長：藤田 しのぶ 16:20 ●演題発表 3演題 「医療安全・感染管理」 座長：桃井 雅博					
17:00	■閉会式 閉会式挨拶 東京都病院学会運営委員長 山口 武兼					

◎第一会場（国際ホール）

時間	プログラム	掲載ページ
09:00	●開会式 ● 挨拶　東京都病院学会学会長　内藤 誠二 東京都病院協会会長　河北 博文	
	● 来賓挨拶　東京都福祉保健局技監　前田 秀雄氏 東京都医師会会長　野中 博氏	
09:20	●学会長講演　司会：伊藤 雅史（等潤病院理事長） 「我々が地域を支える　望まれる地域密着型病院に向けて」 東京都病院学会学会長　内藤 誠二	P.21
10:00	● 基調講演　司会：内藤誠二（内藤病院理事長） 「大都市版・地域包括ケアシステムにおける中小病院の使命」 ～具現化への道筋～ 天翁会理事長　天本　宏氏	P.22
11:00	● パネルディスカッション 「地域連携の現状と問題点　そして望まれる情報とは」 座長：猪口 雄二（寿康会病院理事長） パネリスト（順不同）　石川 博久　（亀有病院理事長）	P.25
	木村　厚　（一成会木村病院理事長）	P.26
	小泉 和雄　（いずみ記念病院理事長）	P.27
	進藤　晃　（大久野病院理事長）	P.28
	中西　泉　（町田慶泉病院理事長）	P.29
12:40	◎ ランチョンセミナー　大正富山医薬品株式会社 「骨折予防に向けた骨粗鬆症治療と地域連携」 順天堂大学大学院医学研究科 整形外科・運動器医学 准教授　石島 旨章氏	P.113
13:50	● シンポジウム 「望まれる地域密着型病院に向けて」 座長：内藤 誠二（内藤病院理事長） シンポジスト（順不同）　山崎 義広氏　（渋谷区福祉部高齢者サービス課課長）	P.33
	山下 眞実子氏（訪問看護ステーション コスモス理事長）	P.34
	鈴木 博之氏　（東村山市北部地域包括支援センター長）	P.35
	小林 裕一郎氏（内藤病院医療連携相談室室長）	P.36
	伊藤 雅史　（等潤病院理事長）	P.37

15:30 ● 演題発表　５演題

「看護技術・教育」　座長：藤田 しのぶ

・リフレクションを取り入れた新人研修の試み
河北総合病院　大井 陽子　P.55

・看護師の看護研究に対する認識
南町田病院　黒坂 知子　P.55

・中途採用職員への入職者教育の試み
一成会 木村病院　新居 龍一　P.56

・看護管理者として高齢者虐待防止を考える
永生病院　安西 真由美　P.56

・高齢者の口腔ケア～保湿剤と唾液腺マッサージを取り入れて～
共済会櫻井病院　山下 文美　P.57

16:20 ● 演題発表　３演題

「医療安全・感染管理」　座長：桃井 雅博

・医療安全対策室の活動結果
岩井整形外科内科病院　宮守 美穂　P.57

・ビデオ撮影による確認手順の検証と今後の課題
南多摩病院　田島 政野　P.58

・危険がいっぱいその油断～オレンジカードを使った試み～
信愛病院　櫻井 美代子　P.58

17:00 ●閉会式

● 挨拶　東京都病院学会運営委員長　山口 武兼

◎第二会場（301）

時間	プログラム	掲載ページ
09:00 ～ 11:00	● モニター会場 開会式、学会長講演、基調講演を中継	
11:00	● 演題発表 5 演題 「リハビリテーション部門」　座長：小泉 蓉子	
	・当院回復期リハビリテーション病棟の自宅復帰患者の推移 北品川病院　鈴木 裕子	P.59
	・大腿骨頚部骨折後、フットクリアランスが低下した症例 町田慶泉病院　犬塚 さおり	P.59
	・維持期脳卒中患者における歩行速度の上昇と転倒との関連について 介護老人保健施設いずみ　相良 治伸	P.60
	・アスリートの腰椎椎間板ヘルニア術後のリハビリテーション 岩井整形外科内科病院　小林 将貴	P.60
	・患者の心リハへの動機づけと維持の重要性について 南多摩病院　山田 健嗣	P.61
11:50	● 演題発表 3 演題 「急性期看護」　座長：小林 幸子	
	・頚椎前方固定術の患者用パンフレットを作成しての学び 岩井整形外科内科病院　近藤 夕加里	P.61
	・一般病棟における介護の向上を目指した介護計画導入 いずみ記念病院　安藤 辰徳	P.62
	・心臓カテーテルを受ける患者に対する自己管理にむけた取り組み 等潤病院　重田 真奈美	P.62
12:40	◎ ランチョンセミナー　武田薬品工業株式会社 「自然な眠りを誘う世界初の睡眠薬創製ドラマ」 武田薬品工業（株）医薬研究本部化学研究所所長　内川　治氏	P.114
13:50	「環境問題検討委員会セッション」　座長：篠原 健一	
	・リビングウイル―終末期医療― 早稲田大学 社会学部総合学術院 准教授　横野　恵氏	P.41
15:00	「事務管理部会セッション」 座長：田野倉 浩治	
	・在宅医療分野におけるマネジメント　在宅医療現場における ICT 導入の効果と検証 医療法人社団 康明会 常務理事 / 法人本部長　遠藤 正樹	P.42

16:10	● 演題発表　5 演題 「リハビリテーション部門」　座長：真藤　操	
	・腰痛に対しての職員の意識調査から腰痛予防対策を見直す 等潤病院　阿部 敬太	P.63
	・早期の家族指導が円滑な自宅退院に至った廃用性嚥下障害の一症例 南多摩病院　舛田 悠子	P.63
	・頸椎症性脊髄症の中枢性麻痺により歩行障害を呈した症例 町田慶泉病院　山口 結里愛	P.64
	・当院回復期病院における栄養と ADL 能力の関係性 河北リハビリテーション病院　波多野 陽子	P.64
	・腰椎疾患データベース作成と運用についての報告（第一報） 岩井整形外科内科病院　小林 洋輔	P.65

◎第三会場（501）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表 4 演題 「急性期看護」　座長：小谷 和枝	
	・一般病棟における身体拘束時間短縮の試み いずみ記念病院　伊藤　圭	P.65
	・食事介助に対する介助者の不安の軽減についての取り組み 等潤病院　瀬　美保	P.66
	・脳卒中患者の端座位確立にむけての取り組み 東大和病院　高橋 智広	P.66
	・ICU 看護師の家族へのかかわりに対する意識調査～面会制限改正後の変化～ 豊島病院　小林 仁美	P.67
11:40	● 演題発表 4 演題 「慢性期看護」　座長：齋藤 弘子	
	・認知症により食べることを忘れてしまった患者へのアプローチ 愛和病院　萩原 良介	P.67
	・高齢患者様の食欲不振へのアプローチ ～チーム医療間の情報共有から～ 旗の台脳神経外科病院　村瀬 牧子	P.68
	・低血糖発作の症例からみた外来看護の取り組み 内藤病院　大塚　舞	P.68
	・医療度の高い患者と家族の外出支援を通して学んだこと 永生病院　海老沢 和彦	P.69

12:40	◎ ランチョンセミナー　東京ガス株式会社 「これからの病院に求められる空間とは」 環境カラリスト　梅澤 ひとみ氏	P.115
13:50	看護管理部会セッション　座長：安藝 佐香江・川村 禎子 「患者を支えあう病院と地域機関の協働」	
	・病院と訪問看護ステーションとの協働 豊島病院　古屋 智子	P.44
	・「“できること”、“効果があること”を地道に継続し活動していく重要性について」 河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷　矢尾 知恵子	P.44
	・介護老人保健施設における他施設・他職種との連携 介護老人保健施設いずみ　村谷 公子	P.45
	・いかに患者・家族の立場に身を置いた退院支援を提供できるか 信愛病院　井上 孝義	P.45
	・永生会訪問リハビリと永生病院との連携について 永生会法人本部　荒尾 雅文	P.46
15:30	急性期医療委員会セッション　座長：坂本 哲也氏・鈴木 宏彰 「高齢者救急搬送の問題点を考える」	
	・高齢者救急搬送の問題点を考える　三次救急医療機関の立場から 帝京大学医学部救急医学講座　坂本 哲也氏	P.48
	・高齢者救急の問題点を考える　二次救急医療機関の立場から ～当院の現状（東京ルール不参画）から～ 江東病院　三浦 邦久	P.48
	・高齢者救急の現状と課題 （東京都病院協会急性期委員会アンケート調査を中心に） いずみ記念病院　山崎 勝雄	P.49
	・高齢者救急搬送の問題点を考える～慢性期医療機関の立場から～ 永生病院　安藤 高朗	P.49
	・社会構造の変化に対応する都の救急医療体制のあり方について 東京都福祉保健局 医療政策部 救急災害医療課長　遠藤 善也氏	P.50
	・急性期病院の立場からコメント 白鬚橋病院　大桃 丈知	P.50
	・高齢者救急の現状と問題点について 北品川病院　渡辺　寛	P.51

◎第四会場（502）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表　５演題 「看護総合」　座長：斉藤 令子	
	・脳卒中病棟での退院支援システムの導入の取り組み 豊島病院　斎藤 美保	P.69
	・化学療法における医療材料の再計量 等潤病院　岡本 和恵	P.70
	・クリニックにおける医療連携定着への試み 永生クリニック　長谷川 五百美	P.70
	・職員満足度調査結果とその後の取り組み 南多摩病院　鈴木 敬子	P.71
	・介護の現場におけるフィッシュ活動の効果について 共済会櫻井病院　藤井 嘉人	P.71
11:50	● 演題発表　４演題 「地域連携」　座長：高田 耕太郎	
	・当院における脳卒中地域連携パス実践報告 永寿総合病院　赤羽 斉子	P.72
	・災害時における訪問看護師の役割 －アンケートと指導を通して－ 訪問看護ステーションみどり　関口 眞代	P.72
	・永生会法人機能の有効活用と地域包括ケアへの取り組み 永生会　渡邉 要一	P.73
	・高齢者転院・入所が困難となる要因として ～経済・社会的問題を中心に～ 内藤病院　小林 裕一郎	P.73
13:50	● 演題発表　６演題 「看護技術・教育」　座長：佐々木 久美子	
	・夏季休業を経た時点における初年次看護専門学生の学業への認知 河北医療財団看護専門学校　岡本 隆行	P.74
	・卒後３年目看護師の社会人基礎力に関する調査 豊島病院　山崎 淳子	P.74
	・新人看護教育における活動の実践と今後の課題 南町田病院　本多 美加	P.75
	・褥瘡予防の体位変換、ポジショニング～ケアワーカーの視点から～ 共済会櫻井病院　櫻庭 沙織	P.75
	・メイクセラピーの実施による高齢患者の ADL の変化について 亀有病院　篠原 津喜子	P.76
	・緩和ケアにおけるチームアプローチ ～多職種チームの連携により自宅退院が実現した症例～ 永寿総合病院　池宮 恵子	P.76

14:50	● 演題発表 6 演題 「病院管理」　座長：進藤　晃	
	・高齢労働者の職場を考える～腰痛について～ 久米川病院　佐々木 宣子	P.77
	・GD 計画を基とした改善活動とその効果について 河北総合病院　田崎 博之	P.77
	・療養型病院における患者像解析法の開発と病院管理への応用 相武病院　鈴木 友昭	P.78
	・有休 100%取得の取り組みを通して 久米川病院　佐藤 利枝子	P.78
	・職場環境改善に関する課題と検証～職員納得度調査分析～ 河北総合病院　石崎 祐子	P.79
	・衛生委員会の取り組み 久米川病院　八尋 裕子	P.79
15:50	● 演題発表 4 演題 「医療安全・感染管理」　座長：市橋 則子	
	・患者からのサンキューカードの分析と取り組み 岩井整形外科内科病院　山形 正子	P.80
	・脳外科病棟での転倒転落防止対策の取り組み 豊島病院　中島 美奈子	P.80
	・当老健のインフルエンザ対策 介護老人保健施設いずみ　三浦 武明	P.81
	・インフルエンザ感染拡大厳重注意体制における看護管理者の役割 野村病院　高山 友美	P.81
16:30	● 演題発表 3 演題 「臨床工学」　座長：坂井 知子	
	・透析液清浄化への取り組み 河北葦クリニック　望月 清登	P.82
	・医療機器安全管理のあり方について 野村病院　吉村 和也	P.82
	・ME 機器の中央管理運用を目指して 練馬総合病院　北野 和彦	P.83

◎第五会場（503）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表　６演題 「看護総合」　座長：儀部 きみ子	
	・「再診票」作成による業務改善 東京リバーサイド病院　米田 晴子	P.83
	・「見える化」で笑顔の退院～クリティカルパスの導入～ 寿康会病院　武部 花梨	P.84
	・荒川区健診後のフォローアップについて 一成会 木村病院　尾城 昌子	P.84
	・大腸内視鏡における循環動態の変化～鎮痛剤・鎮静剤の考え方～ 等潤病院　戸根 由記子	P.85
	・当院における転院看護サマリーの実態と今後 内藤病院　岡本 暁美	P.85
	・会議録からみた当院の看護管理の問題点 亀有病院　富樫 恵美子	P.86
12:00	● 演題発表　３演題 「薬剤部門」　座長：鈴木 勝弘	
	・当院における抗がん剤曝露対策について 等潤病院　田中 康裕	P.86
	・持参薬鑑別に基づいた高齢者における血糖降下薬の現状調査 南町田病院　澤野 明子	P.87
	・術後鎮痛剤の使用状況と評価 岩井整形外科内科病院　寺内 美貴	P.87
13:50	● 演題発表　４演題 「地域連携」　座長：熊谷 賴佳	
	・病院機能を活かして少人数で行う在宅医療と訪問看護 内藤病院　田中 裕子	P.88
	・当院での「東京ルール」における救急搬送の現状報告 旗の台脳神経外科病院　藤澤 政人	P.88
	・八王子市在勤ケアマネージャーへのリハビリに関する研修の取り組み 南多摩病院　井出　大	P.89
	・医療ニーズのある方が在宅生活を維持していくための一考察 ～複合型施設を試みて～ 多摩リハビリテーション病院　東　幸巳	P.89

14:30 ● 演題発表　3 演題

「画像・放射線」　座長：川内 章裕

・造影ＣＴ検査における検査前飲水の有用性の検討 等潤病院　半田 和也	P.90
・FDG-PET を用いた椎体間固定術後感染症の画像診断 岩井整形外科内科病院　小松 孝志	P.90
・大腸 CT 検査における前処置法の比較検討 野村病院　清水 賢均	P.91

15:00 ● 演題発表　2 演題

「医師部門」　座長：猪口 雄二

・高齢者の頭部外傷－地域密着型脳神経外科病院としての取り組み－ 旗の台脳神経外科病院　布目谷 寛	P.91
・老健職員は終末期の経管栄養や輸液管理をどのようにとらえているか 介護老人保健施設いずみ　藤巻　博	P.92

15:20 ● 演題発表　5 演題

「リハビリテーション部門」　座長：清水　誠

・発話明瞭度の向上が嚥下機能にも影響をおよぼした一症例 町田慶泉病院　臼井 美千代	P.92
・家族の心境変化により、自宅復帰を果たし得た脳内出血の一例 いずみ記念病院　鈴木 達也	P.93
・当院外来リハにおいて急速に進行した ALS へのアプローチと展望 等潤病院　宇原 裕人	P.93
・在宅酸素療法導入時の作業療法を経験して 南多摩病院　長谷川 好子	P.94
・余暇活動の効果　～離床率向上を目的とした取り組み～ 東京リバーサイド病院　塩田 渡留侍	P.94

16:10 ● 演題発表　3 演題

「慢性期看護」　座長：松村 益子

・回復期リハビリテーション病棟での摂食機能療法推進 いずみ記念病院　田中 了子	P.95
・回復期リハビリテーション病棟の看護の質向上への取り組み 永生病院　中西 幸子	P.95
・内服自己管理能力の判定基準と段階的服薬指導の基準を作成して 東大和病院　吉沢 奈美	P.96

◎第六会場（504）

時間	プログラム	掲載ページ
11:00	● 演題発表　４演題 「臨床検査部門」　座長：千葉 正志	
	・採血業務標準化の活動について 河北総合病院　寺澤 憲昭	P.96
	・当院における採血トレーニング 等潤病院　絹川 あゆみ	P.97
	・ネットワークホルターで異常所見を認め、治療した症例 江戸川病院　岸田 直子	P.97
	・当院における SPP 測定部位と ABI・PWV の相関について 河北総合病院　眞壁 侑花	P.98
11:40	● 演題発表　５演題 「リハビリテーション部門」　座長：木野田 典保	
	・短時間型通所リハビリテーションの新規導入による活動報告 愛和病院　大川 澄華	P.98
	・地域の訪問リハビリテーション従事者対象定期勉強会の報告と展望 東京・杉並家庭医療学センター　枌　紀男	P.99
	・医療型療養病床における当院リハビリテーション部門の役割 北品川病院　小林　豊	P.99
	・地域を支えるリハビリテーションの実現－回復期から地域医療へ－ 東京さくら病院　戸田 進吾	P.100
	・地域に望まれる病院を考えて～当院の転倒転落シートの活用～ 多摩リハビリテーション病院　千野 正治	P.100
13:50	● 演題発表　４演題 「リハビリテーション部門」　座長：山田 有吾	
	・訪問リハビリテーションの長期利用を考える 介護老人保健施設いずみ　熊井 満喜	P.101
	・生活目標設定支援の場としてのシーティング：若年脳卒中例に学ぶ 永生病院　深沢 太一	P.101
	・回復期リハビリテーション病棟入院相談の改善による対応充実案 野村病院　名田部 明子	P.102
	・在宅復帰率と日常生活機能評価の傾向 河北リハビリテーション病院　篠澤 毅泰	P.102

14:30	● 演題発表　4 演題 「事務部門」　座長：鈴木 瑞穂	
	・地域の信頼向上に向けた ICT を活用した情報提供・利便性の確保 南多摩病院　荒川 友博	P.103
	・京セラ式病院原価管理手法に基づいた原価管理システムの構築 等潤病院　菊地 優樹	P.103
	・医師事務作業補助者の役割と課題 南町田病院　山崎 聡美	P.104
	・医師事務作業補助者の導入効果 ～医師が働きやすい環境をめざして～ 等潤病院　山内 美由紀	P.104
15:10	● 演題発表　5 演題 「事務部門」　座長：後藤 敦志	
	・当院における病棟クラーク業務 平成立石病院　菊山 鈴子	P.105
	・手術室業務改善への取り組み～事務職員と現場の協働～ 河北総合病院　小畑 智行	P.105
	・経営戦略への医事課のかかわり方 等潤病院　佐藤 真代	P.106
	・慈生会の健全な収益のための査定分析 野村病院　半戸 芳典	P.106
	・外来患者待ち時間調査による改善への取り組み 内藤病院　加藤 健吾	P.107
16:00	● 演題発表　3 演題 「事務部門」　座長：氏　建人	
	・ネットワーク環境一元化への取り組み 等潤病院　畠山 紀彦	P.107
	・サーバー仮想化とデータセンター活用について 等潤病院　横尾 裕之	P.108
	・DPC Ⅱ期以内率向上への取り組み 河北総合病院　守野 隆寛	P.108
16:30	● 演題発表　3 演題 「診療情報管理」　座長：西田 龍平	
	・機能評価係数Ⅱの効率性指数向上への現状分析 豊島病院　池亀 正敏	P.109
	・DPC データを活用した臨床評価指標の試み 平成立石病院　福田 慎太郎	P.109
	・病院機能評価によるサマリー作成の現状について 森山記念病院　山﨑 宏保	P.110

【あ】	赤羽 斉子	永寿総合病院	第四会場	11:50 ～	P. 72
	阿部 敬太	等潤病院	第二会場	16:10 ～	P. 63
	天本　宏	天翁会	第一会場	10:00 ～	P. 22
	新居 龍一	一成会　木村病院	第一会場	15:30 ～	P. 56
	荒尾 雅文	永生会法人本部	第三会場	13:50 ～	P. 46
	荒川 友博	南多摩病院	第六会場	14:30 ～	P.103
	安西 真由美	永生病院	第一会場	15:30 ～	P. 56
	安藤 高朗	永生病院	第三会場	15:30 ～	P. 49
	安藤 辰徳	いずみ記念病院	第二会場	11:50 ～	P. 62
【い】	池亀 正敏	豊島病院	第六会場	16:30 ～	P.109
	池宮 恵子	永寿総合病院	第四会場	13:50 ～	P. 76
	石川 博久	亀有病院	第一会場	11:00 ～	P. 25
	石崎 祐子	河北総合病院	第四会場	14:50 ～	P. 79
	石島 旨章	順天堂大学	第一会場	12:40 ～	P.113
	井出　大	南多摩病院	第五会場	13:50 ～	P. 89
	伊藤　圭	いずみ記念病院	第三会場	11:00 ～	P. 65
	伊藤 雅史	等潤病院	第一会場	13:50 ～	P. 37
	犬塚 さおり	町田慶泉病院	第二会場	11:00 ～	P. 59
	井上 孝義	信愛病院	第三会場	13:50 ～	P. 45
【う】	臼井 美千代	町田慶泉病院	第五会場	15:20 ～	P. 92
	内川　治	武田薬品工業株式会社	第二会場	12:40 ～	P.114
	宇原 裕人	等潤病院	第五会場	15:20 ～	P. 93
	梅澤 ひとみ	環境カラリスト	第三会場	12:40 ～	P.115
【え】	海老沢 和彦	永生病院	第三会場	11:40 ～	P. 69
	遠藤 正樹	康明会	第二会場	15:00 ～	P. 42
	遠藤 善也	東京都福祉保健局	第三会場	15:30 ～	P. 50
【お】	大井 陽子	河北総合病院	第一会場	15:30 ～	P. 55
	大川 澄華	愛和病院	第六会場	11:40 ～	P. 98
	大塚　舞	内藤病院	第三会場	11:40 ～	P. 68
	大桃 丈和	白鬚橋病院	第三会場	15:30 ～	P. 50
	岡本 暁美	内藤病院	第五会場	11:00 ～	P. 85
	岡本 和恵	等潤病院	第四会場	11:00 ～	P. 70
	岡本 隆行	河北医療財団看護専門学校	第四会場	13:50 ～	P. 74
	尾城 昌子	一成会　木村病院	第五会場	11:00 ～	P. 84
	小畑 智行	河北総合病院	第六会場	15:10 ～	P.105
【か】	加藤 健吾	内藤病院	第六会場	15:10 ～	P.107
【き】	菊地 優樹	等潤病院	第六会場	14:30 ～	P.103
	菊山 鈴子	平成立石病院	第六会場	15:10 ～	P.105
	岸田 直子	江戸川病院	第六会場	11:00 ～	P. 97
	北野 和彦	練馬総合病院	第四会場	16:30 ～	P. 83
	絹川 あゆみ	等潤病院	第六会場	11:00 ～	P. 97
	木村　厚	一成会 木村病院	第一会場	11:00 ～	P. 26
【く】	熊井 満喜	介護老人保健施設いずみ	第六会場	13:50 ～	P.101
	黒坂 知子	南町田病院	第一会場	15:30 ～	P. 55
【こ】	小泉 和雄	いずみ記念病院	第一会場	11:00 ～	P. 27
	小林 仁美	豊島病院	第三会場	11:00 ～	P. 67
	小林 将貴	岩井整形外科内科病院	第二会場	11:00 ～	P. 60
	小林 裕一郎	内藤病院	第四会場	11:50 ～	P. 73
	小林 裕一郎	内藤病院	第一会場	13:50 ～	P. 36
	小林　豊	北品川病院	第六会場	11:40 ～	P. 99
	小林 洋輔	岩井整形外科内科病院	第二会場	16:10 ～	P. 65
	小松 孝志	岩井整形外科内科病院	第五会場	14:30 ～	P. 90
	近藤 夕加里	岩井整形外科内科病院	第二会場	11:50 ～	P. 61
【さ】	斎藤 美保	豊島病院	第四会場	11:00 ～	P. 69
	坂本 哲也	帝京大学	第三会場	15:30 ～	P. 48
	相良 治伸	介護老人保健施設いずみ	第二会場	11:00 ～	P. 60
	櫻井 美代子	信愛病院	第一会場	16:20 ～	P. 58
	櫻庭 沙織	共済会櫻井病院	第四会場	13:50 ～	P. 75
	佐々木 宣子	久米川病院	第四会場	14:50 ～	P. 77
	佐藤 真代	等潤病院	第六会場	15:10 ～	P.106
	佐藤 利枝子	久米川病院	第四会場	14:50 ～	P. 78
	澤野 明子	南町田病院	第五会場	12:00 ～	P. 87
【し】	塩田 渡留侍	東京リバーサイド病院	第五会場	15:20 ～	P. 94
	重田 真奈美	等潤病院	第二会場	11:50 ～	P. 62
	篠澤 毅泰	河北リハビリテーション病院	第六会場	13:50 ～	P.102
	篠原 津喜子	亀有病院	第四会場	13:50 ～	P. 76
	清水 賢均	野村病院	第五会場	14:30 ～	P. 91
	進藤　晃	大久野病院	第一会場	11:00 ～	P. 28
【す】	鈴木 敬子	南多摩病院	第四会場	11:00 ～	P. 71

	鈴木 達也	いずみ記念病院	第五会場	15:20 ～	P. 93
	鈴木 友昭	相武病院	第四会場	14:50 ～	P. 78
	鈴木 博之	東村山市北部地域包括支援センター	第一会場	13:50 ～	P. 35
	鈴木 裕子	北品川病院	第二会場	11:00 ～	P. 59
【せ】	瀬　美保	等潤病院	第三会場	11:00 ～	P. 66
	関口 眞代	訪問看護ステーションみどり	第四会場	11:50 ～	P. 72
【た】	高橋 智広	東大和病院	第三会場	11:00 ～	P. 66
	高山 友美	野村病院	第四会場	15:50 ～	P. 81
	武部 花梨	寿康会病院	第五会場	11:00 ～	P. 84
	田崎 博之	河北総合病院	第四会場	14:50 ～	P. 77
	田島 政野	南多摩病院	第一会場	16:20 ～	P. 58
	田中 裕子	内藤病院	第五会場	13:50 ～	P. 88
	田中 康裕	等潤病院	第五会場	12:00 ～	P. 86
	田中 了子	いずみ記念病院	第五会場	16:10 ～	P. 95
【ち】	千野 正治	多摩リハビリテーション病院	第六会場	11:40 ～	P.100
【て】	寺内 美貴	岩井整形外科内科病院	第五会場	12:00 ～	P. 87
	寺澤 憲昭	河北総合病院	第六会場	11:00 ～	P. 96
【と】	富樫 恵美子	亀有病院	第五会場	11:00 ～	P. 86
	戸田 進吾	東京さくら病院	第六会場	11:40 ～	P.100
	戸根 由記子	等潤病院	第五会場	11:00 ～	P. 85
【な】	内藤 誠二	内藤病院	第一会場	9:20 ～	P. 21
	中島 美奈子	豊島病院	第四会場	15:50 ～	P. 80
	中西　泉	町田慶泉病院	第一会場	11:00 ～	P. 29
	中西 幸子	永生病院	第五会場	16:10 ～	P. 95
	名田部 明子	野村病院	第六会場	13:50 ～	P.102
【は】	萩原 良介	愛和病院	第三会場	11:40 ～	P. 67
	長谷川 五百美	永生クリニック	第四会場	11:00 ～	P. 70
	長谷川 好子	南多摩病院	第五会場	15:20 ～	P. 94
	畠山 紀彦	等潤病院	第六会場	16:00 ～	P.107
	波多野 陽子	河北リハビリテーション病院	第二会場	16:10 ～	P. 64
	半田 和也	等潤病院	第五会場	14:30 ～	P. 90
	半戸 芳典	野村病院	第六会場	15:10 ～	P.106
【ひ】	東　幸巳	多摩リハビリテーション病院	第五会場	13:50 ～	P. 89
【ふ】	深沢 太一	永生病院	第六会場	13:50 ～	P.101
	福田 慎太郎	平成立石病院	第六会場	16:30 ～	P.109
	藤井 嘉人	共済会櫻井病院	第四会場	11:00 ～	P. 71
	藤澤 政人	旗の台脳神経外科病院	第五会場	13:50 ～	P. 88
	藤巻　博	介護老人保健施設いずみ	第五会場	15:00 ～	P. 92
	布目谷 寛	旗の台脳神経外科病院	第五会場	15:00 ～	P. 91
	古屋 智子	豊島病院	第三会場	13:50 ～	P. 44
【へ】	枌　紀男	東京・杉並家庭医療学センター	第六会場	11:40 ～	P. 99
【ほ】	本多 美加	南町田病院	第四会場	13:50 ～	P. 75
【ま】	眞壁 侑花	河北総合病院	第六会場	11:00 ～	P. 98
	舛田 悠子	南多摩病院	第二会場	16:10 ～	P. 63
【み】	三浦 邦久	江東病院	第三会場	15:30 ～	P. 48
	三浦 武明	いずみ記念病院	第四会場	15:50 ～	P. 81
	宮守 美穂	岩井整形外科内科病院	第一会場	16:20 ～	P. 57
【む】	村瀬 牧子	旗の台脳神経外科病院	第三会場	11:40 ～	P. 68
	村谷 公子	介護老人保健施設いずみ	第三会場	13:50 ～	P. 45
【も】	望月 清登	河北葦クリニック	第四会場	16:30 ～	P. 82
	守野 隆寛	河北総合病院	第六会場	16:00 ～	P.108
【や】	矢尾 知恵子	河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷	第三会場	13:50 ～	P. 44
	八尋 裕子	久米川病院	第四会場	14:50 ～	P. 79
	山内 美由紀	等潤病院	第六会場	14:30 ～	P.104
	山形 正子	岩井整形外科内科病院	第四会場	15:50 ～	P. 80
	山口 結里愛	町田慶泉病院	第二会場	16:10 ～	P. 64
	山崎 勝雄	いずみ記念病院	第三会場	15:30 ～	P. 49
	山崎 聡美	南町田病院	第六会場	14:30 ～	P.104
	山崎 淳子	豊島病院	第四会場	13:50 ～	P. 74
	山﨑 宏保	森山記念病院	第六会場	16:30 ～	P.110
	山崎 義広	渋谷区福祉部	第一会場	13:50 ～	P. 33
	山下 文美	共済会櫻井病院	第一会場	15:30 ～	P. 57
	山下 眞実子	訪問看護ステーションコスモス	第一会場	13:50 ～	P. 34
	山田 健嗣	南多摩病院	第二会場	11:00 ～	P. 61
【よ】	横尾 裕之	等潤病院	第六会場	16:00 ～	P.108
	横野　恵	早稲田大学	第二会場	13:50 ～	P. 41
	吉沢 奈美	東大和病院	第五会場	16:10 ～	P. 96
	吉村 和也	野村病院	第四会場	16:30 ～	P. 82
	米田 晴子	東京リバーサイド病院	第五会場	11:00 ～	P. 83
【わ】	渡辺　寛	北品川病院	第三会場	15:30 ～	P. 51
	渡邉 要一	永生会	第四会場	11:50 ～	P. 73

学会長講演

基調講演

SPEECH

「我々が地域を支える」
―望まれる地域密着型病院に向けて―

内藤 誠二
東京都病院協会 常任理事
（医療法人社団 内藤病院 理事長）

日本の病院の多数を占める民間病院はその多くが開業医の診療所から出発しており、病院長が経営と診療の両方に大きな責任を負いながら、理想とする医療の実現を目指して歴史を刻んできています。その中でも地元地域に目を向け、地域のニーズに耳を傾け、患者と職員が互いに顔の判る関係で医療サービスを提供し、プライマリーケア機能を持つ病院が「地域密着型病院」と言えると思います。しかし「地域に必要とされている病院」と自負しているものの、ニーズにあわせて広範な医療をカバーしようとするため特色がだしにくく、特に近年の医療機関の機能分化が重視される時代では、特定機能病院やセンター病院のような超急性期病院、慢性期としての療養型病院、回復期リハビリテーション病院等のように役割が明確でなく診療報酬上でも評価されにくい立場となっています。

医療制度の変化の中で揉まれ、最近の急性期医療の急速な高度化や、医療機能分化の推進の中で「地域密着型病院」の立ち位置が不明確になっていました。しかし急速な高齢化に伴い医療を取り巻く環境が大きく変化し、急性期医療だけでなく亜急性期、慢性期の急性増悪への対応への必要性が増大してきた現在、高度医療を求めて病院を選ぶのではなく、地域の生活の場に近い病院で医療を受けることが重要になってきました。

目の前に迫る超高齢化社会に向けて、地域包括ケアシステムの構築が急がれています。住み慣れた地域で安全・安心に生活するために、地域・福祉・介護・医療が協働して地域をサポートするシステムですが、医療では地域のかかりつけ医、そして医師会の力が無ければ成り立たず、さらにそれをバックアップするのが「地域密着型病院」以外は考えられません。広範な医療をカバーし、顔の見える病院の存在が安心・安全な生活に繋がることは間違いありません。これまでも地域を見つめて、地域と共に歩んできた「地域密着型病院」ですが、さらにこれからの時代に地域の役に立つためには何を考え、何を行動すべきか考えていきたいと思います。

内藤 誠二　略歴

1987年に昭和大学大学院を修了。その後、同大学の外科学教室助手を経て、1990年内藤病院副院長に就任。1995年院長となり現在に至る。東京都病院協会常任理事のほか、地区医師会、全日本病院協会の各種委員を務めている。外科学会認定医、乳癌学会認定医として診療にあたる一方で、在宅医療の後方支援、介護施設の連携を含めて、地域における医療連携を積極的に行っている。

「大都市版・地域包括ケアシステムにおける中小病院の使命」
～具現化への道筋～

天本　宏氏
天翁会 理事長

「ニーズにこたえる医療がない」、「ニーズに医療がこたえていない」とよく聞く。外部環境に無関心というか、自己中心的発想から医療人は考える傾向が強い。「何をなすべきか」といった外部環境に照らしあわせた事業展開を目指そう。これからの社会構造は人口オーナス現象が顕著となり社会保障の維持、ニーズの転換等からして現状のフリーアクセス、自由開業制では持続可能は不可能な時代となってくる。医療提供体制は自己完結型からエリア内で機能分担をしていく地域内完結型に転換し、医療提供の場は病院完結型から地域基盤型に転換していく。対照群も壮年期主流から超高齢者主流にシフトしていく。生存目的の医療から、疾病管理医療から総合的、対人サービスとしての視点重視にと転換が求められていく。そのような「ニーズに沿った医療」、「あるべき姿」をしっかりと見極め、目標を絞りきった先行目標指向型経営を計画し、変化、改革していこう。その計画を具現化できる組織作りをし、マネジメントしつつ協働、協業をしていく作業を共に考えてみよう。モデルなき挑戦には原点回帰である。目標を、理想をもとう。そして現場から変革していこう。それには覚悟が必要である。組織を変えるには「トップ自ら変わり、目標を明確に示し、理想を追い求めねばならない」。目標に向かう今は当然『あるべき姿ではない』。道半ばである。しかし目標があるからこそ「今が変えられる」のである。希望の旗は決して降ろしてはならない。毅然とし、前を向き、決してぶれてはならない。想いを語らしていただく。

天本　宏氏　略歴
昭和18年生まれ
東京慈恵会医科大学医学部卒
同大学･聖マリアンナ医科大学にて老人医療、
認知症医療に携わる
昭和55年:天本病院を設立
昭和60年:老人の専門医療を考える会　会長に就任
平成　7年:医療法人財団天翁会　理事長に就任
平成13年:全日本病院協会　副会長に就任
平成15年:聖マリアンナ医科大学　臨床教授に着任
平成18年:日本医師会　常任理事に就任
現在も、精神科医として認知症治療･ケアの臨床に携わる

パネルディスカッション

「地域連携の現状と問題点、
そして望まれる情報とは」

PANEL DISCUSSION

座長紹介

猪口 雄二
寿康会病院 理事長

パネリスト

当院における地域連携の現状について

石川 博久
医療法人財団謙仁会亀有病院 理事長

（当院概要）

当院は外科･内科･整形外科･脳外科を標榜する122床ケアミックス病院である。

半径３キロ圏内に、慈恵医大葛飾医療センター（356床）、東部地域病院（313床）がある。

（医療連携室とその業務）

地域連携活動は平成15年に開始され、平成21年に正式に医療連携室となり、現在2名の社会福祉士が在職している。業務は①急性期後患者の受入と②退院調整･在宅支援である。

（入院判定会議と問題点）

転院依頼患者の入院の可否は「入院判定会議」で決定する。

「当院の提供する医療レベル」「患者･家族の望む退院目標」の2点を判定基準としている。

しかし、当初は転院後の「当院の医療レベルでは対応困難」という担当医の指摘や、患者側の「当院に対する過大期待」に起因するクレーム等、トラブルが多かった。

（紹介患者への転院前診察）

「前医と直接の情報交換」や「当院医師より患者･家族への説明」など、事前に医師が介入する必要性を感じた。

そこで慈恵医大と交渉し、事前に当院医師が大学内で「患者診察」や「家族への説明」を行う事を許可していただいた。

転院前に「患者診察をできる事」や患者･家族へ「提供できる医療」について説明をすることにより転院後のトラブルを減らすことができた。

（今後の地域連携）

急性期との関係ををよりシームレスにするには、互いの病院スタッフ･患者･家族が一堂に会した転院時の「ケアカンファレンス」は最低限必要なことである。

現在、地域完結型医療への変革期を迎えている。我々民間病院は互いに協調性を持って団結し「異なる組織間で情報を共有化し、良質な医療を提供するシステム」を構築し地域医療を守っていかなくてはならない。

石川 博久　略歴

平成6年東京慈恵会医科大学卒、亀田総合病院研修後、平成8年同大学整形外科助手、谷津保健病院 整形外科医長を経て平成21年9月より現職

資格:整形外科専門医

パネリスト

当院における地域連携の現状と問題点、望まれる情報とは

木村　厚
特定医療法人一成会木村病院 理事長

木村病院は区東北部医療圏の荒川区にある88床の小病院である。一般急性期51床、障害者施設等一般病37床で看護基準は10対1であり、東京都指定２次医療機関で、典型的な「地域一般病院」である。

当然「顔の見える地域連携」は何を置いても重要であり、かなり以前から様々な取り組みを行ってきた。 まず先代院長のころから地域の診療所との連携の会を他に先駆けて行っている。1時中断し2004年からは中核病院、介護施設、訪問看護ステーション、区の高齢者福祉課の職員、包括支援センターの職員等も参加して活発に活動している。もちろん基幹病院である東京女子医大東医療センター、都立駒込病院、日本医大病院などの連携の会にも積極的に参加している。

他にも荒川区医療連携会議、東京都リハビリテーション病院の会にMSWやリハの職員が参加しており、薬剤科は区の薬剤師会の会に参加している。
以前は病院医師と基幹病院、診療所の医師との連携で事足りていたが、現在はより他職種の連携(チーム医療の連携)が必要であり、行政も参加することで更に立体的な連携が構築できる。現在看護師の連携がなくどのようにしたらいいのか模索中である。

各病院の診療機能情報はHPなどに発信されており、患者さんを直接依頼することで、空床状況も把握できる。しかし、当院から診療所に患者さんを紹介する際の診療機能情報をもっとリアルタイムに入手できるとあり難いと思う。

木村　厚　略歴
昭和52年　日本大学医学部卒業
昭和52年　第64回医師国家試験合格
昭和52年　日本大学板橋病院 第1外科 医局入局
昭和63年　日本大学板橋病院　第1外科　退局
昭和63年　医療法人社団一成会木村病院　勤務
昭和63年　学位取得　医学博士
平成2年　　同院　副院長就任
平成2年　　同法人　理事長･院長就任
現在に至る

パネリスト

地域連携の現状と問題点、そして望まれる情報とは

小泉 和雄
社会医療法人社団医善会いずみ記念病院 理事長

日本は2025年、これまで人類が経験したことのない超高齢社会に直面する。そして、2012年8月「社会保障と税の一体改革」が国会で成立し、経済誘導となる診療・介護報酬の改定、さらには政策誘導と考えられる都道府県市町村の医療法に基づく医療計画が動いている。このため、生活の安心・安全、健康を確保するために医療や介護そしてさまざまな生活支援サービスが提供できるような地域での体制である地域包括ケアシステムが、地域連携ネットワークとして求められている。

このような制度背景のなか、地域の一般病院は高齢者の日常的な生活支援のみならず、肺炎や骨折、急性増悪への対応、退院時や地域の医療・介護連携など、さまざまな連携が求められている現状がある。

当院は1982年に開院以来、まじめでひたむきに行動することを理念とし、親切でよりよい医療と介護を目指し、トータルファミリーケアサービスの提供を基本方針としてきた。そして利用者を医療と介護で支えるため、各施設は、広々とした療養環境の整備、説明と同意、職員の研鑽、最新の医療機器の設置など医療水準の向上に努めてきた。

一体改革では病院から地域へ、そして医療から介護へのシームレスな流れが強調されている。当法人では、機能や役割の分担を高めるため、各事業所から発信される情報と問題点を、顔のみえる関係のなかで共有している。また他の医療・介護施設との相互理解を深めるため、継続した医師会活動、行政サービス、地域連携パスへの参加そして地元町会との交流などから、正確かつ詳細な情報の取得・伝達、円滑な連携を構築するよう心がけている。これからの地域連携を実践するため当法人の現状から考察してみたい。

小泉 和雄　略歴
昭和43年　昭和大学　医学部　卒業
昭和47年　学位記取得
昭和57年　鹿浜橋病院　開設　昭和大学　兼任講師
平成10年　医療法人社団　医善会　設立
平成17年　いずみ記念病院　開設
平成21年　臨床外科学会　名誉会員
平成25年　社会医療法人に認定

パネリスト

地域連携の現状と問題点、そして望まれる情報とは

進藤　晃
医療法人財団利定会大久野病院 理事長

当法人は東京都西多摩郡で回復期と療養型と在宅支援診療所を運営している。西多摩郡は過疎地域の山間部から人口密集地帯の都市部が混在している。東京の２次医療圏としては面積が大きく人口が少ない医療圏である。

西多摩医師会の脳卒中地域医療連携連絡会では、当圏域の脳卒中患者の移動について平成２０年から年毎に調査している。その結果、急性期病院からの退院先は、在宅と死亡が減少し回復期へ増加している。回復期からの退院先は在宅･医療療養･老健が増え、急性期病院へ戻るのも増えている。特養ホームは減少している。療養型からの退院は死亡が増加し、特養ホームが減少している。　老健からの退院は医療療養型へ増加し、急性期病院へ戻る率も増加している。全体像を考えると、重症者が次々と急性期から回復期、次に老健か療養型に転院し老健では重症化すると急性期へ戻す、療養型で重症化した場合に看取りが行われている様にみえる。

脳卒中を発症したのち、軽快した人は在宅または在宅様の施設に入所して介護保険サービスを受けてあまり問題なく生活していると思われる。しかし、軽快せず重介護状態となった方々は回復期終了後に療養型か老健に移られている。この方々が重症化した場合の対応は、老健では急性期病院へ転送、療養型では自院でできる範囲で治療を行い看取るべき人については看取っている。在宅でも老健様の事が起きていると思われる。急性期への転送は急性期病院を忙しくし、お断りを多くしている原因の一つと考えられる。

脳卒中の初発や急性疾患は急性期病院で診療すべきである。重介護状態となっている方が急性発症した場合の対応方法が地域医療連携の鍵になっているように思える。

進藤　晃　略歴

平成元年３月	埼玉医科大学卒業
平成元年	第８３回医師国家試験合格
平成元年	埼玉医科大学付属病院　入職
平成４年９月	大久野病院　入職
平成11年８月	医療法人財団　利定会　開設 理事長　就任

パネリスト

地域連携の現状と問題点、そして望まれる情報とは

中西　泉
医療法人社団慶泉会 町田慶泉病院 理事長

地域包括ケア構想の導入と共に、在宅医療推進が喧伝されて久しい。この実現には診療所の訪問診療への取り組みが不可欠である。現在町田市医師会員数は250人で内科を標榜する医療機関は154となっている。さらにこのなかで訪問診療も標榜しているところは65か所となっている。しかし、実際日常的に訪問診療を行っている医療機関数は、これをはるかに下回っている。

外来は行わず、訪問診療に特化している医療機関は3か所である。この他に医師会に所属していない医療機関があり、その中にも訪問診療に特化している診療所が含まれているものと推定される。

当院は地域診療所からの入院要請には、できるだけ対応するようにしているが、入院依頼をしてくる診療所が必ずしも地域全体に散らばっているわけではなく、限定的である。

一方、医師会在宅医療推進担当理事によれば訪問診療に積極的にかかわろうとする診療所が少ないのが現状であり、どのようにしたら訪問診療推進が図れるか決め手に欠いている、という実態が明らかにされている。

訪問診療を行わずとも外来診療で十分採算が成り立っているという現実がある。この一方で訪問診療を専業としている診療所の中には患者宅や介護施設には数分いるのみで十分な診療を行わず、数をこなすことで収益を上げることに熱心な医師がいることも問題である。儲ける手段としての訪問診療なのだ。また、介護事業への業者参入は地域包括ケアに必ずしも好ましい影響を与えてはいない。旧来の介護福祉施設では入居者に対するそれなりの配慮が払われていた。しかし、この背景を持たない業者の運営する介護施設の中には必要とする介護を行わず、入居者のADLを低下せしめ、障害のある患者を作ってしまう処も散見される。例えば褥瘡が重症化した入居者は救急を介し病院に運び込まれることとなる。介護の不始末の後始末が医療に押し付けられる構図が次第に顕著になっている。地域包括ケアにおいて質の良い介護と医療を提供するためには、何らかの強制力を持った協議会の存在と倫理にもとる医師や介護施設に対し、強制力ある指導、場合によっては排除も必要と考えるものである。

中西　泉　略歴

1972年　慶應義塾大学医学部卒業。外科学専攻。
1983年　町谷原病院副院長。
1988年　町谷原病院院長。
2005年　医療法人社団慶泉会 町田慶泉病院 理事長並びに院長
2013年8月31日　医療法人社団慶泉会 町田慶泉病院 理事長

シンポジウム

「望まれる地域密着型病院に向けて」

SYMPOSIUM

座長紹介

内藤 誠二
内藤病院 理事長

シンポジスト

地域包括ケアシステムを推進するための渋谷区の取り組み

山崎 義広氏
渋谷区福祉部高齢者サービス課 課長

渋谷区では、今後さらに高齢化率は上昇し、要介護者の増加・重度化に伴い、特別養護老人ホームなどの福祉施設へのニーズは高く、一層の基盤整備が必要であります。そのため、平成２５年度には、特養８０床、ショートステイ２０床、デイサービス、パワリハ施設を含む「杜の風・上原」を開設し、更に、今年１月には、２４床の地域密着型特別養護老人ホーム「総合ケアコミュニティ・せせらぎ」を開設いたしました。これで、高齢者人口１，０００人当たりのベッド数は、２３区でもトップクラスの水準となっています。

しかし、一方では、住み慣れた地域で安心して在宅で生活したい、という高齢者もいらっしゃいます。厳しい財政状況のもと、双方のバランスを取りながらの対応を迫られておりますが、地域包括支援センターの増設、在宅医療相談窓口の開設など、渋谷区が地域包括ケアシステム推進するために実施している施策を説明します。

山崎 義広氏　略歴

昭和５９年渋谷区へ入区。平成１７年課長昇任と共に特養美竹の丘・しぶや施設長、特養あやめの苑・代々木施設長、子ども家庭部子ども家庭支援センター所長、都市整備部環境保全課長、教育委員会事務局学務課長、平成２５年１０月から高齢者サービス課長となり現在に至る

シンポジスト

単身・生活困窮状態にある人々に対する在宅看護

山下 眞実子氏
特定非営利活動法人 訪問看護ステーション コスモス
理事長

訪問看護ステーションコスモス（以下コスモス）は、2000年4月にNPO法人格を取得し、同年6月より訪問看護・居宅支援事業を開始した。

開設場所は山谷と呼ばれるホームレスの多い、日本で最も生活困窮者の多い地域である。山谷には簡易宿所（通称ドヤ・一部屋3畳位の旅館）が約160件あり、かつては日雇い労働者が多く住み、日本の高度経済成長を支えた。しかし、バブル経済崩壊後、その日暮らしの労働者は仕事を失い困窮し、ホームレス生活を余儀なくされる人も多く出た。

時を経て労働者は高齢化し、多くの病気や障がいを抱えるようになった。そして、山谷は単身・生活困窮状態にある人々を多数輩出するようになっていった。親族との関係を絶った身寄りのない人たちは、一旦病気になると簡易宿所を出され、生活する場所を失った。

コスモス立ち上げ当初時期は、山谷はまだまだ足を踏み入れてはならない場所でもあった。

そんな山谷であったが、ボランティア組織は多くおにぎりを配ったり、衣服を提供したりしていた。私もおにぎり配りの一員であった。おにぎりを配りながら、山谷の困窮状態に圧倒されると同時に「医療・看護がいきわたらない山谷の地域こそ看護が必要である」と考えた。

訪問看護事業開始にあたり「潜在的な需要はあるものの事業を行うのは無理でしょう」と多くの人から言われた。しかし、一人二人と利用者を増やす中、山谷の現状が現代日本の「単身、高齢、困窮、病気・障がい」を先取りしていることが明確になってきた。そしてコスモスには「現代の貧困問題に立ち向かいたいと多くの意志ある看護師が集まった。

訪問看護の利用者数が増える中、単身高齢者は本人の思いと反し、病院で最期をむかえること、また遠くの施設に移転せざるをえない現実を目の当たりにした。しかし「コスモスが終の棲家を提供することで、利用者の尊厳を保ち、最期の時を一緒にむかえられることができると考えた。

2009年宿泊施設コスモスハウス「おはな」（13室）を立ち上げた。「おはな」はハワイの言葉で家族を意味する。訪問看護を提供し、スタッフは家族のように寄り添い、最期の時を本人の意思に沿い、尊厳を保った生活をしていただく。コスモススタッフ一同が望んだ看取りである。宿泊施設の需要はさらに多く、問い合わせが殺到した。その後、コスモス事務所を囲み、支援付きアパート（18室）を設立、現在まで多くの入所者を看取った。

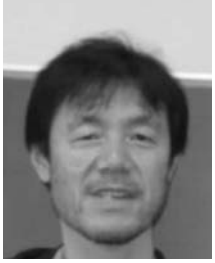
「尊厳のある最期の時を看護が支えたい」この想いは看護に携わる誰もが考えることである。コスモスでの取り組みが、単身・生活困窮状態にある人々に対する在宅看護の方向性を示す、一助になることを願ってやまない。

山下 眞実子氏　略歴

三井記念病院高等看護学院卒業
三井記念病院始め約10年間の病院勤務
アジア教育福祉財団難民事業本部、
国際救援センター3年勤務
厚生省看護教員養成課程修了
荏原医師会立看護高等専修学校専任教員4年勤務
2000年より特定非営利法人・訪問看護ステーション
コスモス法人理事長兼訪問看護ステーション所長

シンポジスト

高齢者支援の現場から
地域密着型病院の役割を考える



鈴木 博之氏
社会福祉法人 白十字会 東村山市北部地域包括支援センター
センター長

1　高齢者を取り巻く現状について

2　最近の相談支援の特徴について

3　2025年地域包括ケアシステム構築にむけて

4　個別診療とネットワーク
自助･公助･互助･共助⇒包括的かつ
継続的なケア

5　医療機関としての社会貢献

6　まとめ
キーワードとしての「ともにつくる」

鈴木 博之氏　略歴
病院MSW、老人保健施設事務長を経て平成18年4月より現職
社会福祉法人　白十字会　東村山市北部地域包括支援センター　センター長

シンポジスト

望まれる地域密着型病院に向けて
～ソーシャルワーカーの視点から～

小林 裕一郎氏
医療法人温光会内藤病院 医療連携相談室 室長

シンポジウムに参加させていただくことになり、本題を考える上で「地域」という言葉に着目しました。1つは地域というと多くの方々は住民と考えるかもしれませんが、私はソーシャルワーカーの視点から地域とは住民はもちろん、医療や福祉に携わる人々だけでなく、そこにかかわる全ての人々が対象ではないか考えました。そして、2つ目は地域の持つ力についてです。社会のシステムが変化するなか、全ての人々の思いや考えは必ずしも同じではないため、心理的な面、社会的な面を汲み取り、理解する必要があるのではないかと思います。またその過程で使用する言語も全ての人々で異なることから様々なすり合わせが必須であるため、それを行い、育むことができるところが地域なのではないかと考えました。その2つへの着目から、地域に望まれる地域密着型病院とは「かけがえのない存在である1人ひとりの人間を常に人として尊重することを意識し、表現できる病院ではないかと思いました。今回、このような機会を与えていただくこと、ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティについても考えることができました。今学会では参加される皆様とともに望まれる地域密着型病院について考えたいと思います。

小林 裕一郎氏　略歴
大学卒業後、商社へ勤務。学校編入して社会福祉士取得。都内の一般急性期病院を経て、現在、内藤病院勤務

シンポジスト

望まれる地域密着型病院に向けて
在宅療養支援診療所・病院の立場から

伊藤 雅史
社会医療法人社団慈生会 理事長
等潤病院
常楽診療所
居宅介護支援事業所 常楽
足立東部老人訪問看護ステーション
地域包括支援センター一ツ家

当法人では等潤病院においては急性期から回復期を担い、常楽診療所では在宅診療を在宅ケア部の各事業所と協力して行う統合した医療を展開している。来春竣工の介護老人保健施設イルアカーサにより慢性期の施設が加わり、法人理念にも掲げるトータルヘルスケアの実現に、職員全員が努力しているところである。

在宅診療は介護と密接に関係しているが、在宅診療所と介護事業者が医療において最も重要でありながら常に不安を抱えているのは、利用者急病時の病院との連携である。

救急対応や入院など病院との連携があって初めて、地域の人々が住み慣れた場所で良き人生と尊厳ある死を迎える、地域包括ケアを実現することができる。このような役割を担うべきは地域密着型病院が最適であると考えられる。これらについて自院での経験を踏まえ発表する

伊藤 雅史　略歴
専門:消化器外科、血管外科
東京医科歯科大学医学部臨床教授、日本外科学会指導医･専門医･認定医、日本消化器外科学会指導医･専門医･認定医、日本臨床外科学会評議員、日本脈管学会評議員、日本透析医学会、東京都病院協会常任理事、足立区医師会理事。
2007年4 月より現職、急性期医療から在宅医療･介護までを幅広く提供し、法人理念である「地域と共に生きる慈しみのトータルヘルケア」の実現に邁進している。

セッション

環境問題検討委員会セッション

事務管理部会セッション

看護管理部会セッション

急性期医療委員会セッション

SESSION

環境問題検討委員会セッション

会　　場：第二会場（3 階　301）
時　　間：13：50 ～ 14：50
座　　長：篠原 健一（河北総合病院）
講　　師：早稲田大学 社会学部
　　総合学術院 准教授　横野　恵氏

リビングウィルは「生前の意思」などと訳されますが、東京都病院協会・環境問題検討委員会では、本人の意思によらない延命治療など終末期医療が抱える諸テーマと「医療から考える環境問題」についてさまざま議論してきました。環境問題は個人のライフ・スタイルに極めて密接に関わることです。地球環境に調和した医療活動を推進するためには、人間の生き方・死に方を根源的に問いつつ真摯な議論と提案が重要であると考えます。

「リビングウィル - 終末期医療 -」

横野　恵
早稲田大学 社会学部総合学術院 准教授

この講演では，(1)終末期医療をめぐる近年の国内動向，および（2)リビングウィル（事前指示)をテーマとして取り上げます。

(1)終末期医療に関する法的・倫理的問題をめぐる国内の状況は，この10年ほどの間におおきく変化してきました。この講演では，終末期医療をめぐる近年の国内動向を整理するとともに現状における法的リスクについて分析します。

(2)厚労省が2013年に行った意識調査では，一般国民の約7割，医療従事者では8割近くが事前指示書の作成に賛成すると回答しており1，終末期の意思決定においてリビングウィルには一定の役割が期待されています。しかし，リビングウィルの作成や取り扱いについては，戸惑いを感じている医療従事者も少なくないように思われます。この講演では，国内の裁判例や，リビングウィル発祥の地であり，30年以上にわたる経験の蓄積がある米国の状況，ならびに比較的最近になってからリビングウィルを法制化した英国の状況を参照しつつ，リビングウィルの役割や作成・活用のあり方について検討します。

事務管理部会セッション

会　　場：第二会場（3 階　301）
時 間 帯：15：00 ～ 16：00
座　　長：田野倉 浩治（永生病院）

厚生労働省においては、2025年（平成37年）を目途に、地域の包括的な支援･サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています。その中で重要なことは医師･看護師･ケアマネ等での情報の共有です。

今回は15年以上前から在宅医療に取り組み、その中で培った情報共有の重要性とICTの活用術を報告いただきます。在宅のみならず、病院内での業務改善のヒントにもなるものと期待しています。

「在宅医療分野におけるマネジメント 在宅医療現場における ICT 導入の効果と検証」

遠藤 正樹
医療法人社団 康明会　常務理事 / 法人本部長

2006年の診療報酬改定で、厚労省は、在宅医療推進の切り札として、「在宅療養支援診療所」を創設した。以降の改定で、中小民間病院へのメッセージも含め、２００床未満の病院についても同様の要件での在宅医療を展開できる仕組みを診療報酬で誘導した。結果、現在、我が国の診療所の約１３％が届出、病院も７００病院程度が、在宅医療を展開している。ただし、実際には、２４時間３６５日患家の求めに応じて対応し、迅速な対応をすることは容易ではない。

そこで、当法人では、１５年以上前から、在宅医療を推進してきた経緯から、医師や看護師、在宅医療分野のソーシャルワーカー等の過重労働軽減と、患者･家族への真の安心、居住系施設の職員が入居者の急性増悪時の対応に苦慮していること等をふまえ、新たな在宅医療ICTを企業と共同開発したので報告する。

このICTシステムは、これまで、多くの企業が開発してきた「患者情報の共有化」に加え、電話対応における不確定な患者、家族、施設職員からの訴えに対し、適格かつ迅速な指示、診断が可能となるように、遠隔地診療を応用し、タブレット端末でテレビ画面での双方向の対話や患者診療を可能としたこと、そして、急性増悪時に処するために、救急医療機関側へのリアルタイムな情報提供を可能とするものである。本セッションでは、このシステムの実践と検証結果について、写真、動画等も活用し、詳説する。

看護管理部会セッション

会　　場：第三会場（5 階　501）
時　　間：13：50 ～ 15：20
座　　長：安藝 佐香江（南多摩病院）、川村 禎子（永寿総合病院）

テーマ：患者を支えあう病院と地域機関※の協働
～看護師と多職種の連携のあり方～

（地域機関＝訪問看護ステーション、在宅支援、在宅リハ等）

看護管理部会では、今回の学会主題「我々が地域を支える」に関連してセッションを開催することといたしました。セッションテーマは「患者を支えあう病院と地域機関の協働　～看護師と多職種の連携のあり方～」としました。

今日、医療機関の役割は疾病の治療だけではなくなってきています。患者さんの健康状態に加え、QOLや生活環境・家族環境、どこでどのような暮らし方をしたいかなど、患者さんの生き方に寄り添うことが重要になってきています。

そのとき、医療職・介護職その他多くの職種が連携して、患者さんを中心に置き、支えるための取り組みが今後ますます重要になってきます。施設間・職種間の情報共有・認識共有のために必要なことは何か、互いにどのような情報を必要としているのか、足りていない情報があるとすればどのようなことか、他施設・他職種への要望なども率直に語り、様々な施設・職種同士で考えを深める機会にしたいと考えています。

構成は、(1) 今やっていること（施設ごと・職種ごとの業務内容と現状報告）、(2) 連携のための課題・問題点、(3) 他施設・他職種への要望について各シンポジストからの発表を受け、後半はディスカッションを行う予定です。

会場からの発言も歓迎します。多くの方のご参加をお待ちしております。

テーマおよび発表者

「病院と訪問看護ステーションとの協働」
病院入退院調整看護師
豊島病院　古屋 智子

「“できること”、“効果があること”を地道に継続し活動していく重要性について」
訪問看護ステーション 看護師
河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷　矢尾 知恵子

「介護老人保健施設における他施設・他職種との連携」
介護老人保健施設看護師
介護老人保健施設いずみ　村谷 公子

「いかに患者・家族の立場に身を置いた退院支援を提供できるか」
病院 MSW
信愛病院　井上 孝義

「永生会訪問リハビリと永生病院との連携について」
訪問リハビリテーション理学療法士
永生会法人本部　荒尾 雅文

「病院と訪問看護ステーションとの協働」

古屋 智子・植木 真樹子・
近江 八重子
豊島病院

当院は急性期病院であり、医療が継続された状態で退院する患者が多い。退院時、病院と地域で医療を担うスタッフとの情報の共有が不可欠であり、できるだけ退院前カンファレンスを開催するように努めている。当院の患者で訪問看護を受けている患者数は年間約２００人で、退院時に新規導入となる場合がほとんどである。しかし、訪問看護師とのカンファレンスは時間制限や来院困難など開催が困難なことも多く看護サマリーによる情報提供のみ場合も多い。

看護サマリーだけでは伝えきれない情報や患者･家族の不安など、地域へいきた情報提供が行えるように工夫が必要と感じた。そこで看護相談係では、昨年度より患者の外出･外泊時、または退院時に同行し、病院で指導したことが自宅で確認し、指導するという退院前訪問指導を８件実施している。その際に患者･家族と、地域で医療を支えるスタッフと、病院スタッフみんなで話し合いを実施し、患者の問題を確認している。退院前訪問指導に看護相談係が同行できない場合もあり、ソーシャルワーカーやリハビリ担当が実施した場合にも情報を共有できるように努めている。

退院後も患者が通院を続けている場合が多く、患者･家族が安心して在宅療養を継続していくために訪問看護ステーションなど地域機関からの、問い合わせへの対応や主治医との連絡などを積極的に行っている。

看護相談係の課題として、病棟看護師が患者･家族がどのように退院を受け止め何を問題としているのかをとらえられるように病棟看護師に退院支援や在宅療養についての知識の構築や教育も必要と考えている。

「“できること”、“効果があること”を地道に継続し活動していく重要性について」

矢尾 知恵子
河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷

【はじめに】地域支援病院を母体とする当訪問看護ステーションの対象者は主に、当院の退院患者と近隣医療機関からの紹介患者である。その多くは高齢であり、適応力や回復力が乏しく、また、短い在院日数の中でケア調整や介護者の負担･不安に対する家族支援がより必要となる。今回、当事業所の訪問看護導入状況をまとめ、連携における課題とその取り組みを考察する。【方法】2013年4月1日から7ヶ月間の相談件数と導入件数、依頼元、導入時の調整方法、退院カンファレンス実施の有無について調査した。

【結果】相談件数は147件で、うち87件が訪問看護導入となった。依頼元では当院が73件、地域のケアマネジャーが53件であった。導入時の調整方法は電話がほとんどであり退院カンファレンスの実施は低かった。導入時の課題では状態変化時の入院先が未確定、準備不足があった。また、病院からの説明においては、訪問看護ステーションと患者･家族の間で相違のあるケースがあった。

【考察】在宅療養移行時や継続を阻害する要因1）には、症状変化時の対応や受入れ機関の確保、24時間体制がある。入院期間の短縮は患者個々の療養環境や関係者、療養希望の把握と調整を難しくさせる。同様に訪問看護も少人数で実践し、業務のほとんどを訪問で占めることから退院調整に費やす時間は少ない。そうしたなかで電話による調整や病棟訪問、打ち合わせを行った。一方、前向きな取り組みとしては施設間研修による看護交流を実施した。また、訪問看護認定看護師として退院調整を行った。【まとめ】連携上の諸種の課題はあるが、できることや効果が期待されることを地道に継続し、積み重ねながら仕組みを構築していくことが必要だと考える。

参考資料:
在宅医療の最近の動向:平成24年度在宅医療連携拠点事業、事業説明会資料（平成24年7月11日実施）, 厚生労働省

「介護老人保健施設における他施設・他職種との連携」

村谷 公子
介護老人保健施設いずみ

【はじめに】「介護老人保健施設とは、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理のもとにおける介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。」である。介護サービスは最近の12年間で機能が分化し、事業所も増えてきている。このため、医療・介護の連携が必要になってきた。

【現状報告】医療情報は、共通様式として活用されている診療情報提供書を利用し、必要に応じ利用者を訪れ職種間で共有している。その他の情報は、利用者背景を含めて支援相談員から各職種に提供されている。居宅やサービス付き高齢者住宅への退所時には自宅・施設を訪問し、その情報は在宅療養支援にいかされ、必要なケアを確認し退所準備に備えている。

【連携のための課題】介護保険を利用している老健では、退所時に利用者・家族を中心として施設の主治医、看護師、理学療法士、作業療法士、相談員、介護支援専門員、介護士などがカンファレンスを行うことが大切と考える。しかしながら、関係者の参集調整に難渋することがある。さらに最近では重症者の受け入れや看取りについて、利用者・家族そして社会が老健に期待している面があり、都内では人材の確保に悩まされて続けている。

【他施設・他職種への要望】他施設に対して　1)入所時、診療情報提供書の詳細な記載　2)直近の情報とサービス内容　3)医療機関受診時、施設への詳細な治療内容と指示など。
他職種に対して　1)相互理解　2)職員間の良好なコミュニケーション　3)参集への協力などが考えられる。

【まとめ】老健の本来の目的を果たすために、医療と介護の連携を考え介護の質の向上につとめていきたい。

「いかに患者・家族の立場に身を置いた退院支援を提供できるか」

井上 孝義
信愛病院

【はじめに】当院には、43床の一般病床があり、絶えず第2次・3次救急病院から急性期を脱し直接に自宅へ退院が困難な患者が継続入院を目的に転院されてくる。今後の生活に不安を抱えながら、多くの患者・家族が在宅復帰を目的に治療やリハビリを行っている。退院後は大小の差はあれ、多くがハンディキャップを抱えながら生活を送って行くことになる。在宅サービスを調整し自宅へ退院するケースや施設での継続入院（入所）を希望し転院されて行くケースも多く存在する。
　SWはそういった一連の流れの中で、いかに不安を軽減しながら今後の生活を考えて行けるように支えて行くことが役割であり課題にもなっている。
【現状】当院のように急性期病院から転院を受け入れるタイプの病院でも、一般病床では入院期間の制限がでてくる。転院をされてくる対象の患者・家族へ対し2か月の入院期限があることを伝え、入院時から期限の意識づけをしてかかわって行く。
【問題点】近年、連携パス等の参加医療機関が増加し病院間の移動が以前より増して短期間で行われている。一方で当事者である患者・家族は、病院が体系化され役割分担がされていることさえ理解されていない場合も少なくない。入院相談に来院される患者・家族は、「なぜこんな短い期間で状態も落ち着いていないのに退院（転院）をしなければならないのか？」「今の病院から紹介されたからきました」という状況にある。そういった対象者と初対面をするSWは、まず現状理解の説明（関わり）から必要になっている。
【課題】SWも当然病院の職員であり、近年はより効率的に病院の利益（目に見える経済的側面）を得る役割を求められる。SWとして病気を抱える患者・家族から悩みや不安などの相談に乗り精神的な支えになることは、とても重要な役割になるが、入退院調整におわれそこまでかかわれていない現状がある。特に退院支援に関しては、平均在院日数の関係から限られた期間内において患者・家族と面接を行いかかわって行くことになり、満足どころか納得の得られない形で退院して行くケースも存在しているのが実態である。
【まとめ】SWは、患者・家族から療養上起こる様々な（経済的・社会的・心理的）問題から生じる悩みに対し相談を受け、問題解決のお手伝いをして行くことに変わらない。そこを見失うと存在意義ばかりではなく、SWとしてのやりがいを失ってしまうことになりかねなくなる。近年はよりバランスが求められる時代であり管理者にも評価されながらSWの存在意義を果たして行くことは可能と考える。今の時代だからこそ求められるSWの役割について提言して参りたい。

「永生会訪問リハビリと永生病院との連携について」

荒尾 雅文
永生会法人本部

【はじめに】近年、医療機関での入院短縮、また重症度の高い方も含めた地域への退院促進などが勧められており、ますます病院と地域サービスとの連携が重要になってきている。永生会でも、この連携が大きな課題となっており、訪問リハビリを含めたリハビリ部門では連携強化のための取り組みを10年前から組織的に行っている。本学会では永生会での取り組みと現在の課題について報告したい。

【連携への取り組み】上記課題から連携強化のための取り組みとして、平成18年より法人のリハビリ職種全体が集まる勉強会を開催している。また平成21年、連携や法人リハビリの理念統一のため、リハビリ統括管理部が創設された。訪問リハビリもこのなかで訪問リハの特徴や対象となる利用者例等の紹介を行った。また役席同士が連携することや理念を統一して動くことが必要との意見から法人リハビリ役席者勉強会を今年度から行っている。また訪問リハビリの現場での取り組みとして、各ステーションに訪問リハビリの役席をおき、地域との連携窓口や、法人内の医療施設や、その役割の異なる介護保険とのつなぎ役となるようにしている。このことは法人内外のケアマネージャーや、法人内医療機関にとってもわかりやすくアクセスしやすい環境を作っているようである。

【課題】訪問リハから連携時の課題としてあがっているのが、「担当者がわからない」「「連携相手と方向性が違った」などの項目であった。課題への対策としては訪問リハのように施設毎の統一した相談窓口の設置をすること、また積極的な部署異動を促し、お互いの立場を理解しながら連携が行えるようなスタッフを増やすこともなども有効ではないだろうか。

急性期医療委員会セッション

会　　場：第三会場（5 階　501）
時 間 帯：15：30 ～ 17：00
座　　長：帝京大学医学部救急医学講座 主任教授　坂本 哲也氏
　　鈴木病院　鈴木 宏彰

テーマ：高齢者救急搬送の問題点を考える ～それぞれの立場から～

高齢者の救急搬送において、救急病院での診察・治療終了後も独居で自宅に帰ることが困難であるとか、受け入れ病院が見つからないなどの、いわゆる出口問題のために、三次救急病院・二次救急病院で空床が確保できず、救急需要に対応できない事案が増加している。救急需要に対応しきれない一因にはコンビニ受診などもあるが、今回のセッションでは医療機関同士の連携について考えてみる。後方病院による患者受け入れのためにどういった連携が必要か、何が障害となっているかについて、三次救急病院・二次救急病院・後方病院等、それぞれの立場からの現状認識と課題・問題点についてシンポジストから報告する。

医療機関間での連携について、それぞれの立場・視点からの現状認識と、他の機関との間で連携がうまく行っている事例、課題が残っている事例などを報告し、報告終了後に、ミニシンポジウム形式で意見交換を行う。

テーマおよび発表者

「高齢者救急搬送の問題点を考える」三次救急医療機関の立場から
帝京大学医学部救急医学講座 主任教授　坂本 哲也氏

「高齢者救急の問題点を考える」二次救急医療機関の立場から
～当院の現状（東京ルール不参画）から～
江東病院 副院長　三浦 邦久

「高齢者救急の現状と課題」
（東京都病院協会急性期委員会アンケート調査を中心に）
いずみ記念病院 院長　山崎 勝雄

「高齢者救急搬送の問題点を考える」～慢性期医療機関の立場から～
永生病院 理事長　安藤 高朗

「社会構造の変化に対応する都の救急医療体制のあり方について」
東京都福祉保健局 医療政策部 救急災害医療課長　遠藤 善也氏

「急性期病院の立場からコメント」
白鬚橋病院 院長　大桃 丈知

「高齢者救急の現状と問題点について」
北品川病院 院長　渡辺　寛

「高齢者救急搬送の問題点を考える」
三次救急医療機関の立場から

坂本 哲也
帝京大学医学部救急医学講座 主任教授

東京都においても社会構造の変化による高齢者救急搬送の急増は喫緊の課題である。平成24年の東京都医師会による救急入院患者調査では、救急入院の最も多い年齢層は80～84歳であり、65歳以上が58.8%であった。救急搬送が47.3%、東京ルールの救急車が0.7%、独歩来院は49.0%であった。入院元は自宅69.1%、在宅医療中0.9%、他の医療機関12.0%、施設等6.6%、路上や公共の場所等5.0%であった。1か月後も入院継続中が14.0%、住宅への退院が64.1%(内、在宅医療5.1%)、転院は5.5%、施設入所は4.4%、死亡は5.4%であった。加齢に伴い入院継続率、医療機関への転院率、死亡率は増加し、住宅への退院率は減少し、75歳以上で退院できたのは49.6%にすぎなかった。一方、平成22年4月からの1年間に、帝京大学医学部附属病院救命救急センターで受け入れた三次救急患者のうち、発症場所が特定できる患者は1,724人であり、自宅から直接運ばれてきた患者が最も多く1,093人（63.4%）であったが、他の病院に入院中に合併症を生じて運ばれてきた患者が47人（2.7%）、老人ホームなどの施設から運ばれてきた患者が63人（3.7%）存在した。この63人の中で18人（28.6%）は、老人ホームなどから心肺停止の状態で運ばれてきた。今後、さらに高齢化社会が進むなかで、三次救急医療の立場からも、在宅医や訪問看護と強い信頼関係を築いて、患者と家族が本当に望んでいる対応をとれるような体制に向かう必要がある。お互いの立場から問題点について話し合い理解を深めていくことが最も重要である。

「高齢者救急の問題点を考える」
二次救急医療機関の立場から
～当院の現状（東京ルール不参画）から～

三浦 邦久
江東病院 副院長

当院は256床及び回復期リハビリ病床30床で計286床があり、臨床研修医にも指導教育を行っている機関である。内科は血液内科を除き全ての臓器別の科があり、現在内科医は理事長･院長含めて33名常勤がおり、日々の休日夜間救急医療を含めて診療を行っている。高齢者で複数の症状を訴えた場合はどの内科が担当するか、入院期間の長期化をなるかもしれない、また酩酊状態の患者は神経学的所見などがとることができないので対応ができないといった理由から現時点では病院全体が一丸となって救急医療に対応する体制がなっていないのが現状である。そのため、なかなか東京ルールに参画できない。但し小児科が本年度から24時間365日体制で小児救急を開始した。

当院の10月の救急車で搬送された46名が入院しており、全体入院の11.3%であった。10月にWalk inで来院した方は120名入院（全体入院率29.5%）した。10月全体入院患者は406名であった。その救急搬送患者のなかには、独居や病気によってADLが下がり自宅に帰ることができない症例、認知症を併発している者を当院MSW3名の活躍によって問題なく老健施設などに転医している。現在、この少ない救急患者だけなので今の所MSWの力により転院がスムーズにできたと考えられるが、今後東京ルールに参画して救急入院患者が倍増した現在の様に転医できない可能性がある。つまり、転院の停滞により入院が長期化し、新たな救急患者の受入れが困難になるという、いわゆる「出口問題」がおこってくるかもしれない。後方病床確保する上で医療連携はとても重要であり、定期的に病診連携を行っていかなければならい。また、高齢者の救急患者が増加に伴って当院の救急医療体制を見直して行かなければならないと痛感している。それには、今回セッションで東京ルールに参画している医療機関が高齢者の救急医療に対してどの様に行っているか、また、「入口問題」などの問題をどの様に解決策を見出しているかなどを討議し、今後救急に対する当院の医療スタッフ教育を含めた救急医療体制を再構築して行かなければならないと考えている。

「高齢者救急の現状と課題」
（東京都病院協会急性期委員会アンケート調査を中心に）

山崎 勝雄
いずみ記念病院 院長

東京消防庁の平成24年中救急搬送データによると、救急出場件数は74万件をこえ、とくに75歳以上の高齢者は増加しており、全搬送人員に占める割合は、33.3%に達している。東京都病院協会急性期委員会では高齢者救急の現状と問題点を把握する目的で、平成25年6月アンケート調査を行った。今回、結果を発表するとともに高齢者救急の現状と課題について考えたい。なお、設問は平成20年8月日本慢性期医療協会実施の「急性期病院と療養病床との連携に関するアンケート」や平成23年7月東京都医師会救急委員会の答申書などを参考に作成した。

回答のあった病院の全病床数のうち94%が一般病床で、88%の病院で入退院を調整する社会福祉士などの職員が配置されていた。平成24年度における一般病床入院患者の平均在院日数は16日で、75歳以上に限定すると22日と軽度の延長がみられた。平成25年6月17日から6月23日までの休日全夜間帯に救急搬送され入院となった患者は、41%が75歳以上で、緊急手術を要したのは8%だった。

社会的背景としては、認知症合併が19%、独居が16%、高齢者施設入所中が10%、生活保護が6%であった。主病名としては呼吸器、脳血管、消化器、外傷の順で多かった。最終的な退院先は74%が自宅退院で、回復期病床や医療療養病床への転棟や転院は7%程度だった。救急車で高齢者を受け入れる際に困ることとして多かった回答は、1)在院日数の延長、2)認知症のため看護に支障をきたす、3)転院先がない、4)独居のためであった。

アンケート調査の結果をふまえ、とくに中小病院における高齢者救急の現状と課題について発表する。

「高齢者救急搬送の問題点を考える」
～慢性期医療機関の立場から～

安藤 高朗
永生病院 理事長

救急医療機関に搬送された患者が急性期の治療を終えた後でも、転院の停滞により入院が長期化し、新たな救急患者の受入れが困難になるという、いわゆる「出口問題」。後方病床機能としての慢性期病院の重要性が高まっており、診療報酬上も平成22年に救急･在宅等支援療養病床初期加算が新設され、24年改定では同加算の点数がアップしたほか、救急搬送患者地域連携加算が療養病床でも算定可能となった。

急性期と慢性期の連携の事例として、平成20年から東京都慢性期医療研究会が中心となって実施している、三次･二次救急病院と慢性期病院との「急慢連携」モデル事業を紹介したい。また平成23年には、八王子市や八王子市医師会、消防署等の協力のもと、市内の医療機関が「八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会」を立ち上げ、急性期病院への早期受入体制の確立、慢性期病院や介護施設等との連携強化に取り組んでいる。

こうした活動を通じて、慢性期病院における受入困難事由の減少につとめてきたが、まだまだ課題が残っているのも実状である。慢性期病院の次の後方機能をになう介護施設や在宅療養支援診療所との連携構築も必要になってくる。平成29年度で廃止が予定されている介護療養病床の看取り機能も真剣に議論すべきである。さらに、退院患者を中心に在宅や介護施設、高齢者住宅などからの軽症な患者については、慢性期病院でも直接受入れられるだけのスキルアップが、この先生き残っていくための重要な戦略となるだろう。

本セッションでは、救急患者に占める高齢者の割合がますます上昇する中にあって、各医療機関がどのような病床機能をになっていくべきか、どうすればスムースな連携を実現できるのか、皆様とともに議論していきたい。

「社会構造の変化に対応する都の救急医療体制のあり方について」

遠藤 善也
東京都福祉保健局 医療政策部 救急災害医療課長

東京都は、高齢化の進展等をふまえ、平成２４年７月、救急医療対策協議会に対し「社会構造の変化に対応する都の救急医療体制のあり方について」諮問を行い、平成２５年５月に報告を受けた。
協議会では、二次救急医療体制の見直しに焦点を当てて検討を進め、救急医療機関におけるいわゆる出口問題についても議論が行われた。具体的な見直しの方向性としては、「休日･全夜間診療事業における確保病床の考え方を見直す～救急車の受入れ実績と救急医療に要する体制確保等を評価～」「救急医療における医療･福祉との連携強化～救急患者の転床･転退院等の促進～」などの５項目が取りまとめられている。

この報告を踏まえ、来年度予定している休日･全夜間診療事業の見直しのなかでは、新たな補助スキームに医療連携にかかわる評価指標が設定された。また、来年度新たに、救急医療機関入院患者の円滑な在宅移行を目指す「在宅療養移行支援事業」を開始するほか、本年度の補正予算では、病院救急車等を活用して地域内で搬送体制を構築し、高齢者等の在宅療養患者の病状変化時に地域内で適切な医療が受けられる体制を構築する「在宅療養推進区市町村支援事業」が盛り込まれた。東京都の取り組みについて報告する。

「急性期病院の立場からコメント」

大桃 丈知
白鬚橋病院 院長

高齢者に対する救急医療は、いわゆる「入口」と「出口」の双方に種々の問題があり、問題提起は成されてはいるが、いまだ解決には至っていない。
今回は、急性期病院の立場から「入口」問題に焦点をあててコメントしたい。

いずみ記念病院院長の山崎委員がアンケート結果をレビューしてくれたように、高齢者救急の3大ウイークポイントは、1)在院日数の延長、2)認知症による看護負担の増加、3)転院先選定の困難さ、である。これらの問題解決への取り組みとして、永生病院理事長の安藤委員より慢性期医療機関の取り組みと地域での連携についての発表があり、興味深く拝聴したい。江東病院は人的･物的医療資源を整えてこれらの問題をすでに解決している理想的な病院であるようだ。しかし高齢者救急体制が確立出来ていない旨、同院副院長の三浦委員より発言がある。高齢者救急医療体制の確立へ向けてさらなる問題点の抽出とディスカッションによる解決策の導出に期待したい。

「高齢者救急の現状と問題点について」

渡辺　寛
北品川病院 院長

二次医療機関・東京ルール参画の第三北品川病院における平成２５年１０月の救急搬送・救急入院患者のうち、６５歳以上の高齢者の割合は48.7%、７５歳以上の後期高齢者の割合は36.6%であった。主病名の多くは呼吸器・運動器・脳血管障害であり、特に呼吸器疾患については老人保健施設・特別養護老人ホームなど、施設からの入院が多かった。このため治療にも難渋し、多くの症例で在院期間が延びてしまうためいわゆる「入口問題」となっていた。しかしながら、当法人は療養・リハビリ病院である北品川病院を有しており、点滴治療・酸素治療などが終了後、療養病院へ転院できるシステムがあるため、転院先がないという意味での「出口問題」は他医療機関に比べ比較的恵まれているものと考えられる。

その上での問題点として、転院に際し患者家族側からみると、全く違う環境に移されることや、施設基準の違いからスムーズな医療・介護サービスの継続ができていないと感じることなどについて、患者・家族が十分理解できず、満足していない例が多い現状がある。特に急性期病院での在院期間が長い患者ほどこの傾向は強くなり、これは本質的な「出口問題」と考えられる。

高齢者救急の出口後の問題についても考慮し、高齢者救急における「ルール作り」を行うことや、持病の悪化や、軽症例など二次救急未満と思われる症例については、慢性期病院などでも受け入れられるシステムがあれば、「高齢者救急」のすみわけもできるのではないかと考える。