

利根中央病院

病院

だより

第15号
2007年10月

企画発行 利根中央病院地域連携室
〒378-0053 群馬県沼田市東原新町1855-1
電話 0278-22-4325(直通) FAX 0278-22-4393
URL <http://www.tonehoken.or.jp/>
E-Mail master@tonehoken.or.jp

理念と方針

理念 安心と安全、参加と協同
患者中心のチーム医療

方針 ☆救急体制の充実、いつも安全確認
絶やさぬ笑顔
☆診療情報提供と共に作る診療計画
☆広げよう人と人との結びつき
すすめよう健康づくりまちづくり



今号の特集

「地域連携クリニカルパス」

クリニカルパス推進委員長 原田 孝

「当院における“特定健康診査・特定保健指導”

の取り組み(1)」

利根中央病院副院長 長坂一三

「相談支援室業務案内」

医療ソーシャルワーカー 岡村真澄

地域公開講演会開催案内

私が“いのち”にこだわるわけ - 報道の現場からのメッセージ -

<講師> キャスター 黒岩祐治 氏

2007年11月4日(日)午後2時 沼田市ホテルベラヴィータ

地域連携クリニカルパス の取り組み

クリニカルパス推進委員長
内科医長 原田 孝



当院のクリニカルパス推進委員会は、平成15年10月に発足し、現在約70のパスの運用を通じ、「EBMに基づき、患者様を中心としたチーム医療」の実現を目指して活動しております。最近では、病院の枠を超えて、地域の医療資源を有効に活用し、患者様により良い医療を提供するための地域連携クリニカルパスにも取り組んでおります。今回は、本年3月より導入した「大腿骨頸部骨折地域連携パス」と現在計画中の「糖尿病地域連携パス」についてご紹介いたします。

● 大腿骨頸部骨折地域連携クリニカルパス ●

大腿骨頸部骨折で入院される患者様の多くは、高齢女性であり、骨粗しょう症をはじめとした合併症をお持ちの方がほとんどです。受傷前の歩行能力の回復を目標とした手術後のリハビリテーションも長期に及びます。急性期病院でのリハビリテーションは設備やマンパワーに限りがあり、回復期病院に転院して治療を継続していただく事が多くなります。患者様が安心して治療を続け、目標に到達するためには、急性期病院と回復期病院とのスムーズな連携が重要となります。そこで、急性期病院は「術後の早期合併症が無い状態」を転院の目標（アウトカム）とし、回復期病院では、「受傷前の歩行能力の回復」を退院のアウトカムとした、病院間をつなぐクリニカルパスが開発されました。九州の熊本地区で始まったこの取り組みは、全国各地に広がっています。

利根沼田地区において現在、大腿骨頸部骨折の手術を行う急性期病院は当院のみです。地域の回復期病院に呼びかけ、内田病院、上牧温泉病院、沢渡温泉病院にご参加いただけることになり、平成18年9月、「大腿骨頸部骨折連携パス研究会」が発足しました。以降月1回のミーティングを重ね、当地区の特性を生かしたパス作りを目指しました。研究会では、各施設の紹介から始まり、治療内容の標準化、情報の伝達方法などを検討しました。この中で生まれたチームワークは大きな収穫でした。

平成19年3月16日には当院講堂において、4病院合同の「クリニカルパス大会」を開催し、作成したパスを紹介しました。当日は、地域連携

厚生労働省補助事業

がん診療連携拠点病院 公開講演会

平成19年

日時 **11.4.日** 開演 14:30
(開場 14:00)

会場 **ホテルベラヴィータ**



●講演テーマ

「私が“いのち”にこだわるわけ」
～報道の現場からのメッセージ～

フジテレビジョン報道局解説委員・キャスター
国際医療福祉大学客員教授

黒岩祐治 先生

入場無料

地域がん診療連携拠点病院連携強化事業として地域市民へ向けて公開講演会を昨年度と同じ趣旨で開催いたします。

報道の現場から、がん医療だけでなく看護師問題や救急医療へ鋭く問題提起されてきたフジテレビ番組「報道2001」キャスターの黒岩祐治さんが講師です。講演は「私が“いのち”にこだわるわけー報道の現場からのメッセージ」です。入場は無料、予約は不要ですが座席数には限りがありますのでご了承ください。



地域連携室長 原 敬

▲ お問い合わせ先 ▲

利根中央病院地域連携室
電話 0278-22-4321(代表)

平日9時～17時

土曜9時～12時

担当:小林、横坂

病棟看護師がチェックを行うスクリーニング票

退院計画スクリーニング票

相談支援室行き

入院日
病棟
ID
氏名

記入日(/ /)	記入者名()
---------------------------------	----------------

1 年齢	<input type="checkbox"/> 70歳以上
2 入院時主病名	病名:
3 家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者のみ
4 入院形態	<input type="checkbox"/> 緊急入院
5 身体移動	<input type="checkbox"/> 要介助
6 便・尿失禁	<input type="checkbox"/> 有
7 定期的医療処置(今後の可能性も含む)	<input type="checkbox"/> 有
8 コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 取れない
9 認知症	<input type="checkbox"/> 有
10 介護力	<input type="checkbox"/> 介護者なし
11 経済的問題	<input type="checkbox"/> 有
12 介護保険状況	<input type="checkbox"/> 無
13 退院希望先	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 在宅
14 備考	

師長 記入欄	<input type="checkbox"/> 確認済み
	<input type="checkbox"/> 医療相談必要

* 医療相談必要にチェックありの場合 → 各病棟医事課ボックスへ入れてください
* 医療相談必要にチェックなしの場合 → 入院カルテのポケットへ入れてください

パスの第一人者である、東京女子医科大学病院地域連携室の下村裕見子先生にご講演いただき、大変有意義な会となりました。

こうして導入されたパスは9月現在、15名に適応となりました。クリニカルパスは「PDCA」サイクルに則って進化していくものです。すなわち、Plan（計画し）、Do（実行し）、Check（評価し）、Action（見直し）ということを繰り返していかなければなりません。我々、研究会もより良い連携を目指し、年に2回の定例会と1回の事務局会議を開催していく予定です。

● 糖尿病地域連携クリニカルパス ●

糖尿病の管理においては、地域の開業医の先生方との連携が重要になります。こちらは患者様が2つの医療機関を往来する「循環型」と呼ばれる連携パスとなり、より複雑な情報交換を必要とします。まずは、連携にご参加いただける先生方と糖尿病治療についての勉強会を重ね、治療の標準化を図ります。目標とするヘモグロビンA1cの数値などを定め、そのために必要な教育入院や、年数回の定時検査などを病院が担当し、月々の診療を開業医の先生にお願いするという形態になります。

当院では以前より「糖尿病教育入院パス」を用意しておりますが、なかなか実用にはいたりません。そこで、今年7月、新たなプロジェクトが結成されました。医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、臨床検査技師、事務系職員、地域連携室で構成された、その名も「チーム・ダイアベテス」です。「患者様それぞれの病状、理解度、社会的状況に対応し、コストパフォーマンスに優れた教育システムの構築」を目標に活動を開始しました。今後、連携にご賛同いただける先生方とともに、より良い糖尿病地域連携パスを作成、運用できればと考えております。地域の開業医の先生方には、近日常にお知らせを送らせていただきたいと思います。ご協力の程、よろしくお願いいたします。



当院における

「特定健康診査・特定保健指導」 の取り組み（1）

利根中央病院
副院長 長坂 一三



来年度から、内臓脂肪型肥満に着目し、高血圧、糖尿病、脂質異常症の予備群と言える対象者を拾い上げ、この人々に生活習慣の変容を迫る取り組みが厚生労働省の指導の下に開始される。この制度の是非はともかく、健康的な生活習慣への変容は個々人とその家族にとって大変好ましいことであり、ぜひ実現させたい。そのためには個々人の努力は言うに及ばず、家族、職場、地域からのサポート、なかんずく労働現場からのサポートが不可欠である。幸い、当院は医療生協の病院であり、これまで「健康づくり」の活動＝「8つの生活習慣と2の健康指標」の普及・定着とまちづくりの活動を進めてきた。この経験を生かし、「特定健康診査・特定保健指導」に当たってゆきたい。また、この取り組みを生協活動飛躍の「てこ」にしたいと考えている。

さて、当院における取り組みであるが、昨年12月、医師、看護師、保健師、管理栄養士、事務などを中心にプロジェクトチーム（責任者：石山内科医長）が発足した。講習会への参加と学習会の開催、プログラムの作成・試行、受け入れ数の検討と体制作りなどを進めている。これまでの健診事業の経験から「特定健康診査」への対応はおおよそ見当がつくが、「特定保健指導」についてはまったく未知数である。保健指導対象者の内、何人が保健指導を実際に受けるのか一配置する担当者数や料金を設定する上であらかじめ知っておきたい情報である。しかし、それが不明である中では、該当者全員が保健指導を受けることを前提に対応せざるを得ない。今年度8月中旬までの人間ドック、事業所検診等の受診者についての検討では、保健指導対象者数は20.9%で、動機付け支援数9.5%、積極的支援数11.4%であった。「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」（厚生労働省）によると、全国的には保健指導対象者は24.9%、動機付け支援13.4%、積極的支援11.5%とされている。しかし、実施主体のひとつである各自治体保険者は平成20年度保健指導対象者数を予め少数に決めているようである。他の保険者の考えは不明だが（積極的に保健指導を進める意向との見方もあるが）、場合によると、平成20年度実施される保健指導受診者数は予測値より少数になる可能性もある。

平成20年度は「量より質」が重点かも知れない。保健指導の「内容と質」が問われることになる。良質の「保健指導」を提供したいと準備を進めている。

利根中央病院 相談支援室業務紹介

医療ソーシャルワーカー
岡村 真澄



利根中央病院では、医療ソーシャルワーカー（MSW）3名体制で、相談支援室の業務を行っております。ソーシャルワーカーは、身体的・精神的・社会的に危機的な状況におかれた患者様やそのご家族の支援を行わなければなりません。疾病、あるいは事故や災害などの突発的な出来事は、患者様やご家族がこれまで営んできた生活の継続を阻害し、新たな生活の問題や不安を生み出します。そのような生活の問題や不安に対して、患者様やご家族が解決の方法を考え、患者様やご家族がそれらの方法を選択し決定ができるように支援していくのがソーシャルワーカーの役割です。

在院日数の短縮化がすすむなか、入院患者様の多くが高齢者となっております。高齢者の独居や夫婦二人暮らしの世帯は今後も増加しつづけることが予想されます。短期間で、なおかつ効率的なソーシャルワーカーの支援が院内で求められています。そのためには、院内スタッフとのスムーズな連携が必要です。連携を図るためのツールとして、退院計画スクリーニング票を作成し、今年7月より運用を開始しています。

患者様が入院されると、病棟看護師が退院計画スクリーニング票のチェック項目（家族構成や介護保険の有無）を確認し、それに基づき、医療相談が必要だと予想される患者様については、相談支援室へ退院計画スクリーニング票がおりてくる仕組みになっています。相談支援室では、退院計画スクリーニング票をもとに、予想されるさまざまな問題に対して早期介入の必要の有無などを検討します。

8月分については、356件（退院計画スクリーニング票の総数）のうち、23件が医療相談ありとの記入がありました。23件のうち、70歳以上に記入があったのは、15件でした。この23件に対しては、病棟スタッフと情報の共有をはかり、必要に応じて、

患者様やご家族へ面談を実施し、在宅ケアにあたっての環境整備、リハビリ目的での転院や療養目的での転院、入所可能な施設の紹介などの様々な相談を受け、支援をすすめています。運用を始めたことで、早期の介入を図りつつあります。

今後も、患者様やご家族が少しでも安心して療養ができるように、よりよい支援の方法について検討していきます。

