

■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、2012年度より地域医療連携室が加わり4部署で運営してきたが、2017年度より新たにカスタマーコンタクトセンターが加わり、大きくは5部署体制となった。

2018年3月より地域医療支援部の部長として、在宅医療部の大川薫部長が兼務となり他職種連携の強みを活かし、より一層一丸となって地域医療支援部のミッションを目指している。

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と多岐に渡っている。

この報告書では1，在宅医療部門．2，訪問看護部門．3，総合相談室．4，地域医療連携室．5，カスタマーコンタクトセンターの5部署に分けてその活動を報告する。

【地域医療支援部の2018年度目標及び方針】

ミッションとして『患者さまの期待を常に越える医療・ケアを提供し、職員や病院の価値を創造し、最高の仕事を通じ地域医療及びその関連医療福祉で日本のリーダーとなる』

目標として『継続的な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を支援する』

年度目標として1．診療報酬改訂に伴い的確に効率よく取得する

2．災害時の対策強化をする

3．訪問時の安全運転を徹底する

4．JCIに向け、それぞれの役割を明確にし万全の体制を整える

5．内部コミュニケーションを円滑にする

【在宅医療部】2018年4月現在

1，人員 医師：専属3名、非常勤3名、栄養士2名（兼務）、作業療法士3名、事務2名

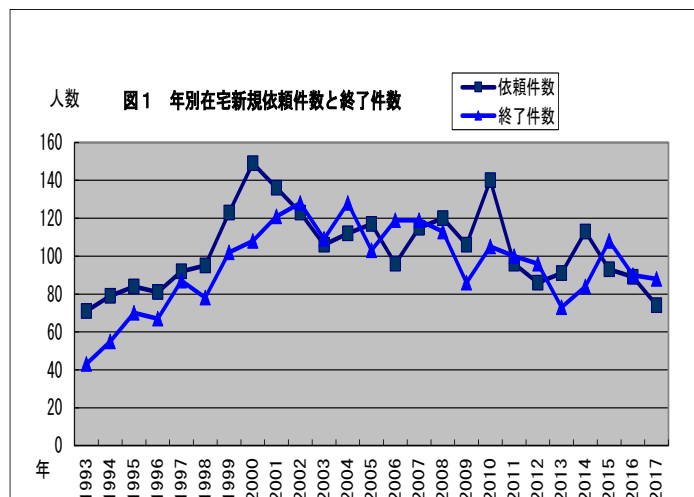
2，業務内容 訪問診療・訪問栄養指導・訪問歯科診療、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導（外部薬局に依頼）

3，スタッフ紹介 【医師】大川薫（在宅医療部部長）、原澤慶太郎（部長代理）、藤島正雄（医長）
吉田賢史（非常勤）、吉崎洋介（非常勤）、高橋亮太（非常勤）

【業務実績統計】

1，依頼患者数・患者数の推移（1993-2017）

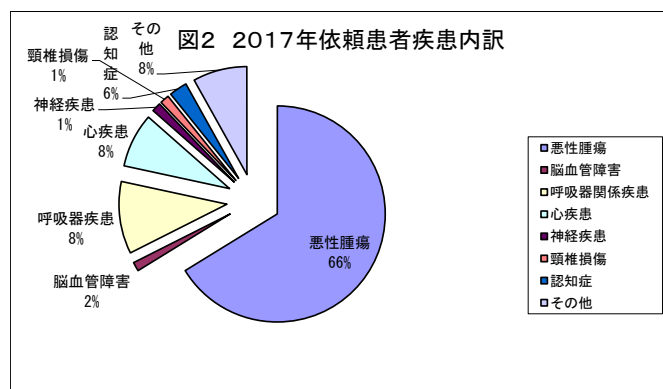
在宅医療支援部の発足から、現在までの患者数の推移を表したのが図1である。これを見てもわかるように、1999年より、依頼患者数は急激に増加している。これは介護保険の導入により、医師、看護師の在宅医療に対する意識が高まったこと、また総合相談室の創設により、退院から在宅医療への移行が円滑になったことなどが関係していると思われる。介護保険導入前後から140名前後に増加した依頼患者数も、介護保険関係施設やケアの充実などにより、ここ数年は100名前後で安定していた。なお、2017年の新規依頼は74



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。

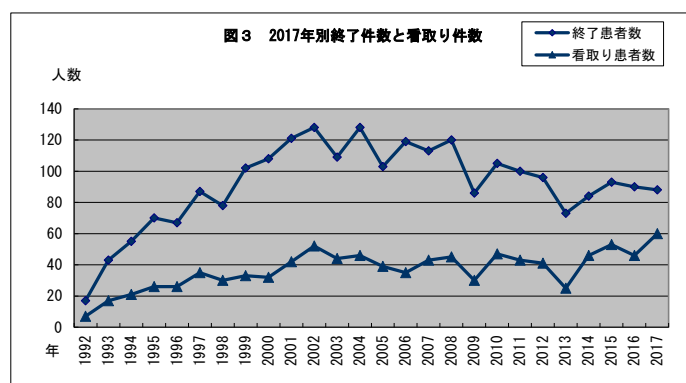
2、2017年の新規依頼患者内訳

2017年の新規依頼患者（74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がんの患者さまで、依頼全体の66%を占めている。次に多いのが心疾患8%、呼吸器関係疾患8%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図3で示した。各年とも8割以上が死亡による終結であり、2017年では終了者88名中在宅死60名で看取りの率は68.2%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がん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：大川薫）

【訪問看護部門】

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さまに、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さまや末期がん患者さまなどには、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さま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、患者さま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つ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さま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さまに対して、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。

2) 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。

3) 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時間体制で患者さま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さま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さまや家族や、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。

4) 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。2017年度は、病院から在宅移行する児の情報共有・パス進捗の確認・各種書類やマニュアルの見直し等を行った。

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72名であった。亀田総合病院の34診療科のうち16の

診療科からの依頼だった。診療科別では、呼吸器内科、総合内科、消化器内科、循環器内科、腫瘍内科が上位を占めており、いずれの科も多い疾患はがんであった（図1）。

呼吸器内科は多い要因は、がん終末期での在宅療養の希望での依頼の増加と、間質性肺炎・慢性閉塞性肺疾患による終末期が増えている。終末期の苦痛緩和に訪問看護師の役割が多く求められた。

総合診療科は、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あり、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

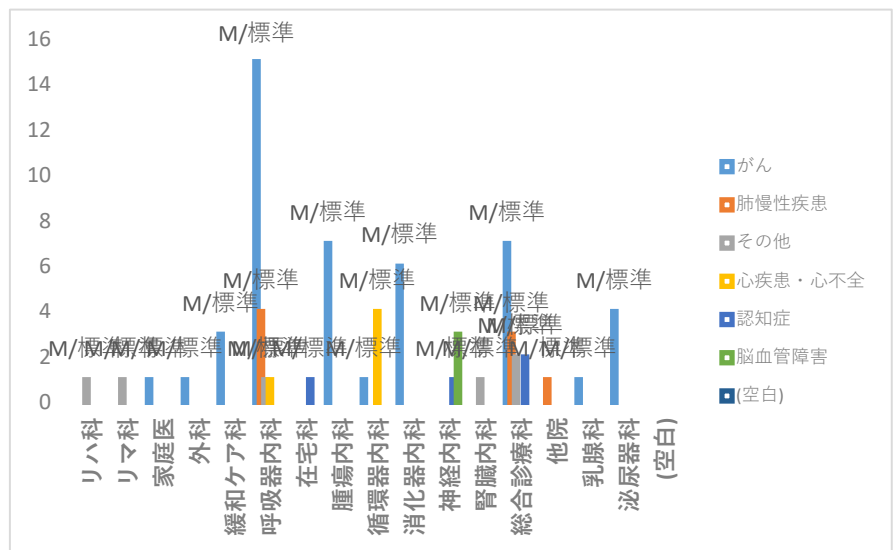


図1 訪問看護依頼診療科と診療科別疾患

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。

2) 延べ訪問件数

2017年度の月平均のべ数は平均 444 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。

3) 在宅での看取り数（図2）

死亡による利用終了者 69 名中、在宅で看取りは 54 名であった。15 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約 8 割を自宅で看取ることができた。年度別に見ても、在宅死の割合が増加しており、自宅で最期まで過ごしたいと希望する患者さま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日々研鑽を積んでいる。

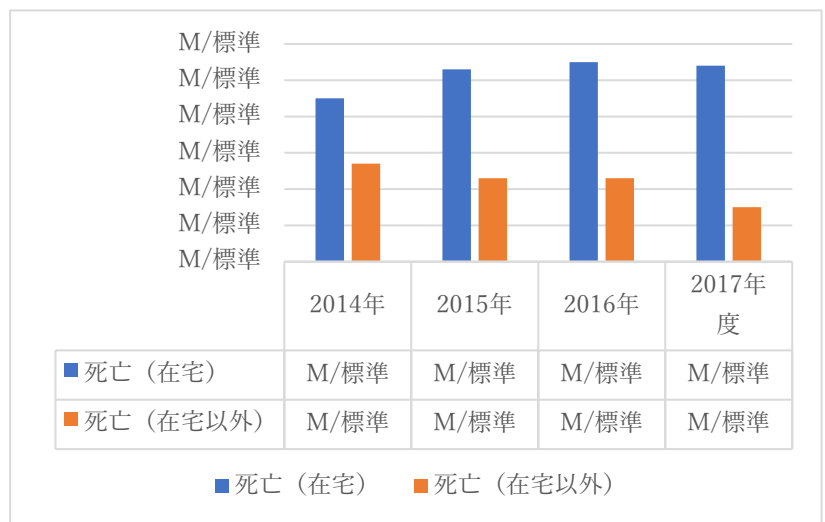


図2 年度別利用者の死亡場所

4, 人員

看護師：12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）4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 9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・佐々木真弓
- ・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（長狭高校含む）佐々木真弓・中内陽子・田嶋ひろみ
- ・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 中内陽子
- ・亀田医療大学：在宅看護論（小児）木村奈津子、（難病）佐々木真弓
- ・千葉県看護協会主催 訪問看護基礎研修講師：佐々木真弓

8, 学会発表

- ・千葉緩和医療学会発表「誰もが暮らしやすい地域を目指して～地域における重症心身障害者や児への実践例から考える～」木村奈津子

9. 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：佐々木真弓）

【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）が配属され、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、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とケアマネジャー、太陽会のケアマネジャー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）も同室で活動し、日常的にリエゾン介入ができる環境となっている。「総合病院の精神科」として当地域の貴重な社会資源となっている。

当室の支援記録は、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多く、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。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、就労支援事業所や市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年度太陽会が運営開始し、2009年1月からSW2名出向。

・2011年度、太陽会「総合相談センター」として医療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2017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。

2017年度の目標は①介護・診療報酬の算定、②質の向上、③患者宅や他医療機関への訪問、④外来患者の支援、⑤ファイルメーカー記録のバージョンアップ、等をあげた。①は後述。②はSWが短期間介入が多い為、ケアマネジャーやPSWの長期間介入ケースのプレゼンテーションを受けた。③はSWが患者宅にケアマネジャーと同行訪問し、退院後の生活を自分の目で確かめ、今後の在宅生活をイメージする一助としている。1,2年目SW8名のうち7名が延べ11回患者宅訪問を実施し、その後のアセスメント等に活かした。地域訪問は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34件訪問し、顔が見える関係作りと、ベッド状況や現況等の相互理解に努めた。毎週水曜には20数件の近隣の一般・療養型病院等に電話し、空床状況を聞き、地域ぐるみでベッドコントロールができることを目指している。④は「外来神経難病カンファレンス」を神経内科外来Ns、退院支援Ns、病棟Ns、SWで開催し、患者情報を共有した。⑤は17年間使用したファイルメーカーの約4万件のデータベースをMAMBOWに業者を通しスムーズに移行できた。

他にも退院支援Nsは外来患者も支援対象に広げ、当院訪問看護と定期会議の開催や、院外の訪問看護ステーションを訪問し、どの地域でも在宅医療にうまく繋げるよう努力している。

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

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

ソーシャルワーカー 23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

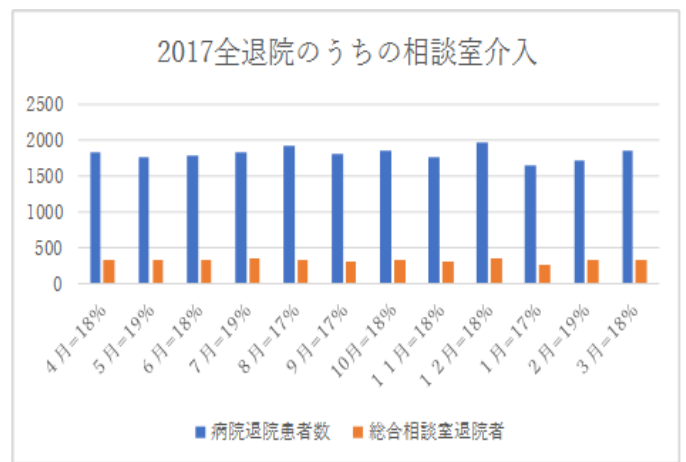
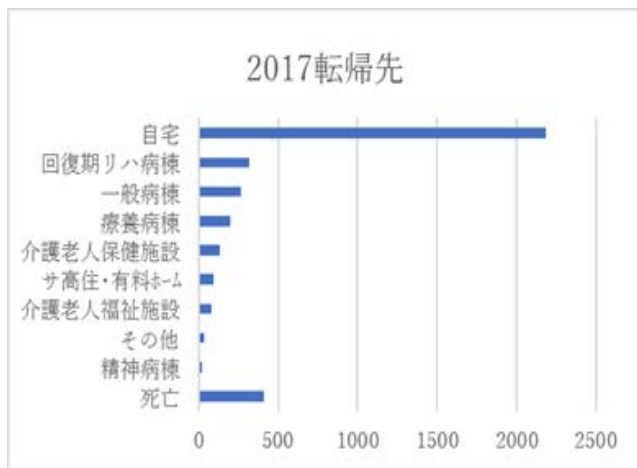
今年度、総合相談室が関わったケースは再介入を含めると5385(前年度5011、以下同様)件だった。

うち、外来は 1277(1032) 件、入院は 3720(3672) 件だった。入院、外来共に増えた。亀田リハビリ病院は 291(286)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 3930(3935) 件で、病院全退院数の約 18%に関わっていた。転帰先は自宅が 2188(2294) 件、病院へは 838 件、施設へ 367 件であった。自宅退院のうち 180 件を訪問看護や訪問診療へつないでいた。一般病院へは 265(352) 件、療養型病院は 201(210)件、リハビリ病院へは 319(325) 件で、うち、亀田リハビリ病院へは 199(263)件ほど転院した。死亡は 412(358)であった。施設は老健が一番多いが、薬価等の関係でサ高住や有料老人ホームが増えているように思う。当院からは 250 あまりの病院や施設へ移している。

科別受付数は(入院+外来)、総合内科 725(661)件、神経内科 484(421)件、循環器内科 475(418)件、呼吸器内科 313(341)件、整形外科 285(302)等であった。総合内科、循環器内科、呼吸器内科が増加した。今年は消化器内科医師が人員不足で件数が減った。外来からの相談は 1277(1032)件と増加している。がん患者さまの依頼は増え続けている印象がある。

退院支援加算 1 は 1602 件、介護支援連携は 1183 件算定した。100%を目標とし、殆どの月で 90% となった。



退院支援加算
1602 (昨年度 1276) 件
介護支援連携指導料
1183(昨年度 1284) 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せるように、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Nsと共に実施（101件／年）
- ・リエゾン回診／カンファレンス　：医師、看護師及び臨床心理士と共に参加（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）

〈病院外〉

- ・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回ずつ）
- ・安房地域　心の健康のつどい事業・実行委員会　（毎月1回）
- ・東条メンタルホスピタル・三芳病院・田村病院・館山病院の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
　　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・3火曜日の朝、長期介入のケースの報告をした。28回

〈SW・ケアマネジャー別〉

・SW 毎週水曜日・ケアマネジャーは毎週火曜日、共に夕方、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

◇日本医療社会福祉学会 2017年6月2~4日(金~日) 札幌市

・鎌田喜子 『児童虐待対応チームの立ち上げ』

◇千葉県医療社会事業協会 研究発表会 2017年12月10日(日) 千葉市

・齋東清道 『医療機関における障害者雇用への取り組み 第4報』

◇千葉県精神保健福祉士協会 内房ブロック研修会 2017年10月21日(土) 君津市

・緒形将一 『安房地域でのアルコール関連問題への取り組み』

(4) 講師派遣

- ・介護職員初任者研修 皆川絵理、齋東清道、打野弘子
- ・千葉県立長狭高等学校 医療福祉コース講義 山本美穂、皆川絵理、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』2017年8月26日(土) 当院K13階にて

講師：総合相談室SW

参加者：10大学から22名(大妻女子大学、淑徳大学、上智大学、聖学院大学、西武文理大学、

東海大学、東京福祉大学、日本女子大学、武蔵野大学、立教大学)

(7) 実習生受入

- ・上智大学 2年生 2/5~17 12日間
- ・文京学院大学 2年生2人 3/26~27 2日間

(8) 地域連携訪問 34機関 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患者を依頼したある病院、診療所、施設等を訪問して、情報交換した。
- ・退院支援看護師が訪問看護ステーションを訪問 11機関

(文責:鎌田喜子)

6, その他の活動

がん相談支援センター

当院は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 3870(3318)件、面談：2250(1825)、電話：1559(1335)、その他：61(158)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、当院でもサロンを1回実施(9/13)。

【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」の会の活動が円滑に進むよう支援をした。

【就労支援講演会】『がんと診断されても働き続けるために～ライフスタイルに合わせて～』(1/20)

講師：社会保険労務士、当院乳腺科医師

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」を実施した

【がん冊子・書籍・チラシ】がん関連の冊子・書籍、がん講演会等のチラシや患者会情報誌等の掲示や管理。

【総合相談室向け勉強会】外部からの相談も多いため、今年度は泌尿器科(5/16)と婦人科(6/7)の各医師から当院で行っている治療や疾病についての勉強会を開催した。

【院外の勉強会】千葉県がん診療連携協議会相談支援専門部会では年2回、相談員の研修会を開催しており、相談員の質の向上と連携強化目的に参加した。①『千葉県内がん相談支援の実情を知り相談支援連携に繋げる』②『臨床倫理とACP』

◆担当：児玉照光、小口修、吉野有美子、君塚法子

(文責：児玉照光)

安房地域難病相談支援センター

千葉県内には地域難病相談・支援センターが9ヶ所設置されている。安房地域を担当する当センターでは「医療・福祉の総合的な相談、情報提供、講演会の開催、就労支援、また患者会等の自主的な活動を支援するなど、地域で生活する難病患者やその家族の日常生活の質の向上」を目的として、活動を展開している。

【相談件数】 285件 (3/17現在)

【コミュニケーションエイドの貸出事業】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ス(右利き用)の貸出を実施。実際に試してみると好評であり、今後も当院リハビリスタッフとも協力し、新しいコミュニケーション機器の導入も常時検討していきたい。その他、日常生活用具給付事業や補装具費支給制度等の手続き支援もしている。

【吸引研修】「介護職員等による喀痰吸引研修等第1・2号研修」を継続学習センターの協力を得て今年度も実施した。13名の受講者、皆が実地研修も終了した。

実地研修は、基本的には受講者の所属施設で行うが、実際は対象者が施設にいない場合も多い為、今年度も鴨川地域は小田病院、館山方面では館山病院へ足を運び、実地研修先として受け入れをしていただけたこととなった。受講者に応じて引き続き実地研修の委託先の確保も必要となるだろう。

【研修会】

・「嚥下食の作り方(調理実習)」10/6 25名参加 ふれあいセンター

・「コミュニケーション機器の基礎知識と導入のポイント」10/28 15名参加 亀田医療技術専門学校

【クリスマス会】12/9に当院ホライゾンホールで開催。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えている。入院中の患者も参加し、患者同士・患者と支援者の交流を深める良い機会となっている。安房地域では患者会が少なく、患者同士の交流の機会が限られている現状があり、ピアサポートの面でも患者支援には欠かせないものである。来年度以降は保健所の集い等と協同で行えたらと思う。

◆担当：大川薫、山本美穂、鹿間真紀江、高島和恵

◆事務局：吉野希望

(文責：山本美穂)

ノーマリゼーションセンター

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、身体障害者手帳、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ダー、パンフレットの折り込み、スキャナ、PC入力等である。

2017年度は「法定雇用率達成」を重点課題として取り組んだ。年度内に法定雇用率2.0%を達成することは出来なかったが、次年度に雇用率を達成出来る見通しは立てられた。

引き続き、法定雇用率の達成と、スタッフの就労継続を目標に取り組んでいく。

◆担当：齋東清道、橋本理恵、白野光、福原由美子（人事課）

(文責：齋東清道)

【地域医療連携室】

当室は亀田総合病院と他の医療機関さまとのやり取りをスムーズにすることのみならず、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、当院と他医療機関さまとの関係性の構築である。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、他医療機関さまの「信頼関係」を構築す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, 2018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
- 5) 災害時の対策強化をする

2, 2017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情報共有の頻度の高い医療機関様に多く訪問した。

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

地域医療機関さまの病床がうまく活用されるよう、調整を図った。

- 3) 『地域連携 Web サイトが、院内外で広く活用されるようにする』について

地域連携 Web 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。また千葉県内の医療機関一覧掲載に向けて準備を開始した。

4) 『いすみや君津地区での勉強会や交流会を活発にする』について

夷隅地区・安房地域の3施設で看護勉強会として「摂食・嚥下機能障害」・「認知症」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地域医療機関さまへの訪問
 - ③地域医療連携機関の基準作成
 - ④検査紹介増
- 3) 内部整備
 - ①ベッドコントロール情報管理
 - ②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
 - ③H P ・ office365 内地域医医療連携情報の整備
 - ④地域医療連携室だよりの充実
- 5) 教育
 - ①地域の市民対象のサロンの参入
 - ②地域出向勉強会
 - ③講演会・交流会の充実
 - ④院内医師教育

4, 構成員

地域医療連携室の室長として、10/1より疼痛・緩和ケア科の蔵本浩一医長が就任した。診療部外科の草薙洋主任部長、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3名、看護師5名、薬剤師1名、MSW2名・亀田医療大学1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、これ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、医師・看護師・MSW・事務等の3～4名で34施設訪問した。
- 2) 「医療機関連携の覚書」締結 昨年75施設の所今年3施設と締結することができた。内2施設閉院があったため、76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1回実施しており、第119回迄終了した。
- 4) 第8回地域医療連携交流会を2/7に実施した。
テーマは「地域の取り組みと今後の展望」。講師として近隣の医療機関さまよりコミュニティケアこまくさ：福原孝子所長、七浦診療所：田中かつら理事長、行政より南房総市健康支援課：石井恵里子主査、院内より栄養管理室：和田聡子室長に事例をふまえてお話いただいた。その後に会場を変えて懇親会を行った。地域より19施設79名が参加され、院内職員も加わり総勢126名が参加した。
- 5) 安房・夷隅地域勉強会として安房医療福祉専門学校・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：

9/30（会場：安房医療福祉専門学校）にて、摂食・嚥下機能障害看護認定看護師小島千沙他4名で「摂食・嚥下機能障害 安全に美味しく食べるために～認定看護師が行っているアプローチ方法を教えます！！～」として勉強会を実施した。5施設14名の参加があった。

10/28・11/11（会場：安房地域医療センター）当院認知症看護認定看護師岩澤れい子が講師で、「認知症 認知症の人への関わりを知る」として2回シリーズの勉強会を実施した。8施設20名/18名の参加があった。

②夷隅地域看護勉強会：

8/26（会場：いすみ医療センター）にて、摂食・嚥下機能障害看護認定看護師小島千沙他4名で「摂食・嚥下機能障害 安全に美味しく食べるために～認定看護師が行っているアプローチ方法を教えます！！～」として勉強会を実施した。7施設16名の参加があった。

11/18・12/2（会場：いすみ医療センター）当院認知症看護認定看護師岩澤れい子が講師で、「認知症 認知症の人への関わりを知る」として2回シリーズの勉強会を実施した。それぞれ7施設13名の参加があった。

イ「ELNEC-J コアカリキュラム」

① エビハラ病院 10/21（土）～22（日） 参加者26名

② いすみ医療センター 11/25（土）・12/9（土） 参加者11名

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、千葉医療センター－手渡和子緩和ケア認定看護師、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、終末期医療について学びを深めた。

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59号まで発行している。

7) 紹介状について

クリニックや救急外来への紹介状持参患者さまは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率は、電話での催促にて90%を少し超えるまでになっている。今後はシステムを導入するなどして、100%の返書率を目標に努めたい。

8) 死亡退院報告書について

ご紹介を頂いた患者さまが死亡された場合、郵送してお知らせしている。

担当医師から紹介機関様へのお返事がされていない場合は、当室より担当医師へ報告書作成の依頼をしている。依頼から1週間以上経過した場合、再度依頼をかけている。2017年度は当室から依頼・発送したものは277件である。

9) 今後も地域医療連携室としての実績を報告することにより連携室の活動指標の見直しを行い、改善の一助にするとともに、得られた情報を院内に向けて発信していきたい。

（文責：蔵本浩一）

【カスタマーコンタクトセンター】

はじめに

当窓口は 2005 年より、専任担当職員が常勤し対応している。そして、2017 年度より、今までの患者サポートセンターから新しい体制でカスタマーコンタクトセンターとして再スタートをした。

1, 2018 年度の目標及び方針

- ① 財務の視点：患者サポート体制の充実
- ② 顧客の視点：患者・家族支援体制の調整と対話促進
- ③ 内部プロセスの視点：他職種連携の構築
- ④ 学習と成長の視点：医療安全又は患者支援に関する内容の研修参加

2, 2017 年度評価

① 業務の効率化

結果：業務改善年間 2 事例以上で、スクリプト見直しを 8 月に実施。苦情データーベース見直しは医療情報と話し合いをした。

② ボイスの収集

結果：他部署協働の改善活動で、バスロータリーの案内板へ情報追加、K 棟シャワー室にシャンプーとリンスの表示添付をした。又、タイムリーな回答集を作成した。

③ 患者サービスの継続的改善

結果：サポート委員会は毎月開催できたが、サポートメンバーが意見や提案をしやすい環境作りには至らなかった。

④ 教育

結果：教育資源の有効活用とし、医療対話推進者研修に参加。また、院内医療安全活動報告会で当センターの取り組みを発表した。

3, カスタマーコンタクトセンターの業務紹介

スタッフ数 3名 速水昭雄、後藤裕子、寺下智美

① 苦情・ご意見・問い合わせ対応業務

亀田メディカルセンター並びに関連事業所を利用され感じられた患者さまやご家族のご意見、ご提案、苦情、疑問などの声をお聞きし、ご利用される皆様方の満足・サービスの向上のために適切に対応する窓口機能である。電話・面談・Eメール・手紙などで頂いたご意見を当該部署にフィードバックし、医療の質向上と病院として管理運用の改善に努めている。特に、診療（医師）、看護師に関する苦情・疑問は、担当医師、診療部長、医療安全、看護部などと連携し対処している。

② 退院患者さまのアンケートのコンタクト対応業務

現在、9 病棟の退院患者さまに医事課職員の協力を得て、アンケートを実施している。退院後コンタクト可能な患者さまに当センターよりご意見を求め、サービスの改善・新たなサービスへ繋げるよう努めている。そして、当センターで収集した患者さま・ご家族からの感謝・感動のご意見の中から特に大きな感動を与えた職員と、職員として働く喜びをもたらした部署を選考し、2017 年度カスタマーボイスアワードと称し、表彰式を実施した。

③ 患者支援にかかわる取り組み評価のカンファレンス開催

週に 1 回程度、事案内容により当該部署責任者と患者・家族支援にかかわる取り組みの

評価カンファレンスを開催している。

④ カスタマーコンタクトセンターサポート委員会開催

事案の共有並びに退院患者さまの感動の声を、関係部署のサポート委員の皆様にご報告すると共に、ご意見とアドバイスを頂く事を目的とし、月に1度委員会を開催している。

4、実績

表 1

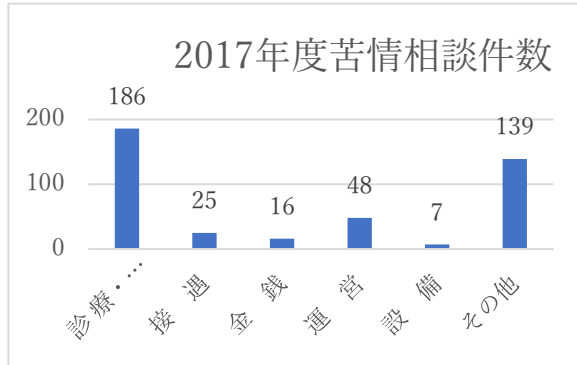


表 2

	年間実績数	月平均
アンケート回収数	2511	209.3
コンタクト承諾数	1138	94.8
コンタクト成功数	886	73.8
アンケート回収率		
回収率		40.8%
コンタクト率 (コンタクト承諾数からコンタクト成功した割合)		
コンタクト率		78.0%

(文責：速水昭雄)