

Appointment and Web-based Communication Division

2016年10月

秋号

—Vol.28—

連携室 だより

急性期病院における地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組み～退院支援看護師の育成と、看護・介護連携～
「平成28年熊本地震」における当院の救護活動
医療技術部紹介～リハビリテーション科～
専門認定看護師紹介～老人介護専門看護師～
新任医師・退任医師のお知らせ

人事消息 (平成28年7月付)



新任医師
麻酔科
平成24年度卒
吉田 奈央

年度途中で異動であり、慣れない事が多くありますが、地域医療に貢献できるよう頑張りますので、よろしくをお願いします。



新任医師
臨床研修医
平成27年度卒
井浦 孝紀

5月まで協力型施設研修のため院外にて従事しておりました。未熟者ですが頑張りますので、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

退職者

平成28年6月30日
麻酔科
池島 雄太

理念

赤十字の基本理念に基づき、個人の尊厳および権利を尊重し、質の高い医療を提供します

基本方針

1. 患者さまの人権と意思を尊重した病院環境をつくります
2. 急性期医療を中心にして診療を進めます
3. 救急医療の充実に努めます
4. 地域の医療機関等との連携を推進します
5. 国内外の災害時の医療救護活動に貢献します
6. 職員の教育、研修を充実させます
7. 健全経営に留意して、その結果を社会に還元します

私たちは患者さまの権利を尊重します

- 適切に医療を受ける権利
- 医療に関して知る権利
- 医療行為を自分で選ぶ権利
- プライバシーを保障される権利
- 人権を尊重される権利
- セカンドオピニオンを受ける権利

旭川赤十字病院職員行動規範 5つの約束

1. 私たちは、来院される方と職員に笑顔であいさつをします
2. 私たちは、初対面の患者さまに、自己紹介をします
3. 私たちは、電話の最初に、部署と名前を名乗ります
4. 私たちは、患者さまに診察や説明をしたあとに「何かわからないことやご質問はありませんか?」とお尋ねします
5. 私たちは、院内で迷われている皆様にお声掛けをし、ご案内します

発行

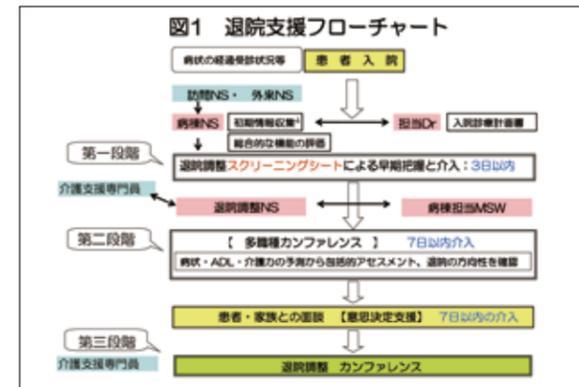
旭川赤十字病院 地域医療連携室

〒070-8530 北海道旭川市曙1条1丁目1番1号
tel.(0166)22-8111(代表) fax.(0166)22-8287(直通)
URL <http://www.asahikawa.jrc.or.jp/> Email renkei@asahikawa.jrc.or.jp



急性期病院における地域包括ケアシステムの構築にむけた取り組み～退院支援看護師の育成と看護・介護連携～

団塊の世代が75歳を迎える2025年に向けて、地域包括ケアシステムの構築が推進されています。急性期病院における当看護部が地域包括ケアシステム構築を鑑み、強化して取り組んでいる退院支援と介護施設職員との連携についてご紹介します。

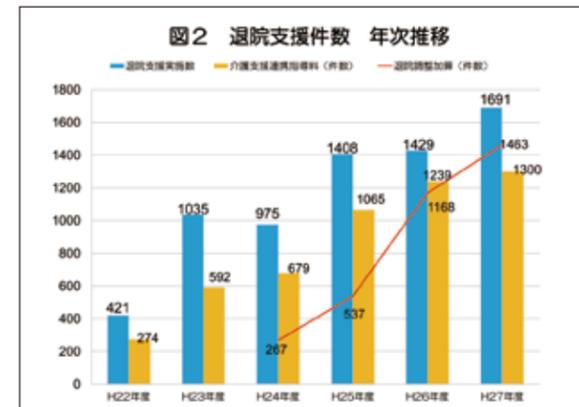


当院では、入院患者の高齢化に対応し、円滑で安心な早期退院にむけて2013年より退院支援システムを構築し運用しています。退院支援システムは、訪問看護ステーションと退院支援室の責任者である松田保健師長が中心となり、退院支援の手順(図1)・基準の整備、スクリーニングシートや退院支援計画等の記録整備、退院支援看護師の教育、退院支援看護師会の運営などを行っています。各病棟の退院支援看護師は、患者・家族の適切なアセスメント、意思決定支援や療養指導、医師や退院調整看護師・MSW・介護支援専門員など院内外での多職種と連携できる能力が求められます。当院の退院支援教育プログラムは、地域医療福祉職と協働して行うことが特徴で、年2回の所定の研修を修了した退院支援看護師は3年間で77名となりました。昨年から、患者を生活者の視点で捉えることができるように、退院支援看護師が訪問看護師と同行訪問し、“在宅を知る”学びを開始しました。

現在、退院支援室には退院調整看護師を5名配置していますが、先の取り組みにより、退院支援実施件数、介護支援連携指導件数、退院調整加算件数ともに年々増加しています(図2)。

地域包括ケアシステムの構築では、地域の介護施設との連携強化も不可欠です。当地域の高齢化を反映し、介護施設から骨折や肺炎等で救急搬送される患者や当院の急性期治療が終了しても在宅に戻れず介護施設に入るケースもあります。このことから、2015年度より情報共有とケアが継続できる関係を構築するために、介護施設職員を対象に「高齢者の介護に関するセミナー」を開催しています。セミナー講師は専門看護師や認定看護師を活用し、2016年は「安全な食事介助」「床ずれをつくらないためのケア」をテーマに講義・演習を行い、アンケート結果では好評を得ました。当看護部では、現在、老人看護・がん看護の2名の専門看護師と13分野23名の認定看護師が活動していますので、是非ご活用ください。

今後も、地域包括ケアシステムの構築に向けて、退院支援や医療・介護施設職員との連携強化を図っていきたく思いますので、よろしくお願い申し上げます。



文責/
副院長兼看護部長
児玉 真利子



図1.熊本地震の震源断層帯

熊本地震と当院災害派遣対応

2つの近接断層帯による熊本地震は発災(図1)から4か月が経過しました。熊本県では未だ被災者約1700名が避難所に暮らされておりますが、災害復興期に入り日本赤十字社熊本県支部災害対策本部(以下、支対)が7月31日を以って解散となりました。

さて、熊本地震の当院災害派遣をご紹介します(図2)。DMAT(災害時派遣医療チーム:Disaster Medical Assistance Team)派遣、熊本赤十字病院診療支援(医師、看護師)、こころのケア指導員派遣、救護班派遣です。

I.DMAT派遣 (医師1名、看護師3名、臨床工学技士1名、事務1名)

4月14日の前震(日奈久断層帯;マグニチュード6.2、震度7)で甚大な被害を受け、熊本県は九州一円に災害出動を依頼しました。16日4時の本震(布田川断層帯;マグニチュード7、震度7)で全国DMAT待機(当院出動準備)が要請され、14時に出動が決定。「19時半、千歳航空自衛隊基地発C130輸送機(図3)で熊本空港

へ移動」との指令が入りました。当院6名を含めた北海道DMAT7チーム総勢37名の隊員は23時に熊本空港に到着(直後に震度6強の余震)、空港より自衛隊バスで菊池市川口病院DMAT参集拠点本部に移動しました。翌朝から熊本市外周辺避難所(約80か所)の医療ニーズ、衛生状態、食糧配布状況、自家用車内居住者の健康調査等のスクリーニング調査を行いました(図4)。合志市内避難所12か所(他の10か所は北海道大学病院DMATチームが担当)(図5)を巡回(うち1か所で診療も実施)しましたが、昼の調査であり、各避難所は閑散とし(夜間は数百名在在)、学校グラウンドも十台程度しか駐車していませんでした(夜間は200台程駐車)。避難所責任者に接触し情報収集を行うと、水道が復旧(但し飲料不可)され水洗トイレが使用可能であり衛生管理には気を配られていました。食糧配布は公的避難所では余っていましたが、自主避難所には配布されていないか不足していました。エコノミー症候群予防のために定期的な体操・運動の時間を持つように

図2.熊本地震災害派遣

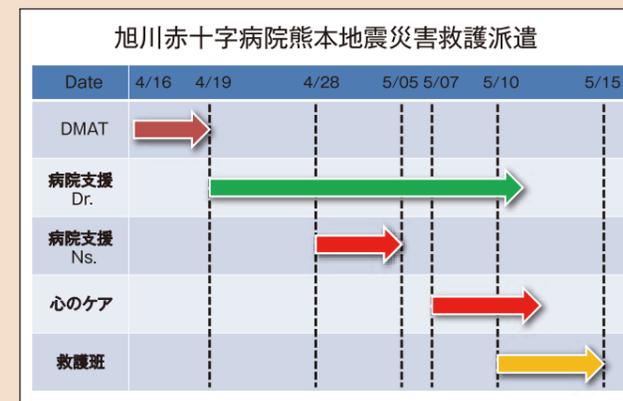


図3.航空自衛隊C130輸送機(熊本空港着後)





図4.合志市内避難所スクリーニング開始前のチーム内情報共有



図5.DMAT活動熊本県内移動図

依頼し、調査情報はEMIS(災害情報システム)に入力しました。中央公民館には多数の避難者が在所し医療需要も高く、巡回診療もしくは救護所設置が望ましいと評価しました。17時に川田病院本部に帰着。17時半に阿蘇市が医療壊滅状態で阿蘇医療センターにDMAT本部設立、医療援助活動要請があり、7チームが出発しました。当院は翌18日に阿蘇医療センターへ移動し活動を開始しました。活動内容は阿蘇地区(南阿蘇地区は阿蘇大橋崩落で交通遮断状態のため除外)の3か所の避難所スクリーニングとEMIS入力でした。道路崩落により迂回路を探しながら広い地域に点在する避難所を巡回しました。担当地区は携帯不感地帯で行方不明チームとなり本部では非常に心配されました。山間地域の2か所の自主避難所は断水状態で飲料可能な井戸水・湧水を使用されていました。食料も自力確保され、区長さんを中心に精一杯生きておられました。この2か所では在所者の健康相談と血圧測定も実施しました。3つ目の小学校は大きな指定避難所で自衛隊等の支援が開始されており、担当職員も配置されておりましたが、衛生状態・健康状況把握は避難者の看護師による自主活動で行われていました。3か所とも救護班による巡回診療が必要と評価し、これらの情報について携帯電

話による本部報告とEMISの入力を行いました。阿蘇医療センターに帰還した所、後続救護班が続々と到着した事より我々のミッション終了として大分へ移動し、19日、大分⇒羽田⇒千歳空港経由し旭川に帰着しました。

Ⅱ.熊本赤十字病院診療支援 (医師5名、看護師2名)

熊本赤十字病院も被災しました。災害拠点病院として気力を振り絞り頑張ったのですが、スタッフ不足は深刻な状況となり、4月17日、全国赤十字病院に応援依頼がなされました。救命救急センター診療と病棟看護師の応援が求められ、当院も医師5名、看護師2名の派遣を行いました。救急外来で1次から3次救急対応可能な医師派遣とあり麻酔科・救急科医の派遣となりました。応援医は勤務ローテーション(walk-in対応班と救急車対応班、入院対応はスタッフ医師)により診療しました。1次派遣された当院 小林麻酔科部長の定期状況報告を共有し後続派遣医に情報提供しました。派遣医達は被災地病院診療という貴重な経験から今後の当院災害体制の充実・強化を推進する必要性を実感しました。看護師は疲弊著しい熊本赤十字スタッフを少しでも

図6.熊本赤十字ERミーティング



図7.ナース派遣壮行会



図8. 熊本県支部災害対策本部会議(全国より参集)

負担軽減出来るように精一杯病棟業務を行い、熊本赤十字看護部より高い評価も戴きました。(図6,7)

Ⅲ.こころのケア指導員派遣 (看護師1名)

益城町は布田川断層帯が中心街を横切っており甚大な被害を蒙りました。被災者の“こころのケア”の需要が高い地域となり、道支部から3名(当院 阿部看護師長、清水日赤、北見日赤看護大)が派遣され、上益城地域避難所でのこころのケアの需要調査と導入を担い、道筋を造りました。指導員は連日遅くまで支対で会議が行われ、ハードな活動となりました(図8)。

Ⅳ.救護班派遣 (医師1名、薬剤師1名、看護師3名、事務1名)

北海道支部第7次派遣救護班として上益城地域の避難所巡回診療を長野県安曇野赤十字病院救護班と5か所の避難所巡回診療を担当しました。一日の行動は6時半ホテル発、8時支対会議、9時上益城地域災害対策本部(以下、地対)会議(図9)、その後巡回診療、17時地対報告、19時支対報告、21時ホテル着でした。各避難所には200～500名の避難者が在所しており、担当



図9. 上益城地域災害対策本部会議(益城町医師会、DMAT、日赤救護班、JMAT等)

保健師(全国より派遣)により概ね健康・衛生管理がなされていました。診療活動では肺炎で熊本赤十字救急車搬送、ノ口患者(中学生姉妹)への避難所内保護(隔離)・施設内消毒処置と担当保健師との感染対策共有、ボランティアの方の脱水・ショック症例(狭心症発作?)治療等がありました。上益城地域では医療機関診療再開・往診開始、避難所巡回バス運行も始まり、5月14日を以って救護班による巡回診療終了が決定されました。空港近くのスパ宿泊施設エミナース避難所内救護所閉鎖を我々が行うことになり、最期の診療終了後に資器材撤収・整理を行いました。この時、NHKの取材を受け、翌朝の全国ニュースで放映されました(図10)。

おわりに

東日本大震災では発災直後より半年間に職員約200名が派遣されました。熊本地震では1か月間に20名と規模は1/10と小規模でしたが赤十字施設、災害拠点病院としての任務を果たせたと考えております。毎年、災害受入れ訓練・赤十字救護班訓練・DMAT実動訓練等に積極的に参加し対応能力の維持・高度化を図っております。連携施設の皆様とも切磋琢磨して参ります。宜しくお願い致します。

図10. NHK取材



文 真/
災害担当副院長
住田 臣造





医療技術部紹介 〈リハビリテーション科〉 Rehabilitation

リハビリテーション科について紹介させていただきます。旭川赤十字病院は急性期病院なので、リハも急性期疾患が対象となります。発症早期、術後早期に病棟ベッドサイドから介入し、機能障害の治療、廃用症候群の予防、ADLの早期自立に向けてアプローチしています。また入院患者主体となるので休日も含め365日体制で実施しています。リスク管理や感染対策にも積極的に取り組んでいます。リハスタッフは現在36人(理学療法士23人、作業療法士9人、言語聴覚士4人)となり、まだまだ不十分だと考えていますが、数年前に比べ、かなり充実したサービスを提供できるようになりました。

脳卒中地域連携パス

2008年より地域連携パスの運用が始まりました。当院リハでは、全症例について発症翌日から開始し、休日にも介入できる体制を整えています。医師や看護師とともに早期離床に取り組み、連携病院へ転院の際には、パスシートにて情報提供を行っています。

大腿骨頸部骨折地域連携パス

2009年から地域連携パスを使用し、術後早期からリハを開始。2週間程度経過し状態が落ち着いた後、連携病院に転院してリハを継続することとなります。こちらパスシートを使用しての情報提供を行っています。

呼吸・心大血管・がんリハ・摂食嚥下

呼吸リハについて、最近呼吸療法認定士も増え、呼吸器疾患や胸部外科術後、また人工呼吸器装着患者さまに対応しています。心大血管リハでは、心疾患に対す

る介入件数も増加傾向にあり、急変時に対応できるように、リハ室には心電図モニターや救急カート、AEDも設置しています。また、がんリハでは算定に必要な研修を修了したスタッフが現在13人となり、今後も計画的に増やしていく予定です。摂食機能療法については、言語聴覚士が評価及び訓練に関わり、一定以上の成果を上げています。

多職種カンファレンス

当院ではリハ主体のカンファレンス、病棟主体のカンファレンス、各種回診等にリハスタッフが参加し、職種間の連携を深め、情報を共有することに努めています。

今後

この部門は、若いスタッフが多いので、まだまだ成長過程です。知識、技術はもちろん、患者さまと接する仕事であり、個々人が人間的にも成長できるよう努力していきますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

(文責 医療技術部リハビリテーション科 技師長 木村 和久)



老人看護専門看護師

老人看護専門看護師は、2016年1月現在、全国で93名、うち道内では6名が登録されています。私は、2013年度に老人看護専門看護師の認定を取得し糖尿病・内分泌内科外来を基盤に、組織横断的に活動させて頂いています。当院での患者の高齢化率は、入院では約7割、外来では約6割に達しています。このような状況のなか、老人看護専門看護師の役割は、実践・調整・倫理調整・相談・教育・研究といった6つの役割を組み合わせ、高齢者の最善の医療と生活を支えるとともに、高齢者の家族や高齢者支援に携わる人を支える役割もあります。高齢者は、加齢に伴う身体機能の低下や複数の疾患が混在していることにより治療が複雑で、回復に時間がかかるといった特徴があります。急性期病院での高齢者看護では、治療が計画どおり効果的に遂行・継続できること、入院前の身体・認知機能を低下させないことが重要です。そこで、活動では自宅での薬剤自己管理支援や、認知症より意思疎通が困難な高齢者への看護支援、高齢者支援研修会を中心に行っています。当院での老人看護専門看護師の活動の一部をお示しします。

高齢者への薬剤自己管理支援

高齢者は、疾患が完治することなく、慢性化し治療が継続されるケースが少なくありません。退院後、病状を悪化させず再入院を予防するためには、内服薬やインスリンなどの薬剤管理を指示どおり継続することが重要です。しかし、加齢や認知症により薬剤の自己管理が困難になった場合、内服薬の飲み忘れや注射の打ち忘れが病状の悪化を招く原因になっています。また、独居や高齢世帯で身近にサポート者がいない高齢者が多いといった現状があります。そこで、薬剤自己管理が困難な高齢者に対し、家族や訪問看護などの社会資源を調整し、治療が確実に継続でき、急変時に早期対応が受けられるよう支援体制を整える支援を行っています。

意思疎通が困難な高齢者への看護支援

病棟からのコンサルテーションでは、医療行為を拒む高齢者や活動意欲が低下した高齢者への対応の相談があります。このようなケースでは、病状から本人にとって、今どのような医療や看護を優先し提供すべきなのかを考え、認知機能を適切に評価し、ニーズを捉え、意向や性格、生活習慣を尊重した支援を提供します。疾患の早期回復を図り、身体・認知機能を低下させないことを目標に病棟スタッフと協働で実践し、入院前の生活の場への退院に繋がっています。

研修会の実施

当院では、2015年度から高齢者医療に関する研修会を年5回実施しています。今年度は当院全職員を対象に「認知症の基礎知識」をテーマにお話しさせて頂きました。今後も、研修会を通し老人看護専門看護師の看護を発信していきたいと考えています。

皆様の施設で、高齢者看護に関する相談や講師派遣のご希望がございましたら地域医療連携室へご連絡下さい。



氏名 高橋 淳子

資格取得年 2013年

分野 老人看護

コンサルテーション可能な項目

- ①生活の場における療養支援体制の調整
- ②高齢者の特性に応じた看護マネジメント
- ③高齢者を介護する家族支援