

## Y5-34

## 後期研修における僻地医療経験の意義

名古屋第二赤十字病院 救急部

○神原 淳一、稲田 眞治、川浪 匡史、福田 徹、  
花木 奈央、塚川 敏行、野口 善令

【背景】2年間の初期研修終了後、後期研修4ヶ月目から僻地医療支援のため北海道浦河赤十字病院に9ヶ月間赴任する機会を得た。後期研修の中で僻地医療に携わる事の意義について考察も含め報告する。

【派遣場所】北海道浦河郡浦河町浦河赤十字病院。札幌から南東に約150kmに位置し、半径約100kmを対象地域とする病床数278床の総合病院。

【経験した疾患】急性心筋梗塞、出血性胃潰瘍、胃軸捻転症、胃アニサキス症、憩室出血、総胆管結石、膵炎、脳卒中、細菌性髄膜炎など約50疾患。

【経験した手技】上部消化管内視鏡検査：約150例、下部消化管内視鏡検査：約20例、胃瘻造設術：16例、TAE：5例、PTGBD：11例、PTCD：3例、ERCP：6例、一時的ペースメーカー挿入：2例、胸腔ドレナージ：4例、人工呼吸器管理：3例。

【転院搬送を必要とする困難な救急症例】1.脳幹梗塞にて挿管、人工呼吸管理を必要とした76歳男性。用手にて人工呼吸を行い120km離れた帯広へと転院搬送した。2.重症急性膵炎にて全身管理を必要とした76歳女性。120km離れた苫小牧へと転院搬送した。

【考察】初期研修終了後間もない時期に、医療資源もマンパワーも不足している僻地での医療を経験することは困難を極めた。しかし専門科が細分化されていない僻地で様々な疾患を診る機会を得たことは得がたい経験であった。人と人との繋がりや一つのコミュニティにおける医師の役割などについて考えさせられることが多く、医の原点とも言えるような後期研修を実現できた。

## Y5-36

## 当院における医療連携についての調査結果報告

福島赤十字病院 医療社会事業課

○伊藤 和子、宮田 昌之、田畑 友子、菅野 正幸、  
葛岡 大輔

【目的】当院は福島県の県北地域を二次医療圏とする診療科22科、ベッド数359床の急性期病院である。医療連携については、平成14年に地域医療連携室を開設し、地域の医療機関との連携の窓口として、紹介患者の受け入れや高額医療機器の共同利用・共同診療などの体制を整えてきた。現在は月に200箇所を超える医療機関からの紹介がある。しかし、今日まで連携医療機関からの期待・要望・意見を聞く機会はなかった。今回、当院の連携の在り方について考える一助とすべく連携医療機関へのアンケートを実施したので報告する。

【方法】登録医204名、登録医以外の医師40名、近隣病院連携室13箇所、介護老人保健施設7箇所、介護老人福祉施設20箇所、有料老人施設3箇所にアンケートを送付し、郵送で回収。

【結論】連携室の存在はおおむね認識されているが面識のない医療機関に対しても紹介・相談しやすい窓口として介在することが大切であること、紹介理由の大半は専門医への治療依頼だったので当院の医師の専門性を紹介していく必要があることがわかった。情報提供については専門用語で内容がわかりにくいとの意見もあり、専門領域が違う医師同士でも理解しやすい内容を心がける必要があること、添付資料（画像）については、現在はフィルムでの提供希望者がもっとも多いが、連携先の要望に応じていく必要があることなどが明らかになった。

## Y5-35

## 当地域の地域連携 介護支援連携指導算定による取り組み

高山赤十字病院 医療社会事業課<sup>1)</sup>、地域連携課<sup>2)</sup>○小邑 昌久<sup>1)</sup>、鴻巣 眞美子<sup>1)</sup>、松川 洋<sup>1)</sup>、  
田中 みどり<sup>2)</sup>、西洞 裕美<sup>2)</sup>、和田 功輔<sup>2)</sup>、  
田中 望<sup>2)</sup>

【目的】当地域は、3市町村から成り立ち、高山市だけでも東京都とほぼ同様の面積のため広域をカバーしている。そのため地域連携においては、非常に苦慮するところがある。今回診療報酬の改定により介護支援連携指導料が算定可能となった。これを機に連携方法を再検討する機会となったため報告する。

【方法】高山市内にある急性期病院2病院と精神科病棟のある1病院の地域連携担当者、行政、地域包括支援センターが何度か集まり連携方法の確認をした。

【結果】飛騨地域における地域連携が3病院が別々に行われていたが、この機会をきっかけに、地域のサービス事業者が病院ごとに異なる連携方法ではなく、混乱することなく、患者のための支援が可能となった。

【考察】高山市は、広域であるが人口は10万人足らずであり、高齢者は2万5千人と非常に多く、入退院を繰り返したり、3病院を点々とすることも少なくない。また施設入所者も多く、介護保険の在宅サービスの利用も非常に多いというデータが出ている。患者を取り巻く環境からシームレスケアがますます重要となるだろう。

## Y5-37

## 退院後フォローアップ面談の導入による退院支援

武蔵野赤十字病院 神経内科脳外科病棟

○岡 宏美、丹生 千春、黒川 美知代

神経内科疾患患者は、退院後も病気や障害を抱えて生活をする患者が多く、在宅介護へ移行後も患者・家族が困らずに安全な生活できるために、私たち看護師は退院調整を行い、退院後に必要と考えられる医療処置や介護技術を家族へ指導している。在宅側のスタッフであるケアマネージャーや訪問看護師とも互いに連携をとり、入院中に実施した家族指導の内容は、合同カンファレンスや書面で伝えていた。しかし、病院側から在宅側へ伝えた指導内容や情報は、こちら側からの一方通行の状態であり、フィードバックされることはなく、指導内容は適切だったのか？その後のケアは継続されているのか？入院中に調整したサービス内容は退院後どうなっているのか？との疑問があった。そこで私達は、平成21年1月よりパーキンソン病、ALSの患者を中心に退院後フォローアップ面談を開始した。私達の退院指導や調整をより良いものにするためには、退院後の患者の生活を知ることが必要であり、病院側のフォローが入ること、病院から地域へ患者・家族に対して切れ目のない連携をすることができると考えている。退院後フォローアップ面談から見えてきた退院支援の課題、今後の退院支援のあり方を検討し、報告する。