神 奈 川 県 病 院 学 会 誌

第 43 号

「いのち」を守る病院の未来～災害医療と医療ＤＸ～

（2024 年 9 月 18 日　実地開催）

公益社団法人　神奈川県病院協会

学　会　長　挨　拶

公益社団法人神奈川県病院協会
会長　　吉　田　勝　明
（第43回神奈川県病院学会　学会長）

公益社団法人神奈川県病院協会会長の吉田でございます。

はじめに、2024年9月18日に開催した第43回神奈川県病院学会にご支援･ご協力いただきました皆様方に心より感謝申し上げます。

さて、病院は多職種チームでしっかり動いております。本学会も非常に様々な職種の関係団体の皆さまからのご協力を得て開催いたしました。

病院経営は大変厳しい今日でございます。以前は、隣の病院よりも良いＣＴ、ＭＲＩを入れようと、隣の病院と争って自分の病院が勝とうといったような時代でしたが、もう今はそんな時代ではありません。近隣の病院、県内の病院皆で協力しながら、お互いにうまくやっていかなければいけない時代です。

財務省からは、現在8000ほどある日本中の病院を5000ぐらいに減らすようなことを言われてる時代です。どうしたら乗り越えていけるでしょうか。

今回、我々は、コロナ禍に関して、神奈川県、県医師会、県看護協会、それぞれが多職種とうまく連携をとり、そのおかげで乗り切れ、神奈川県が全国に誇れるような実績を残せたという思いがあります。こうしたことを応用して、やはりこれからの病院経営の上でも近隣の病院との競争よりもむしろ協力しながら役割分担を果たしていくというようなことが大事です。

一般演題では、皆がそれぞれの病院でいろいろな工夫をした成果等を発表していただきました。あの病院でこのようなことをしているのか、うちの病院でも応用したいのでぜひもう少し教えていただきたい、皆それぞれが共有・協力してお互いにそれぞれが良くなっていくことに役立った有意義でバタフライエフェクトの一つとなった学会であったと思っています。

ここに当日の貴重な発表を、学会誌として取りまとめましたので、ご参考にしていただければ幸いでございます。

2025年２月

第 43 回　神奈川県病院学会

目　次

開催概要 …… 1

会場写真 …… 3

プログラム …… 13

来賓挨拶 …… 23

特別講演

災害時医療とデジタルトランスフォーメーション（DX） …… 阿　南　英　明　25

シンポジウム発表

多職種協働ネットワークの最適化
—ひとが真ん中になる医療を目指して— …… 石　川　賀　代　45

大阪大学医学部附属病院ＡＩホスピタルの取り組み …… 川　崎　　良　64

シンポジウム意見交換 …… 92

一般演題（口演発表）

① 横須賀共済病院の医療 DX　～現場の取り組み報告～ …… 鈴　木　千　恵　99

② 地域包括ケア病棟における看護師としての役割
～在宅等への退院支援に向けた取り組みと課題～ …… 平　川　省　吾　102

③ 当院におけるポリファーマシー対策
～災害時の薬品不足を見据えて～ …… 堤　　泰　輔　108

④ WEB 研修会システムの導入が研修機会の地域格差に与えた影響…… 山　村　　翔　110

⑤ 災害時の食事提供　～二段構えの準備と実践～ …… 小　林　マ　リ　114

⑥ 備蓄食の啓蒙活動について …… 堀　内　杏　菜　116

⑦ 厨房業務改善の取り組み
～調理済みパッケージ「モバイルプラス」導入による
効率化と食事満足度向上～ …… 田　村　亜希子　120

⑧ 救急車受入台数増加に向けた受入態勢の再構築
～地域医療への貢献を基にした取組みと成果～ …… 高　橋　裕　太　125

⑨ 頭部 CT におけるガントリー角度と被ばくについて …… 敦　賀　亮　太　130

⑩ 相模原市透析災害対策協議会（相模原 DD-net）5 年間の成果
～ 5 年間の歩みと現在の課題～ …… 新　美　文　子　133
⑪ 臨床部門に属する事務職員としての医療職との関わり方 …… 柴　田　里　志　138
⑫ 命をつなぐトリアージ …… 恵　島　直　也　141
⑬ 報告書確認対策における医療秘書科の取り組み
～ RPA を取り入れながら～…… 坂　本　康　代　143
⑭「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談
支援（ソーシャルワーク）に関するアンケート」についての報告 …… 佐　野　晴　美　144

一般演題（ポスター発表）

① 災害が起きたとき医事課のやるべきこと …… 遠　藤　夕香里　153
② 災害時における情報伝達ツールについて
～ IP 無線アプリ活用の検討～ …… 矢　口　達　也　154
③ IT-BCP 対策への準備の取り組み…… 和　田　耕　一　155
④ 救急・集中治療診療の並列診療に対する重症患者管理ツール
iBSEN の有用性の検討と災害医療に対する今後の展望 …… 小　川　史　洋　161
⑤ 当院検査科の災害対策への取り組み …… 難　波　真砂美　162
⑥ 新人理学療法士の早期稼働を目指した取り組み …… 加賀谷　美　紀　163
⑦ 麻生総合病院⇔麻生リハビリ総合病院の病院連携 …… 神　田　康　平　164
⑧ 令和 6 年能登半島地震災害支援活動報告
―神奈川県理学療法士会事務局災害対策部の
取り組みとその意義― …… 下　田　栄　次　165
⑨ 令和 6 年能登半島地震での DMAT 活動報告 …… 武　田　将　英　166
⑩ 神奈川県病院薬剤師会　専門・認定支援委員会の取り組み …… 中　島　　研　167
⑪ 横須賀地域の災害薬事における病院薬剤師の役割
～能登半島の DMAT の経験より～…… 島　田　雅　人　168
⑫ 長期入院のがん患者が地域でケアを継続して受けることの重要性
～緩和ケア認定看護師が退院後訪問を行って～ …… 後　藤　直　美　169
⑬ 災害時の取り組みと課題 …… 古　川　幸　代　170
⑭「新型コロナウイルス感染症に罹患した
小児患者の受け入れ体制の構築」…… 西　川　美　樹　171
⑮ 当病棟の 2021 年度～ 2023 年度のインシデントレポート件数の
推移と今後の課題 …… 濱　﨑　凪　沙　172
⑯ メンタルヘルスプロジェクト 2 年目の取り組みを振り返る
～固定チームナーシングでリシャッフルを取り入れて～ …… 今　　方　美　173

編 集 後 記 …… 174
協 力 団 体 …… 175

第 43 回神奈川県病院学会開催概要

１．開催状況

2024 年 9 月 18 日（水）13：00 ～ 18：00

「ホテル・ザ・ノット　ヨコハマ」において現地開催

２．参加状況

・会場参加者数　　203 人

３．学会長表彰者

優秀演題表彰者（一般演題　口演発表）

氏　名	施設名	演題名
堤　泰輔 （薬剤師）	クローバーホスピタル （薬剤課）	当院におけるポリファーマシー対策 ～災害時の薬品不足を見据えて～
田村亜希子 （管理栄養士）	さがみリハビリテーション病院 （栄養科係長）	厨房業務改善の取り組み ～調理済みパッケージ「モバイルプラス」導入による効率化と食事満足度向上～
佐野　晴美 （ＭＳＷ）	神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 （会長）	「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援（ソーシャルワーク）に関するアンケート」についての報告

優秀演題表彰者（一般演題　ポスター発表）

氏　名	施設名	演題名
矢口　達也 （事務）	済生会横浜市東部病院 （災害医療対策室）	災害時における情報伝達ツールについて ～ IP 無線アプリ活用の検討～
小川　史洋 （医師）	横浜市立大学附属病院 （救急科講師）	救急・集中治療診療の並列診療に対する重症患者管理ツールiBSENの有用性の検討と災害医療に対する今後の展望
難波真砂美 （臨床検査技師）	横須賀共済病院 （中央検査科）	当院検査科の災害対策への取り組み

３．学術委員

学 会 長（会長）

吉 田 勝 明　横浜鶴見リハビリテーション病院長

委 員 長（副会長）

長 堀 　 薫　横 須 賀 共 済 病 院 長

常任理事

沼 田 裕 一　横須賀市立うわまち病院管理者

高 野 靖 悟　相模原協同病院名誉院長

三 角 隆 彦　済生会横浜市東部病院長

理 　 事

小 澤 幸 弘　三 浦 市 立 病 院 総 病 院 長

幹 　 事

荒 木 　 洋

事業委員

玉 井 拙 夫　神奈川県予防医学協会消化器検診部部長

佐 野 晴 美　神奈川県医療ソーシャルワーカー協会長

藤 井 理恵薫　神奈川県栄養士会医療事業部会長

早 川 みつほ　神奈川県看護協会常務理事

土 田 賢 一　神奈川県公衆衛生協会理事

神 保 武 則　神奈川県作業療法士会長

土志田 　 務　神奈川県精神保健福祉士協会長

山 田 裕 之　神奈川県病院薬剤師会長

田 島 隆 人　神奈川県放射線技師会長

内 田 賢 一　神奈川県理学療法士会長

芹 澤 昭 彦　神奈川県臨床検査技師会長

大 石 　 竜　神奈川県臨床工学技士会長

梅 田 弘 之　全国病院理学療法協会神奈川県支部会執行委員長

４．運営内容及び運営協力職員一覧

区　分	運　営　内　容	運　営　協　力　職　員
ステージ係	・司会者・座長等の補助	県医療専門職連合会　藤井　伸行　右田　正澄
進　行　係	・発表時間のチェック ・時間の合図	県栄養士会医療事業部会　唐木　由喜　依田理恵子 県病院薬剤師会　松丸　美佳　七尾谷　充 県臨床検査技師会　畑中　大介　脇坂　佑紀
受　付　係	・参加者及び関係者の受付 ・資料渡し	県看護協会　野村美奈子　野村志津枝 大平　了子 全国病院理学療法協会県支部　梅田　弘之　小堺　文明
演　者　係	・関係者受付 ・座長と演者の対応、誘導	県臨床工学技士会　小俣　利幸　及川　陽平 県精神保健福祉士協会　吉井　悠人　松井　優斗
会　場　係	・会場の設営 ・会場内対応 ・参加者の誘導	県作業療法士会　望月　強併　神保　武則 県理学療法士会　木村　充広　淵橋　潤也
パソコン・マイク係	・パソコンの操作、説明 ・録音の操作 ・質問者へのマイク渡し	県医療ソーシャルワーカー協会　石川　綾子　宮本　竜也
写　真　係	・写真撮影	県放射線技師会　津久井達人　前原　善昭 松本　好正

第 43 回神奈川県病院学会写真

開　　会

総合司会　三角 隆彦　常任理事

開会の辞　長堀　薫　副会長

学会長挨拶　吉田 勝明　会長

来　賓　挨　拶

足立原 崇　神奈川県健康医療局 局長

菊岡 正和　神奈川県医師会 会長

特　別　講　演

阿南 英明　先生

シンポジウム

長堀　薫　座長

シンポジスト発表　石川 賀代　先生

シンポジスト発表　川崎　良　先生

一般演題（口演）

一般演題（口演）　高野 靖悟　座長

一般演題（口演）①　鈴木 千恵　先生

一般演題（口演）②　平川 省吾　先生

一般演題（口演）③　堤　泰輔　先生

一般演題（口演）④　山村　翔　先生

一般演題（口演）⑤　小林 マリ　先生

一般演題（口演）⑥　堀内 杏菜　先生

一般演題（口演）⑦　田村 亜希子　先生

一般演題（口演）⑧　高橋 裕太　先生

一般演題（口演）⑨　敦賀 亮太　先生

一般演題（口演）⑩　新美 文子　先生

一般演題（口演）⑪　柴田 里志　先生

一般演題（口演）⑫　恵島 直也　先生

一般演題（口演）⑬　坂本 康代　先生

一般演題（口演）⑭　佐野 晴美　先生

一般演題（ポスター）

一般演題（ポスター）　小澤 幸弘　座長

一般演題（ポスター）①　遠藤 夕香里　先生

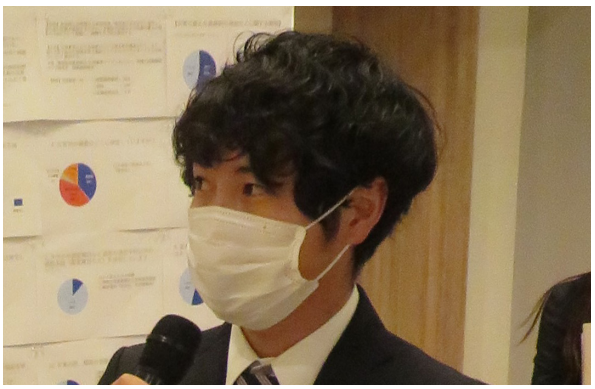
一般演題（ポスター）②　矢口 達也　先生

一般演題（ポスター）③　和田 耕一　先生

一般演題（ポスター）④　小川 史洋　先生

一般演題（ポスター）⑤　難波 真砂美　先生

一般演題（ポスター）⑥　加賀谷 美紀　先生



一般演題（ポスター）⑦　神田 康平　先生

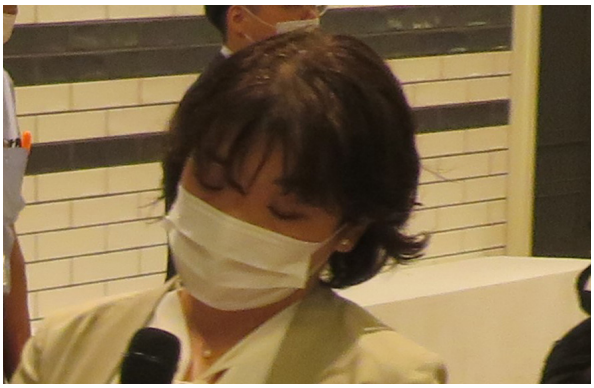
一般演題（ポスター）⑧　下田 栄次　先生

一般演題（ポスター）⑨　竹田 将英　先生

一般演題（ポスター）⑩　中島　研　先生

一般演題（ポスター）⑪　島田 雅人　先生

一般演題（ポスター）⑫　後藤 直美　先生



一般演題（ポスター）⑬　古川 幸代　先生

一般演題（ポスター）⑭　西川 美樹　先生

一般演題（ポスター）⑮　濱﨑 凪沙　先生

一般演題（ポスター）⑯　今　方美　先生

学会長表彰

学会長表彰（一般演題）

閉　　会

閉会の辞　沼田 裕一　常任理事

第４３回神奈川県病院学会
プログラム

メインテーマ

「いのち」を守る病院の未来
～災害医療と医療 DX～

日　時：２０２４年９月１８日(水)
１３：００ ～ １８：００

会　場：ホテル・ザ・ノット　ヨコハマ
横浜市西区南幸２－１６－２８
現 地 開 催(Web 配信はありません)

主　催：公益社団法人神奈川県病院協会

学 会 長：神奈川県病院協会 会　長　吉　田　勝　明
学術委員長：　〃　副会長　長　堀　薫

協力団体：(公社)横浜市病院協会
(公社)川崎市病院協会
(公社)相模原市病院協会
三浦半島病院会
鎌倉市医師会病院会
湘南病院協会
湘南西部病院協会
厚木病院協会
大和・高座病院協会
小田原医師会病院会
足柄上病院会
神奈川県医療専門職連合会
(一社)神奈川県医療ソーシャルワーカー協会
(公社)神奈川県栄養士会医療事業部会
(公社)神奈川県看護協会
神奈川県公衆衛生協会
(一社)神奈川県作業療法士会
(一社) 神奈川県精神保健福祉士協会
(公社)神奈川県病院薬剤師会
(公社)神奈川県放射線技師会
(公社)神奈川県理学療法士会
(一社)神奈川県臨床検査技師会
(公社)神奈川県臨床工学技士会

プログラム・目次

時　　間	会　　場	内　　容　　＜掲載ページ＞
１３：００～ １３：１０	２階 キング＆ クイーン	開会 ・総合司会　　三角　隆彦　常任理事 ・開会の辞　　長堀　薫　　副会長 ・学会長挨拶　吉田　勝明　会長 ・来賓挨拶　　足立原　崇　神奈川県健康医療局長 菊岡　正和　神奈川県医師会長
１３：１０～ １３：５０		特別講演　＜１ページ＞ •「災害時医療とデジタルトランスフォーメーション(DX)」 地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長 阿南　英明　氏
１３：５０～ １５：２０		シンポジウム　＜２ページ＞ 「医療 DX の未来」 １　シンポジスト発表 •「多職種協働ネットワークの最適化 ー人が真ん中になる医療を目指してー」 社会医療法人石川記念会 HITO 病院理事長 石川賀代　氏 •「大阪大学医学部附属病院 ＡＩ ホスピタルの取り組み」 大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座教授 川崎　良　氏 ２　シンポジストによる意見交換
１５：２０～ １５：３０	休憩	
１５：３０～ １７：４０	２階 キング＆ クイーン	一般演題 口演発表　＜６ページ＞
	３階 ハート	一般演題 ポスター発表　＜８ページ＞
１７：４０～ １７：５０	休憩・一般演題表彰審査	
１７：５０～ １８：００	２階 キング＆ クイーン	閉会 ・学会長表彰　吉田　勝明　会長 ・閉会の辞　　沼田　裕一　常任理事

Ⅱ　特　別　講　演（４０分）

１３：１０～１３：５０　＜会場　２階キング＆クイーン＞

「災害時医療とデジタルトランスフォーメーション（DX）」

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長
阿　南　英　明

プロフィール　（あなん　ひであき）

［職　歴］

新潟大学医学部卒業後、 藤沢市民病院にて初期臨床研修
藤沢市民病院、横浜市立大学救命救急センター勤務を経験し、藤沢市民病院救命救急センターの立ち上げに尽力。救急医療、災害医療の最前線に立つ。
藤沢市民病院救命救急センター長、診療部長を歴任した後
2019 年 藤沢市民病院副院長
2020 年 神奈川県健康医療局医療危機対策統括官
2021 年 神奈川県理事（医療危機対策担当）
2023 年 神奈川県立病院機構参与
2024 年 地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長(現職)

【その他役職等】

厚生労働省　新型コロナウイルス感染症アドバイザリーボード構成員（2021～2023 年度）
厚生労働省　日本 DMAT 検討委員会委員、研修インストラクター
神奈川県病院協会 顧問 兼 参与
神奈川県 顧問（健康医療政策担当）

【学会・資格】

東京医科歯科大学医学部臨床教授
福島県立医科大学医学部非常勤講師
日本救急医学会救急科専門医・指導医・評議員
日本災害医学会理事・評議員
日本社会医学系専門医・指導医
日本内科学会総合内科専門医・指導医
米国内科専門医会・内科学会（ACP）正会員など

新型コロナウイルスの経験は医療界におけるデジタル情報の重要性を体感させた。少子高齢化が進む社会において、災害時医療を実践する上でもデジタル運用の需要が高まっているが、令和 6 年能登半島地震においてそのジレンマを感じた。これまでも最新医療を展開する上で IT ツールやデジタル活用は無意識に行われてきた。しかし、デジタルトランスフォーメーション（DX）は情報に対する考え方に革命的な変化が起きるもので、従前の運用とは大きく異なる世界が展開される。災害時の準備のためにも日常医療における DX 革命を乗り越えて浸透させておくことが肝要である。

Ⅲ　シンポジウム（1 時間 30 分）

１３：５０～１５：２０　＜会場　２階キング＆クイーン＞

「医療×ＤＸの未来」

座　長　　神奈川県病院協会　副会長（学術委員長）
横須賀共済病院　病院長　　長　堀　　薫

プロフィール　（ながほり　かおる）
1978年 横浜市立大学医学部卒業
米国City of Hope ポスドク
山梨医科大学第１外科・横浜市立大学第２外科 講師
肝胆膵外科、腹腔鏡手術を専門とする
2001年 横須賀共済病院 外科部長
副院長等を経て2014年 より病院長
AIを中心としたデジタルトランスフォーメーションを用いて医療者の負担軽減を図っている。また、三浦半島での病院の機能分化とネットワーク化による連携事業をめざしている。

座長から一言

医師の働き方改革が実施される中、地域医療を支えるための質の高い医療の提供に向けた医療 DX の推進はますます重要な課題となっています。
今年度も昨年度に引き続き医療 DX をテーマにしたシンポジウムを企画しました。
今回は、ICT を活用することで、様々な専門職が連携して患者の健康を支える「多職種協働ネットワークの最適化」と「ひとが真ん中になる医療」の実現を両立させる病院経営に取り組んでおられる石川先生、大学病院において、安全・安心な医療、医療従事者が持つ可能性を最大限発揮する「人間中心の AI」を意識した AI ホスピタルに取り組んでおられる川崎先生の２人の先生方によるシンポジウムを企画しました。
ぜひともご堪能いただき、医療の質を高め、患者さんにもスタッフのためにもなる医療ＤＸの推進のための一助にしていただければと願っています。

１　シンポジスト発表（各３０分×２名）

（１）「多職種協働ネットワークの最適化
ーひとが真ん中になる医療を目指してー」
社会医療法人石川記念会　HITO 病院　理事長　石川賀代

プロフィール　（いしかわ　かよ）

【経歴】

1992 年　3 月　東京女子医科大学卒業
1992 年　4 月　東京女子医科大学病院消化器内科　入局
1998 年　6 月　〃　助手
1999 年　大阪大学　微生物学教室　非常勤講師
2002 年　4 月　医療法人蘖愛会石川病院　入職
2002 年　4 月　〃　内科　医長
2005 年　2 月　〃　副院長
2010 年　4 月　〃　理事長 病院長
※2013 年 4 月より、
　社会医療法人石川記念会　ＨＩＴＯ病院 へ名称変更
2019 年　〃　理事長・石川ヘルスケアグループ　総院長
2023 年 10 月　一般社団法人 i shikoku holdings 代表理事

【公務】

日本医療法人協会　常務理事
地域包括ケア推進病棟協会　理事
日本リハビリテーション病院・施設協会　理事
日本医療経営学会　理事
医療トレーサビリティ推進協議会　理事
日本医療経営職域対策協議会　理事
日本医療マネジメント学会　評議員
日本医療マネジメント学会愛媛県支部　副支部長
全日本病院協会愛媛県支部　副支部長
日本社会医療法人協議会　理事
日本ゼロカーボン・ウェルフェア協議会　監事

医療現場では、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士など、さまざまな専門職が連携して患者の健康を支える多職種協働のネットワークが重要です。しかし、このネットワークの構築にはフラットな院内コミュニケーションが不可欠であり、これにより、時代の変化に適応するマネジメントへの転換を目指しています。また多職種協働ネットワークの最適化には、ひとが真ん中になる医療の実現が欠かせません。ICT を活用することで、患者に向き合う時間や教育、多職種との連携、ゆとりのある環境を整え、患者のニーズや価値観に応える医療を提供する事が出来ます。　働き手確保が困難となり、複雑性が増す正解のない時代において、ステークホルダーの声を聞き、共感し、互いの信頼関係を築くことこそが、病院運営の持続可能性を確保する事につながっていると考えています。

本講演では、多職種協働ネットワークの最適化とひとが真ん中になる医療の実現を両立させる病院経営の戦略を紹介します。その戦略の柱の一つが、ICT の活用です。具体的には、１人１台のスマートフォンの貸与、ネットワーク型組織への移行、コラボレーションツールの活用などを行っています。これらの取り組みにより、多職種間のコミュニケーションや情報共有が円滑になり、患者のニーズに応じた柔軟な対応が可能となっています。これまでの知見や事例をもとに、ICT の活用による多職種協働ネットワークの最適化とひとが真ん中になる医療の実現の重要性と可能性をお伝えします。

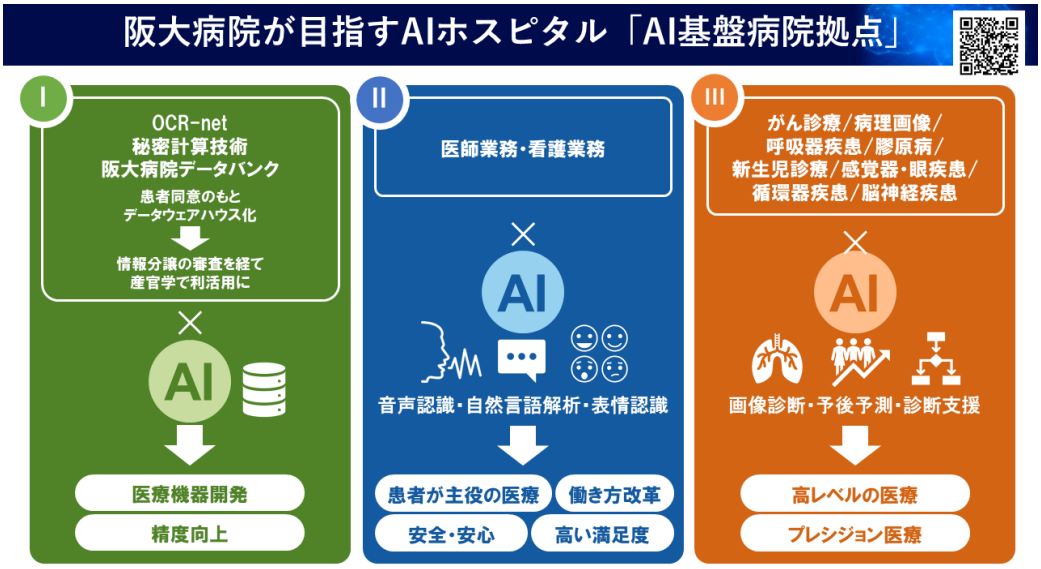
（２）「大阪大学医学部附属病院 AI ホスピタルの取り組み」

大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座教授
川崎　良

プロフィール　（かわさき　りょう）
【学歴・職歴】

1997-2008	山形大学医学部・眼科学講座・助手
2007-2012	豪メルボルン大学 Centre for Eye Research Australia・研究員フェロー
2013-2015	山形大学大学院医学系研究科・公衆衛生学講座・助教
2015-2017	山形大学大学院医学系研究科・公衆衛生学講座・准教授
2017-2023	大阪大学大学院医学系研究科・視覚情報制御学講座・寄附講座教授
2020-2023	大阪大学医学部附属病院・ＡＩ医療センター・特任教授
2023-現在	大阪大学大学院医学系研究科・社会医学講座公衆衛生学・教授

大阪大学医学部附属病院（以下、阪大病院）は、病院が目指す姿として「Futurability: 全ての人が待ち遠しくなるような病院、未来の可能性を見つめ、新たな課題に新たな方法で解決し続ける姿」を掲げている。医療の進歩がすすむ一方で、専門化・複雑化した医療の負の側面もある。この状況を打開する上で医療分野での AI 活用が重要である。医療分野の AI と言えば画像診断や診断支援のプログラム医療機器が思い浮かぶが、それにとどまらず業務支援や患者サービスにも AI を取り入れている。安全・安心な医療、医療従事者が持つ可能性を最大限発揮する「人間中心の AI」を意識し取り組んでおり、本講演ではその事例を紹介する。近い将来には自然な形で AI が医療や業務に取り込まれていくと確信する。その一方で、医療の問題が技術的側面だけで解決することはなく、「AI を使いこなす医療人がそれぞれの持つ能力を最大限に発揮できる場」となることを目指している。本セミナーでは阪大病院が取り組む AI ホスピタルについてその現状から見えてきた課題、そして、展望を紹介したい。



Ⅳ　一般演題

１５：３０～１７：４０

口演発表　　１４演題
＜会場　２階キング＆クイーン＞
各８分（説明５分、質疑応答３分）

ポスター発表　１６演題
＜会場　３階ハート＞
各８分（説明５分、質疑応答３分）

※お名前は、発表代表者のみ記載させていただきました。
研究者等のお名前は、ホームページか、「第 43 回神奈川県病院学会／一般演題抄録集」（別冊）をご覧ください。

口演発表

① 横須賀共済病院の医療 DX　～現場の取り組み報告～

横須賀共済病院　病棟師長
鈴木　千恵　　（看護師）

② 地域包括ケア病棟における看護師としての役割
～在宅等への退院支援に向けた取り組みと課題～

金沢文庫病院　　看護部
平川　省吾　　（看護師）

③ 当院におけるポリファーマシー対策　～災害時の薬品不足を見据えて～

クローバーホスピタル　薬剤課
堤　泰輔　　（薬剤師）

④ WEB 研修会システムの導入が研修機会の地域格差に与えた影響

神奈川県病院薬剤師会　教育研修委員会
山村　翔　　（薬剤師）

⑤ 災害時の食事提供　～二段構えの準備と実践～

クローバーホスピタル　栄養課副主任
小林　マリ　　（管理栄養士）

⑥ 備蓄食の啓蒙活動について

横浜旭中央総合病院　　栄養科
堀内　杏菜　　（管理栄養士）

⑦ 厨房業務改善の取り組み
～調理済みパッケージ「モバイルプラス」導入による効率化と食事満足度向上～

さがみリハビリテーション病院　栄養科係長
田村　亜希子　　（管理栄養士）

⑧ 救急車受入台数増加に向けた受入態勢の再構築
～地域医療への貢献を基にした取組みと成果～

中央林間病院　事務当直
高橋　裕太　（救命救急士）

⑨　頭部 CT におけるガントリー角度と被ばくについて

金沢文庫病院　　放射線科
敦賀　亮太　　（放射線技師）

⑩　相模原市透析災害対策協議会（相模原 DD-net）5 年間の成果
～5 年間の歩みと現在の課題～

相模原協同病院　臨床工学室次長
新美　文子　　（臨床工学技士）

⑪　臨床部門に属する事務職員としての医療職との関わり方

中央林間病院　メディカルクラーク室係長
柴田　里志　　（事務）

⑫　命をつなぐトリアージ

横浜旭中央総合病院　　総務課
恵島　直也　　（事務）

⑬　報告書確認対策における医療秘書科の取り組み　～RPA を取り入れながら～

横須賀共済病院　医療秘書科係長
坂本　康代　（事務）

⑭　「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う
相談支援（ソーシャルワーク）に関するアンケート」についての報告

神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 会長
佐野　晴美　（医療ソーシャルワーカー）

ポスター発表

① 災害が起きたとき医事課のやるべきこと

横浜鶴見リハビリテーション病院　　医事課主任
遠藤　夕香里　　（事務）

② 災害時における情報伝達ツールについて　～IP 無線アプリ活用の検討～

済生会横浜市東部病院　災害医療対策室
矢口　達也　　（事務）

③ IT-BCP 対策への準備の取り組み

菊名記念病院　医療情報システム室課長
和田　　耕一　　（事務）

④ 救急・集中治療診療の並列診療に対する重症患者管理ツール iBSEN の有用性の検討と災害医療に対する今後の展望

横浜市立大学附属病院　救急科講師
小川　史洋　　（医師）

⑤ 当院検査科の災害対策への取り組み

横須賀共済病院　中央検査科
難波　真砂美　　（臨床検査技師）

⑥ 新人理学療法士の早期稼働を目指した取り組み

横浜鶴見リハビリテーション病院　リハビリテーション技術科主任
加賀谷　美紀　　（理学療法士）

⑦ 麻生総合病院⇔麻生リハビリ総合病院の病院連携

麻生総合病院　リハビリテーション科
神田　康平　　（理学療法士）

⑧ 令和 6 年能登半島地震災害支援活動報告 - 神奈川県理学療法士会事務局災害対策部の取り組みとその意義 -

公益社団法人神奈川県理学療法士会　　事務局災害対策部

⑨　令和 6 年能登半島地震での DMAT 活動報告

横須賀共済病院　リハビリテーション科
武田　将英　　（理学療法士）

⑩　神奈川県病院薬剤師会　専門・認定支援委員会の取り組み

神奈川県病院薬剤師会 専門・認定支援委員会
中島　研　　（薬剤師）

⑪　横須賀地域の災害薬事における病院薬剤師の役割
～能登半島の DMAT の経験より～

横須賀共済病院　薬剤科主任
島田　雅人　　（薬剤師）

⑫　長期入院のがん患者が地域でケアを継続して受けることの重要性
～緩和ケア認定看護師が退院後訪問を行って～

金沢文庫病院　看護部
後藤　直美　　（看護師）

⑬　災害時の取り組みと課題

クローバーホスピタル 看護部副看護部長
古川　幸代　　（看護師）

⑭　「新型コロナウイルス感染症に罹患した小児患者の受け入れ体制の構築」

横須賀市立うわまち病院　看護部小児医療センター
西川　美樹　　（看護師）

⑮　当病棟の 2021 年度～2023 年度のインシデントレポート件数の推移と
今後の課題

横浜鶴見リハビリテーション病院　回復期リハビリテーション病棟
濱﨑　凪沙　　（看護師）

⑯　メンタルヘルスプロジェクト２年目の取り組みを振り返る
～固定チームナーシングでリシャッフルを取り入れて～

金沢文庫病院　看護部係長
今　方美　　（看護師）

公益社団法人神奈川県病院協会

〒231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町３－１
神奈川県総合医療会館４階
TEL　045（242）7221（代表）
FAX　045（231）1794

来 賓 挨 拶

神奈川県健康医療局
局 長　足立原　　崇

ただいまご紹介いただきました、神奈川県健康医療局長兼未病担当局長をしております足立原でございます。

本日は、第43回神奈川県病院学会の開催、誠におめでとうございます。そして、お招きをいただきまして、誠にありがとうございます。

この病院学会、今回のテーマは『災害医療と医療ＤＸ』です。吉田先生のお話にもありましたとおり、記憶に新しいコロナ禍、本当に大変でしたけれども、何とか県下の病院・医療関係者の皆さまのご尽力で乗り切ることができました。

この際、やはり我々神奈川県や市町村は、度々先生方にお伺いして色々相談しましたけれども、「これが決まったので、よろしくお願いします。」ではなく、「こういう課題があって、こんなことを考えていますが、どうしましょうか、何か知恵貸していただけませんか。こうしたらどうですか。」という形で、膝を突き合わせて、一緒に作り上げてきました。そして「ルールがないので、これを国に提案します。ルールは後から作るので、とにかく作っていきましょう。」という形で乗り切らせていただいたような気持ちがございます。

今日のテーマのＤＸといっても皆さん思い浮かべることは様々だと思います。

例えばベースとなる患者情報の共有もありますし、病院間が連携、協力、分担していくための便利なツールでもあり、色々な所でＤＸが活躍していかないといけません。そのために、行政がよく言われることは、ヒト・モノ・カネのご要望だけでなくルール・制度に関することです。

私どもも今日の学会、様々なお話を聞かせていただきまして、この邪魔になっている法律を変えられないか、こういうやり方が良いね、ここ変えないといけないね、ちょっとここが転がりだすとうまく回るよねということがあれば、ぜひ持ち帰らせていただいて、県でも考えますし、国にもどんどん提案してまいりたいと思います。

また、本日の学会が今年も有意義となるようにお祈りをいたしまして、冒頭のご来賓のご挨拶とさせていただきたいと思います。

本日は、誠におめでとうございます。

来賓挨拶

公益社団法人神奈川県医師会
会 長　菊岡　正和

ご紹介いただきました、神奈川県医師会、会長の菊岡でございます。

第43回を迎える神奈川病院学会が、このように盛大に開催されますことを、本当にお喜び申し上げます。

本日のテーマは、『いのちを守る病院の未来～災害医療と医療ＤＸ～』です。

我が国では、生産年齢人口の減少が急激に起こりまして、高齢者人口がピークを迎える2024年には、医療関係者の担い手が不足することが指摘されております。

また今年の4月からは、働き方改革が始まり、それに拍車をかけています。

本年1月1日に発生しました令和6年能登半島地震では、七尾市、輪島市、珠洲市を中心に甚大な被害が発生いたしました。

県医師会といたしましても、日本医師会からのＪＭＡＴ派遣要請に基づき、2月1日から4月1日までの約2カ月で23隊、さらに5月の追加の3隊を含めまして、合計26隊、110名の方がＪＭＡＴとして派遣したところでございます。

近年では、本当に地震や台風などの災害が相次いでおり、全国各地に甚大な被害をもたらしています。こうした状況下におきまして、命を守るための災害医療の整備を図り、切れ目のない質の高い医療を提供、維持していくためには、デジタル技術を活用した医療ＤＸに係る業務は本当に不可欠でございます。

今回のテーマは、医療関係者にとっても誠に意義深いテーマであると認識をしております。神奈川県医師会では、これまで神奈川県病院協会をはじめとする医療関係者の皆さまと、県民により良い地域医療を提供するように活動してまいりましたが、国民皆保険制度を保持し、また持続可能な社会保障制度を確立するためにも、県民の健康を守る専門家集団として山積する諸問題に正面から向き合って、これまで以上に連携を図ってまいりたいと思っております。

本日の学会では、特別講演、シンポジウムをはじめ、一般演題では、様々なお立場から、色々な取組みのご報告などがあると思いますので、必ずやお役に立つお話になっていただけると思っております。

本日の学会が、本当に実り良いものであることを期待いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。本日は、おめでとうございます。

特 別 講 演

災害時医療とデジタルトランスフォーメイション（DX）

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県顧問（健康医療政策担当）
阿南英明

1

COI 開示

筆頭発表者： 阿南英明

①	役員・顧問職等の報酬	無
②	株式の利益＊（または株式の5%以上）	無
③	特許権使用料など	無
④	講演料など	有
⑤	原稿料など	無
⑥	研究費・助成金など	無
⑦	奨学（奨励）寄付金など	無
⑧	寄附講座所属	無
⑨	その他（旅費・贈答品など）	無

【地震情報】宮崎 日南市で震度6弱 1週間ほど同程度の揺れ注意

南海トラフ地震
臨時情報
巨大地震注意

【8/8発表・詳細】南海トラフ地震臨時情報「巨大地震注意」

【地震情報】神奈川で震度5弱 専門家"南海トラフと関係ない"

3

能登半島地震で良く聞かれたワード

道路の寸断
孤立集落・住民
断水・停電➡復旧遅延
物資届かない
支援者受け入れ制限
高齢化・過疎
限界集落（復興課題）
（広域）避難住民把握困難

寒冷地域
地理的条件

高齢化率50%に地域

4

災害時医療における要配慮者　「高齢者対応は災害支援の鍵」

被災地
断水➡不衛生
停電➡寒冷
調理不可能

時間経過とともに生命の危機が高まる

病院入院患者
高齢福祉施設入所者

職員も被災者

暖房器具（石油ストーブ）
貯水槽設置・給水車手配

被災地に留まれない＝被災地外へ搬送

被災地外に搬出高齢者の半数は医療の必要な状態

職員の疲弊・負担軽減の必要性

5

広域の搬送　能登地域から石川県南部・近隣県へ　2000人以上

奥能登地域（珠洲市、輪島市、穴水町、能登町）、七尾市、志賀町から入院患者や高齢者施設入所者を搬送した。

医療機関

停電や断水で機能低下。職員も被災（看護師の自宅から通勤20%）

①各市町の基幹病院（100～175床）の病床数を10～15%程度に縮小➡対応不可能な患者を県南部及び他県へ搬送

②全国公的組織（国立病院機構・JCHO等）から専門職を継続的に派遣支援

被災した高齢福祉施設

倒壊、停電・断水で機能低下。職員も被災

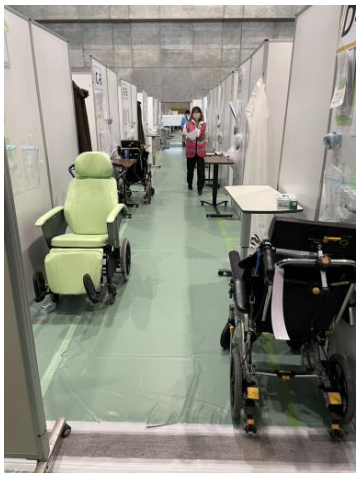
①全施設調査状況把握システム構築と暖房器具を送り込み

②避難希望施設➡対応不可能な患者を県南部及び他県へ搬送

6

金沢市内のいっとき避難所　高齢者の入所需要が増大

40床➡80床➡140床➡〇〇〇



7

高齢者施設問題は介護保険制度の理解が必要

軽度

区分	状態（おおまかな目安）
要支援1	日常生活の能力は基本的にあるが、入浴などに一部介助が必要。
要支援2	立ち上がりや歩行が不安定。 排泄、入浴などで一部介助が必要であるが、「適切なサービス利用により、明らかな要介護状態に移行することを防ぐことができる可能性がある」
要介護1	立ち上がりや歩行が不安定。 排泄、入浴などで一部介助が必要。
要介護2	起き上がりが自力では困難。 排泄、入浴などで一部または全介助が必要。
要介護3	起き上がり、寝返りが自力ではできない。 排泄、入浴、衣服の着脱などで全介助が必要。
要介護4	排泄、入浴、衣服の着脱など多くの行為で全面的介助が必要。
要介護5	生活全般について全面的介助が必要。

重度

※あくまでも目安ですので、実際の状態と合致しない場合があります

分類	施設名称	特徴
民間型	有料老人ホーム	■ 介護サービスを提供する施設
	介護付	■ 食事や清掃から介護サービスまで、すべてを施設のスタッフが提供する ■ 介護専用型、混合型が存在する
	住宅型	■ 食事等のサービスがついた高齢者向けの居住施設 ■ 外部の介護サービスを利用
	サービス付高齢者向け住宅	■ 外部の介護サービスを利用する高齢者専用の賃貸住宅 ■ 現在、最も急増中
	グループホーム	■ 認知症の高齢者向け施設 ■ 要介護度が高くなると退去も
	ケアハウス	■ 身体機能の低下、高齢等の理由で、独立して生活するには不安がある高齢者向けの施設 ■ A型～C型の３種類分類される
公共型	特別養護老人ホーム	■ 費用が安い介護が必要な方の老人ホーム ■ 数百人待ちの狭き門
	介護老人保健施設	■ 病院から自宅に復帰するためのリハビリ施設 ■ 最長6ヶ月まで
	介護療養型医療施設	■ 症状が安定している高齢者向けの長期入院型医療施設 ■ 2017年度末に廃止決定

8

介護保険による認定区分や自己負担割合によるマッチングを前提

避難する高齢者の受け入れに際して、介護保険制度は**大きな障壁**

1 要介護３，４，５はも受け入れキャパ不足

- 要介護3以上の入所対象の養護老人ホームは、もともと空きがなく入所待ち

2 要介護２以下の人（自力で動く）➡特養・老健施設は受け入れない

- 介護保険法上基本対象外だが、災害特例で受け入れることは可能だとしても、**上記①のキャパをより侵食することになる**
- **活動性高い認知症患者が多く、①対象施設では対応困難**

3 もともと要支援レベルの高齢者が避難所生活等を経てＡＤＬ低下

- 区分変更認定しないと費用支払い問題生じ、マッチングできない
- 事務連「受け入れ市町村で要介護認定の事務を代行して事後的に避難元市町村に報告可能」⇒**自治体の考え方・主治医意見書が必要**問題

4 サ高住や有料老人ホームへ入る際の費用問題

- もともと老健、特養入所者が、介護保険外の費用負担の問題

介護福祉事業は
市町村業務！

9

3週間経過して生じた二次的問題

劣悪な環境下での自宅・避難所で体調不良患者は発生

奥能登地区
病床570床➡95床
中能登地区
病床850床➡500床
800床の医療キャパシティ減少

金沢以南の地域

金沢の急性期病床に患者･高齢者が滞留（900人以上）
金沢市の救急医療が逼迫（たらい回し）

金沢地区の病院ドレナージ

急性期病院 → 回復･リハビリ（地域ケア病床）･慢性期病院

高齢者施設･（福祉避難所）

神奈川県が被災したら

- ○ 道路の寸断
- ○ 孤立集落・住民
- ○ 断水・停電➡復旧遅延
- ○ 物資届かない
- △ 支援者受け入れ制限
- ○ 高齢化・過疎
- △ 限界集落（復興課題）
- ○ （広域）避難住民把握困難

人口の減少地域（山間部）の支援活動は至難

道路の寸断・代替経路確保困難
支援物資・支援人員アクセス難
住民安否確認・把握の困難
避難所運営等の地元自治体職員絶対数不足
高齢化率の高さ

人口の密集地域の支援活動は至難

狭隘な道路はアクセス困難
支援物資・人員**相対的**不足
住民安否確認・把握の**物量的圧迫**
避難所運営等の地元自治体職員**相対的**不足
高齢者等要支援者の**絶対数膨大**

11

現場の悲鳴

能登地震で自身も被災、家もなく…看護師「辞めたい」続々

2024/02/09 08:15 能登半島地震

この記事をスクラップする

能登半島地震で大きな被害を受けた石川県奥能登地方の中核病院で、退職の意向を示す看護師が相次いでいる。生活再建の見通しが立たないためで、輪島市、珠洲（すず）市など4市町の4病院で計約70人が退職する見通しだ。国による応援派遣に加え、県看護協会も勤務可能な看護師の募集を始めたが、患者の受け入れに影響が出る可能性もある。（鈴木経史）

看護師の4分の1が退職を検討している輪島市立輪島病院（7日、石川県輪島市で）

奥能登の4病院、看護師60人以上が退職・意向　医療維持に危機感

有料記事　能登半島地震

西崎啓太朗 佐藤遥隆 加治隼人 土井良典 米田悠一郎　2024年3月4日 6時00分

コメントプラス　藤田直央さんなど2件のコメント

今年1月の 能登半島地震 で被災した 石川県 の奥能登地域にある四つの 公立病院 で60人以上の看護師が退職したり、退職の意向を示したりしていることがわかった。看護師の総数約400人のうち約15%にあたる。看護師自身が被災し、生活再建の見通しが立っていない。退職者が看護師の2割に上る病院もあり、病院関係者は医療体制が維持できなくなるのではと危機感を募らせる。

市立輪島病院＝2024年2月9日午後0時37分、石川県輪島市、西崎啓太朗撮影

「家失った」「子育て難しい」

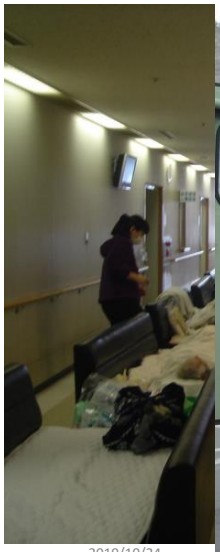
輪島市 の市立輪島病院は地震で医療機器が損壊し、一時断水した。100人近くいた入院患者の大半は別の病院に転院したが、今も約20人が入院する。1月下旬から外来診療を再

SS336DNFS2CPLZB004.html#expertsComments

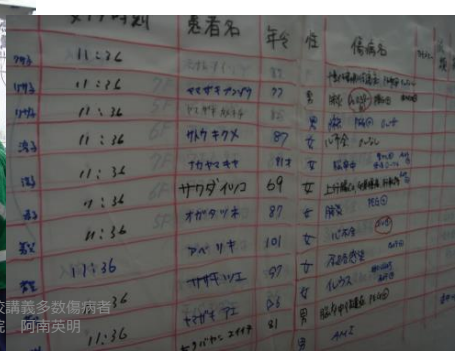
12

平成28年熊本地震　病院が被災して避難

東日本大震災での病院避難



2019/10/24
神奈川県消防学校講義多数傷病者
藤沢市民病院　阿南英明



2019/10/24
神奈川県消防学校講義多数傷病者
藤沢市民病院　阿南英明

医療機関に求められる医療の継続＝BCP

被災地域には住民がいる＝**医療の需要がある**

医療ゼロを回避して医療福祉サービスの提供を継続するためにどうするのか

できることとできないことの見極め⇒方針

2024年能登半島地震

入院患者を広域に搬送して病床を10～15%に減じて医療を継続

奥能登の地域を支えた4つの地域の基幹病院

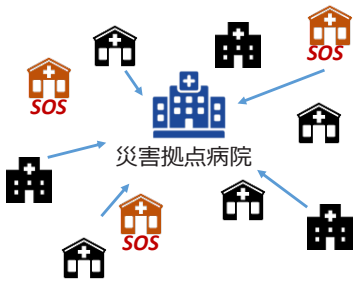
輪島市：市立輪島病院
珠洲市：珠洲市総合病院
穴水町：公立穴水総合病院
能登町：公立宇出津総合病院

職員が増えないことを前提に検討すること必要

「一部の病院が対応する」から総力戦への転換

「災害医療」

災害拠点病院が医療をする
DMATが助けに来る



「災害時医療」

極力医療を継続する（医療は止められない）
何らかの役割を果たす

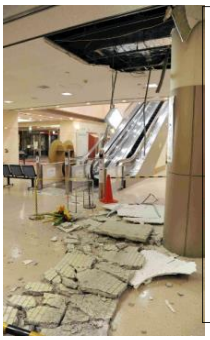
被災病院が機能を失って患者を避難させる判断

- その場にいることが危険な時
- 病院で生命を維持するために必要な医療が提供できないとき

患者を移動させる（避難）決断

支援の要請

CSCATTTのA（評価）が重要



医療を継続するために病院がやるべきことは

被災時

①その場において医療提供が継続できるか否かを評価する
②生命の危険性が高い患者を選定し、避難・移動準備と支援をする
③支援者に対して共通のクライテリア（病院行動評価群）で状況を伝える
④可能な医療の継続と将来予測の評価をする

長期に十分な人・物の支援がないことを想定して

要配慮者、重篤な患者は、途絶させてはならない医療や環境の維持がある

➡緊急の病院機能は**酸素、電気**、（水）に大きく依存している

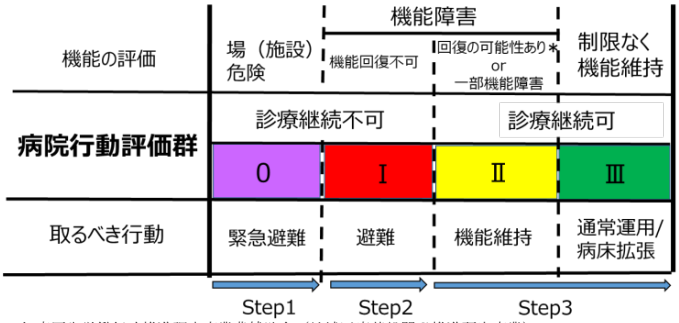
➡**医療・衛生・生活機能に関わる評価と将来予測**

病院行動評価群Ver4で
診療機能の継続性と拡張の評価をする

病院行動評価群Ver4（診療機能の継続性と拡張の評価）

自己評価して医療の継続性を評価

＊共通の規準で判断し簡便なクライテリアで示す⇒支援と受援が方針を共有できる



＊回復可能性ありとは
台風・落雷などによる一時的停電など、一定の時間経過により機能回復が見込める場合

令和４年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
大規模災害時における地域連携を踏まえた更なる災害医療提供体制強化に関する研究（研究代表者：小井土雄一）
分担研究「DMATの効果的な運用に関する研究」阿南英明

阿南英明 他「病院行動評価群Ver. 4」による病院の被災状況の評価と対応の標準化
Japanese Journal of Disaster Medicine 2023; 28: 85–88

平時の対応

STEP 0　平時に自院の耐久性に関わる自己評価

①水（L）、電気（W/h）、酸素（L）など日常の病院での使用量を把握

STEP3で活用

②非常時の備蓄や代替の検討

・水の備蓄量、井戸水活 用の可否・雨水貯水槽などから断水したときに使用可能な水量

・非常電源時の燃料備蓄に関して、停電時に平時の何 %の出力で持続可能か

燃料補給に備えて、油種や補 給口形状を把握

③病院の機能を維持または拡張するための職員参集の 見込みに関して、職種別、時間毎に参集可否の予測 調査を実施する

発災時の対応

STEP1　場の安全評価（緊急避難の要否）
火災・建物倒壊・津波・原子力・土砂・水害

リスクあり → 病院行動評価　0

↓ リスクなし

STEP2　患者の生命維持機能評価（当面24時間の評価）

リスクあり → 病院行動評価　Ⅰ

・**酸素**：配管酸素供給可能　⇔　酸素ボンベのみの使用（移動時に使用）
・**電気**　：電子カルテ・画像検査や臨床検査実施可能か。
＊集中治療特有の機器：モニター、輸液ポンプ、人工呼吸器、腎代替療法機器、人工心肺装置、IABP

※透析病院などで、水が生命維持に大きく関わる患者が多数入院している場合は、STEP2での評価に水を考慮しても良い

付帯事項：ICUなど特殊病床については別途評価と判断を付記

↓ リスクなし

機能を維持 → 病院行動評価　Ⅱ　病院行動評価　Ⅲ

発災時の対応　（続き）

病院行動評価　Ⅱ　病院行動評価　Ⅲ　を対象に評価

STEP 3 いつまで継続できるのかの検討（翌日、翌々日などに関して残存資源を基に算出）

①**自家発電燃料**：燃料残量÷1日の使用量（規定最大 出力時）=予想稼働日数
②**酸素**：タンク内残存液体酸素量÷1日使用量（平時 の80% 程度を想定）=予想稼働日数
③**水**：貯水量÷1日使用量（平時の80% 程度を想定）=予想稼働日数＊雨水・地下水利用可能なら1日使用量から削減
④**職員の参集**:参集予測や支援予測に基づいて、翌日以 降の行動評価群を検討

医療・衛生・生活機能に関わる評価と将来予測の評価➡長期的な機能維持の可否を判断
（1） 水：透析に関して頻度や内容の変更を検討　 飲料水や給食、機器の洗浄の可否に影響
（2） 空調：特に夏季・冬季は必須であり、電気・ガス・石油系燃料など依存する燃料の供給状況から判断
（3） 臨床検査：血算・一般化学・凝固能の3 系統すべての可否　特に集中治療には臨床検査3 系統は必須
（4） X 線撮影：実施可否
（5） CT 検査：非常電源使用可否と床面歪みや機器不 具合を鑑みて実施可否、集中治療には必須
（6） 薬剤/医療資機材：入院患者管理が維持できるか否か　外来処方の可否は院外処方箋 薬局の機能を加味して判断
（7） 入浴：1 週間以上の滞在では衛生上必要
（8） リネン：1 週間以上では、衛生管理上交換が必要　長期化した場合には交換以外に自院での洗濯考慮
（9） トイレ：停電時には水洗トイレの使用は禁止　簡易トイレの準備、雨水・地下水活用下の水洗の可否
（10） 電気：可能な範囲で消灯・節約し、エレベー ター使用の可否
（11） 食料・飲水：患者および職員分を確保できる必要、時に職員家族分まで含まれる

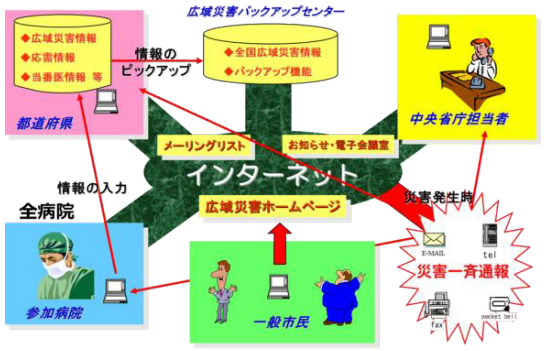
EMIS（広域災害･救急医療情報システム）による情報共有

- **災害時施設等情報**
  - 対象：全病院、診療所、避難所、救護所、施設等
  - 被災状況･医療提供可否状況
- **医療搬送患者情報**
- **支援情報**
  - 対象：DMAT、救護班

需要

- **平時の施設情報**
  - ベッド数、職員数、水、自家発電等
- **緊急通報**
  - 厚生労働省等への緊急通報機能

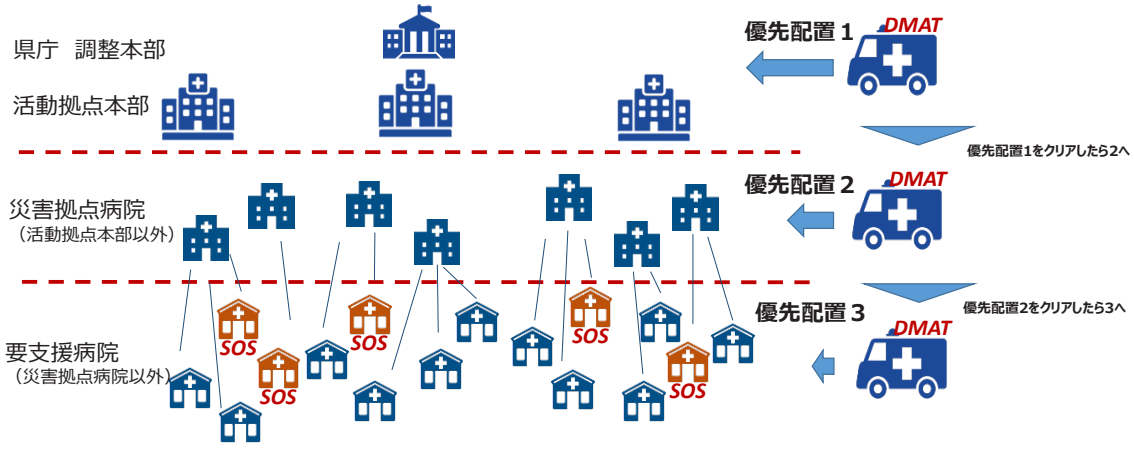
資源



2024年EMISのシステムを大きく改変する作業中
➡病院行動評価群入力できるように調整中

25

情報を活用した活動のために組織構築が優先（DMAT支援の優先度）



26

災害対応訓練で病院行動評価群を活用した自己評価をやってみよう

大規模災害（大規模地震･水害）で見てきた世界

27

アバターロボット（ANAグループavatarin株式会社）活用

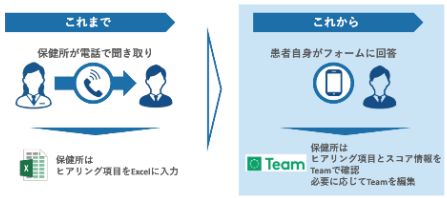
コロナ禍で臨時医療施設内で実用

非接触型医療・ケア実装

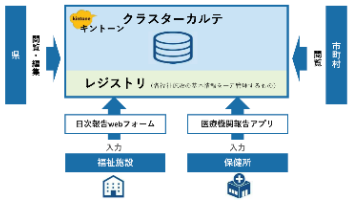
28

IT･デジタル技術による情報共有基盤　　省力化とスピード➡DX

保健所のヒアリング代行

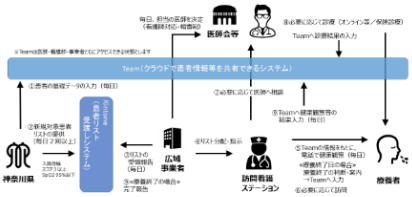


施設の発生動向把握・情報共有



療養者の健康管理一元化

自宅療養患者の患者情報共有基盤



29

COVID-19は将来へ向けたDXの実証の場であった

非対面診療の推進

自宅でCOVID-19抗原検査キット活用の推進

- 各家庭事前購入・備蓄の推進
- 購入費用補助（国への働きかけも）
- 高齢福祉施設への抗原検査キット配布

自宅で解熱剤準備の推進

- COVID-19 ・インフルエンザともに解熱鎮痛薬事前購入推進
  （推奨薬剤リスト公表）

オンライン診療拡大

- 現在発熱診療等医療機関ではない施設へのオンライン診療の依頼
- 補助金等整備　（対面診療との違い）
- オンライン診療指南塾、診療のルール策定、対応機関の広報、目標診療枠の設定等の検討

薬剤の配送体制強化連携

- COVID-19 対応薬剤のセット化
- オンライン診療医療機関とのセット連携

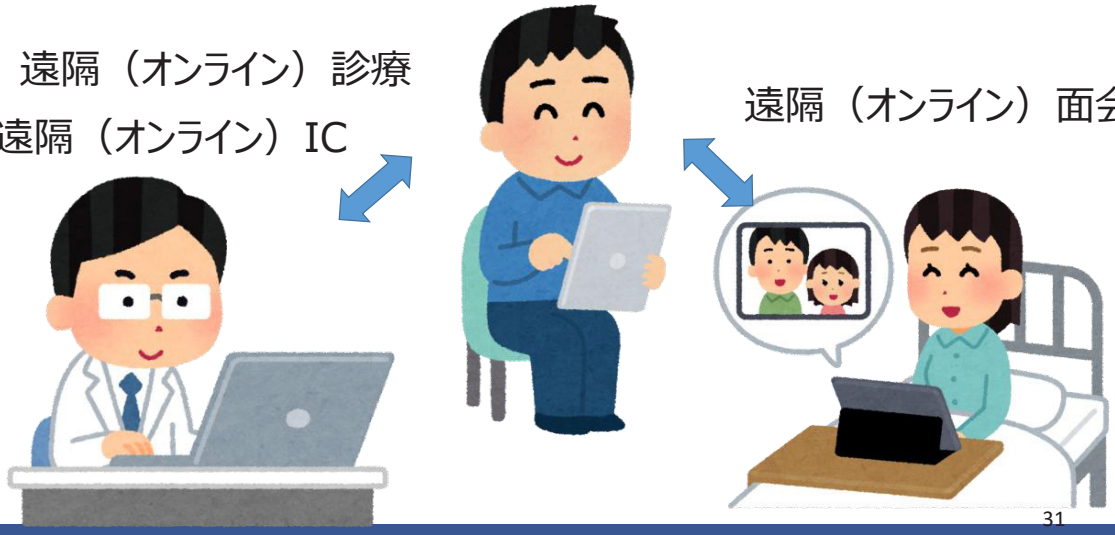
30

我々が経験したことを未来へ生かす

神奈川県

・顧客の移動不要の経験

遠隔（オンライン）診療
遠隔（オンライン）IC



遠隔（オンライン）面会

31

31

デジタルトランスフォーメイション（DX）がもたらすこと

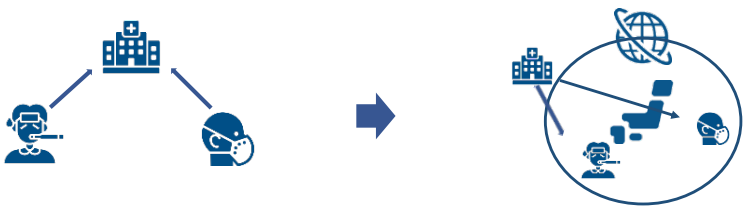
①時間と距離概念が変わる⇒医療が合わせる

患者の時間に合わせる　仕事終わってから受診を希望
患者の居住地に合わせる
　例）100Km離れたDrの診療を希望
　在宅受診を希望

大きく影響する医療の変化
例）がん診療はゲノム診療が主体
⇒高度急性期病院でも自己完結しない

②情報は同時多数共有⇒報告・連絡・相談の方法が大きく変化

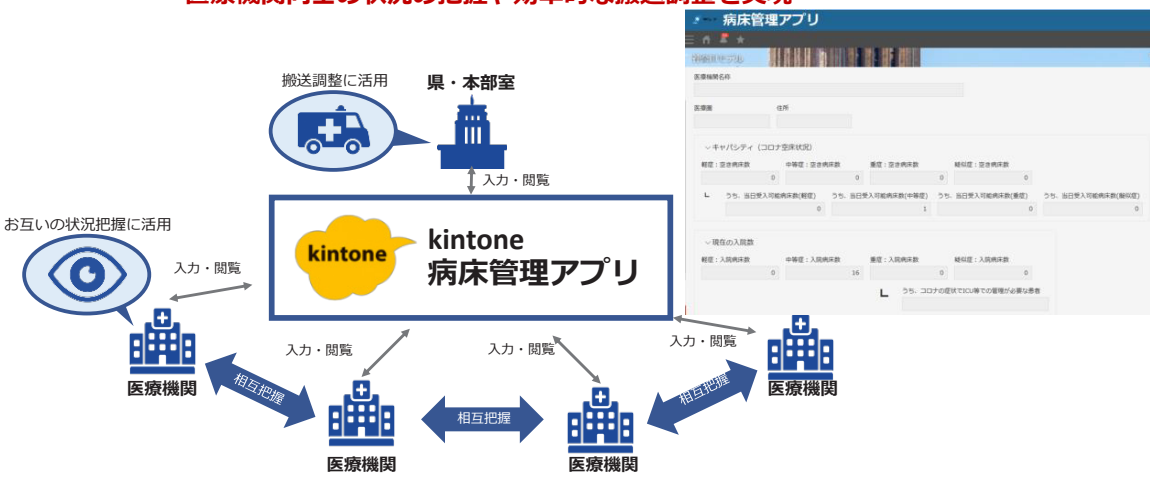
例）朝集まってカンファレンス　不要？
　院内の委員会で集合　不要？



32

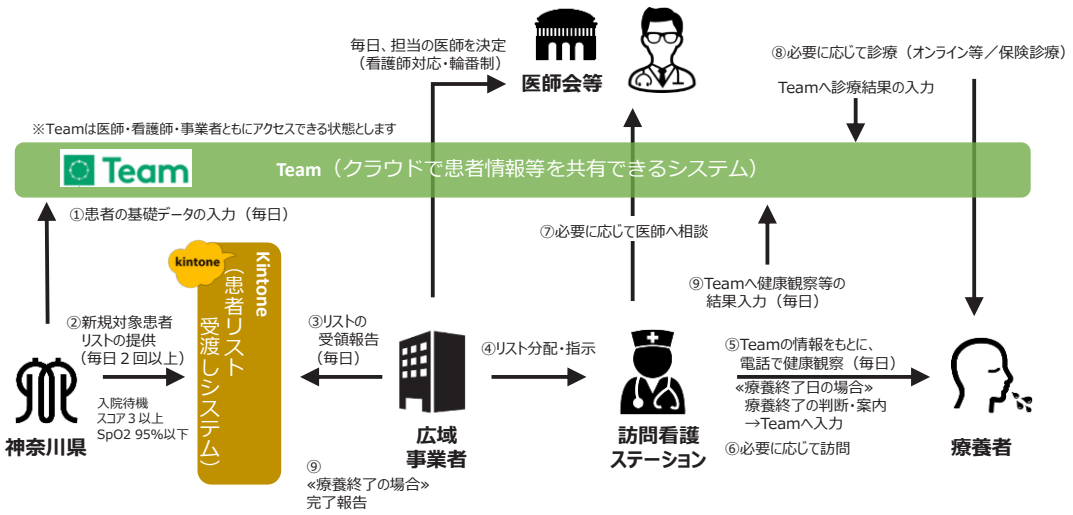
kintoneによる医療機関間の病床状況の共有

リアルタイムに県内医療機関の病床の状況を収集・共有することで、
医療機関同士の状況の把握や効率的な搬送調整を実現



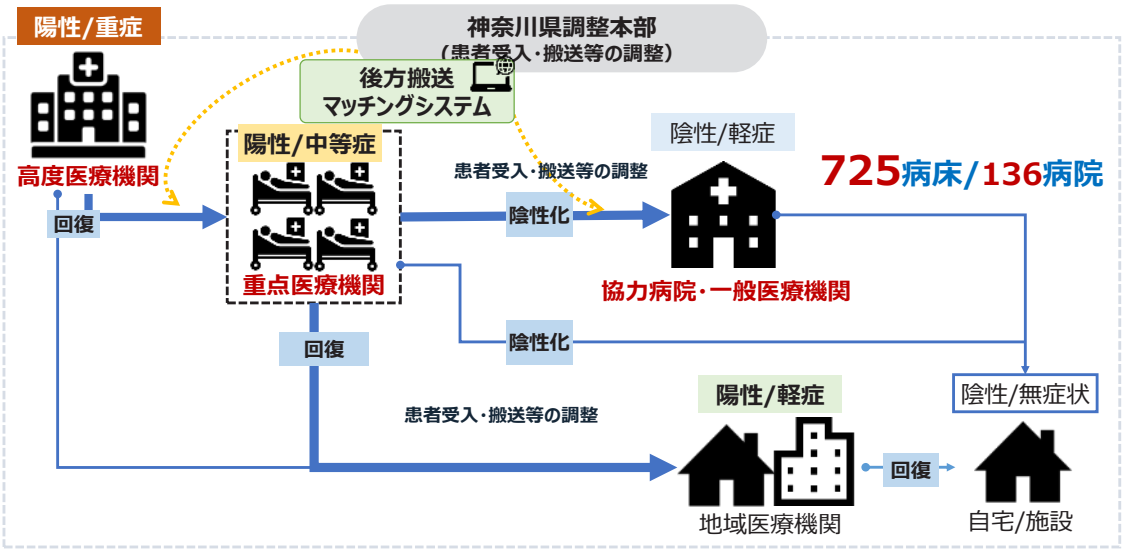
33

COVID-19の地域療養で実装した



34

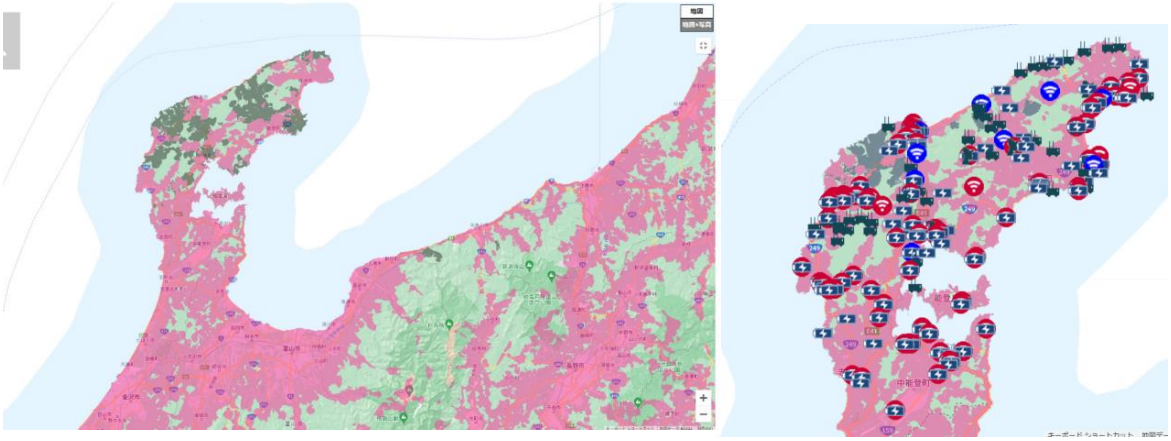
5．後方搬送支援システム　出口問題　病床回転率を高める



35

携帯電話キャリア各社早急に通信体制を回復

例）NTTdocomo



36

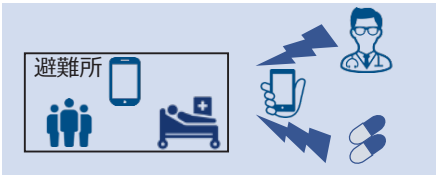
災害時の医療支援の変化の期待

デジタルの活用で医療支援の進め方がかわる

従来

- 救護班や保健師が避難所や自宅を訪問して保健指導、医療需要の把握、医療提供を実施

これから



- スマホやパッドを使ってオンライン診療、処方配薬が可能

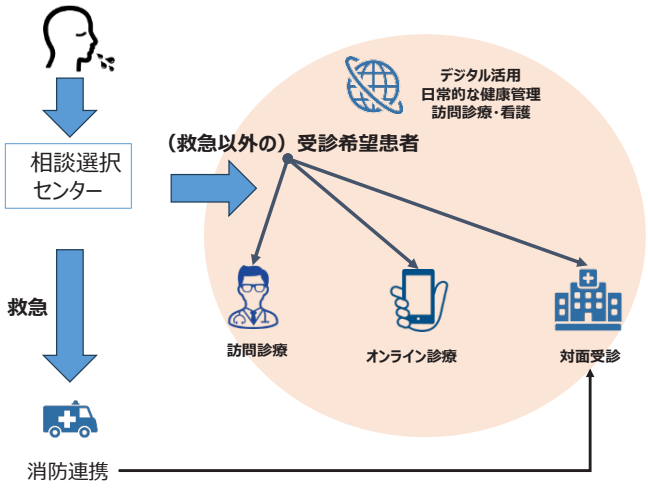
通信インフラの回復により、訪問・直接の接触によらず、遠隔地（孤立）と医療がツナガル

日常的にオンライン診療に馴染んでおくこと重要

自治体が活用の支援をする概念を

37

日常医療として多様な受診方法の選択と確保こそが危機を救う



市民の需要に応じた受診形態の確保

① 対面受診
緊急検査・処置需要・救急搬送

② オンライン診療
デジタルリテラシー・就労世代

③ 訪問診療
移動の困難性・基礎疾患

38

DXをい基盤としない社会では災害時対応は大いに不利である

DX➡ 状況がわかる
不安の解消
過不足ない適正な対応

能登半島で見たこと

日常のデジタル化停滞➡緊急時・災害時対応の困難性

・データベースがない＝もともとどこにどれだけいるのか不明（スタート不明＝ゴールは不明）
・避難者（患者・入所者含む）のトラッキングができない
・俄作りのローカルシステムの乱立
・セキュリティ不備のシステムが稼働
➡「本来自治体行政の責任・監督下にあるべき」概念欠落

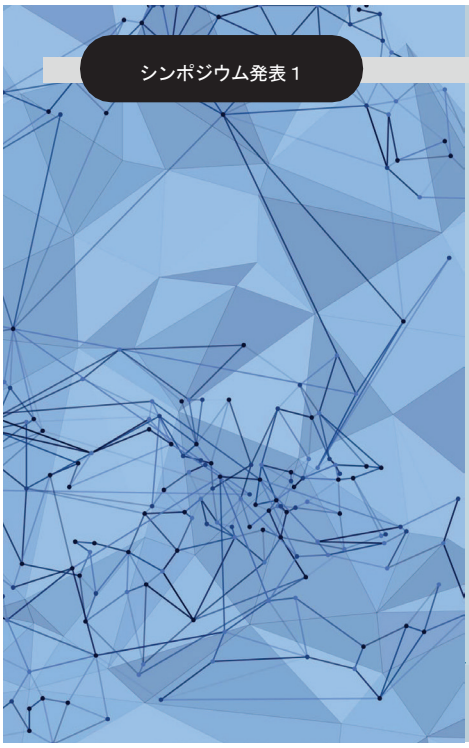
①日常のデジタル化が災害時の対応を変える可能性
②危機時における行政の「マスタ管理概念」の重要性とジレンマ

39

結語

- 災害に際して高齢者への対応は非常に大きな課題である
- 医療機関は長期間十分な支援がない中で医療サービスを継続する方策の検討が必要
- 病院機能の維持に、酸素、電気、水の供給から機能維持の検討が重要
- 「病院行動評価群」を活用して、病院の自己評価をする訓練の実施が重要
- 被災状況の関する情報や患者情報の共有できる仕組みが災害時に求められる
- 患者の診療に起きて日常的なDX導入が災害時にも活かせる

40



シンポジウム発表１

第43回神奈川県病院学会

2024年９月１８日（水）

多職種協働ネットワークの最適化
～ひとが真ん中になる医療を目指して～

社会医療法人石川記念会HITO病院
理事長　石川賀代

COI開示

「多職種協働ネットワークの最適化～ひとが真ん中になる医療を目指して」
演者名：石川 賀代

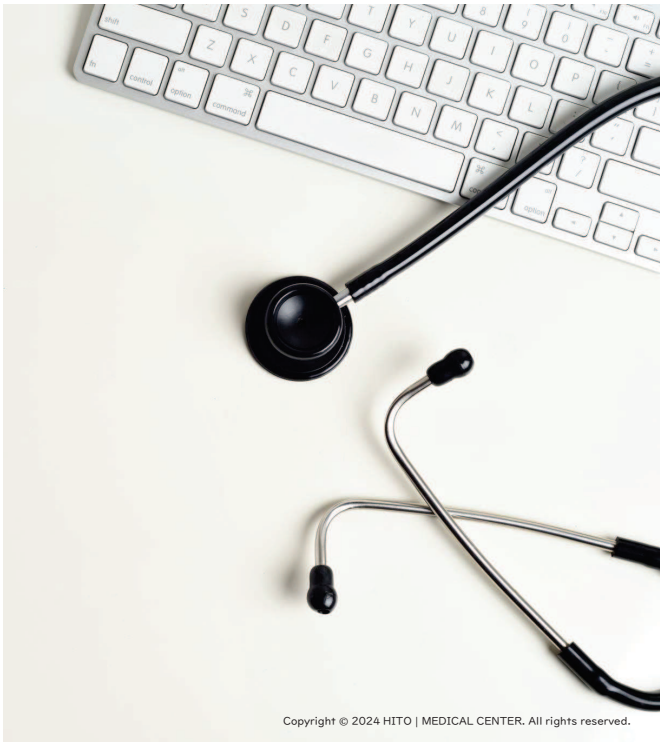
私が発表する今回の演題について
開示すべきCOIはありません。

Update 2024. 09. 18

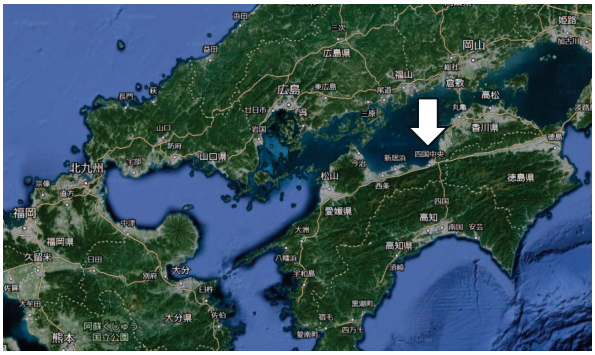
Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

本日のアジェンダ

- グループ紹介
- 持続可能性の追求
- ネットワーク型組織へ
- 働く環境の変化
- 今後の展望



THEME 1 グループ紹介



病院概要

病床数：228床（急性期ケアミックス）

一般病棟入院基本料1　86床　HCU 12床　SCU 6床

回復期リハビリテーション病棟入院料1　50床

地域包括ケア病棟入院料2 53床　緩和ケア病棟入院料1　17床

感染病床4床

病床稼働率88％ 平均在院日数 11.6日 ※2023年

年間救急車受入台数　2233件　※2023年

二次救急医療機関　紹介受診重点医療機関

Copyright © 2024 HITO MEDICAL CENTER. All rights reserved.

未来の課題に対して

私たちの PURPOSEを軸に イノベーションを実現

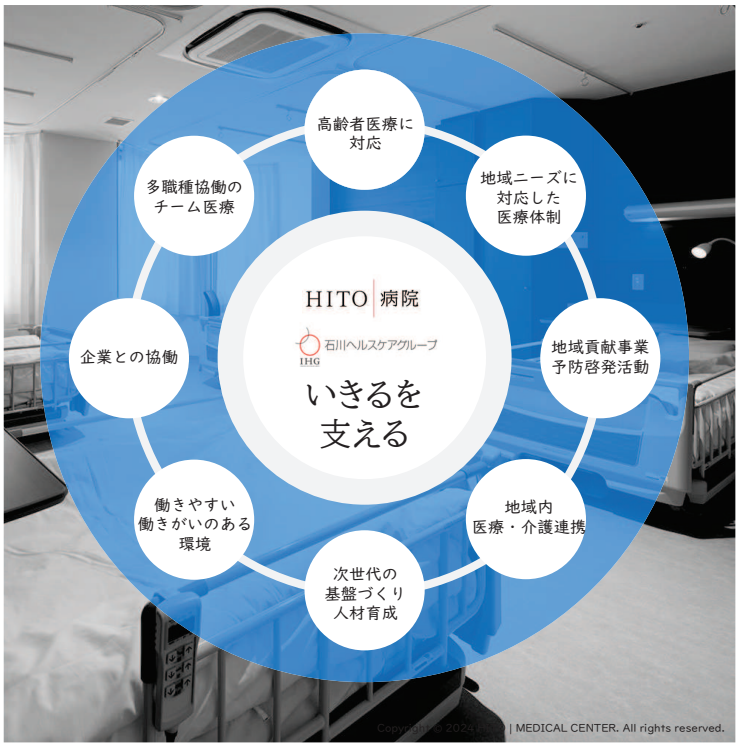
Humanity
患者さまを家族のように想い、温かく接します。

Interaction
患者さまとの対話を尊重し、相互理解に努めます。

Trust
技術と知識の研鑽に努め、信頼される医療を目指します。

Openness
心を開き、患者さまと公平に向き合います。

地域において なくてはならない存在に



THEME 2 持続可能性の追求

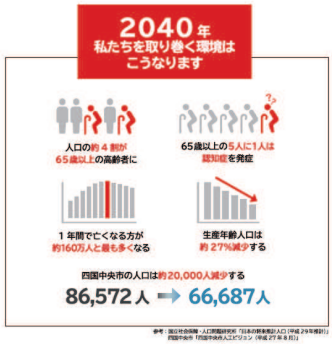
少子高齢化が進む四国中央市

○老年人口のピークは2025年、その後減少
○2025年には3人に1人が高齢者に（高齢化率34.9%）
○生産年齢人口はすでに急速に減少

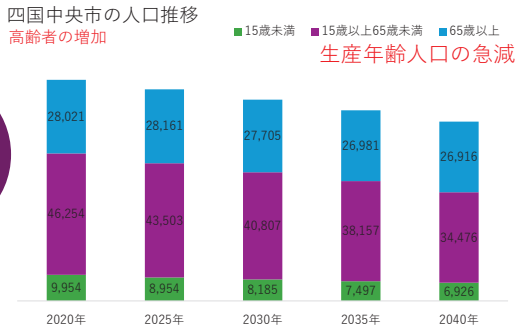
新興感染症
によりさらに加速

2040年の四国中央市

総人口は2015年に比べ約20,000人減少
人口の40%が高齢者に
高齢者の5人に1人は認知症を発症
生産年齢人口は2015年に比べ約30%減少



2040年
までの人口構造の
変化



Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

生産労働人口減と病院DX

多様な働き方でワークライフバランスの改善
ストレスの軽減

デジタルネイティブ世代の医療従事者や患者にとっては、DXは特に**受け入れやすい**変化

若手スタッフのニーズに応える形でのサービス提供が可能、医療業界全体の**革新を促進**

DXによる作業の**自動化や効率化**は、現在の医療業界が直面している**人材不足の問題を緩和**

遠隔医療やAIを活用した**診断支援などの新しい技術**は、新たな人材を**医療界に惹きつける**

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

少子化・生産労働人口減に対応

“連携の強化と能力拡張”

安心・安全を確保し、ひとり１人の多様な幸せを実現できる病院に

スマホとチャット　　生成AI(人工知能)

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

社会課題への対応

医療・介護DX

- 医療データを活用し、医療のイノベーションを促進するため、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて医療・介護DXを確実かつ着実に推進。
  ロボット・デジタル技術 やICT・オンライン診療の活用など、先進技術・データ等を徹底活用。
- 事業者の生産性、利用者の幸福度（Well-being）の向上、イノベーション創出に貢献。

取組

- マイナ保険証を基本とする仕組みに移行。
- 全国医療情報プラットフォームを構築。
- 電子カルテ情報の標準化と電子カルテの導入促進。
- 電子処方箋の普及拡大。
- PHR（Personal Health Record）の整備・普及。
- データの二次利用に向けた環境整備。

期待される効果

- データの活用により、国民一人一人に最適な医療を提供。
- 担い手が減少する中、事業者の生産性の向上。
- 予防・健康づくりの進展、健康寿命の延伸と生涯活躍。幸福度の向上。
- 新しい医療技術の開発、創薬等のイノベーション。

経済財政運営と改革の基本方針2024～政策ファイル～

THEME 3 ネットワーク型組織へ

HITO病院におけるDXの３つの目的

1. 本来業務に集中できる環境の構築
2. これからの世代の働き手に選ばれる職場環境の醸成
3. 地域や社会が求める病院の役割に適応する組織づくり

全ては現場の為に、
何よりも不安を抱く患者の為に。

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

HITO病院におけるICT環境の２つの特長

1人1台のスマートフォン貸与
- 段階的導入、モバイル電子カルテで閲覧・記載可能

業務用チャットを院内に浸透
- 場所や時間にしばられない1対複数のコミュニケーション可能
- 情報を逃さないプッシュ通知による迅速な対応

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

iPhone導入で医療職に起こった３つの変化

報連相などのコミュニケーションがオンラインへシフト

チームでの情報共有と承認で連帯責任へシフト

教えるから学べる学習環境へシフト

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

iPhone活用で「報・連・相」が変わる

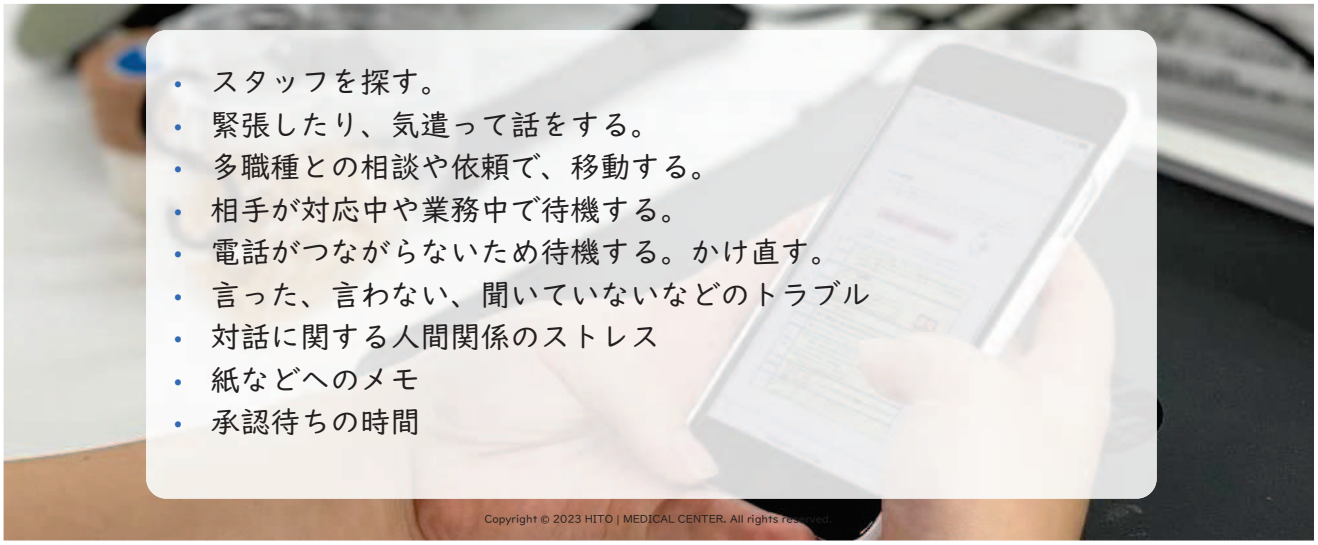
1対複数のコミュニケーションが可能に。

- 対面や電話にチャットコミュニケーションが追加
- 対面や電話による対人ストレスの軽減
- プッシュ型通知が変えるスピード感
- 写真や動画による情報共有で理解度アップ

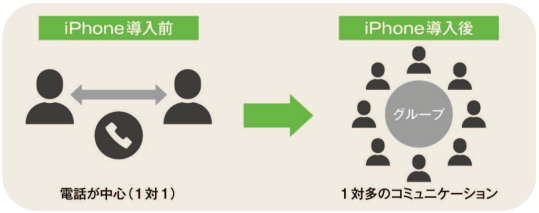
Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

チャット活用

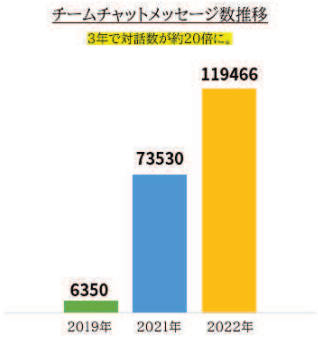
業務上の当たり前が、そうでなくなる。以下のことがほぼ無くなります。

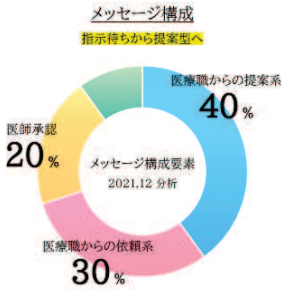


1対多の多職種チームチャットコミュニケーション「話やすい環境」「心理的安全性」



働きながら多職種との対話から学び、提案し、行動を起こせる文化が1対多のチームチャットから醸成





場所にしばられない情報の取得量と対話の増加によって新人スタッフも安心して相談し、承認され、行動を起こせる協働の場が生まれた。

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

対面や電話と違う「話しやすい環境」

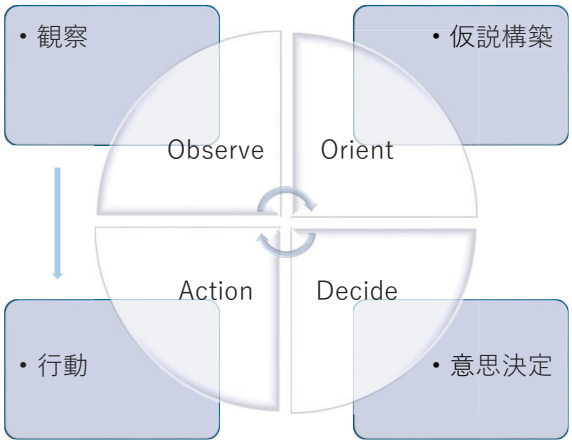
- 迅速な情報共有（患者情報がこれまでより早い段階で共有）
- 早期発見・早期介入・重症化予防・負担軽減
- 多職種協働チーム医療の強化
- 対人ストレスの軽減・離職率低下・ハラスメント抑制効果

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

OODA（ウーダ）ループにおけるICT活用

※OODAループ：PDCAサイクルに類似した、変化の速い環境に適応しやすい意思決定のやり方。

スマートフォン
写真・動画の撮影
⇒チーム で共有



セキュアネット検索
チームチャット・相談
生成AI（Copilot）検索

多職種協働
チームチャット
⇒情報共有

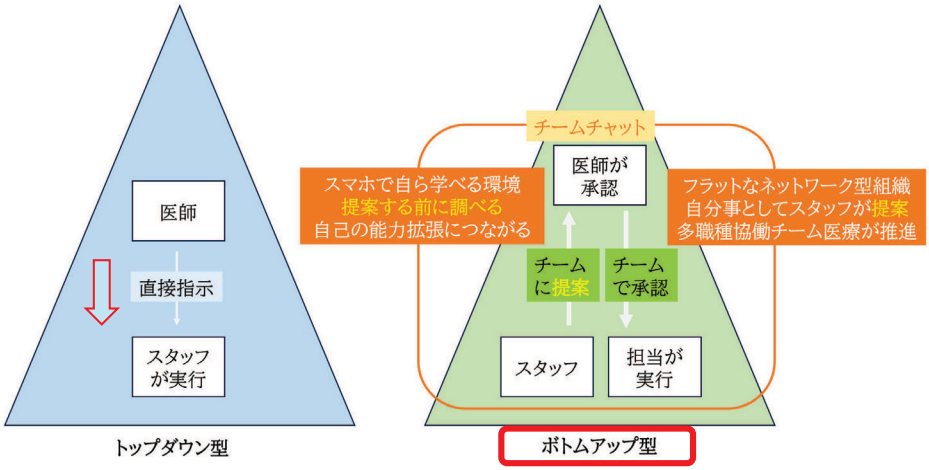
チームチャット
セル・カンファレンス
⇒承認（組織的責任）

答えはあるが何が正解であるかわからない不確実性の時代
物事がうまくいくように行動しやすい意思決定プロセスがネットワーク型組織で実現
観察が最も重要で、悪い方向にもっていかないよう早期に対処

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

組織風土を変えるために

「階層型」に加え、「ネットワーク型」を構築
「縦の連携」と「横の連携」のバランスが重要



Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

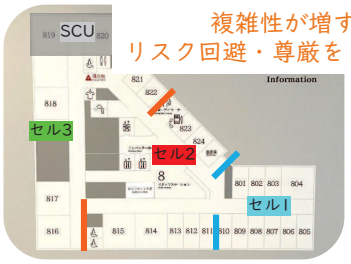
場所や時間の壁が崩れた　労働時間の制限がある中でのICT活用による業務効率化

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

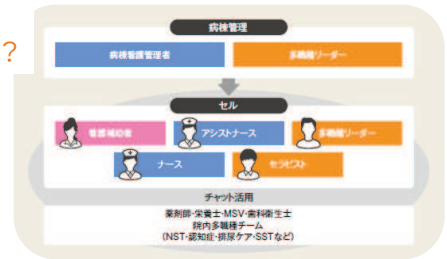
グループチャット＋多職種連携の病棟体制を整備

多職種協働型セルケアシステム®

超高齢社会に対応する病棟体制



複雑性が増す中、
リスク回避・尊厳をどう守るか？



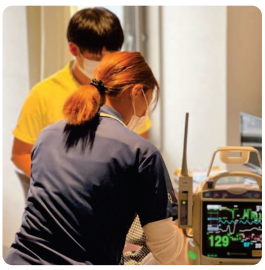
チャット活用

「直接、近くで接すること」をICTで実現

ベッドサイド滞在時間↑　身体拘束最小化へ

患者個別性に合わせたより質の高い看護やリハビリ提供可能

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.



チャットによる各勤務時間帯の申し送り廃止
多職種ミーティングの削減
移動距離の減少
（4-5km/日）
ミーティング時間の短縮→減少→廃止で本来業務拡張へ

1日100分の時間を創出
残務調整もグループチャット

看護師全体で
年間6000時間
時間外労働減へ

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

多職種協働セルケアシステム®の運用で改善された業務

- チームチャットはベッドサイドを離れることなく報告や連絡、相談を可能にした
- これまでのスタッフステーションを中心としたものから、より患者に近い廊下を基地としたセル中心の体制へシフトした
- スタッフはほぼ病室にいるようになった
- 患者の近くで見守れることでの安全性・身体拘束最小化
- スタッフの動線が短縮し、移動の時間で約６０分が創出
- 従来の申し送りをチャットで行い、さらに時間が創出
- ゆとりをもって働ける環境が構築
- 多職種間でのリアルな対話や学びをとおして人間関係の質向上にもつながった

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

ネットワーク化の中での小規模化

連携性

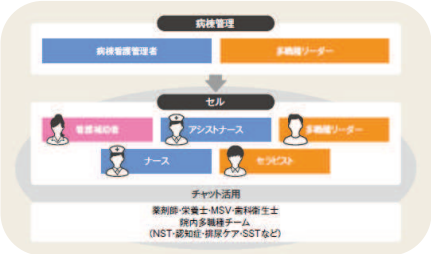
Q.看護師とセラピストなど他の職種との距離が近くなった。

看護師：50.9%　セラピスト：66.1%

Q.多職種での会話が増えた。

看護師：31%　セラピスト：39.3%

現場の質と関係性の質が向上



自律性

Q.多職種のスキルを学べ、自分のできることが増えた。

看護師：27.6%　セラピスト：25%

Q.職域の幅が拡がり、進んでできる業務が増えた。

看護師：19.8%　セラピスト：21.4%

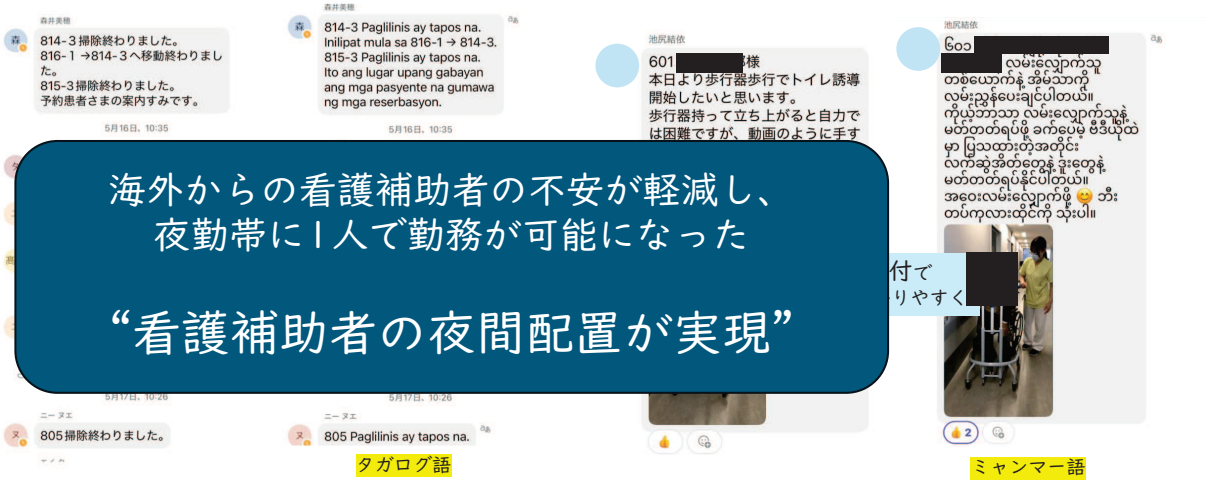
Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

自動翻訳チャットによる依頼と報告

言葉の壁がなくなる

・日本人看護師から海外介護士への依頼画面

海外人材を探し、対面で説明することが減った
自動翻訳や動画により理解が深まった
チャットコミュニケーションは依頼や報告を容易にする



海外からの看護補助者の不安が軽減し、
夜勤帯に1人で勤務が可能になった

“看護補助者の夜間配置が実現”

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

THEME 4 働く環境づくり

自主的な成長を促す学習環境を整備

看護技術マニュアル

PDFおよび動画マニュアルです。

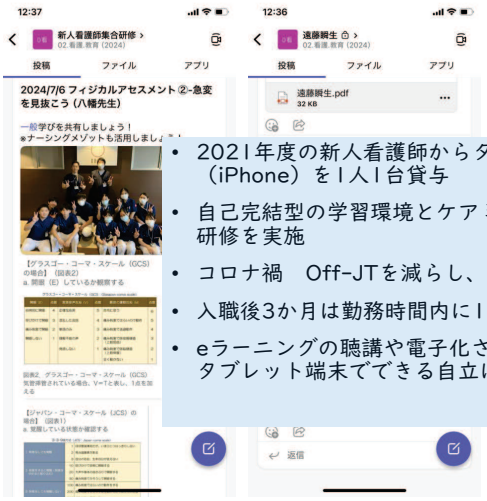
手術時手洗い

by hitomedical_user / 2019年11月13日

若い世代にも受け入れられやすい学び方へ

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

教育とコミュニケーションの変化

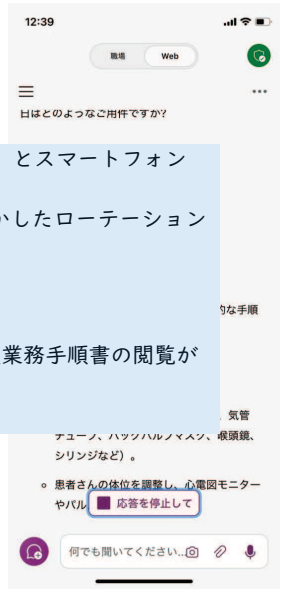


- 2021年度の新人看護師からタブレット端末（iPad mini）とスマートフォン（iPhone）を1人1台貸与
- 自己完結型の学習環境とケアミックス型病院の特性を活かしたローテーション研修を実施
- コロナ禍　Off-JTを減らし、OJTにシフト
- 入職後3か月は勤務時間内に1時間の自己学習時間を確保
- eラーニングの聴講や電子化された各種マニュアル、看護業務手順書の閲覧がタブレット端末でできる自立に向けた支援体制を構築

•2021年－2022年：離職０ 2023年：1名

離職率10%-14%が⇒５%へ

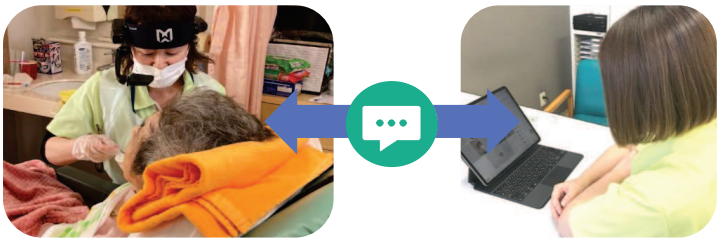
生成AIでの知識取得



Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

リスキリングへの可能性

スマートグラスを用いた言語聴覚士による
老人保健施設介護士に対する遠隔指導

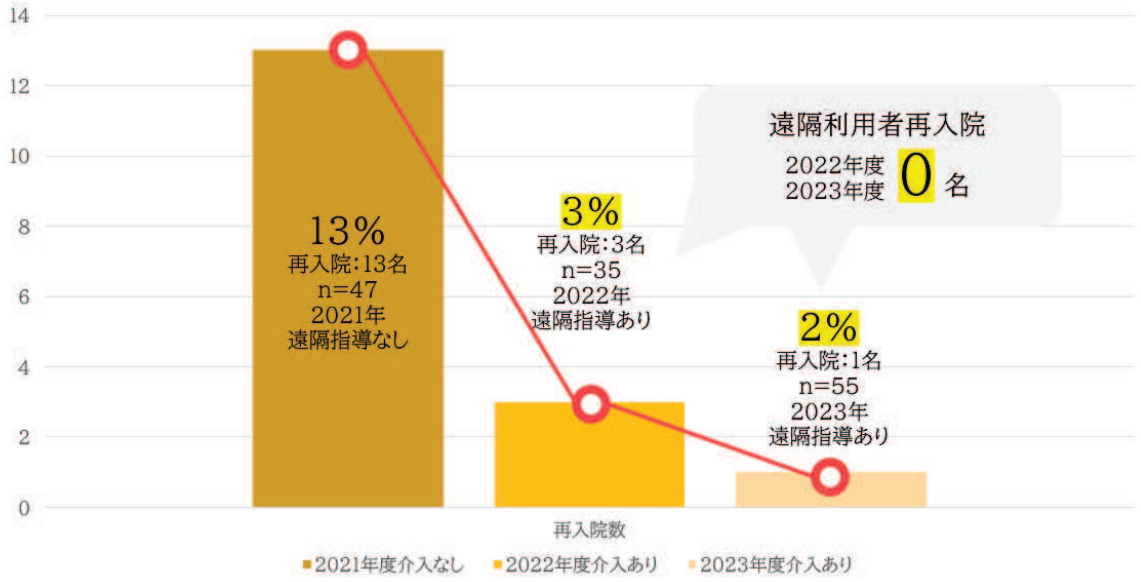


ハンズフリー × 食事介助は両上肢操作が主

介助者の視線と並行したカメラ × STの評価の視点とより近い視覚情報

リアルタイム × 見る 視点や介助技術を双方型コミュニケーションで伝達が可能

Copyright © 2023 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.



Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

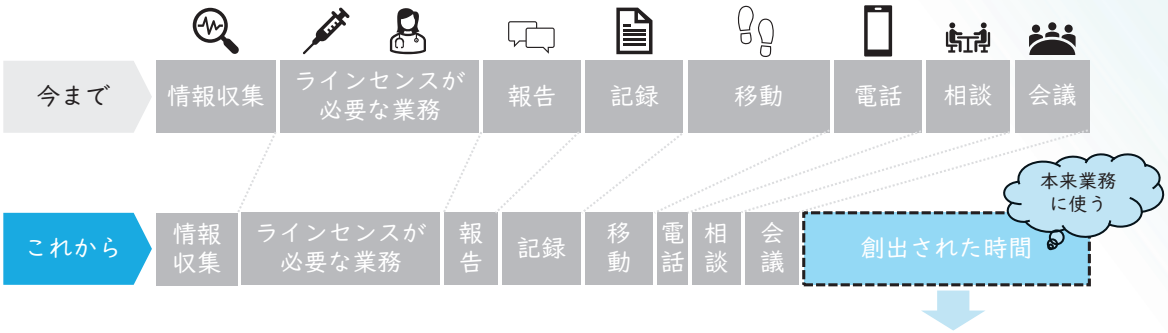
働き方改革「働く人の心を救う職場へ」

- 「働く」　人が動く　　◉動けない原因は？
  - 正解のない時代に、複数の答えから選択し、行動できない
  - EBMに頼りすぎた医療　（超高齢社会での答えは少ない）
  - マニュアルやルーチンワークが考える能力を喪失
  - 現場での判断能力が低下
  - 責任ばかり追及する日本の組織風土　恐れや不安？
  - 考え方を変える必要がある

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

ICT活用で

“最も大切なことに、もっと多くの時間を使う”



ICT活用は、患者に向き合う時間、教育、多職種との連携
ゆとりのある環境「働く人の心を救う職場へ」を実現する

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

誰一人取り残さない
地域包括ケアシステムの実現

遠隔診療におけるハンズフリーを
実現するスマートグラス活用
地域の過疎化に対応。
少ない専門職とオンラインで対話。
現場で学習できる環境を実現。
看護のカタチが変わる。

1st. Human

医療・在宅・介護連携のカタチが変わる

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

2024年、病院は転換点を迎えている
一歩踏み出す勇気が求められている

HITO病院 ニュースリリース

Copyright © 2024 HITO | MEDICAL CENTER. All rights reserved.

シンポジウム発表２

大阪大学医学部附属病院が取り組む AIホスピタル

川崎　良　大阪大学医学部附属病院AI医療センター／社会医学講座公衆衛生学教授

土岐 祐一郎　大阪大学医学部附属病院・外科学講座消化器外科学教授

西田 幸二　大阪大学医学部附属病院AI医療センター長／眼科学教授

野々村 祝夫　大阪大学医学部附属病院長／泌尿器科学教授

OSAKA UNIVERSITY

Futurability

待ち遠しくなる未来へ。

OSAKA UNIVERSITY

ひとりの人にとって、10年後が待ち遠しいこと。
社会にとって、100年後が待ち遠しいこと。
そんな世界にするために、医療に何ができるだろうか。

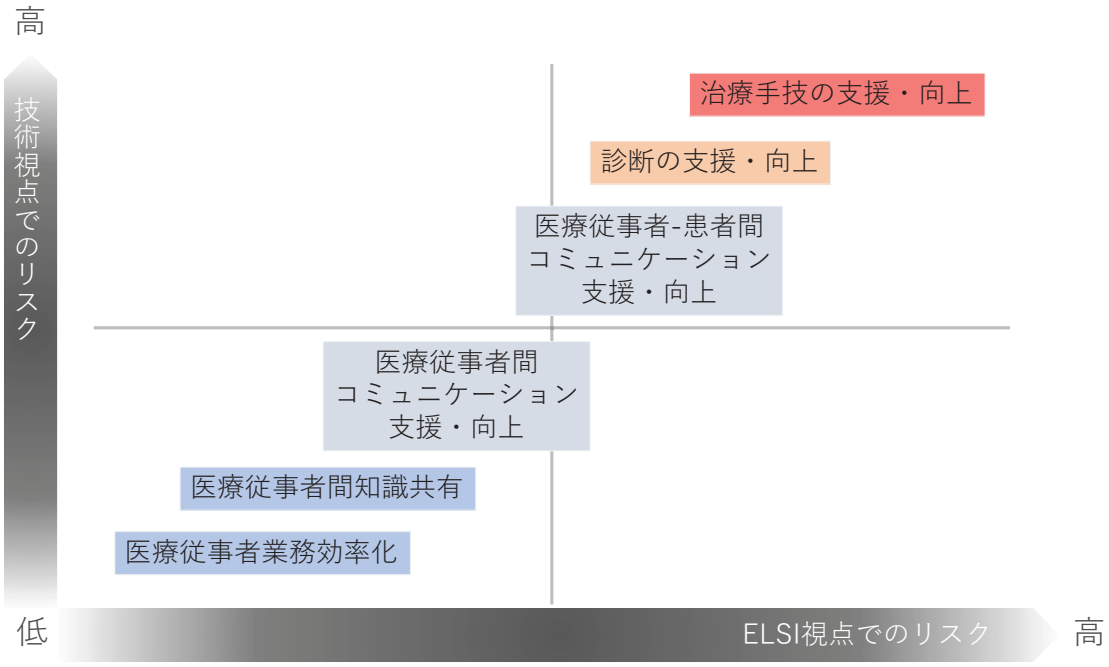
これから、人はますます多様な価値観を持つようになる。
社会はその一つ一つを認めるようになっていく。

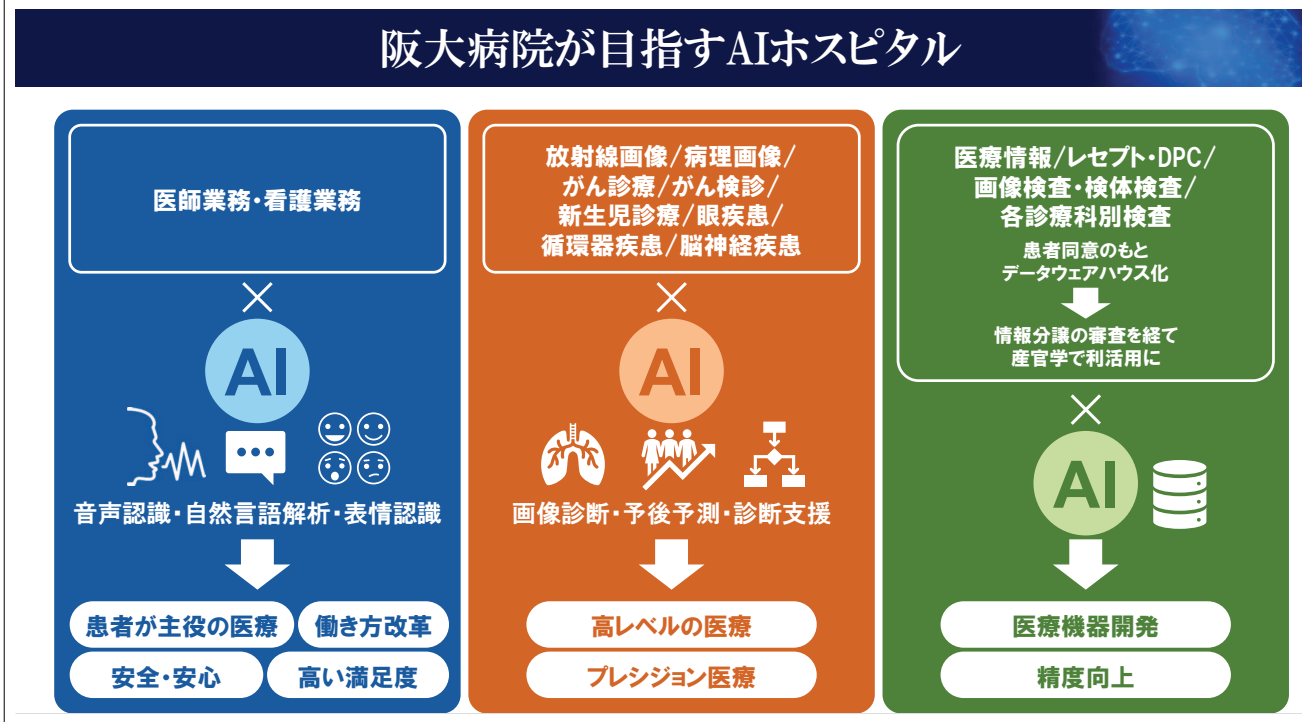
人の想いを第一に考える医療へ。
様々な幸福感をかなえられる医療へ。
必要なのは、新たに生まれる課題に向き合い、新たな方法で解決し続けること。
最先端の技術、地域コミュニティ、医学と医療の結びつき・・・

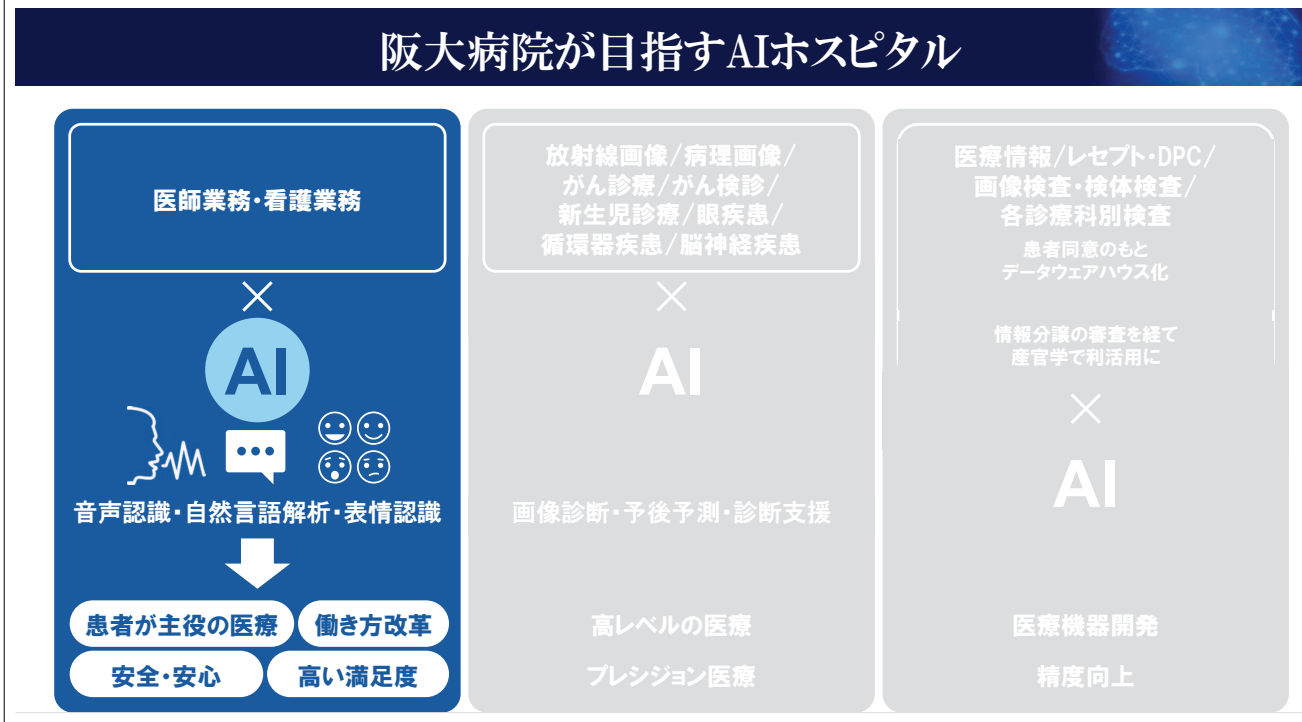
Futurability

阪大病院は、いつの時代も、
今だけでなく数十年先までを見通し、答えを出す。
既存の枠組みでなく、一から可能性を考える。
予想外の展開にも応える、ポテンシャルを育んでいる。

すべての人が、自分らしい未来を選択できるように。




阪大病院が目指すAIホスピタル
医師業務・看護業務
AI
音声認識・自然言語解析・表情認識
患者が主役の医療
働き方改革
安全・安心
高い満足度
放射線画像/病理画像/
がん診療/がん検診/
新生児診療/眼疾患/
循環器疾患/脳神経疾患
AI
画像診断・予後予測・診断支援
高レベルの医療
プレシジョン医療
医療情報/レセプト・DPC/
画像検査・検体検査/
各診療科別検査
患者同意のもと
データウェアハウス化
情報分譲の審査を経て
産官学で利活用に
AI
医療機器開発
精度向上

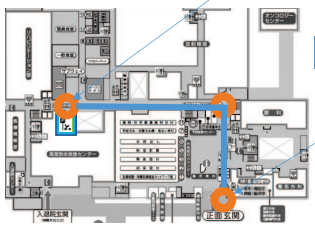

阪大病院が目指すAIホスピタル
医師業務・看護業務
AI
音声認識・自然言語解析・表情認識
患者が主役の医療
働き方改革
安全・安心
高い満足度
放射線画像/病理画像/
がん診療/がん検診/
新生児診療/眼疾患/
循環器疾患/脳神経疾患
AI
画像診断・予後予測・診断支援
高レベルの医療
プレシジョン医療
医療情報/レセプト・DPC/
画像検査・検体検査/
各診療科別検査
患者同意のもと
データウェアハウス化
情報分譲の審査を経て
産官学で利活用に
AI
医療機器開発
精度向上

自動モビリティサービス

自動モビリティサービスの院内実証

自動モビリティサービスの院内実証

郵便局前ステーション



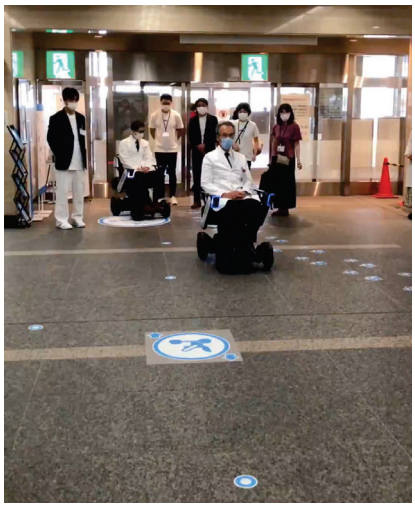
正面玄関前ステーション

病院一階

目的地
・正面玄関
・放射線部受付前
・郵便局前

利用ルートを示すマーキング

6月から研究開始



AI自律型自動運転モビリティサービス実証研究

■ 病院特有の環境下での走行試験・安全性能確認

正面

２０－３０センチ前で一時停止

スマホ歩き・曲がり角

-１０センチで一時停止
衝突の可能性あり

視覚障害・白杖歩行

２０－３０センチで一時停止
杖が接触

■ エスノグラフィ調査
- ■ 利用者が操作、乗車、降車する利用状況の観察
  - ■ ６０歳以上・女性・家族同伴
  - ■ 車いす利用まではしないが杖、手すりを利用している方
  - ■ 初めての時は気恥ずかしいが、一度乗ってしまえば繰り返し利用したい
  - ■ 利用方法は理解しやすくすぐ使い方が分かる

病院内でAIとひとの関係を構築する。

あたらしい技術を実装するためにはステップが必要である。

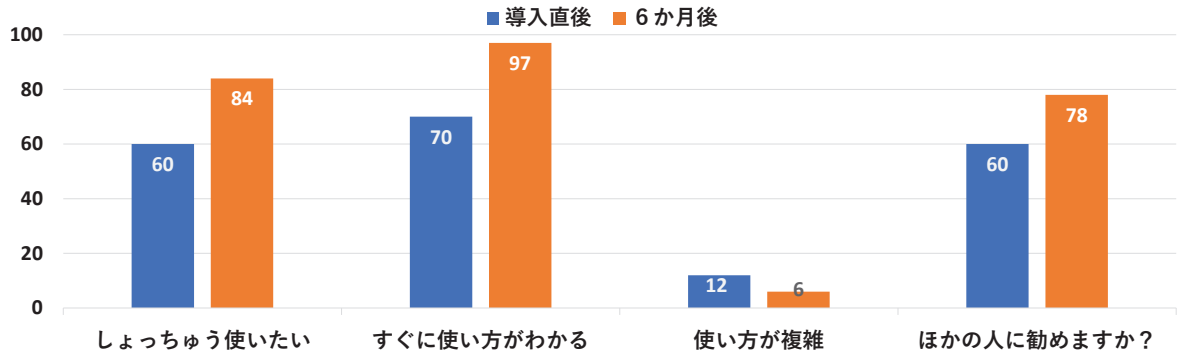
インパクト	・最終的な理想形はどのようなものか？その影響を想定する。
リスク	・どのようなリスクがあるのか？想定されるリスクに対処する。
ガバナンス	・どのような規則が必要か？規則を変える、秩序を作る。
センスメイキング	・関係者のセンスメイキングがなされているか？納得感を醸成する。

馬場隆明「未来を実装する」栄治出版 2021

患者サービス：AI自動運転モビリティーサービスの実証研究
（共同研究：WHILL）

患者サービス：AI自動運転モビリティーサービスの実証研究（共同研究：WHILL）

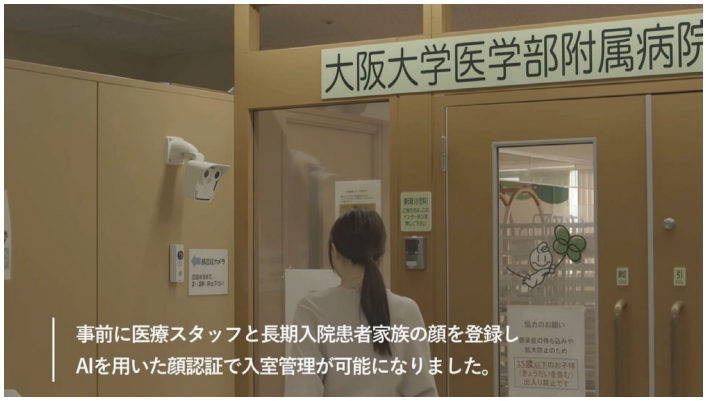
病院内環境で１年間を超える実証を実施し、円滑かつ安全な運行を確認

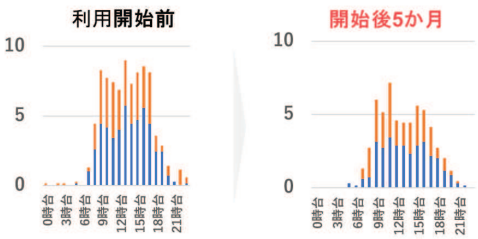


✓ 1,138名の患者さんの利用実績を得た（約30分に１人）
✓ 利用者からの評価も高く、繰り返し利用があるなど好評であった

顔認証技術の導入

患者家族向けの顔認証技術の導入効果の検証：小児病棟入室管理



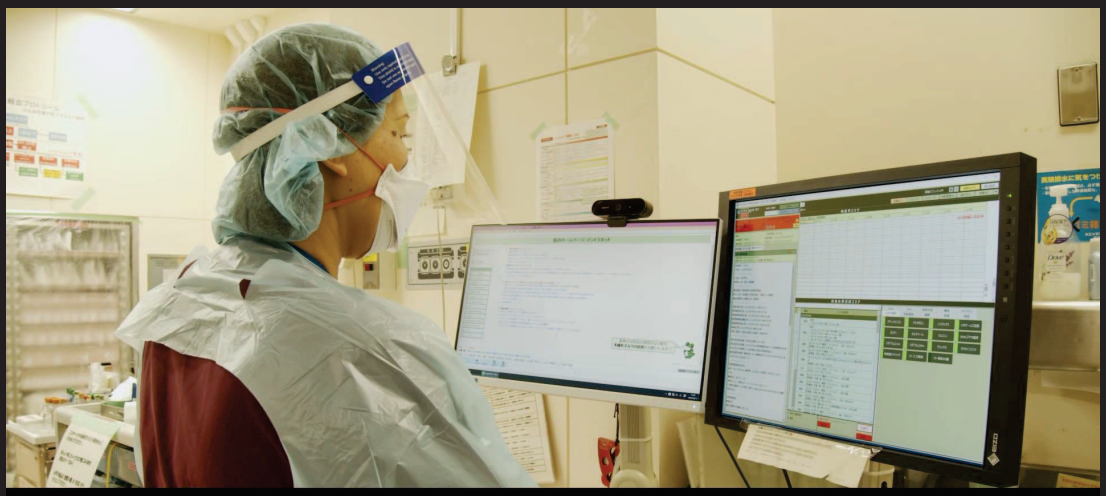


対応回数（1日平均）：－30%
東6階：50.6回 ⇒ 31.6回
西6階：37.1回 ⇒ 26.0回

深夜・早朝　3.4回　⇒　1.5回

医療情報部

医療従事者向けの顔認証技術の導入効果の検証
重症システムの電子カルテ利用者認証



また、当初、マスクやフェイスシールドには非対応でしたが、
今回の実証を通じて実用レベルにあることが示されました。

医療情報部・高度救命救急センター・集中治療室

顔認証技術の病院内実証を経て、更なる利用シーンの拡大へ

現在建設が進む新病院「統合診療棟」において、手術患者の誤認予防や待ち時間軽減、院内案内等にさらに応用し、実装することを検討しています。

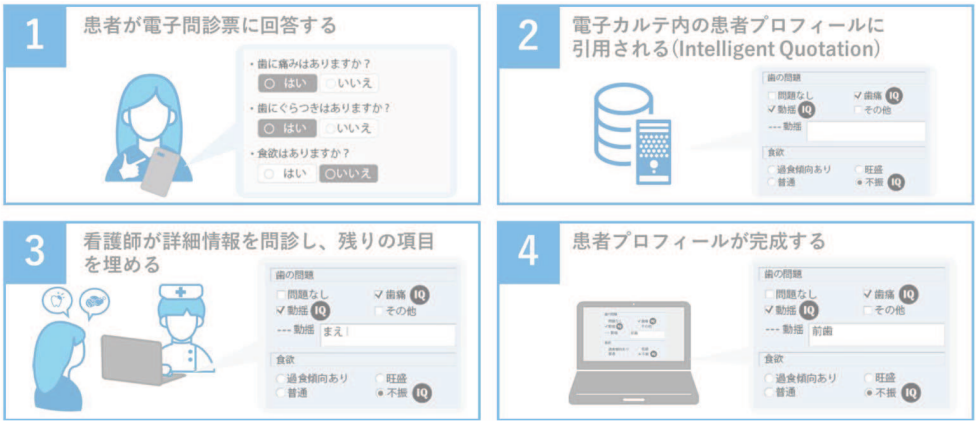
AIスマート問診

AI問診支援システム

病院内業務支援にAIを活用する。

医療情報部

従来の患者プロフィール(患者状態集約シート)の作成の流れ



Kodama K, Konishi S, Manabe S, Okada K, Yamaguchi J, Wada S, Sugimoto K, Itoh S, Takahashi D, Kawasaki R, Matsumura Y, Takeda T. JMIR Nurs. 2023;25;6:e51303.

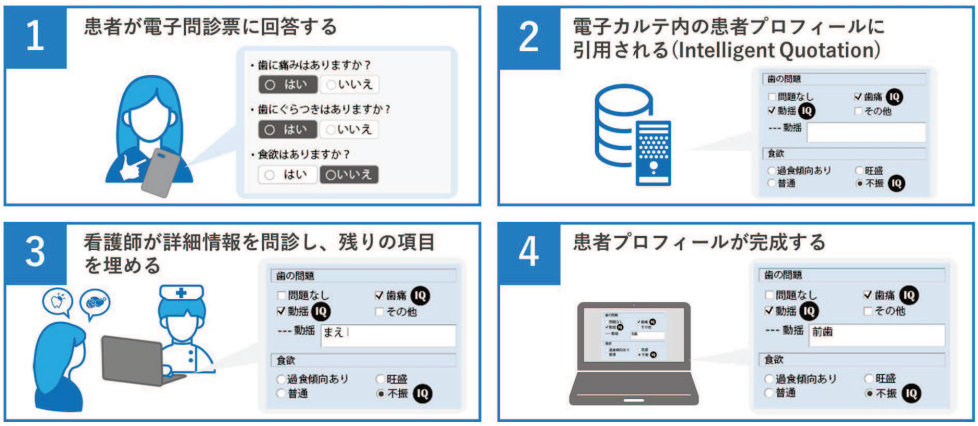
病院内業務支援にAIを活用する。

医療情報部

従来の患者プロフィール(患者状態集約シート)の作成の流れ

Intelligent Quotation
・詳細の追記
・自動計算
・医療用語の置き換え

AIスマート問診
＋
患者プロフィールの連携



Kodama K, Konishi S, Manabe S, Okada K, Yamaguchi J, Wada S, Sugimoto K, Itoh S, Takahashi D, Kawasaki R, Matsumura Y, Takeda T. JMIR Nurs. 2023;25;6:e51303.

AI問診支援システムを使うことで外国語対応も容易に。

医療情報部

日本語

産婦人科問診
年齢：[数字:3]歳
身長：[数字:3]cm　体重：[数字:3]kg　（非妊娠時：[数字:3
＊診察に必要ですので以下の項目についてご回答ください
①本日の診察に来られた目的
□不正出血　□月経不順　□おりものが多い　□下腹部痛
→不正出血
いつから：西暦[数字:4]年[数字:2]月
→月経不順
いつから：西暦[数字:4]年[数字:2]月
→おりものが多い
いつから：西暦[数字:4]年[数字:2]月
→下腹部痛
いつから：西暦[数字:4]年[数字:2]月
→子宮筋腫、卵巣嚢腫がある
いつから：西暦[数字:4]年[数字:2]月
→その他
[　　]
紹介元：[
原病歴：[
②月経について
はじめての月経：[数字:2]歳
○閉経していない　○閉経している
→閉経していない
最近の月経：西暦[数字:4]年[数字:2]月[数字:2]日から[数字:2

英語

Patient Questionnaire for Obstetrics and Gynecology
Age: [number:3] years old
Height: [number:3] cm　Weight: [number:3] kg　(When not pregn
* Please answer the following questions as they are necessary for
(1) The reason for your visit to Obstetrics and Gynecology today:
□ Have irregular bleeding　□ Have irregular menstruation　□ H
→ Have irregular bleeding
When did this start? Month [number:2] Year [number:4]
→ Have irregular menstruation
When did this start? Month [number:2] Year [number:4]
→ Have a large amount of vaginal discharge
When did this start? Month [number:2] Year [number:4]
→ Have pain in the lower abdomen
When did this start? Month [number:2] Year [number:4]
→ Have a uterine fibroid or ovarian cyst
When did this start? Month [number:2] Year [number:4]
→ Other reasons
[　　]
The referring physician (health care provider): [
History of present illness: [
(2) Your menstruation:
The age of menarche: [number:2] years old
○ You are premenopausal　○ You are postmenopausal
→ You are premenopausal
Your last menstrual period: From Month [number:2] Day [number:2

中国語

妇产科问诊单
年龄：[数字: 3]岁
身高：[数字: 3]cm　体重：[数字: 3]kg　（未怀孕时：[数字: 3
*出于诊察需要，请回答以下问题（有介绍信的患者也请填写，[
①今天来医院的目的
□异常出血　□月经不调　□白带多　□下腹部疼痛　□有子宫
→异常出血
什么时候开始：公历[数字: 4]年[数字: 2]月
→月经不调
什么时候开始：公历[数字: 4]年[数字: 2]月
→白带多
什么时候开始：公历[数字: 4]年[数字: 2]月
→下腹部疼痛
什么时候开始：公历[数字: 4]年[数字: 2]月
→有子宫肌瘤、卵巢囊肿
什么时候开始：公历[数字: 4]年[数字: 2]月
→其他
[　　]
介绍人：[
现病史：[
②关于月经
初潮：[数字: 2]岁
○还没绝经　○已经绝经
→还没绝经
最近一次月经：从公历[数字: 4]年[数字: 2]月[数字: 2]日开始[

ベトナム語

Phiếu câu hỏi sức khỏe sản phụ khoa
Tuổi: [3 chữ số] tuổi
Chiều cao: [3 chữ số] cm Cân nặng: [3 chữ số] kg (Khi không mang th
* Vui lòng trả lời các mục sau vì đây là những nội dung yêu cầu khi k
(1) Mục đích đến khám hôm nay
□ Chảy máu bất thường　□ Kinh nguyệt không đều　□ Khí hư t
→ Chảy máu bất thường
Từ khi nào: Tháng [2 chữ số] Năm [4 chữ số] dương lịch
→ Kinh nguyệt không đều
Từ khi nào: Tháng [2 chữ số] Năm [4 chữ số] dương lịch
→ Khí hư tiết ra nhiều
Từ khi nào: Tháng [2 chữ số] Năm [4 chữ số] dương lịch
→ Đau bụng dưới
Từ khi nào: Tháng [2 chữ số] Năm [4 chữ số] dương lịch
→ Bị u xơ tử cung, có khối u buồng trứng
Từ khi nào: Tháng [2 chữ số] Năm [4 chữ số] dương lịch
→ Khác
[　　]
Bên giới thiệu: [
Bệnh sử hiện tại: [
(2) Về kinh nguyệt
Kỳ kinh nguyệt đầu tiên: [2 chữ số] tuổi
○Chưa mãn kinh　○Đang mãn kinh
→ Chưa mãn kinh
Kỳ kinh nguyệt gần đây nhất: Trong [2 chữ số] ngày, từ ngày [2 chữ

AI問診支援システム

医療情報部

「より短い時間」で「より多くの情報」を得ることは両立できるだろうか？

中央値[四分位範囲]	使用群	非使用群	P値
内科			
単一選択 選択数	55 [49-63]	54 [49-63]	.78
複数選択 選択数	15 [12-19]	15 [11-19]	.49
文字入力数	222 [144-331]	216 [122-332]	.27
入力時間（分）	8.9 [6.0-14.6]	10.9 [7.1-19.0]	<.001
外科			
単一選択 選択数	56 [50-64]	[illegible]	.47
複数選択 選択数	16 [12-20]	15 [11-19]	.01
文字入力数	253 [163-368]	208 [143-288]	<.001
入力時間（分）	9.7 [6.4-15.5]		

入力時間が22%短縮

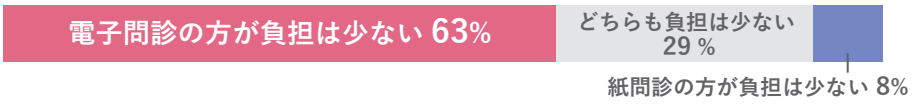
入力文字数は1.2倍に増加

Kodama K, Konishi S, Manabe S, Okada K, Yamaguchi J, Wada S, Sugimoto K, Itoh S, Takahashi D, Kawasaki R, Matsumura Y, Takeda T. JMIR Nurs. 2023;25;6:e51303.

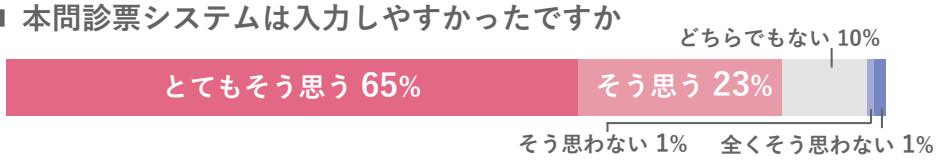
AI問診支援システム： 電子的な問診は、ご高齢の患者さんに受容されるだろうか？

調査期間：2022年1月17日（運用開始日）～6月6日
看護問診入力件数：2430件　うちアンケート協力：1722件
入力者：本人 1310件(76%), 付き添い者 376件(22%), 不明 36件(2%)

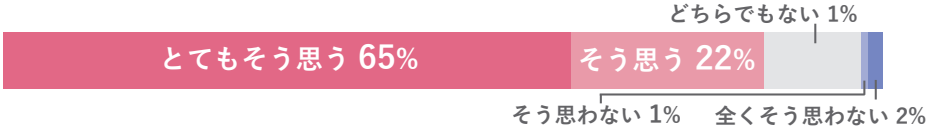
■ 電子問診票と紙問診のどちらが記載(入力)の負担が少ないですか



■ 本問診票システムは入力しやすかったですか

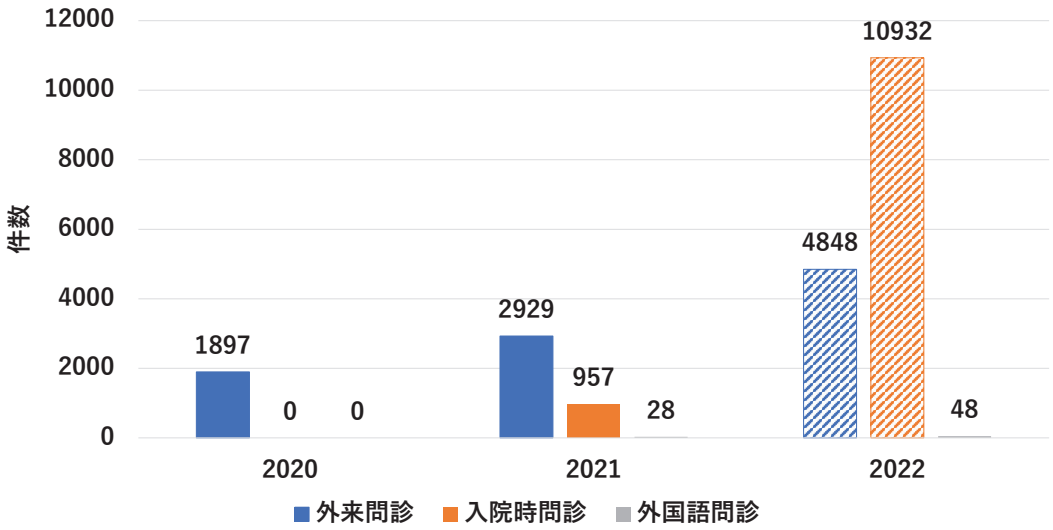


■ 今後も本問診票システムを使いたいと思いましたか



AI問診支援システム

医療情報部



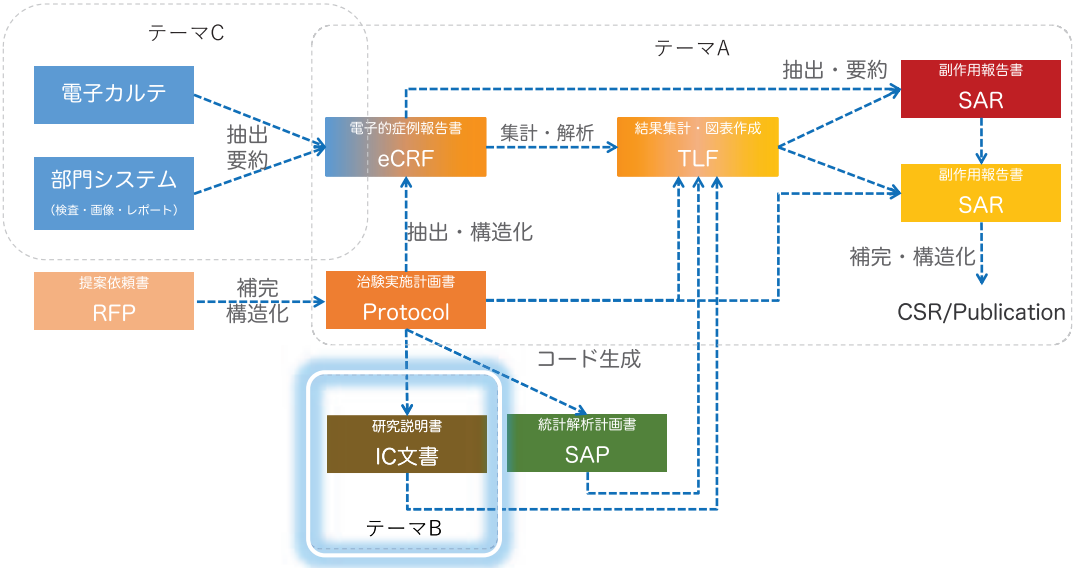
予約から受付、受付から受診、そして受診後まで阪大病院での患者体験を向上させたい。

医療情報部

大阪大学医学部附属病院　x　プラスメディ

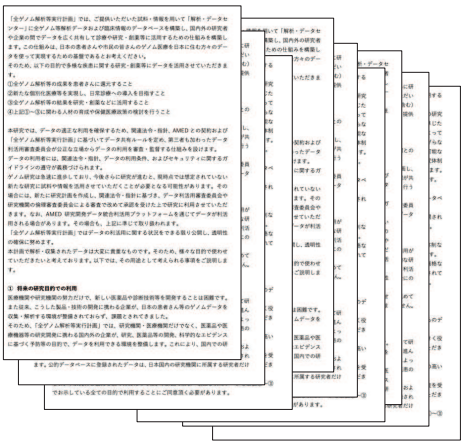
臨床研究関連の医療文書作成支援

大規模言語モデルによる臨床研究関連文書の生成・
データ解析パイプラインの支援



厚生労働省科学研究費・特別研究班

治療を受けにきた患者にとって、
病院という慣れない場所で
短時間に10ページを超える詳細な説明文書を読み、
その場でその内容を理解した上で、判断を下すのは困難である。



Q1: 「全ゲノム解析等実行計画」とは何ですか？
A1: 「全ゲノム解析等実行計画」とは、人々の遺伝子に関する大きなデータを集めて、それを使って病気の治療や新しい薬の開発をするための計画です。日本に住む人々の遺伝子情報を集めて、それを研究者や会社と共有して、もっといい医療を作るための基盤を作ります。

Q2: この計画でデータはどう使われますか？
A2: この計画では、集めた遺伝子データを使って、病気の治療法を改善したり、新しい薬を作ったりします。また、このデータは研究者や医者の訓練、健康政策の考え方を作るのにも使われます。

Q3: データの安全はどう守られますか？
A3: この計画では、データを安全に使うために、法律やルールに従って、特別な委員会がデータの使い方を審査して監督します。データを使う人は、セキュリティに関するガイドラインを守る必要があります。

Q4: このデータは将来どう使われるかもわかりますか？
A4: 将来の研究のためにもデータが使われる可能性があります。新しい研究計画があれば、また審査を受けて承認された後に使います。これは国内外の様々な研究機関や会社が参加するかもしれません。

Q5: 他の国の研究者もデータを使えますか？
A5: はい、公的なデータベースにデータを登録することで、日本だけでなく他の国の研究者も利用できます。ただし、どの国の研究者が使っても、その国の法律に基づいたガイドラインに従って使われます。

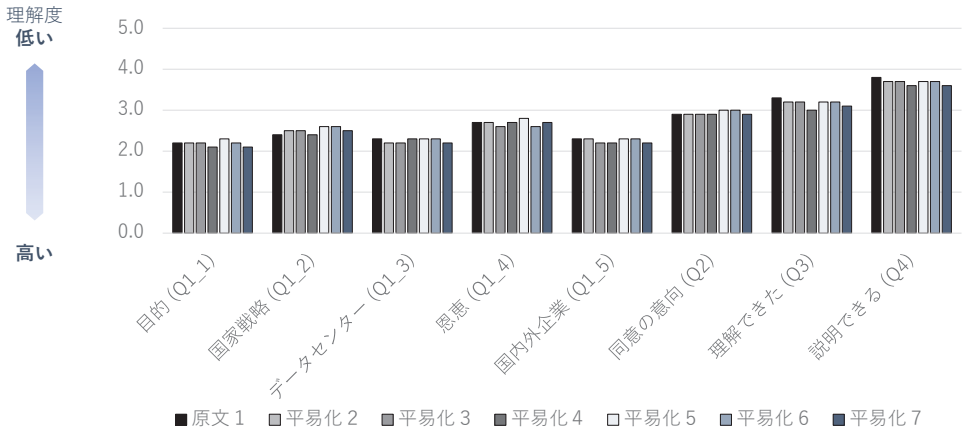
Q6: この計画に参加するとどういうメリットがありますか？
A6: この計画に参加することで、あなたのデータが医学の進歩に貢献し、将来的にはより良い医療や新しい薬の開発に役立つかもしれません。また、データは教育や公共政策の検討にも使われ、社会全体の健康向上に貢献する可能性があります。

厚生労働省科学研究費・特別研究班

そもそも患者説明・インフォームドコンセントにおいて、
詳細な定型文書を用いて行うことは最適か？
阪大病院提供の情報に特化した胃がん患者向けチャットボット

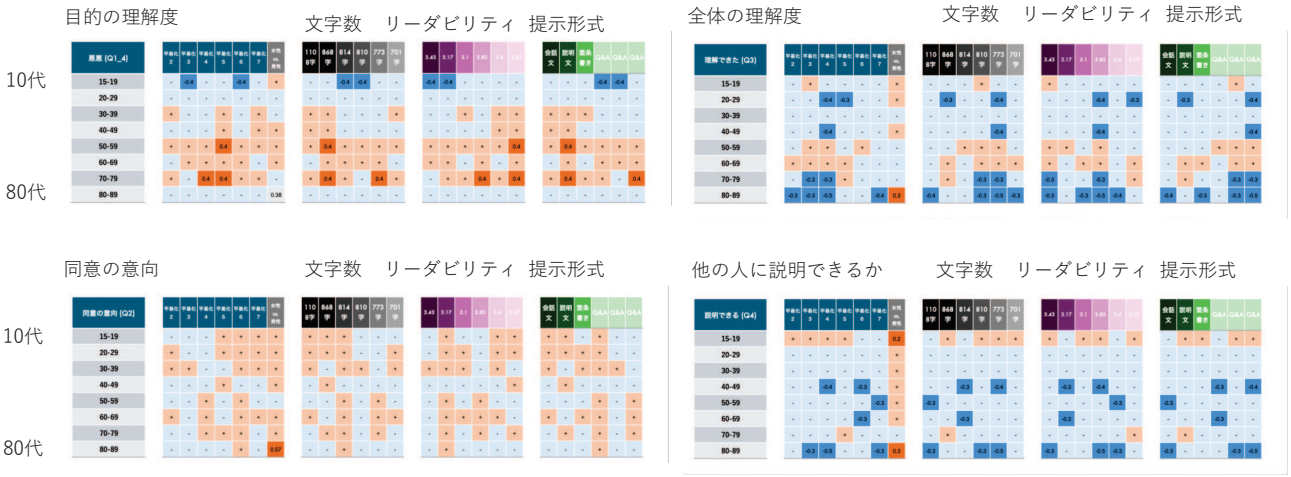
厚生労働省科学研究費・特別研究班

	原文1	平易化2	平易化3	平易化4	平易化5	平易化6	平易化7
平易化に使用したLLM	–	ChatGPT4	ChatGPT4	ChatGPT4	calm2-7b-chat	calm2-7b-chat	calm2-7b-chat
総文字数	3447字	701字	810字	773字	868字	814字	1108字
文章難易度	上級前半	中級後半	中級後半	中級後半	上級前半	中級後半	上級前半
リーダビリティ値*	1.70	3.10	3.43	2.82	2.27	3.17	2.40
形式	説明文	箇条書き	Q&A	Q&A	説明文	Q&A	会話文

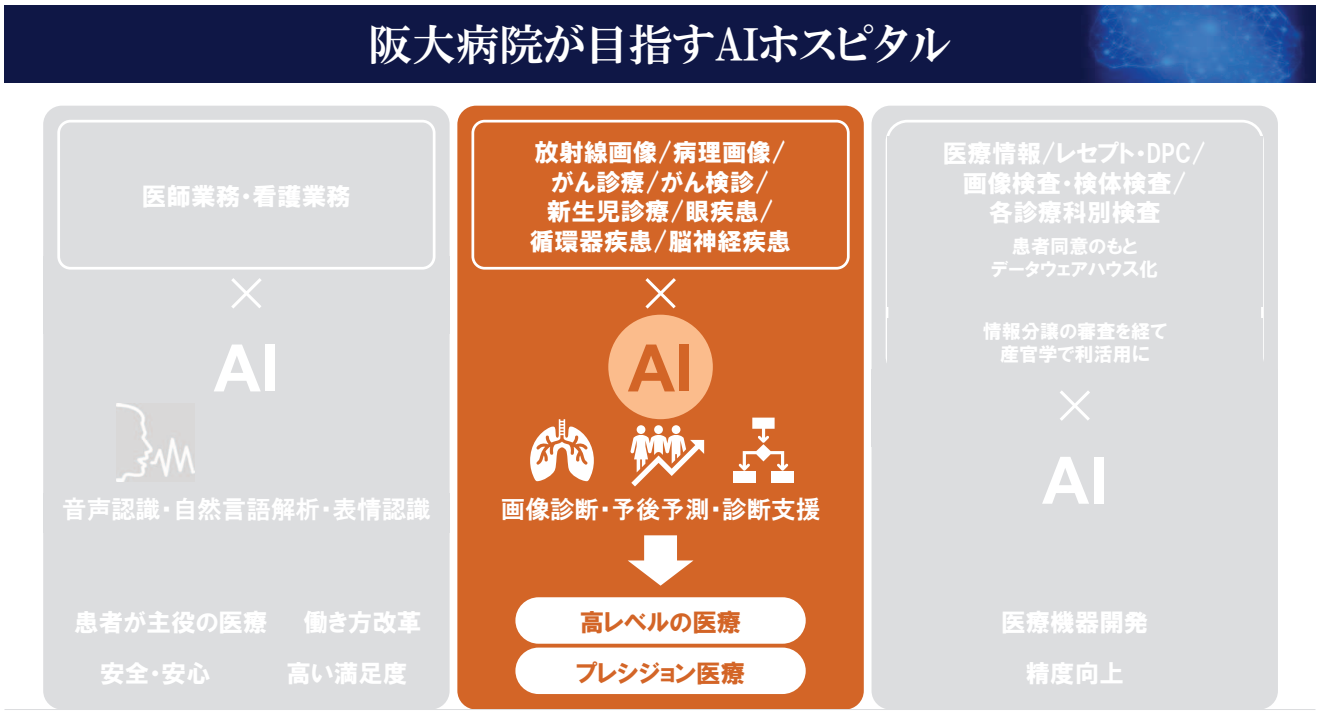


厚生労働省科学研究費・特別研究班

年齢・性別によって理解を助ける文体や提示方法が異なる？



厚生労働省科学研究費・特別研究班


阪大病院が目指すAIホスピタル
医師業務・看護業務
×
AI
音声認識・自然言語解析・表情認識
患者が主役の医療
働き方改革
安全・安心
高い満足度
放射線画像/病理画像/
がん診療/がん検診/
新生児診療/眼疾患/
循環器疾患/脳神経疾患
×
AI
画像診断・予後予測・診断支援
高レベルの医療
プレシジョン医療
医療情報/レセプト・DPC/
画像検査・検体検査/
各診療科別検査
患者同意のもと
データウェアハウス化
情報分譲の審査を経て
産官学で利活用に
×
AI
医療機器開発
精度向上

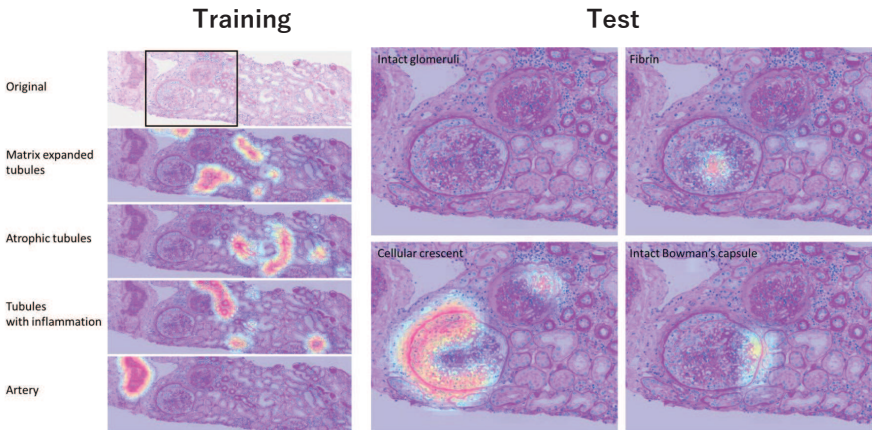
AI診断支援

病理診断支援AIモデル：腎生検病理画像のAI診断支援

腎臓内科

腎生検に特化した病理診断支援AI

・全国24施設　約 5,000 症例
・約 20,000 枚
(HE, PAS, PAM, EMT染色)
・各染色スライド約 6,000,000 枚
(合計 24,000,000 枚)
・パッチ画像に分割し解析

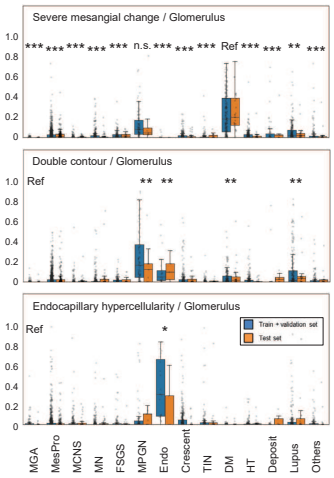


解剖学的部位の同定複数の病理所見候補から分類が可能
（特願2021-097477）

病理診断支援AIモデル：腎生検病理画像のAI診断支援

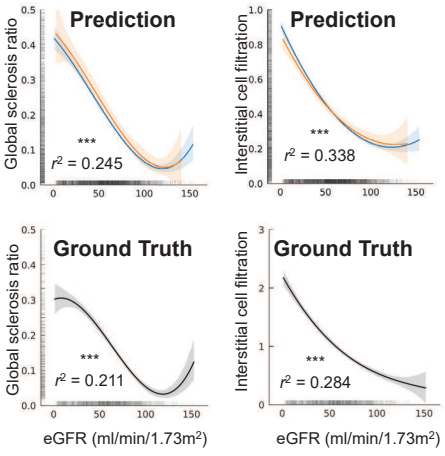
腎臓内科

多施設検証①
組織学的所見の整合性確認



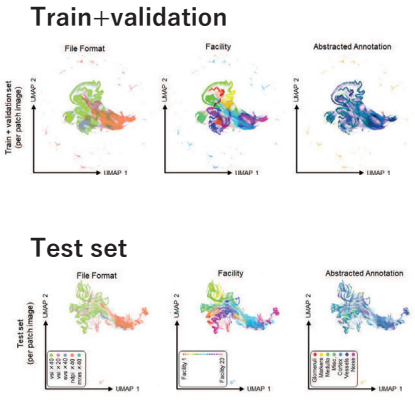
Train+validation
Test set

多施設検証②
腎機能パラメータとの整合性確認

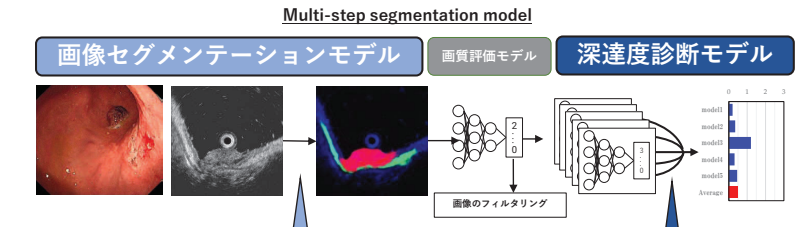


Train+validation
Test set

多施設検証③
教師なし次元圧縮の再現性

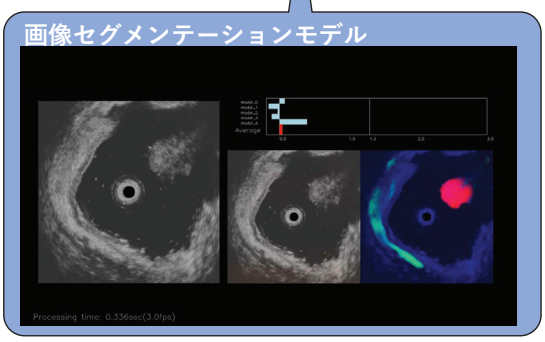


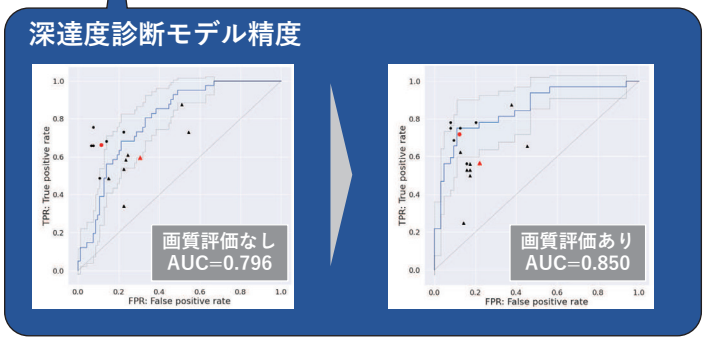
内視鏡消化管がん診断支援AI：早期胃癌の超音波内視鏡画像診断支援AI　消化器内科



学習画像：242病変3204枚
検証画像：135病変1726病変

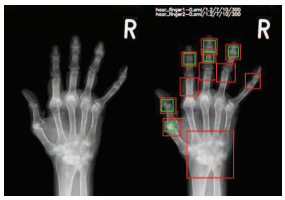
専門医とほぼ同等の診断能を達成
→　リアルタイム診断の実装
→　多施設研究で検証



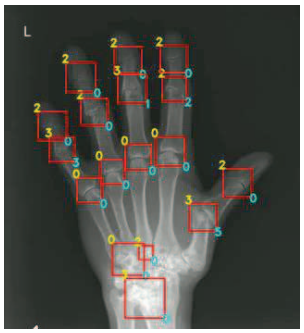


AI放射線画像診断支援を診療所にどのように社会実装するか？　免疫内科

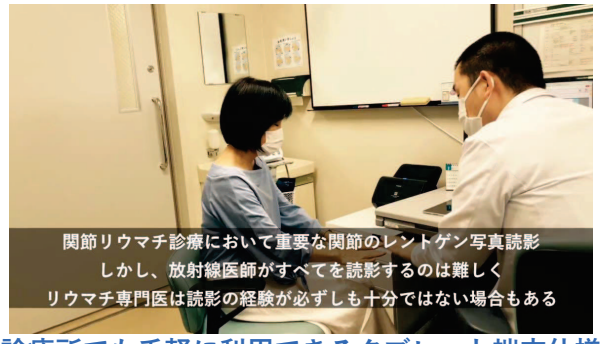
2018　関節検出モデル



2019　重症度推定モデル



2020　手指関節診断システム実装



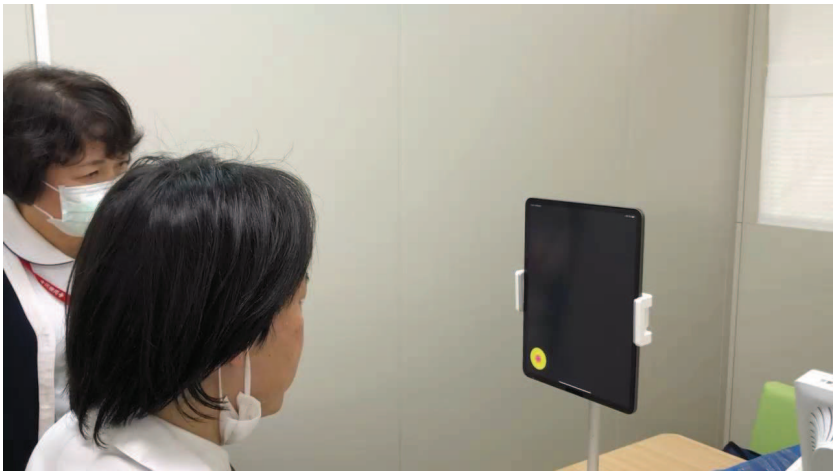
診療所でも手軽に利用できるタブレット端末仕様

AIスクリーニング

阪大病院・入院支援センターにおける認知機能スクリーニングAI実証

老年内科・看護部

アイトラッキング式認知症検査による認知機能スクリーニングAI



Nature誌 612巻7938号 2022年

日本初の認知症診療支援に用いる検査のためのプログラム医療機器としての薬事承認を取得（承認番号：30500BZX00235000）

Ai-BrainScience

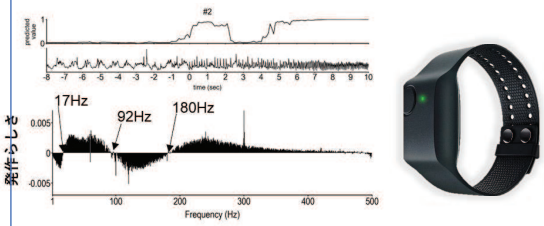
認知症診断支援AI・ライフログデータによるてんかんの発症予測　脳神経外科

脳波計ベンチャーによるパッチ式脳波計を用いて認知症病型分類が可能

2022/2/11 ガイアの夜明け

PGV社パッチ式脳波計

てんかん発作時の脳波の特徴をAIで解析し予兆を同定



脳波＋ウェアラブル生体測定デバイスのデータセットでAIモデルを作成

↓

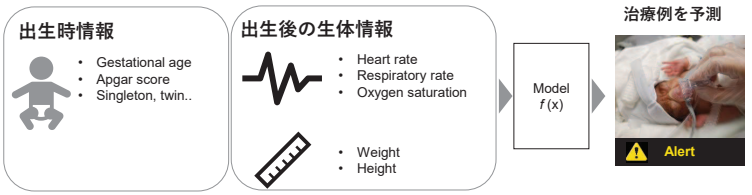
将来は「ウェアラブルデバイスのみ」でてんかん発作の予測可能か検証し、発症アラートに応用を目指す。

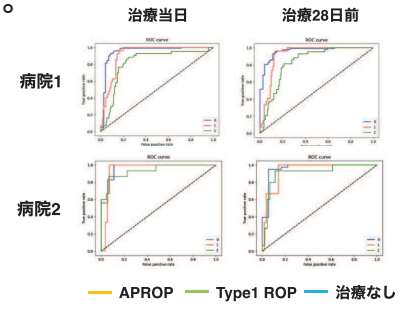
Yamomoto et al, J. Neural Eng., 2021

新生児診療支援AI　未熟児網膜症リスクAI推定　眼科・新生児NICU

小児期の失明原因の第一位である未熟児網膜症の診療の高度化、医師業務負担削減を目指すAIシステムの開発を進めてきました。

→従来は「画像診断」のみでおこなってきたリスク評価にNICUのモニタリング情報からのリスク評価・リスク予測を目指しています。





正答率　治療当日：90% ⇒治療28日前：90%

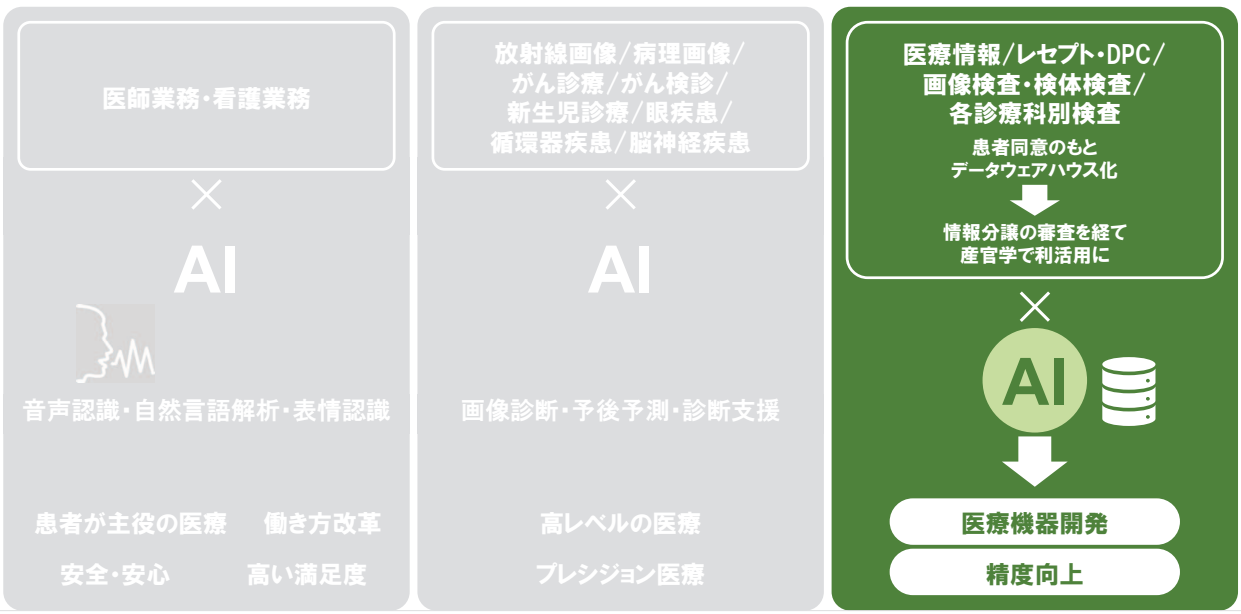
NICU部門システムに接続するソフトウェア医療機器としてDoWell社と共同開発を進めています。

新生児診療支援AI　未熟児網膜症リスクAI推定

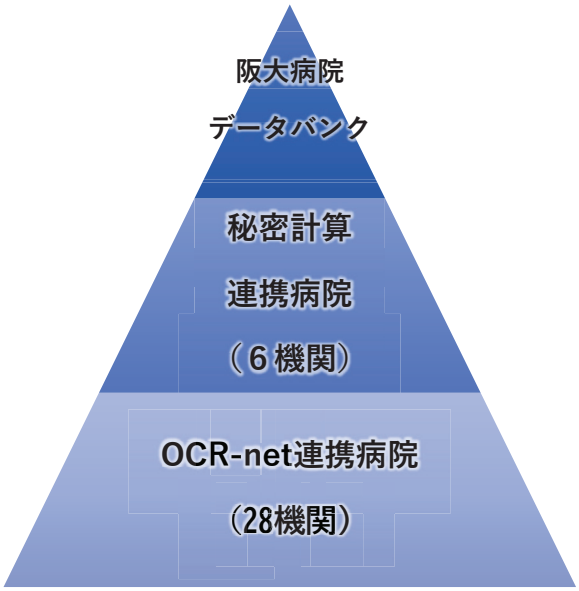
眼科・新生児NICU

NICU部門システムに接続するソフトウェア医療機器としてDoWell社と共同開発を進めています。

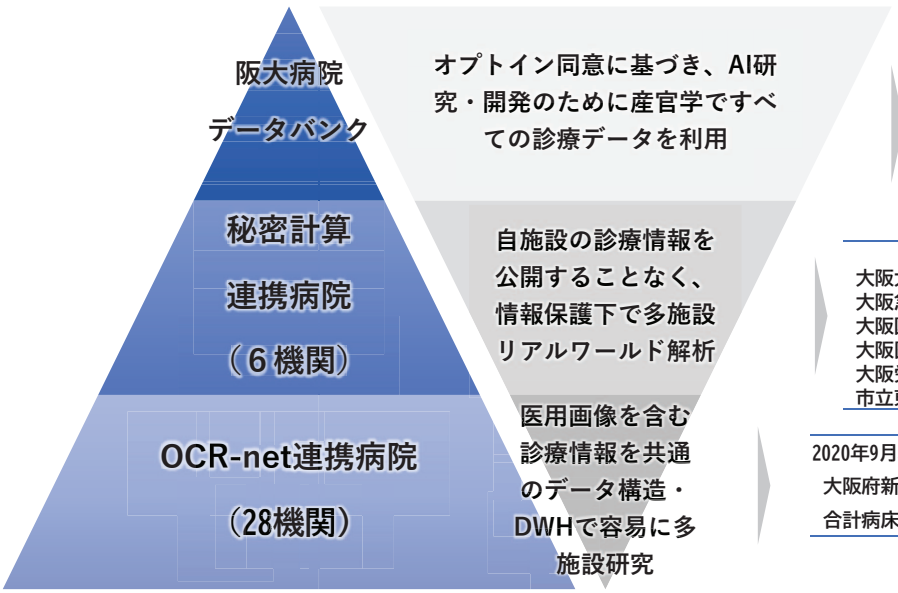
阪大病院が目指すAIホスピタル



阪大病院と大阪府下の病院群連携 Osaka Clinical Research network (OCR-net)



阪大病院と大阪府下の病院群連携 Osaka Clinical Research network (OCR-net)



阪大病院	（年間）
年間延べ外来患者数	552,185
年間延べ入院患者数	299,479
年間手術件数	10,865
画像検査患者数	170,150
処方枚数（調剤）	456,083
処方枚数（注射）	223,654
病理件数	24,137
院内がん登録件数	3,743

	延外来患者数
大阪大学医学部附属病院	552,185
大阪急性期・総合医療センター	283,873
大阪国際がんセンター	245,309
大阪医療センター	263,681
大阪労災病院（新規）	376,043
市立東大阪医療センター（新規）	224,142

2020年9月現在	28機関
大阪府新規がん登録患者	約36%
合計病床数	約10,000床

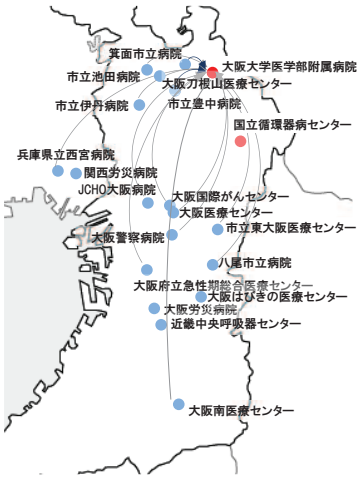
阪大病院と大阪府下大阪府下の病院をつなぐOCR-net

多岐にわたる疾患分野において豊富な症例数を蓄積し（背景人口500万人、約1万床）、幅広い分野を網羅した医療情報のデータウェアハウス化を進め、関連病院との強固なネットワークで臨床データを蓄積しＡＩシーズ実証試験を行う体制が構築され、AI研究の基盤として機能した。

病院群ネットワーク（仮想統合）

データの統合

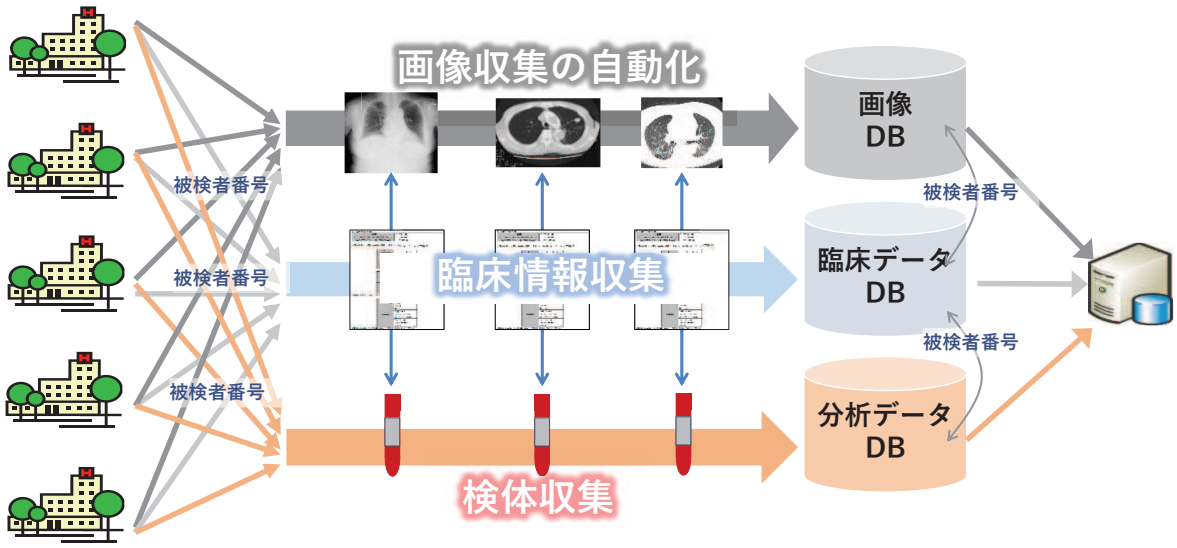
AIシステムの実証



観察研究	19 件
循環器内科	5 件
乳腺･内分泌外科	3 件
消化器内科	2 件
がんゲノム情報学	2 件
皮膚科	1 件
産婦人科	1 件
心臓血管外科	1 件
消化器外科	1 件
神経内科	1 件
眼科	1 件

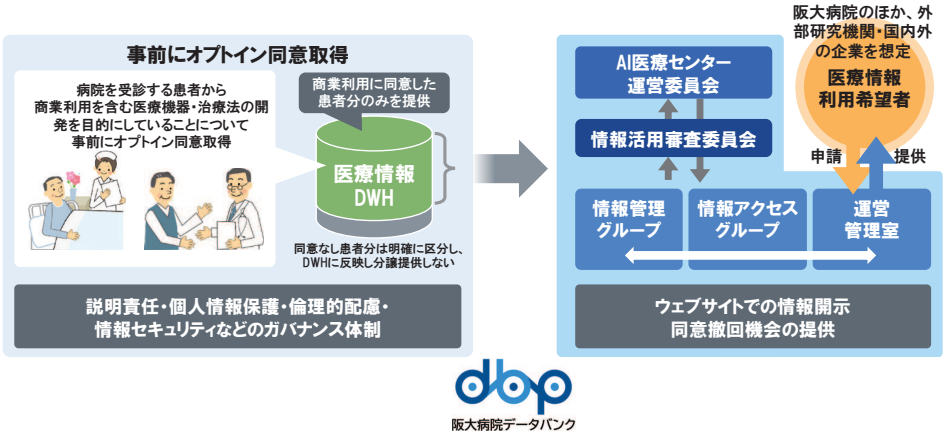
介入研究	4 件
循環器内科	3 件
整形外科	1 件

阪大病院と大阪府下大阪府下の病院をつなぐOCR-net



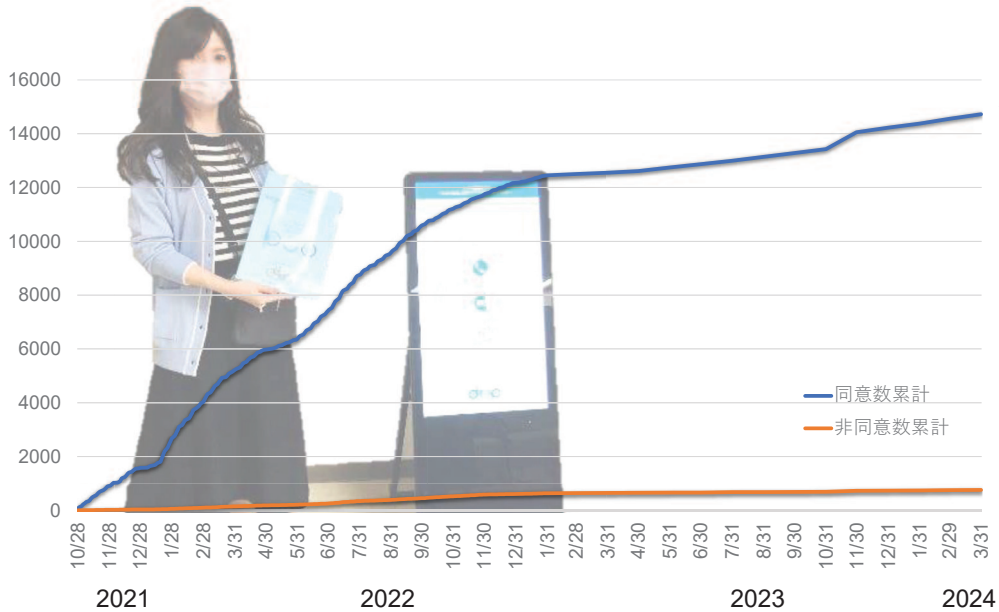
国内外の産官学でのAI研究・開発に利用できる診療情報バンクの創設
「阪大病院データバンク研究」

診療情報: 一般的な診療情報である電子カルテや画像、検査を仮名化して利用します.
利用目的: 医療機器や治療法の研究・開発を目的とすることを明示します.
利用施設: 医療情報を国内外の企業を含む外部機関でも利用することを明示します.
同意取得: 個別の患者から「適切な同意」をオプトインで取得し、同意撤回にも対応します.



阪大病院データバンク

多くの患者から「阪大病院データバンク」への協力を頂いています。



2021/10/18
～2024/3/31

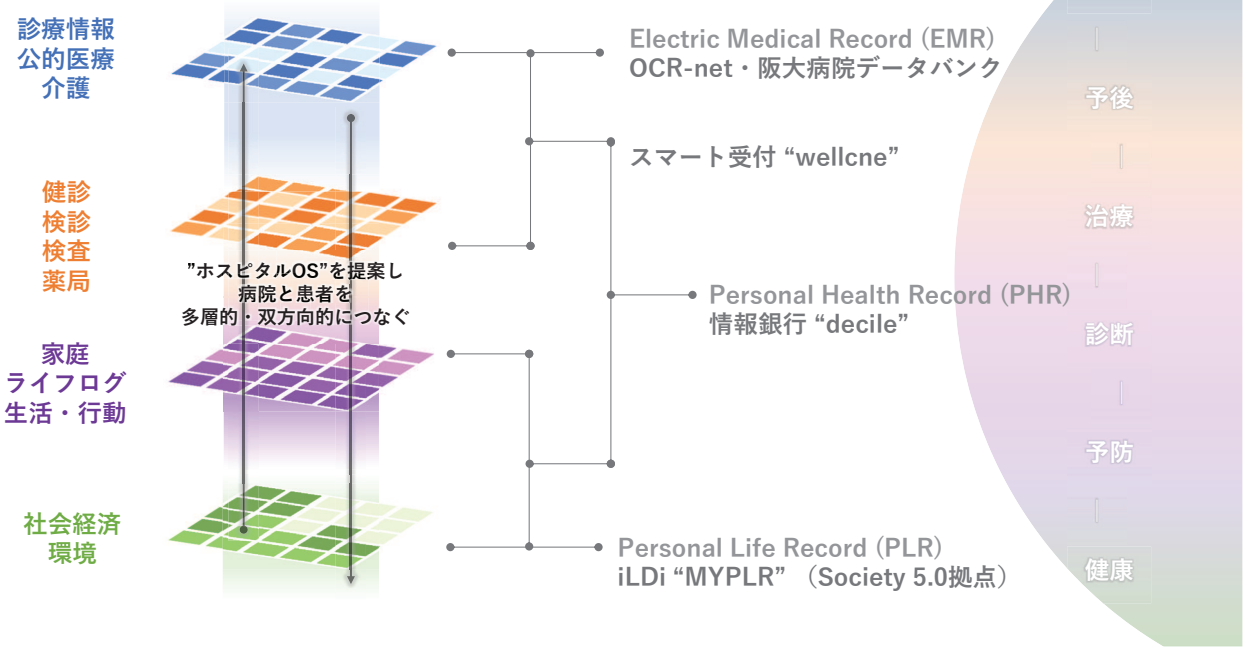
同意14724
(95.1%)

阪大病院データバンク

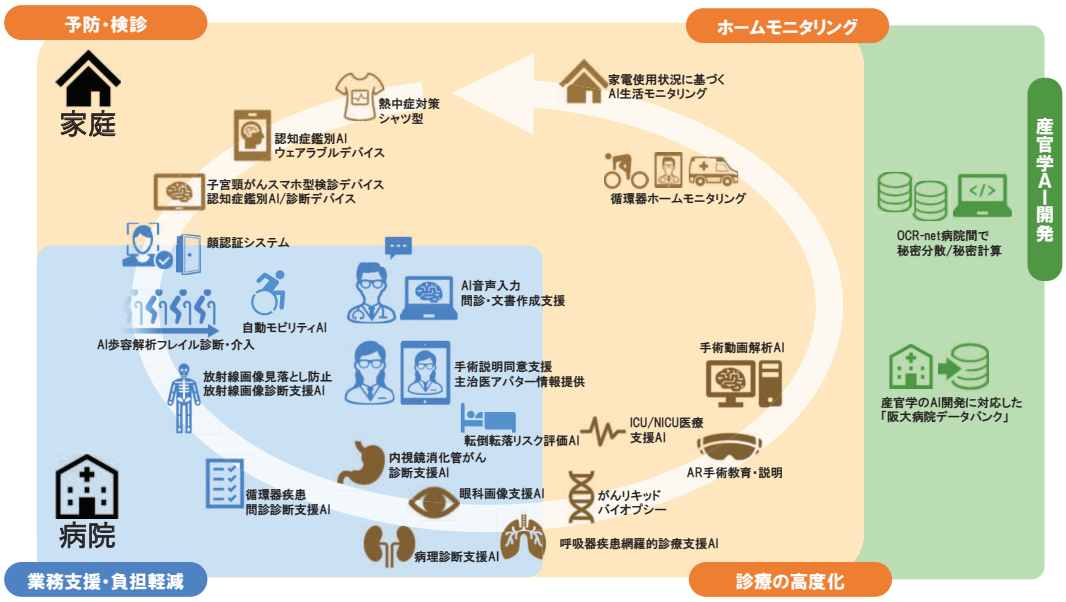
大阪大学医学部附属病院　x　三井住友銀行

大阪大学医学部附属病院　x　プラスメディ

健康医療情報を多層的につなぐことで実現する統合型ヘルスケア



阪大病院が目指すAIホスピタル
「家庭から病院までの循環型トータルAI医療システム」を目指しています。



1　2020年7月25日　Osaka University Hospital News　No.79

診療機能 増強 統合診療棟

再開発計画 患者包括サポートセンターも

来年着工、令和7年オープン

本院では日本の医療・医学発展の拠点病院として、高度先進医療を提供し続けるために平成25年度から検討を重ねた再開発計画に沿って、新しい「統合診療棟」を建設することになりました。

本院が中之島から吹田へ移転してから25年以上が経過し、その間、医療ニーズや診療機能は大きく変化・発展しました。診療機能の高度化・多様化及び診療規模の増大に対して、現病院ではすでに対応が限界を迎え、建物自体が時代遅れになりつつあります。今後も最先端の研究開発を行いながら高度先進医療を提供し、将来の医療環境の変化にも柔軟に対応できる病院をめざして再開発計画の検討を進めた結果、外来・中診棟の北側に「統合診療棟」という名の新しい建物を建設することになりました。

統合診療棟は、地上8階、地下2階の建物で、主に現在

統合診療棟 正面（イメージ）　統合診療棟地図

OSAKA UNIVERSITY HOSPITAL

Futurability

待ち遠しくなる未来へ。

OSAKA UNIVERSITY

意見交換「医療DXの未来」

座長　神奈川県病院協会　副会長
横須賀共済病院　病院長　　長　堀　　薫

【座長】

それでは、ディスカッションに移りたいと思います。ちょっと天井の低い小ぶりな会場ですけれど、一体感があっていいかなと思います。

石川先生、川崎先生、素晴らしいお話、ありがとうございました。先進的なお二人のそれぞれの取り組みなのですが、今日、ほぼ皆さん一般病院のお勤めの方々ですね。

おそらく一番知りたいのは、ＤＸを進めるのは大事だというのは、もう皆さんお分かりのことだと思うんですけれど、実際に、どこから取り組んだらいいのだろうというのが、最も僕もよく聞かれることなのですけれど、その点についてお二人のお考え、それぞれお聞きできたらなと思います。川崎先生、お願いします。

【川崎】

本当に難しい。やはり現段階で大きく二つ考え方があるかと思います。

一つは、あっという間にＡＩあるいはＤＸというのが、例えば電子カルテの中に実装されて、いろんな企業の電子カルテのオプションとして入ってきている。そういったものは、やはり使い勝手もいいし、価格とのバランスということになるかと思いますけど、そういったことはどんどん入ってくるべきだと思いますし、それをどんどん使って、またフィードバックしていくということがあると思います。

もう一つは、やはり病院が一番ニーズとして持っている、一番困っているところに、何かしら働き掛けるＡＩあるいはＤＸの製品、あるいは研究的な内容というところができれば、それまで困っていたところが解決されるということで、病院の強みや整備につながっていくということがあろうかと思います。それが大学病院だと、本当にいろいろあり過ぎて、なかなか絞り切れなかったというところがありますが、病院によって、その強みになる可能性のあるところというのにフォーカスしていく、そして、それに本当にトップダウンではなくて、先ほどのボトムアップというんですか、本当に、それを使う人が使いやすい形でというふうに入れていくというのが、一つの方法かなというふうに思います。

【座長】

ありがとうございます。先生の考えられる強みとか、あるいは補強すべき弱みというのは、どんなところだと思います？

【川崎】

なかなかこれも、それぞれ一つひとつ違うところがあるかと思いますが、例えば大学病院などでは、コミュニケーションが難しいところがあって、やはりそういったところを、大きくなればなるほ

ど、コミュニケーションの大切さというのが検討されると思いますので、今からゼロから入れるとしたら、阪大でもやはりコミュニケーションを助けるようなところが一つ。

あとは、やはりやる気のある人がいることは非常に大きくて、やはりＡＩだったりＤＸは勘弁してくれと言う人もいれば、どんどん新しいことをやりたいという人もいるんですけど、やはりあまり乗り気じゃない人を動かすのは難しいので、なにか新しいことやりたいという人が集まって何かやって、それを温かく、生温かく見守るような所で育てていって、それが外れるかもしれないけども、そんな雰囲気も十分考えられると思います。

【座長】

確かに、コミュニケーション大事ですね。コミュニケーションがあるだけで、作業効率とか全く違ってきますもんね。

【座長】

石川先生いかがですか。

【石川】

多分、プラットフォームを何にするのかというのが、重要なポイントなのかなと。現場マターでいろんなことを進めると、どこかの学会会場の展示を見たのですけど、これ入れてくださいとか、多分それぞれの部署で、すごくいろんなものを入れるんですけど、結局、ではそれが長続きするのかというと、一発屋じゃないですけど、はやりすたりみたいなふうになってしまって、結局、使わなくなってしまうことがあり、そういうものを集めると、かなりコストがかかっていたり、どの病院もおそらくそういった経験おありになるのかなと思います。ちょっと大学病院とは違う側面がありますから、どうしても小さく始めて、うまくいくものを横展開すること。

あと、既に社会に実装されている、もしくは社会で当たり前に使われてるものを、医療の現場で使えないかということをよく考えます。電子カルテを入れるときに、もう20年近く前になりますが、タイピングや、電子カルテ入れるの大変だったと思うんですけれども、今、思えばですね。ですけど、私たちのスマホは、皆さん当たり前に普段使っておられるわけですよね。iPhone高いでしょってよく言われるんですけど、私たちもiPhone7から始まって、iPhone SEを今、使ってるような状況で、なので、PHSをどうするのかから始まって、おそらくコミュニケーションツールをどうするのかということを考える一つのきっかけとして考えていただくっていうのが、一番、取っ掛かりとしてはいいのかなと思います。

【座長】

ありがとうございます。

【川崎】

長堀さん、ごめんなさい、一つ失敗談を、他のいろいろなデータ、会社の名前は言えないですけど、このＳＩＰ始めたときに、阪大病院でもいろいろ院内でのリスク、インシデントが多いよねっていうことで、入院されてる方の転倒、転落、そういったリスク予測をする非常にいいツールがあるということで、それは、ある程度もう出来上がっていて、入院中のカルテ、看護記録を自然言語解析して、この人は危なそうだということをリスク評価して、赤、黄色、グリーンみたいに出してくれるんですが、結局、阪大の外科系の病棟で入れてみたのですが、全員赤でした。よくよく聞いたんですね。それを作ったときのデータというのは、比較的安定していた長期の入院で、何十万人、何百万人、非常に多くの数を全国から集めて、すご

くいいシステムなんですが、やはり急性期、術後だとか、みんな赤になっちゃって、いつまでも赤で、これ、なんかちょっと赤になってるけど、何もしなくていいんですかと言われて、なかなかうまくいきませんでした。なので、なんか良さそうで何となく入れて、それで決めてっていうことより、いろいろ試行錯誤だったり、ちょっとお試しをして、本当に自分の所に合ってるものかどうかといところがすごく大事だと、今話を聞きながら思い出しました。

【座長】

本当ですね。お二人に共通してたスモールサクセスってやつですね。まずやってみる、面白そうなものをやってみる。そこで、成功するようなら広げるというのが一つのポイントですかね。

どこから手を付けるのか。一つは、皆が使って便利だと思っているもの、それが、きっと病院だとスマホだったということですね。だから、取りあえず面白そうなもので手を付けて、それで、しかも抵抗がない人でやってみる、ですよね。

【石川】

多分、どこの病院さんもとても忙しくて、時間外がとても出ているような病棟とか、あと救急に関わる部分で、常に救急と入院率が非常に高い所とか、多分、疲弊されてる現場の部署の所あると思うんですよね。なので、まずそういう所からツールを入れてみられて、そこで成果を見られるというのが、一番いいのかなというふうに思います。

あまり忙しくない所に入れても、あまり意味がないというか、別に使わなくても、対面のコミュニケーションで十分ですので、なので、やはりなかなか先生ともうまくコミュニケーションとれないし、ばたばたしてて、常にばたばたしてるっていうような病棟でされてみるのがいいのかなと思います。そのチームで、多くの職種でまず使ってみられるっていうのをよくいつも聞かれるときにはお勧めしています。

【座長】

石川先生ですごいのは、病院全体に広げたということですよね。

【石川】

私たちは強制をしないということをモットーにしてまして、今、私たちも70代の医師の先生とか3人ぐらいおられるんですけど、お孫さんとLINEしたりとかされておられて、LINEは皆さん結構使われるんですよね。一方、忙しくない方はのんびり電話でいいと思って、いまだに看護師さんの中でも、使わないという人ももちろんいます。それでも楽だったり、ストレスが少ないほうにどんどん流れていくというか、結果的には、皆さん使うようになっていたということがあります。

どうしてもこれ使ってくださいって言われると、人間って、なんか「えーっ」て言いやすいというか、必ずあまのじゃくの方がおられるような気がするので、強制しないということはモットーにしています。

【座長】

ありがとうございます。うちも今スマホに変えていて、今500台入れていて、救命センターでは、うちのAチームのリーダーがセンター長なので、あっという間に広がって、もうスマホないとやれないといわれるほどで、とても超忙しい所で、労働量削減に非常に役に立っていますが、、外科などではしばらくたっても使わないで、「どうして」聞くと「別に、今、困ってないから」とかって言われて、デジタルネイティブとかがいるから、面白いものをポンと出したら使うのかと思ったら、

意外とそうでもなくて・・・

【石川】

先生、医師以外の方は、困ってるんじゃないですかね、きっと。

【座長】

医者は大丈夫なんだ。

【石川】

そのような気が何となくします。看護師さんとか、特に整形外科とか外科系の先生がたは、手術が終わって病棟に上がってくるのを、スタッフ皆が待っておられると、今日お話聞きながらうなずいてくださってる方、何人かおられます。多分、他の職種の方は、きっと困っておられるんじゃないかなと思います。

【座長】

確かに、私、元外科部長だったんで、外科に使えと言ったら1週間で手放せなくなったようです。確かにナースが電話するときに、医者の都合を考えて、外来中かなとか、オペ終わったかなという時間に電話すると、まだオペ中だとかって怒鳴られて、傷つくみたいなのがなくなったと言っていました。

ただＤＸ導入するのに、一つ大きな問題、お金だと思うんですけど、そこら辺は、お二人の病院は、どうされているでしょうか。

【川崎】

阪大では、PHSをiPhoneに変えてというのが数年前にありましたが、やはり先ほど電子カルテの話と同じで、先行投資というところなので、電子カルテもこんなにお金がかかってんだけど、やはり欠かせないものになったという話を医療の先生がたが粛々と病院長にご説明されていました。またもう一つは医師の働き方改革ということがあって、やはりスマホでないと、個人の確認ができないなどいろいろありますけども、やはりちゃんとニーズを説明しまして、先行投資ということになりました。

あとは、やはり阪大の場合、研究的なもの、共同研究という形、少しお試しのところをできるだけ最初にやっていき、それで本当にいいものだったら、しっかり契約をしてやっていき、いい関係をとろうとしました。

【石川】

私たちも、大体、売上高の毎年0.35パーセントぐらいが、今、現在ＩＴ投資というか、システム関係に使うもので、これ電子カルテは、また別なんですけれども、そういった形で運用してまして、多分これからクラウドであったり、ＡＩもそうなんですけれども、どうしても従量課金というか、それが、おそらく私たちを苦しめていくんだと思いますので、多分オンプレミスの電子カルテとかであれば、いったん、どかんと投資はいるんですけれども、その後は、あまりお金がいらないんですけども、やはりランニングコストに、それなりにお金がかかるので、そこをきちんと見ながらというか、あと、使う人、使わない人というのがおられるので、実際に、そこをどう、このクラスでいいものは、みんなに必要だけど、それから特に経営とか、あと分析とか、そういったことが必要な人たちには、もう少しグレードの高いＡＩも活用できるとか、多分、少しクラス分けをして、使えるような形をとっていかないといけないなというふうに、最近、特に感じております。

【座長】

その0.35パーセントというのは、どういうとこ

から出てきたんですか。

【石川】

大体、毎年見てますと、2000万から2500万ぐらい、もう売り上げ、分かっちゃいますね。2500万ぐらいまでにしようと。よく「億で投資されてるんですか」と言われることもあるんですけど、そんなことは決してできませんと。皆さん、割と医療機器には億単位で、どーんと投資できたりはされるんですけど、どうもスマホとかはどうでしょうか。でもスマホも１人１台PC持ってるのと同じことということになりますので、それを考えると、あとスタッフの負担軽減と、コミュニケーションっていうところ大きく変わりますので、そこは、もうみんな離れられないって言いますし、そこはもう戻れないかなというところです。

私、別にキャリアさんの回し者でも何でもないんですけど、キャリアさんも、今かなりいろんなパッケージとか、病院さんもたくさんスマホ入れられるので、かなりコストを抑えた形で契約してくださっていますので、まず別にスマホじゃなくて、Androidでもいいと思うんですけども、少し本当に皆さん、どうなのかなみたいなことも聞いていただいたほうがいいと思います。

ただ、電話代わりに、もしスマホを使われるっていうのであれば、それは全く意味がありません。それではとても高額なものということになります。そこは電話と切り離して、もうPCを1人1台持ち歩いてると、そのために、それをどう活用するのかということです。

あと、総務とか、情報システム課だけでは決められないことだと思いますので、経営トップ、もしくは、そこに近いジャッジができる方たちが、一緒に常に伴走するということではありませんが、意思決定がうまくできるような形の組織体制を持ってされると、確実に進んでいかれるのかなと思います。

よくお話をお聞きするのは、総務に振られてよく分からないとか、電話は総務が対応してたりするということがありますが、ぜひ、そういった形で進められるといいのかなと思います。

【座長】

あと、さきほどプラットフォームという話がありましたが、このプロジェクト、ＤＸ進めると決めたときに、どのように進めていくかは、おそらくトップダウンという要素が必要だと思うんですよね。プラットフォームはこれだと決め、決まったところで、いろんな意見を聞いて修正していくってことだと思うんですけど、その進め方とか、割合とか、どんなふうにお考えですかね。

特に石川先生の所は、ファウンダーの2代目だから進めやすいように思うんですけど、阪大などは大丈夫かなって。

【川崎】

そうですね。先生がおっしゃるとおり、例えば電子カルテのベンダーを変えると結構大きく変えなくてはいけなくなり、しばらくは心中する覚悟でいかないと、作り込みも含めてなかなか大変です。それはやはり技術的なところと、あと一緒にどれだけ動いてくれるか、どれだけカスタマイズであったり、出来上がったら、もういじれませんってことではなくて、やはりどれだけ合わせてくれるかというところを、そういう総合的な判断になると思います。やはりもちろん技術的なところの側面と、あと本当に病院でいくと、病院長以下の趣向の判断というところなんで、結構いろんな意見がほどよく入って、だけど、何となく決まってるっていう、そんなイメージです。技術的なところがあるんで、やはり信用信頼できるパーソナルなところでしょうか。

【座長】

石川先生、いかがですか。

【石川】

私たちも2017年から始めて、それで7年ぐらいやってきて、やっと少しずつ見えてきたものがありまして、私たちもいいパートナーを見つけるというか、企業さんもそうだと思いますし、決して、あこぎにもうけてやろうっていう人たちばかりでは決してないと思うんですね。

やはり、どうしてもいろんな様々なネットワークをつなげていく過程では、そこにやはりセキュリティ関係のいろんな問題とかが出てきますので、外部の委託業者に全てお任せみたいなのが一番危険だと思います。やはり院内にある程度、情報システム関係のそこをしっかり守る、情報システムの守りの質というものが必ず必要だと思うんですね。

そこで、私たちも一つの部署じゃなく、さまざまな病院の部署、みんなに恩恵が被るものを優先的に入れていくということでやっているので、小さく始めて横に展開しながら、だけど、そこはスピード感は、やはり必要になってくるので、極力、経営層もしくはジャッジができる人間とうまくコミュニケーションとりながら、価格に見合うのかどうか、ここにコストかける意味あるのかということを、選択しながらやるということでしょうか。

【座長】

すみません、あと時間ちょっとしかないんですけど、最後に医療デジタル情報の共有化というところで、阪大はＯＣＲ、大阪大学のネットワークで、神奈川でも鶴見区中心にサルビアねっと、三浦半島で今度さくらネットといって医療デジタルネットワークを立ち上げて、情報の共有化を図ってるんですけれど、そこら辺のＤＸについて一言ずつお願いできましたら。

【川崎】

ありがとうございます。ＯＣＲネットは大阪クリニカル・リサーチ・ネットワークという形で始まっているので、どちらかというと、臨床研究を単施設ではなく複数、特に一つの施設では症例数が足りないというのをまとめようというのが、もともとでした。

電子カルテは、いろんなデータがあるんですけれども、そこから必要な情報を標準化して取りためる仕組み、いつもためてるわけではなくて、必要に応じて取りためる仕組みというところから始まって、今は何か新しい研究を始めるっていうときには、テンプレート、同じ内容で違うデータある、同じ内容のものを入れておくように仕掛けをする、そんなところが現状で、そこに画像も入ったり、検体も入ったりします。

私たちの課題になってるのは、やはり大学病院、あるいは中核病院なんですが、これをどうにか診療所とうまくつないでいけるかというところが、実は、全く手付かずというところで、本当の意味で、これから医療が大学病院や病院で完結するものではないというところがある。あとＰＨＲとか、そういうところもあるということで、何かしら、そういったところとうまくつなげるようにしようというのが、次の課題にはなってくると思うんですけど。

【座長】

フォーマットは、HL7FHIRですか。

【川崎】

そうですね。それにも対応して、もともと違う独自のものだったのですけど、いずれそういうと

ころで、齟齬がないようにということはやっていきます。

【座長】

SS-MIX2 といわれているものですね。

【川崎】

そうですね。

【座長】

ありがとうございます。

【石川】

愛媛県も HumanBridge のシステムを使って、実際に県内でやりとりをしているんですが、一方通行というところがあったり、あと非常にランニングコストが、それなりにかかったりというところがあります。ですので、今から共通カルテの 3 文書 6 情報というものが、どの程度、クリニックであれば、十分その情報で構わないと思いますので、そういった国のほうとしてお勧めになる情報というものを、しっかりキャッチしながらということになるかと思いますし、やはり一番やりやすいのは、ＰＨＲ連携かなというふうに思っておりますし、電子処方箋うんぬんかんぬんというところも、やはり紙が残ってる状態では、なかなか外来が入ってきたときから、患者さんが入って来られたときから、全てもう紙がなくなってるというところも、やはり課題としてまだ残るところはあるので、そういった国がお勧めになってるところと、うまくアジャストしながらやっていくというのが、一番いいのかなというふうに考えております。

【座長】

ありがとうございます。本当はＰＨＲとか、災害とか、もっとお聞きしたかったんですけど、すみません、時間になりました。どうもありがとうございます。

それでは、このシンポジウム閉じたいと思います。どうもご清聴ありがとうございました。

横須賀共済病院の医療ＤＸ
～現場の取り組み報告～

◎鈴木 千恵　　千葉 由美
国家公務員共済組合連合会　横須賀共済病院

はじめに

当院は三浦半島の基幹病院としての役割があり、病床数740床の急性期病院である。令和５年度の診療実績では、救急車の台数は約１万４千台と全国でも３位であり、手術件数も約7500件と急患が多く、手術に関連した検査や処置など非常に繁雑な状況となっている。また、入院患者の高齢化、医療の高度化、それに逆行する労働者不足、生産人口の減少に伴う働き手の減少、医師の働き方改革の取り組み等医療現場の抱える課題は大きい。当院では、これらの課題を解決するために、ヒトからAIにタスクシフトできることはないかと考えた。2018年の内閣府の「AIホスピタル」プロジェクトに参画し、AIを活用した医療の効率化と医療従事者の負担軽減並びに患者満足の向上を目的に取り組みを開始した。当院の医療DXは、①音声入力が出来る電子カルテ②持参薬鑑別③入院前説明④手術前説明⑤救急における構造化できる電子カルテの５つの項目で取り組んでいる。（図１）

図１

取り組みの実際

現在、当院ではiPhoneが導入され、電子カルテはソフトウェア・サービス社のNEWTON MOBILE2を使用している。ここでは、自部署で取り組んでいる①音声入力できる電子カルテ②チャット機能③AI薬剤鑑別について報告する。

１．電子カルテの音声入力について

自部署では外科・形成外科の混合病棟であり、毎日の回診で創部の観察や処置を行っている。各科の回診には医師とリーダー看護師が一緒に回ることになっており、以前は処置の介助と、実施した内容や観察したことを看護師がメモにとっていた。リーダー看護師は回診終了後、看護室に戻りメモを元にカルテに実施記録を入力していた。その為、回診が終了しても、記録が残っており、次の業務に進めない状況があった。また、回診の情報がカルテから読み取れないため、メンバーの看護師から、各患者の回診時の状況や指示内容の確認があり、中断しながらの記録で時間を要していた。音声入力できるカルテに変更してからは、回診に対応しながらその場でカルテに音声入力ができるため、リーダー看護師は、回診終了後は他の業務に移行できる。更に、メンバー看護師は、タ

イムリーにカルテ記録がされるため各自が操作している端末から回診の状況や医師の指示が確認できるため、ベッドサイドから看護室に戻り、リーダーに回診内容を口頭で確認する必要がなくなった。音声入力の文字変換率は98％と高く、誤変換がほとんどない状況まで改良されており、変換間違いなどによるストレスは、ほぼ無い状況と言える。（図２）

図２

２．トーク機能の活用について

自部署ではこれまで医師との連絡には、連絡用紙を活用していた。連絡用紙には看護師が医師に確認したい内容や処方依頼などを記載し、医師が病棟に来た際にその用紙を確認して必要な対応をしてくれていた。その為、医師が手術や外来などで確認できない場合には、対応の遅れや、時間外の対応となることがあり、看護師も指示確認のために時間外となることがあった。また、早めの対応が必要な指示確認などの場合は、医師に電話連絡する必要があった。チームのどの医師の手が空いているかなどを考えて電話連絡しても、緊急手術などに入っており、連絡が付かないことや、外来中の場合には、要件を伝える前に「外来中」と言って電話が切れてしまうことがあり、看護師はストレスを感じていた。そこで、外科の医師はチーム制で患者対応をしているため、トークルームをチームごとに作成し、各チームの医師と病棟看護師・病棟薬剤師で運用を開始した。トークルームにはこれまで連絡用紙に記載していたような、医師に確認したい内容や処方依頼、診察してほしい状態の写真を添えて送ることもできる。医師は、病棟に戻らなくても連絡内容が確認でき、手近にあるパソコンで処方や検査依頼などの指示入力ができるようになった。また、トークへの返信もできるため、電話で作業が中断されることがなく、連絡の確認のために病棟に戻る必要が無く、その場で対応できるようになったため、負担軽減につながっていると考える。また、電話連絡による看護師・医師双方のストレスも軽減されたと考える。トークルームの活用により、連絡用紙を廃止し、緊急以外の電話連絡もなくなった。

３．薬剤鑑別の開発について

当院のDXの取り組み過程ではワールドカフェなどを開催し、スタッフの声を取り入れてシステムの開発につなげてきた。この薬剤鑑別システムの開発は現場の声からできたシステムである。カルテのベンダーと共に、AIを用いて、入院患者が持参した内服薬を鑑別出来るシステムを構築した。そのシステムを応用し、現在、ベッドサイドで看護師が患者に与薬する場面で内服薬の鑑別と実施記録が出来るシステムを構築し、現場で実証している。

これまでの内服前の薬剤の確認は、間違いが無いように医師の指示である薬歴画面と内服薬を１つずつ間違いがないかを画面と照合し、確認していた。そのため、看護師は薬剤形状に関する知識が必要となり時間も要していました。また、実施入力も薬歴画面から１剤ずつかけるようになっており、１人１人の与薬に時間を要していた。薬剤準備から患者さんに内服してもらい、実施入力をするまでの過程に時間がかかるため、中断業務も

多く誤薬等が発生しやすい状況となっていた。実証している薬剤鑑別システムでは、iPhoneで写真撮影することで、与薬する薬剤を薬歴画面の指示内容と突合するため、短時間で確認することが出来る。薬剤の準備から実施までの過程が短時間で行えるため、中断が発生する隙間がなく安全性を担保して与薬することができるようになる。現在、実証中の過程ではあるが、このシステムを活用することで、患者20名に対し、約１時間要していた薬剤確認時間が、15分まで短縮することができると考える。現在の薬剤鑑別システムは、PTP包装シートから見えている薬剤の形状や色、刻印などで認識しているため、今後はさらに改良が進むことで、一包化の薬剤が鑑別できるようになるとさらにベッドサイドでの薬剤鑑別の時間が短縮できると考える。

図３

展望

現在のDXの活用は、時間削減や働きやすさにつながっている印象がある。しかし、看護師の時間外の短縮には至っていない。主な理由として、看護師はDXの活用で作り出された時間をこれまでできなかったベッドサイドケアの充実にあてているのではないかと推察される。そのため、今後は量的評価のみならず、看護師・患者の満足度など質的評価にも注視し、有効性の検証をしていきたいと考える。

2 一般演題（口演発表）

地域包括ケア病棟における看護師としての役割
～在宅等への退院支援に向けた取り組みと課題～

◎平川 承吾　　小澤 未空
医療法人社団協友会　金沢文庫病院　看護師・看護部

【目的】

はじめに、わが国の総人口は減少している一方、75歳以上の高齢者人口は増加傾向にある。「地域の特徴としても高齢化が進んでおり、2023年度時点で30.7％と横浜市の平均を上回っている。」[1)] 厚生労働省は団塊の世代が75歳以上となる2025年以降、医療や介護の需要が増加することが見込まれることから、2025年を目途に地域包括ケアシステムの構築を目指している。地域包括ケアシステムとは、「団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」[2)] と提示している。A病院の地域包括ケア病棟に入院する患者の８割は80歳以上であり、地域包括期限内に退院に至らない事例や入退院を繰り返す事例がある。

地域包括ケア病棟における看護師の役割は、日常生活動作の維持・向上や患者・家族が安心して自宅で生活をすることができるよう、多職種と連携しながら思いに寄り添った退院支援が必要であると考える。また、患者・家族の思いと現実に相違があるときは患者・家族の意向に沿いながら、現在の状態を踏まえて患者・家族とすり合わせをすることも必要であると考えている。退院支援において、患者・家族の現状を把握するだけでなく、先を見据えた関わりをしていくことが重要である。

病棟の特徴として、１～３年目の若手看護師が多く、知識と経験の違いにより退院支援が滞ることがある。看護方式はパートナーシップ・ナーシング・システム（以下PNSとする）を採用している。PNS方式は福井大学医学部附属病院看護学部によって、「２人の看護師がペアを組んで複数の患者を受け持ち、対等な立場でお互いの特性・能力を活かしながら補完・協力し合い、看護業務を行うこと」[3)] と提唱されている。看護師がペアになって看護ケアを行うことで知識と経験の差を埋めることや若手看護師の育成にもなることが考えられるが、ペアの中で業務分担をしておりPNSの役割が果たせていないと感じる。毎日15分程度行うチームカンファレンスの中でのみ、患者の全体像の把握と退院に向けた関わりを検討している現状にある。

本研究は、A病棟の看護師が取り組む退院支援の現状を把握して、新たに情報共有シートの改定とMSWカンファレンスの導入・勉強会の開催を行った今年度の取り組みの効果を振り返る。

【方法】

１．調査期間：2024年４月～2024年11月
２．対象者：2024年にA病棟で勤務している看護師15名（１～５年目８名、６年目以降７名）
３．データ収集方法
１）アンケート調査

勉強会と情報共有シート改定前後でアンケート調査を２回実施した。データ収集方法は質問紙法を用いて、「退院支援の介入方法の理解」「退院支援の実践」「退院支援を行う上で困っていること」などを自由記載方式と選択回答方式を組み合わせて行った。得られたデータをもとにグラフ・カテゴリー別に分類した。アンケートは対象者の時間を要さないように、選択回答方式を主体とした。調査結果は、経験年数１～５年目と６年目以降に分けて集計を行った。

２）質問項目

⑴ 基本属性

看護師の経験年数について尋ねた。

⑵ 退院支援介入に関する理解度

退院支援の介入方法を理解しているか、「十分に理解している」「大体理解している」「ほとんどわからない」「全くわからない」の４項目に分けて尋ねた。

⑶ 退院支援での困難に思うこと

退院支援を行う上で困っていることを、独自で作成した質問項目を使用して尋ねた。「MSWの役割が分からない」「MSWへの依頼方法が分からない」「誰が介入を始めるのか分からない」「退院調整の開始時期が分からない」「介護保険制度の仕組み・活用方法が分からない」「福祉サービスの内容が分からない」「退院支援カンファレンスシート・退院支援計画書があることを知らない」「療養生活のイメージができない」「その他」とした。質問項目は、複数選択回答可能の形式をとることで、対象者が退院支援で困っていることを明確化する。

⑷ 情報収集で不足していると考えること

入院時のアナムネや他院・施設からの情報、日々の患者・家族の情報収集から、不足していると感じることはあるのか、独自で作成した質問項目を使用して尋ねた。「病状確認・治療状況・今後の予測」「本人・家族の理解と受け入れ状況」「医療処置内容・セルフケア能力の有無」「収入や資産等の金銭的背景」「その他」とした。質問項目は、前質問方式と同様に複数選択回答可能方式をとった。

⑸ 就業時間内の退院支援介入状況

就業時間内に退院支援を行う時間の確保はできているのかについて、「はい」「いいえ」の２択で尋ねた。

⑹ 退院支援における取り組み

退院支援の実践において、自身が取り組んでいることについて自由記載方式で尋ねた。取り組みの実際に関しては、経験や知識を統合して実践に活かしていることが考えられるため記述方式をとった。

⑺ 情報共有シートの改定

先行研究で、患者の全体像把握と共通認識が持つことができるように情報共有シートを作成した。しかし、記述式は、カンファレンスの時間だけでは患者情報を記載することだけで終わり、内容の検討ができていなかった。選択式に変更して、効果的な情報共有と内容の検討ができるようにした。

３）情報共有シート改定

先行研究で使用していた情報共有シートの評価を１回目のアンケートで実施した。アンケートの結果をもとに記述式から選択式に情報共有シートを改定。２回目のアンケート結果から再度情報共有シートを改定して、使用の定着化に努めた。

４）勉強会

アンケート調査結果から退院支援に対する認識が浅い項目として、退院支援の介入時期・方法と依頼方法に焦点を当てて、MSWへ退院支援の勉強会を依頼した。対象者が全員出席できるように

３回勉強会を開催した。

５）MSWカンファレンス

医療相談員（以下MSW）・訪問看護師と連携してＡチームとＢチームに分かれて、週に1回月曜日にカンファレンスを実施。カンファレンスの検討内容は、退院先と退院先の条件に付随する病棟での生活状況の情報共有、訪問看護や退院前後訪問を導入できるか、必要なサービスの検討である。

６）チームカンファレンス

14時に看護師・補助者が集まり、残務を報告して協働するリシャッフルを行い、その後15分程度はチームに分かれてカンファレンスを行う。チームカンファレンスでは、MSWカンファレンスでの検討内容や対象者を１人選定して、目標から現状の把握と方向性を検討する。必要に応じて、部屋持ち看護師は検討内容をリハビリテーション科や薬剤科、栄養科に相談して、再度チームとカンファレンスをする。

【結果】

１．研究参加者

2024年にＡ病棟に勤務する看護師15名（１～５年目８名、６年目以降７名）にアンケート調査を６月と８月に実施した。

２．調査結果

アンケートの回収率は、１回目72％、２回目80％であった。アンケート調査の１回目は、MSW主催の勉強会やMSWカンファレンス導入前の実践結果をもとに集計した。２回目は、勉強会とMSWカンファレンスを導入して２か月後に行った。退院支援の介入方法を理解して取り組み、実践しているなかで困っていることを尋ねた。１回目の調査では、「退院支援の介入方法の理解」の項目でほとんど理解できていると回答したのは３割であった。「退院支援の実践」について問うと、５年目までの看護師は「チームカンファレンスやMSW・リハビリスタッフと現状の情報共有」と抽象的な回答に対して、６年目以降の看護師は、「患者・家族の意思確認」「多職種との情報共有・課題の抽出と現在の進捗確認」「医師と治療方針や今後の方向性の確認」と内容に具体性があった。２回目の調査では、医療相談員主催勉強会の出席率は低く、集計結果に変化がみられなかった。

３．情報共有シート

先行研究では、患者の全体像把握と共通認識が持つことができるように、一目でわかる取り組みとして情報共有シートが作成された。昨年に使用していた情報共有シートは、全て記述式であった。

１回目のアンケート調査結果より、「記述が多く、業務負担が大きい・カンファレンスの時間内に記載ができず内容の検討まで進まない」「表現により、看護師間の受け止め方に違いが出る」と意見があがった。情報共有シートが活用されず、情報共有ができていないことや退院支援が進んでいない事例があった。アンケート調査結果をもとに、選択式、不足・補充項目については箇条書きで記載できるように改定し、退院支援に対する意識が向くように取り組みをした。２回目のアンケート調査結果より、「一目瞭然になった」「記載する時間が短縮化した」「情報収集の統一性が図れた」と記載箇所を簡略化したことで、実用的になったと前向きな発言がみられるようになった。

４．勉強会

アンケート結果より、退院支援の導入より困難に感じていることが把握できたため、MSWに勉強会主催の依頼をした。退院支援看護師主催のもと、退院支援の開始時期や依頼方法を主体とした勉強会を実施した。１度の勉強会では周知ができ

ないと考えたため、MSWと日程調整を行い、同じ内容の勉強会を３回に分けて開催することができたが出席率は40％と低かった。勉強会に出席できなかった人を考慮して、資料は病棟勉強会ファイルに入れていつでも、誰でも確認できる方法をとった。

５．MSWカンファレンス

昨年までは、週に１回水曜日のリハビリカンファレンスにMSWが出席していたが、療養先に自宅を目指す患者も多く、訪問看護の導入を検討できることやリハビリカンファレンスの時間が面会時間に近いため、MSWは患者・家族との関わりを持ことから日程調整が行われた。リハビリカンファレンスとは別で、週1回月曜日にMSWカンファレンスへ変更となった。MSWと訪問看護師、AチームとBチームそれぞれの看護師が出席して、患者の病棟での生活状況や療養先、今後必要となるサービス、訪問看護開始を検討できるか対象を選定して話し合いをしている。これにより、若手看護師の生活に対するイメージ構築に繋がっている。

６．チームカンファレンス

毎日14時にリシャッフルが行われた後、AチームとBチームに分かれて看護師間で情報共有を行う。情報共有シートをもとに、情報収集が不足している項目を補い、目標達成するための課題の進捗状況を確認する。今までは、先輩看護師が情報共有ファイルを持ってきて患者選定を行い、意見を発信することが多かった。情報共有シートの改定やMSWカンファレンスに積極的に若手看護師が出席することで、チームカンファレンスでの発言の機会が増えた。患者の現状や意向、今後の方向性を確認して、必要となる看護を先輩看護師と意見交換をすることができている。検討した内容は、部屋持ち看護師がリハビリスタッフや栄養科、薬剤科と相談して記録に残して可視化している。

７．退院数の実績

2022年度は、入院数255件･退院数68件に対して、2023年度は入院数287件・退院数118件で退院数は、昨年度と比較して50件増えた。

【考察】

１．退院支援における看護師の役割

高齢化が進む現代では、医療や介護のニーズが増えることが見込まれている。厚生労働

省の調査結果によると、「自宅で療養して、必要になれば医療機関を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60％以上の国民が自宅で療養したい」[4)]と望んでいることが分かった。住み慣れた環境で生活ができるように、高齢者の特徴を踏まえて患者・家族の意思決定支援を実践し、入院時より退院後の生活を見据えた関わりをする必要があると考える。

高齢者の特徴としては、身体機能の向上が見込まれていても急激な低下や病状悪化が起こることもあり、予測が難しい。入院期間が延長することで筋力や認知機能の低下が示唆されている。また、栄養状態の低下により、皮膚の脆弱性な高齢者は皮膚トラブルを起こして、自宅でもケアが必要になることも考えられる。高齢者にとって奪われた体力を取り戻すことは容易ではない。入院生活の場では、できることは患者に行ってもらい、介助が必要な箇所については代用して患者自身で実施できる方法はないのか、家族からの協力は得られるのか退院後の生活を想像しながらケアすることが必要である。また、可能な限り前の生活に戻れるような支援を多職種と連携して介入していく必要がある。しかし、入院患者の中には、入院前の生活とは身体面・社会面・認知面もかけ離れてし

まうこともある。家族には、現在の患者の状態を実際に見て理想と現実のギャップを埋める関わりも必要になる。

A病院では、入院時から入院前の生活状況や退院後の目標を患者･家族から聴取している。患者･家族が望む生活の実現には、退院後の生活を見通した生活情報収集は必須である。入院時の情報収集だけでなく、面会時にも看護師から声をかけて、患者の現状報告や今の状況から考える家族の思いを聞き、医療者とズレが生じていないか確認することを実践している。

また、患者・家族に行う退院指導では、退院後に必要となる看護ケアをチームで話し合い、目標と課題を明確化して、一貫性を持って関わることができるように患者・家族の発言や表情、実践状況と到達度までを明確化して介入している。患者･家族をチームの一員として巻き込むことで、退院支援を円滑に進めることができると考えられる。

患者・家族の今後を見据えて予測して関わりをもつことは、看護師の重要な役割の１つであると考えられる。しかし、予測した関わりには、看護師の知識や経験が欠かせない。今回の調査結果より、A病院の地域包括ケア病棟は若手看護師が多く、知識と経験が浅いことが退院支援を滞らせている原因であることがわかった。現在、PNS方式であるが、本来の役割を果たせていないと感じている。ペアでの業務分担を行うのではなく、相互に補完し協力することで、患者の現状把握と目標・課題解決に向けた関わりができると考えられる。

２．多職種と連携・協働した退院支援

地域包括ケア病棟における多職種連携とは、治療にあたる医師や患者の生活に合わせた身体機能の維持・改善に努めるリハビリ、退院先との調整をするMSW、栄養や皮膚トラブルへの対処として多職種から成るNST、薬剤調整を医師と連携して行う薬剤師などがある。共通目標を持ち、多方面から各職種の役割が発揮されることで課題解決につながると考える。必要な専門職種を判断して、連携調整することは看護師として重要である。

３．退院支援における情報共有ツール

A病院は、昨年まで紙カルテで運用されていた。先行研究から、患者の全体像把握と共通認識を持つことができるように情報共有シートを作成されたが、効果的な活用ができなかった。記載箇所を簡略化したことで実用的になった。現在は電子カルテに移行したが、若手看護師が多く知識と経験に差があるため、情報共有シートは継続していきたい。

４．カンファレンスの充実

A病院では、チームカンファレンスやMSWカンファレンス、リハビリカンファレンスが週に１回実施されている。共通した目標を持ち、それぞれの視点に立った達成状況や課題について検討されている。患者・家族が安心して自宅で生活することができるよう、患者・家族や院内多職種、ケアマネジャーなどが参加する合同カンファレンスを実施することもある。患者・家族や多職種間で共通した目標に向けて、課題解決のために退院に対する意識を持つことでカンファレンスの充実が図れると考える。

５．取り組みと今後の課題

A病院の地域包括ケア病棟は、若手看護師が多く知識・経験が浅いことから退院支援が進まない現状にあった。退院支援における看護師の役割や情報共有シートを活用した取り組みから、退院支援に対する意識を持って関われたことが退院数の増加につながったと考える。

超高齢化が進む中、2025年に向けて医療体制は病院完結型から地域密着型へ変化している。地域包括ケア病棟における看護師の役割として、患者・家族や多職種と連携・協働して、安心・安全に在宅で療養生活が送れるように入院時から退院を見据えた関わりをもつことであると考える。患者・家族の望む生活に近づけるように、意思決定の支援が今後必要になると考える。意思決定支援（以下ACP）について、日本老年医学会によると「将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス」[5]と提唱されている。本人がその人らしく、尊厳を持って生活することができるように入院時から関わりを持ち続けることが必要であると考える。

文献

1）金沢ささえあいプラン（第４期計画）の背景, https://www.city.yokohama.lg.jp/kanazawa/kenko-iryo-fukushi/fukushi_kaigo/chiikifukushi/fukushi-plan/4kitifukukeikaku.files/0014_20220207.pdf（検索日：2024年10月16日）

2）厚生労働省：地域包括ケアシステム, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html （検索日：2024年10月16日）

3）福井大学医学部附属病院看護学部：PNS紹介, https://www.hosp.u-fukui.ac.jp/kango/pns/（検索日：2024年10月16日）

4）厚生労働省：在宅医療の最近の動向, https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf（検索日：2024年10月16日）

5）日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」：日本老年医学会「ACP推進に関する提言」, https://jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf（検索日：2024年10月16日）

3 一般演題（口演発表）

当院におけるポリファーマシー対策
～災害時の薬品不足を見据えて～

◎堤　泰輔　　木野 裕子　長谷川よし子　鈴木 勇三　篠原 裕希
医療法人湘南篠原クリニック　クローバーホスピタル　薬剤師

【はじめに】

クローバーホスピタル（以下当院）は170床の在宅支援型病院である。入院患者様は急性期病院よりの転院の方が多く術後のリハビリや急性期治療が終わってからの退院調整の段階の方が多くを占めている。

【ポリファーマシー（多剤併用）の実情】

・ポリファーマシー問題は高齢者に多い

75歳以上の約25％は７種類以上、約40％は５種類以上の薬剤が処方されている統計がある。

・ポリファーマシーが起きる要因

生活習慣病や老年症候群等の重積、併存疾患の増加

複数の医療機関を受診する。複数の調剤薬局から薬を貰う。

・ポリファーマシーによる弊害

副作用のリスクが上がる／ふらつき・転倒・うつ・せん妄などが起きやすくなる／飲み間違い・アドヒアランスの低下が起きる／薬剤金額の負担・等

【薬剤課におけるポリファーマシーへの取り組み】

目標：薬物治療の適正化・地域へ帰るための支援

当院では入院時に現在使用中の薬やその経緯等を紹介状や患者様自身等から聞き取りを行い鑑別報告書としてまとめ主治医に提示している。その際減薬できそうな薬や必要の可否など再度検討が必要な薬を挙げて主治医に再考して頂いている。またカンファレンス等を通じて薬の変更後の確認も行っている。

また減薬困難事例等はポリファーマシー検討会等で主治医以外の医師に意見を伺い薬局内でも相談を行い少しでも改善に努めてきている。

【薬剤師が提案する減薬例の紹介】

・鎮痛剤の過剰・漫然投与

痛みを確認し、減量中止や常用から頓用への切り替えを提案

・色々な薬剤の漫然投与

手術時の抗生剤点滴と一緒に出ていた整腸剤が、そのまま継続されている

入院直後せん妄で処方されていた鎮静剤や睡眠剤がそのまま継続されている

めまいで処方されたメリスロン、今は症状が改善していが継続している。

・似たような薬剤の併用

H2ブロッカーとPPI、NSAIDs（解熱剤と鎮痛剤）、いろんな病院から睡眠薬、安定剤

・目的不明の薬剤

「先生から続けても害がないからと言われてずっと飲んでいます。」etc

【結果】

		平均（1–7月）	
項目		件数	割合
退院患者総数※		52	–
減薬患者総数		38	74%
入院時6剤以上持参した退院患者総数		28	55%
薬剤総合評価調整加算	加算あり	23	82%

※死亡退院・搬送を除く

2024年１～７月の減薬患者数、薬剤総合評価調整加算の算定数は上記表のとおりとなり内容としては

・入院患者の半数以上が６剤以上持参（多剤併用）であった。
・退院患者の７割以上で処方整理を行った。
・薬剤総合評価調整加算（退院時算定）は８割以上で算定することができた。

【考察】

・当院では薬剤課が主体となってポリファーマシー対策を行ってきた。
　→チーム医療として取り組むことにより結果が出るようになってきた。
　特に医師の協力は必要不可欠となる。
・ポリファーマシーの軽減は医療経済の面だけでなくコンプライアンスの向上や退院調整の面でも今後も重要なってくると思われる
　→退院された患者様の家族からは感謝の言葉も多い。
　→薬剤調整をすることにより退院調整にもスムーズになり退院先の選択肢も増えてくることになる。

【災害時における薬剤師の役割】

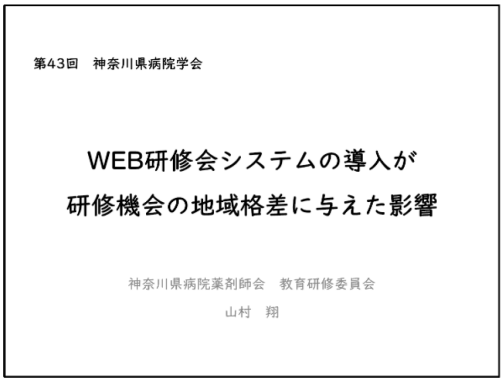
当院は神奈川DMATとして能登半島地震の被災地での活動に参加した。

・実情として避難所等では薬の仕分けや管理は市の職員やボランティアが行っている。
　→薬剤管理としての薬剤師の職能が活かせる所かと思われる。
・被災地では薬過不足が避けられない。
　→特に定期使用薬はその場にある薬での対応を迫られる。
　→自然と不要な薬の整理やその場にある薬への切り替えが行われる
・災害の備えとして物品等も大事であるが投薬内容について取捨選択しその場にある薬に切り替えていくスキルを磨くことも重要なのではないかと思われる。

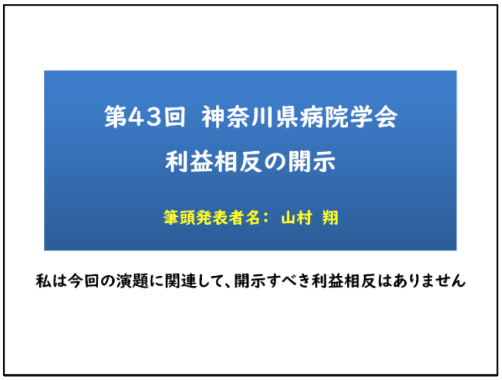
WEB研修会システムの導入が研修機会の地域格差に与えた影響

◎山村　翔　　山田 英紀
神奈川県病院薬剤師会教育研修委員会　大和市立病院　薬剤師　医療技術部薬剤科

スライド1

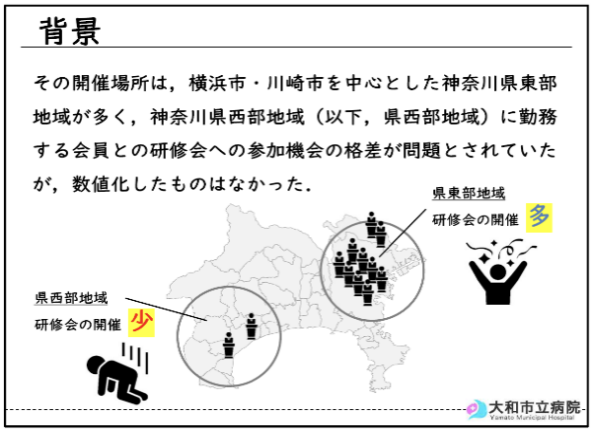


スライド2



今回の発表に際して、開示すべき利益相反はありません。

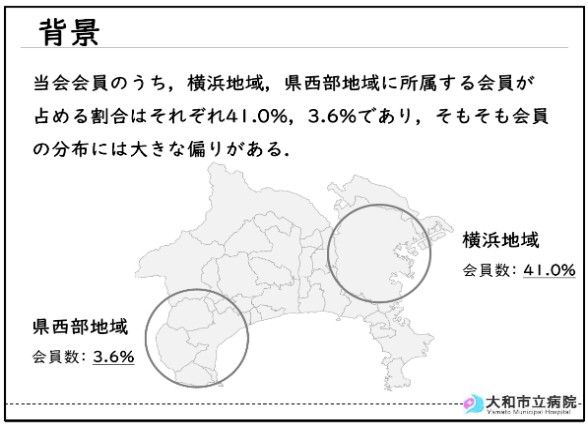
スライド3



背景です。神奈川県病院薬剤師会、以下、当会では、会務を円滑に運営するために、以下の９つの常置委員会を設置しています。

各委員会が研修会を企画・運営し、年間およそ70回程度、開催しています。

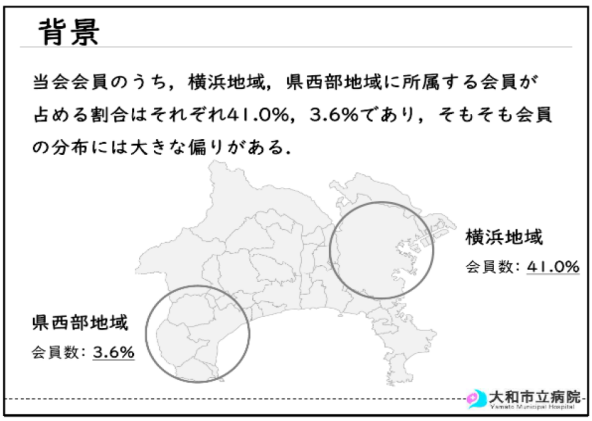
スライド4



しかしながら、その開催場所は、横浜市・川崎

市を中心とした神奈川県東部地域が多く、神奈川県西部地域（以下、県西部地域）に勤務する会員との研修会への参加機会の格差が問題とされていましたが、それを数値化したものはありませんでした。

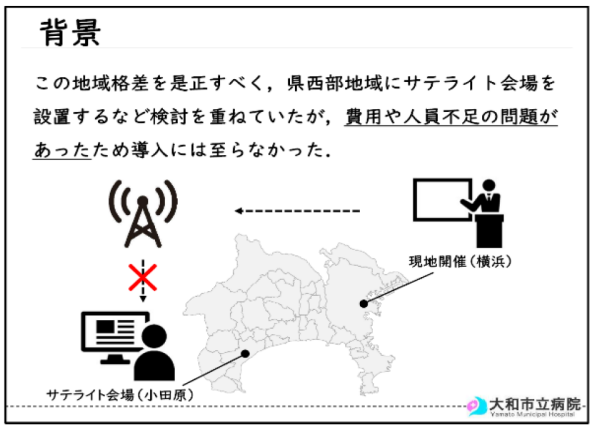
スライド5



当会会員のうち、横浜地域、県西部地域に所属する会員が占める割合は、それぞれ41.0%、3.6%であり、県西部地域の会員数は、横浜地域の会員数の約10分の１であると報告されています。

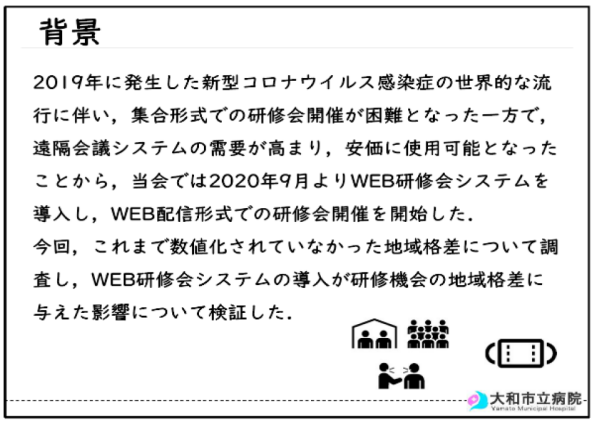
参加者のうち、県西部地域に所属する会員が少ないことは明らかとなっていましたが、そもそも会員の分布に大きな偏りがあることから、格差があるかについては不明でした。

スライド6



一方で、この地域格差を是正すべく、県西部地域にサテライト会場を設置するなど検討を重ねていましたが、配信機器が高額でそのための費用が捻出できないこと、サテライト会場に配置する人員が不足していることなどから、導入には至りませんでした。

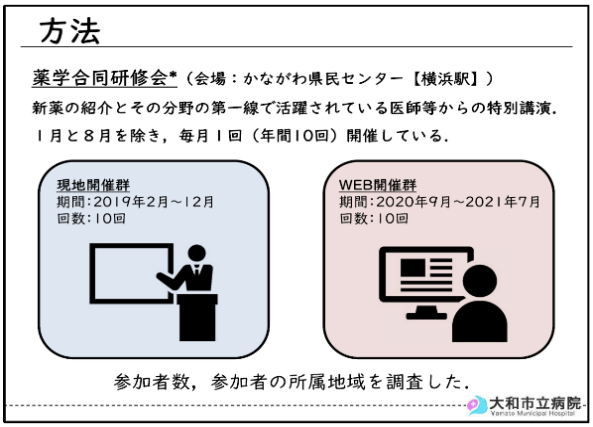
スライド7



こうした中、2019年に発生した新型コロナウイルス感染症の世界的な流行に伴い、集合形式での研修会開催が困難となった一方で、遠隔会議システムの需要が高まり、安価に使用可能となったことから、当会では2020年9月よりWEB研修会システムを導入し、WEB配信形式での研修会開催を開始しました。

今回、これまで数値化されていなかった地域格差について調査し、WEB研修会システムの導入が研修機会の地域格差に与えた影響について検証しました。

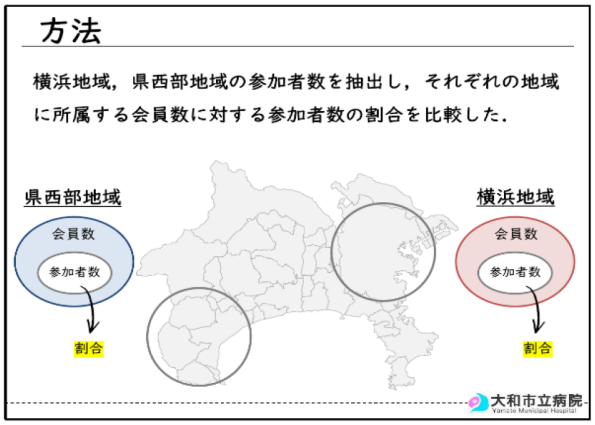
スライド8



方法です。私が所属する、当会の教育研修委員会では、新薬の紹介とその分野の第一線で活躍されている医師や薬剤師の先生から、新薬の使用経験や治療成績をお話しいただく、薬学合同研修会を年間10回、開催しています。

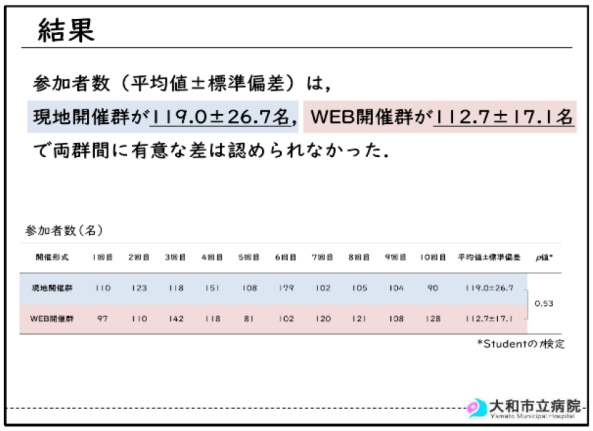
この薬学合同研修会を対象に、現地で開催した2019年２月～12月までの10回と、WEB配信で開催した2020年９月～2021年７月までの10回を、それぞれ、現地開催群とWEB開催群の２群に分類し、参加者数、参加者の所属地域を調査しました。

スライド9



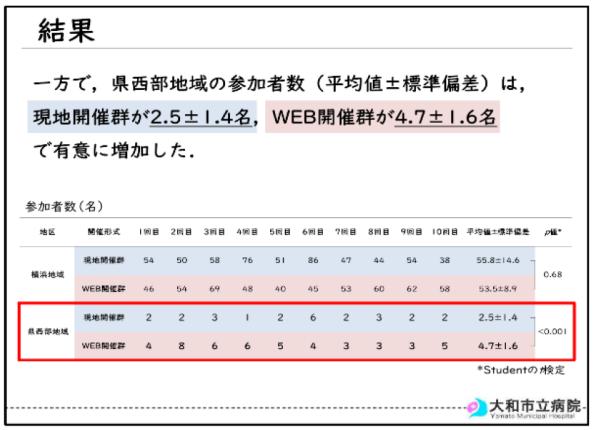
さらに、横浜地域、県西部地域の参加者数を抽出し、それぞれの地域に所属する会員数に対する参加者数の割合を比較しました。

スライド10



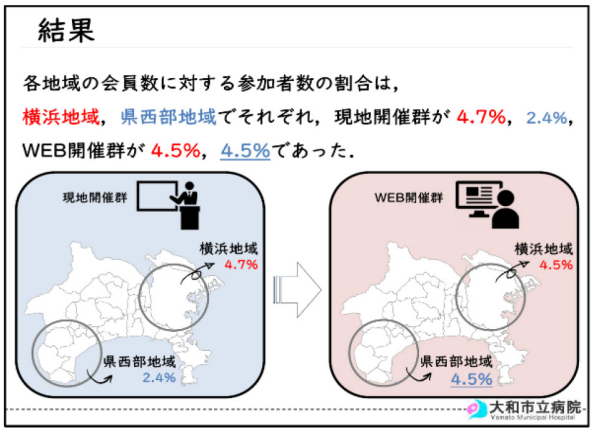
結果です。参加者数の平均値は、現地開催群が119.0±26.7名、WEB開催群が112.7±17.1名で両群間に有意な差は認められませんでした。

スライド11



一方で、県西部地域の参加者数のみの結果では、参加者数（平均値±標準偏差）は、現地開催群が2.5±1.4名であったのに対して、WEB開催群が4.7±1.6名と有意に増加しました。

スライド12



次に各地域の会員数に対する参加者数の割合を比較した結果です。

現地開催群では、横浜地域、県西部地域でそれぞれ、4.7%、2.4%であったのに対して、WEB開催群では、横浜地域が4.5%、県西部地域が4.5%と、横浜地域と県西部地域の割合は同一の結果となりました。

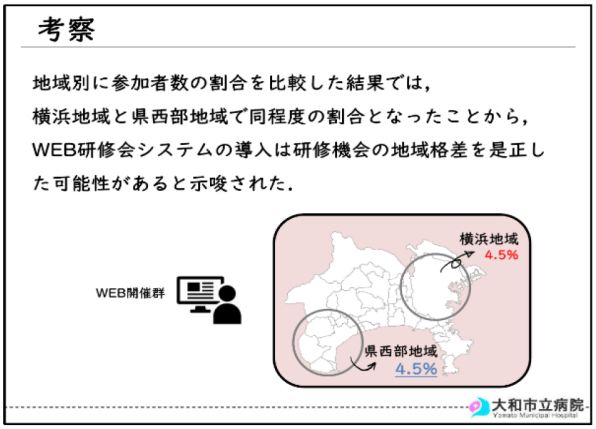
スライド13

考察です。現地で開催する場合、横浜駅周辺の会場で開催することが多く、県西部地域の会員は移動に時間がかかることから、参加することができなかったと考えられます。

スライド14

WEB研修会システムの導入によって、自宅や勤務先等で研修会に参加できるようになったから、移動の負担が解消されたと予想しました。

スライド15



地域別に参加者数の割合を比較した結果では、横浜地域と県西部地域で同一の割合となったことから、本検討は一研修会の結果に過ぎませんが、WEB研修会システムの導入は研修機会の地域格差を是正した可能性があると示唆されました。

5 一般演題（口演発表）

災害時の食事提供　～二段構えの準備と実践～

◎小林 マリ　　高橋 範子　吉野　千恵子　熊澤 裕子　篠原 裕希
鈴木 勇三　長谷川よし子
医療法人篠原湘南クリニック　クローバーホスピタル　管理栄養士・栄養課

【はじめに】

クローバーホスピタル（以下当院）は170床の在宅支援病院である。2024年8月の患者数実績では１日当たり経口摂取96.6名（59.2%）、経管栄養49.7名（30.4%）、絶食17.0名（10.4%）でありこの数字をもとに経口摂取約100名、経管栄養約50名を想定した災害時備蓄をしている。

【背景と目的】

当院は2004年に開院し、2006年より地震のための非常食の準備はしてきたが、近年の異常気象で台風等での大災害が増え非常時対応を必要とする機会が増え、その都度に非常食を使用していては費用・保管場所・労力面で非効率と考え「災害時の食事提供について見直す」ということを目的に検討を重ねてきた。

【解決策】

2019年より食材の無駄を抑えるために冷蔵庫→冷凍庫→レトルト・乾物→非常食の順に在庫品を使用していくこと、また、台風等事前予測可能な場合と地震等事前予測不可能な場合に分けて見直し「二段構えの準備」を整備した。下記に具体例を示す。

①台風等の予測可能で事前対応がとれる場合

＊ガスのみ停止時（電気・水道は使用可）

・全てスチームコンベクション対応の献立に切り替える

・ミキサー等は使用可能なためきざみ・嚥下食も通常どおりの対応とする

・食器は洗浄機使用不可能のためディスポ食器で対応する

＊電気のみ停止時（ガス・水道は使用可）

・全てガスコンロを使用しての献立に切り替える

・食器は洗浄機使用不可能のためディスポ食器で対応する

＊停電・ガス停止時または停電・ガス・水道停止時

・パン、ジャム、牛乳（LL牛乳）、フルーツ缶・ゼリー等を提供する

・食器は洗浄機使用不可能のためディスポ食器で対応する

②地震等の予測不可能で急に発災する場合

＊発災後３日間は状況に合わせて下記３日分の献立を参考に在庫使用での食事提供を継続する。

冷蔵庫→冷凍庫→レトルト・乾物の優先順位で在庫を使用する。ヨーグルトやゼリーの冷蔵品、パン等は使用可能なうちに優先して消費、後半に御飯や乾物を組み入れていく。調理法としては例えば混ぜ御飯はレトルトの炊き込み御飯の素を混ぜるだけ、シチューや

スープ煮、カレーは冷蔵冷凍庫の肉や魚とその時にある野菜を一緒に煮るだけというように全体に単純で簡潔な方法としてある。炊き込み御飯の素やシューやカレーの素はいつでも使えるようローリングストックとして多めに発注し通常の献立に組み込み、効率的に回転させるようにしている。

〈献立〉

	１日目	２日目	３日目
朝	パン ジャム ヨーグルト	パンまたは御飯 ジャム ビーフシチュー ヨーグルト	混ぜ御飯 （炊き込み御飯の素使用） フルーツ缶
昼	パン ジャム 魚のスープ煮 ゼリー	パンまたは御飯 ジャム 魚のスープ煮 ゼリー	混ぜ御飯 （炊き込み御飯の素使用） 煮豆
夕	パン ジャム ポークカレー プリン	パンまたは御飯 ジャム ポークカレー プリン	混ぜ御飯 （炊き込み御飯の素使用） 高野豆腐煮 フルーツ缶

1日当たりの栄養量（平均）　エネルギー：1300kcal たんぱく質：50g　水分量：900ml

＊在庫がなくなったら非常食の「サバイバルフーズ」を提供する。３日分備蓄あり。

〈サバイバルフーズの特徴〉

・賞味期限25年
・水を入れて煮てつくる
・水でふやかすのみでも食べられる
・各缶に缶切りが付いている

〈サバイバルフーズ1日当たりの栄養量（平均）〉

エネルギー：1000kcal たんぱく質：40g 塩分：7g　水分量：800ml

＊きざみ・嚥下食はゼリーや経管栄養剤にとろみを付けて対応することとしている。このため通常使用する分の３割増しの量をストックするようにしている。

③　①②の共通項目

懐中電灯・ランタン等設置済、非常時の厨房スタッフ連絡網整備済、水は貯水タンクに取り出し口を設置し取り出し可能な状態にしてある。ライフラインが全て寸断された場合には貯水タンクから水を取り出し、火起こしして炊き出しを行うこととなる。

【考察】

災害時の食事提供として、一段階目は在庫を使用しての非常用献立で３日分、二段階目としてサバイバルフーズで３日分の食事提供と二段構え６日分の備えを整えた。

しかし、連絡網は整備済だが実際何名出勤可能なのかは不明である点、栄養課・厨房スタッフ以外の対応可能な職員がどの程度いるのかの把握が必要な点、本格的な炊き出し訓練を実施したことがないため定期的な院内研修や実施訓練が必要なこと、現在職員分の非常食の用意がないため整えていく必要がある等々の課題が残されている。

6 一般演題（口演発表）

備蓄食の啓蒙活動について

◎堀内 杏菜
医療法人社団明芳会　横浜旭中央総合病院　管理栄養士　栄養科

Ⅰ．はじめに

2011年３月の東日本大震災発生当時、当院には災害発生時のマニュアルがなく、改めて有事の際の対応を検討していく中で、2013年９月神奈川県栄養士会医療事業部主催の「宮城県被災地施設視察」に当院の栄養科長が参加した。この視察後、2014年５月に災害時対応マニュアルを完成させることができた。マニュアルの内容としては、被災状況に応じた食事の対応、備蓄食の運用方法について記載しており、定期的に内容の更新を行っている。実際に視察へ行き実感したことは、災害時栄養科だけでは『安全な食事の提供』が出来ない、つまり、いかに多職種と情報共有するかが重要ということである。栄養科が不在の際に災害が起きた場合を考えると、多職種にも災害時の食事提供について理解をして頂く必要がある。そこで今回は、当院栄養科で行ってきた備蓄食品の啓蒙活動について報告する。

Ⅱ．目的

当院の備蓄食の管理方法や備蓄内容を他職種に見える化をすることで、災害時の食事対応の連携意識につなげる。そして、実際に災害が起こった時、早急に対応できるようにする。

Ⅲ．方法

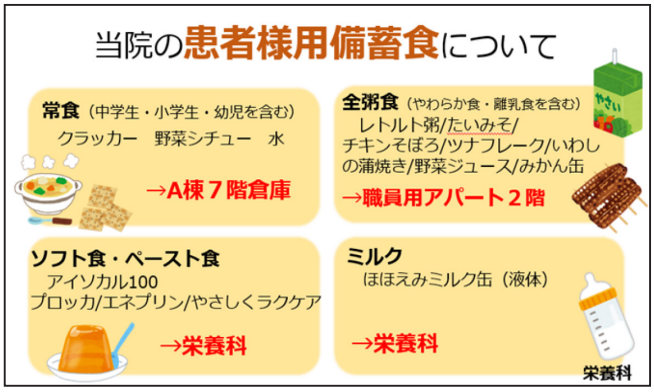
１．備蓄食品の給食提供

毎年９月１日の防災の日に合わせて備蓄食品の給食提供をしている。今年は、９月２日から１週間を防災週間とし、備蓄食からレトルト粥、イワシの蒲焼丼、そぼろ丼、野菜ジュースゼリーを提供した。お粥はパックのままで提供することで、実際の災害時を想定している。看護師、言語聴覚士などの他職種に実際に備蓄食を確認してもらう良い機会となった。

２．備蓄食関連の情報の掲示

一人でも多くの他職種が目に付く場所として、食堂などあらゆる場所に設置されている職員向けの院内デジタルサイネージを活用し情報共有を行った。内容としては、【防災週間の食事提供について】（資料１）【当院の備蓄食の内容について】（資料２）【備蓄食の保管場所について】（資料３）を掲示した。院内の食事との関わりが少ない職種にも情報共有することが出来た。

資料１



資料２

資料３

さらに、栄養科職員で2011年から勤務している者は３名のみであり、栄養科内でも備蓄食に関して周知が必要と考えた。そこで、栄養科内でサバイバルフーズの試作・試食会を行い、理解向上を促した。（資料４・５）

そして、実際にサバイバルフーズを作って試食した風景を動画にして、こちらも職員向けの院内デジタルサイネージへ掲示した。（資料６）

備蓄に関する理解だけでなく、サバイバルフーズの作り方を他職種に示すことが出来た。

資料４

資料５

資料６

３．備蓄食のローリングストック

総務課と有事の際に行動部隊となるリハ科にも協力を得て、備蓄食を毎年新しいものへ入れ替えを行っている。（資料7・8）

病院近くのアパートの１室を借りて、そこへ入れ替えを行った。嚥下調整食に関しては、栄養科内に保管している。（資料９）

毎年新入職員が入るため、この備蓄交換のタイミングに新入職員は必須で備蓄保管場所へ行くことで、栄養科全員が場所を理解できるようにしている。実際に他職種でアパートへ足を運び、備蓄食の入れ替えを行う事で、災害時スムーズに備蓄食を運び出せる体制を整えることが出来た。

資料７

資料８

資料９

Ⅳ．結果

患者、職員の備蓄食品に対する理解が進んだ。患者としては、給食を通して備蓄への安心に繋がった。職員としては、備蓄食の保管方法や食事対応方法についての理解に繋がった。また、期限が迫った備蓄食品の給食への活用により、食材ロス削減に繋がった。

資料10

Ⅵ．結論と展望

備蓄食の完備がゴールではなく、有事の際に速やかに使用できるよう管理していくことが重要である。また、東日本大震災発生から 13年という月日が経過した現在、防災意識を風化させないということが求められる。以前は、栄養科主催で他職種へ大々的に備蓄食の試作・試食会やっていたが、コロナ流行により中止となってしまい、現在は病院食改善小委員会の中で試食のみ行っている。（資料10）

今後は、実際の災害時に栄養科職員以外でも食事の対応がある程度出来るように、多くの他職種と共同で試作会も実施していきたい。防災訓練の中でも、食事の運搬訓練なども検討していく。また、当院は毎年新入職員が多く入職するため、毎年繰り返し災害時の食事提供についての知識を教育していく必要がある。栄養科職員だけでなく他職種へ、災害時の食事提供について理解を支援していく。

今後も、栄養科の一員として『安全な食事の提供』を支えるために、啓蒙活動を広げ、防災の意識を維持していきたい。

7 一般演題（口演発表）

厨房業務改善の取り組み

～調理済みパッケージ「モバイルプラス」導入による効率化と食事満足度向上～

◎田村亜希子　武村 咲季　金子　緑　海野 幸村

医療法人社団哺育会　さがみリハビリテーション病院　管理栄養士・栄養科

【背景】

さがみリハビリテーション病院（以下当院）は、約20年にわたり回復期リハビリテーション病院に特化し、地域医療に貢献してきた。急性期病棟からの患者を受け入れ、在宅復帰に向けたリハビリテーションや、看護、介護、在宅支援などを提供している。栄養面においても、患者一人一人の状態や目標に合わせた食事提供を行ってきた。2025年12月に現在の場所から３㎞ほど離れた場所へ新築移転が決定している。（図１）

図1

【目的】

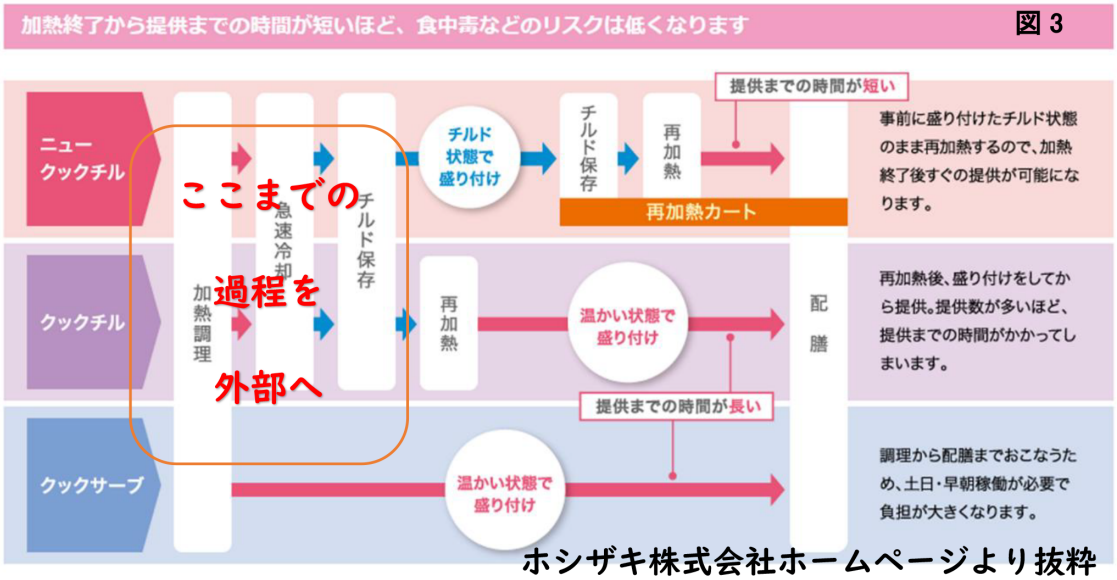
新築の厨房を運用していくにあたり、厨房運営の抜本的な見直しをすることとした。当院では、委託業者の日清医療食品株式会社（以下日清）へ委託しており、約10年近く給食業務を依頼している。しかし、近年の物価高による食材、人件費高騰、運営体制では、朝、夜の人員不足、衛生面への不安、患者個別の細かい食事調整への対応、職員の高齢化、平均年齢53.6歳±15.4歳（男性45.8歳±20.3歳、女性57.6歳±11.9歳）などが課題として浮上し、委託費値上げが栄養部門の課題であった。（図２）そこで、調理済みパッケージ商品「モバイルプラス」を採用したクックチル方式導入による業務改善を試みることとした。

項　目	内　容
構成	管理栄養士2名、栄養士1名、調理師1名、調理補助7名
性別	男性4名、女性8名
年齢	平均53.7歳（±15.4歳） 男性45.8歳（±20.3歳）、女性57.6歳（±11.9歳）
患者食事提供数	273食/日（一般食77.3食/日、特別治療食42食/日）
その他食事提供	通所介護センター17.6食/日、保育食1.2食/日

図２

【方法】

従来のクックサーブ方式からクックチルシステムへ移行を検討した。クックチルシステムはあらかじめ調理した食事を急速冷却し、チルドの状態で保存、提供時に再加熱するシステム。（図３）



日清が提供する「モバイルプラス」は、工場で、調理、急速冷却、チルド保存までの処理をされたもので、常食・全粥食・エネルギーコントロール食・ペースト食・嚥下調整食など、多様な食事形態に対応しており、一人分から注文可能であるため、患者個々の状態に合わせたきめ細かい対応が可能である。また、パッケージに人数が記載されているため、盛り付け作業の効率化も期待できる。個包装で、チルドの状態で温度管理されているため衛生面でも安心なシステムであり、当院で時間になったら温めなおすだけの作業のため、調理の専門知識が無いスタッフでも対応が可能であり、人材不足の解消にもつながると期待した。（図４）

図 4

作業工程が減るだけでは負担が変わらないため、食形態も検討することとした。図５のように当院では 36種類もの食事内容が存在していた。これに加え、アレルギー対応、嗜好による対応もあり調理、盛り付けに手間と時間がかかっていた。そこで、図６のように心臓食、糖尿病食、脂質異常食の献立を「モバイルプラス」のエネルギーコントロール食1本に変更した。回復期だが腎臓食のオーダーもあるため、エネルギーコントロール食をベースに作成した。軟菜食では今まで一口大、きざみ、みじんの３種類の食形態があったが、一口大、きざみとろみの２種類へ変更とした。近隣の病院、施設できざみ食が設置されていることが多く、退院後も対応できるようにした。

今までの食事形態　36種類

	常食 全粥食	軟菜食	心臓食 高血圧食	糖尿病食	腎臓食	肝臓食	貧血食
常菜	○	×	○	○	○	○	○
常菜一口大	○	×	○	○	○	○	○
軟菜食 一口大	×	○	○	○	○	○	○
軟菜食 きざみ	×	○	○	○	○	○	○
軟菜食 みじん	×	○	○	○	○	○	○
ミキサー食	×	○	○	○	○	○	○

図５

改善後　6種類へ

2024．４からの食形態

	常食	全粥・軟菜食	エネコン 糖尿病食 心臓高血圧食 脂質異常食	腎臓食
常菜	○	×	○	○
軟菜一口大	×	○	×	×
軟菜きざみとろみ	×	○	×	×
ペースト	×	○	×	×

主食：米飯・軟飯・全粥・スベラカーゼ粥（粒）・スベラカーゼ粥
パン・めん
朝食のスベラカーゼ粥は、スベラカーゼお粥ゼリーの素を使用

図６

【結果】

36種類もの組み合わせがあった食種、食形態は6種類までに減らすことができ、患者様にとっても今まで通りの食形態とそれほど変わらず、厨房スタッフにとっても負担が減る結果となった。

「モバイルプラス」導入前は、朝の調理師出勤時間が、３時30分１名、４時出勤２名で、準備や前日の夕食の食器の片付け、下処理、調理をおこなっていたが、５時出勤２名、６時出勤１名のトータル4.5時間の出勤時間を見直すことができ

た。調理師1名も削減できたことで、人件費の削減となった。盛り付け作業においても、パッケージの人数表示により盛りムラがなくなり、調理済みの食品を使用することで衛生面も担保された。朝食の提供が終了した後は、調理器具の洗浄、片付け、納品時に点在していた冷蔵冷凍の食品を片付ける作業の減少がみられ、休憩時間の確保ができるようになった。調理済みの食品を使用することで、空いた時間に清掃をすることができ、厨房拭き取り調査では、大腸菌群が陽性となる箇所が何箇所か見られていたが、毎回陰性の結果が出るようになり、衛生面も担保された。調理師による味付けのムラがあったが、塩分味付けが統一され、食事満足度調査では、導入前の満足度77%から92%へと大幅に向上した。（図７）

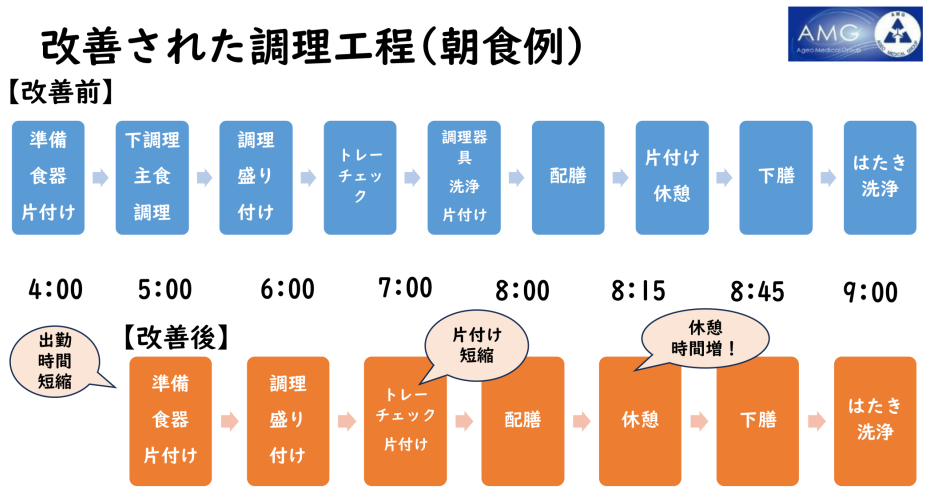


図７

また、水光熱費では栄養科単位での請求ではないため明確なことは言えないが、水道局より水道の使用量が減ったと連絡が入っており、環境負荷の軽減となった。厨房機器に関しても、高額な厨房機器の不要になるものがあり、メンテナンスや修理の費用も抑える結果となった。（図８）

図８

改善された結果

	2024.3まで	2024.4～
食事満足度調査	77%	92%
盛り付け	人によりまちまち 盛りムラが見られていた	パックごとに人数記載 されているため 適正量盛り付け
味付け	調理師により味付けに ムラがあった	塩分等、味付けが統一 された
清掃時間の確保	空いた時間で清掃	決められた時間に清掃
厨房拭き取り調査結果	大腸菌群等陽性となる箇所 が毎回m何か所かあった	陽性となる箇所は出ること もあるが、毎回陰性の結果

【考察】

給食費の値上げが多く聞かれる中、当院では管理費の値上げを抑えつつ、出費を縮小することができた。効率的なオペレーションにより働く職員の負担軽減にもつながり、クックチルの食事でも十分おいしい食事提供ができている。食費は院外調理のため費用はかかるものの、水光熱費は抑えられているものと考えられる。

現段階では、既存の調理機器との兼ね合いいで「モバイルプラス」の利点を十分に活かしきれていない部分もあるため、更なる改善を検討している。具体的には、新病院では再加熱キャビネットを導入し、盛り付け工程の見直しや洗浄作業の効率化を図る。また、人員配置を見直し、労働時間の短縮を目指す。そして、時間に余裕ができたところでセレクト食のリニューアルを行い、食事面からも患者満足度向上を目指していく。

【今後の展望】

新病院では、再加熱キャビネットを使用し朝食は前日にトレイメイクを行い、朝の出勤時間を遅くすること、前日の９時～15時に盛り付けを集中させ、小学校や幼稚園に通っているお子さんをお持ちの主婦層の獲得を目指し、厨房で働くスタッフの若返りと作業効率化も目指せるものと考えられる。夜は、残飯を処理し、食器は浸漬して退社、翌日の朝の下膳時に一緒に洗浄業務を行うことで、人が集まらない夜に人員を最小限にすることを目標としている。調理時間に余裕が生まれたことを利用して、セレクト食のリニューアルを行い、患者さまに喜ばれる食事提供が病院の売りの一つになるよう改革中。

給食運営の見直しは、病院経営の健全化に大きく貢献する者と確信している、今後も安全でおいしい食事を患者様に提供できるよう努力していく。

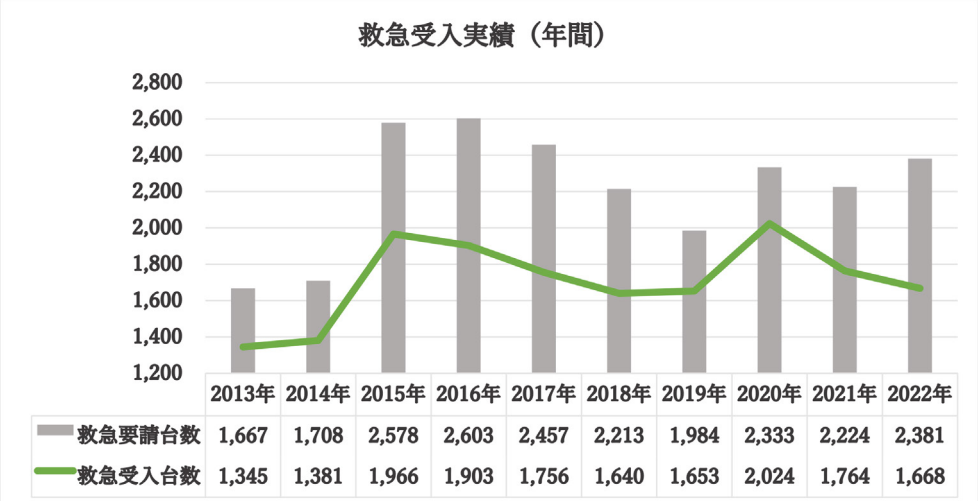
救急車受入台数増加に向けた受入態勢の再構築
～地域医療への貢献を基にした取組みと成果～

◎高橋 裕太　　柴田 里志
社会医療法人三栄会　中央林間病院　事務当直　救急救命士

【はじめに】

中央林間病院（以下「当院」と略す）は県央医療圏の最東端、大和市に位置する一般病床109床（うち地域包括ケア病床53床）の中規模病院である。救急受入に関しては、病院長を始めとした消化器外科の医師が中心となり、救急を幅広く診る組織風土が特徴である。特に24時間緊急内視鏡体制は当院の強みとして、大和市内および近隣地区の救急患者を受入れている。また、大和市では病院群輪番制が導入されており、当院では毎週水曜日17時～翌日８時、第１・３・５月曜日17時～翌日８時が救急当番日となっている。しかし、2020年以降はコロナ禍の影響により、新型コロナウイルス感染症による院内クラスター、また、職員の入れ替わりなど様々な要因が重なり、救急受入数は2020年2,024台→2022年1,668台（表１参照）へと減少した。

表１



	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
救急要請台数	1,667	1,708	2,578	2,603	2,457	2,213	1,984	2,333	2,224	2,381
救急受入台数	1,345	1,381	1,966	1,903	1,756	1,640	1,653	2,024	1,764	1,668

【目的】

救急受入に再度注力するため、2022年11月より救急受入態勢の再構築を目的とした、救急ワーキンググループ（以下「救急ＷＧ」と略す）を創設し、救急車受入台数の増加を図った。今回はこの取組みと成果について報告する。

なお、構成については、病院長、副院長、外科医師、内科医師、事務部長、事務副部長、外来看護師長、外来看護師2名、放射線技師主任･副主任、事務当直の計12名である。

【方法】

目標に「仕組みなどを表す“体制”に加え、受入れに対する姿勢を含む“態勢”を再構築」と掲げ、また、具体的な数字として「救急車受入台数2,000台超」を目指した。なお、当ＷＧ内での主な取組みは２つ、①各種課題の検討対策として、「受入方針」「人員体制」「検査体制」「ベッド運用」に大別し着手、②救急車断り事例を分析した上で「断り件数/主な断り要因」などを確認した。

①各種課題の検討対策

「受入方針」

▪ かかりつけ患者の基準を設定し原則受入

当院ではかかりつけ患者の基準が設定されておらず、救急要請時に救急隊と救急要請を受けた病院職員の間で認識の齟齬が生じていた。そのため、この基準を「半年以内に２回以上の受診歴/当院での手術歴」と設定した。これにより救急要請時の受入可否判断や事前の情報収集がスムーズになり時間短縮に繋がった。

▪ 消化管出血症例や整形外科症例の受入体制を整備

消化管出血症例では、受入不可の理由に専門外、ショックバイタルなど、患者の安全面を優先する断りが多かった。また、整形外科症例では、市内に整形外科医師の当直している救急病院が少なく、この救急搬送が長年の課題とされており、当院においても、緊急手術・処置は難しいものの、できる範囲で貢献したいと考えている。そのため、これらの受入体制の整備を進め、それぞれ「消化管出血症例・異物誤飲への対応とオンコール体制について」、「大腿骨頸部・転子部骨折疑い症例への対応について」の書面を作成した。

当院の夜間・休日の救急医療体制は7割が非常勤医師であるため、これら書面の説明を進め、緊急内視鏡体制については市内および近隣地区の救急隊へ説明した。

結果、当院には血液製剤の保存がないためショックバイタルの受入れは難しいが、専門外を理由とする断りは減少し、また整形外科症例の断りも減少した。

「人員体制」

▪ 夜間・休日の緊急手術体制を整備し麻酔科医を手配

夜間・休日に緊急手術が発生した際、麻酔科医の手配が困難なため転院搬送をするケースが散見されていた。これを解消する取り組みとして麻酔科医専門の人材紹介サービス「アネナビ」が運営するDr.Expressの導入と非常勤オンコール医を手配した。

当院が行える緊急手術は、虫垂炎、消化管穿孔、絞扼性腸閉塞などの消化器疾患が主であり、Dr.Expressを活用した場合でも約1時間後には緊急手術を開始することができる。

▪ 日中の外科救急担当医を明確化

当院は救急科や救急医がいないため、一般診療と並行して救急搬送患者の診療を行っている。救急要請は看護師が受けているが、外科救急の際はどの医師へ受入確認をしたら良いか判断に迷うケースが多く、また、救急隊への受入可否の返答に時間を要していた。

そのため、時間帯ごとに担当医を配置し、担当医が対応困難時は副院長、病院長にまで受入確認をする方針とした。

結果、看護師は受入確認をしやすい体制となり、救急隊への受入可否の返答時間短縮にも繋がっている。

「検査体制」

▪ 夜間・休日の緊急検査項目拡充

当院の夜間・休日の救急医療体制では救急当番日以外の当直帯は臨床検査技師が不在のため看護師と放射線技師が協働して血液検査を行っている。その中で転院搬送時の判断基準になる検査項目「Dダイマー」は当直する医師より追加の要望があったため、看護師・放射線技師でも実施できるよう体制整備を進めた。当初、放射線技師の本来的な業務である撮影・読影に支障をきたすのではないかと懸念されていたが、この検査方法をマニュアル化したこともあり、懸念されていた問題は解消されており、Dダイマー追加後も問題なく運用できている。ただし、当院はMRIを有しておらず、心臓血管外科、脳神経外科症例を積極的に受入れることができないため、当直帯で疑い症例を受入れた場合でも、検査数は月2件程度である。

▪ 遠隔CT読影補助体制の整備

当院では、放射線技師長による読影レポートの作成を行っているが、これが当直する非常勤医師に周知されておらず、救急要請時には専門外を理由として断る事例があった。そのため、消化管出血症例や整形外科症例の受入れを先生方に依頼していることもあり、診断や判断に迷う際に活用することを非常勤医師へ説明した。また、必要に応じて当直中の放射線技師がその都度異常所見の報告を行っている。

「ベッド運用」

▪ 新たに空床カンファレンスを開催

以前までは病棟・外来間で空床情報が正確に共有されておらず「ベッドなし」として救急車を断る事例もあった。これを解消するため、新たに空床カンファレンスを開催し、平日と土曜日の夜勤開始前に病棟・外来看護師、事務が集い、空床情報の把握と臨時の転棟・転室プランの共有を行っている。電子カルテ上には反映されない転棟・転室予定、予約入院でのベッド確保などが可視化されたことにより「ベッドなし」の断りは減少し、また病棟・外来間で円滑な入院受入にも繋がっている。

②救急車断り事例の確認

▪ 救急車断り事例一覧（表2参照）で断り状況を分析した上で、「断り件数／主な断り要因」などを確認し新たな検討課題の洗い出しを行った。

2023年１月～12月の救急要請件数は約160件～280件であり、そのうち断り件数は約30～100件、受入率は平均73%である。新型コロナウイルス感染症による院内クラスターが発生していた期間、病床高稼働の影響もあり、断り件数は大きく変動するが、主な断り理由は、専門外（30%）、ベッドなし（2%～12%）、患者対応中（10%）、高次医療機関へ（7%）などである。当院はMRIを有しておらず、また、心臓血管外科や脳神経外科領域の専門的な治療が必要と予測される症例の受入れは難しい。一方で、一般内科・外科症例の救急患者を幅広く受入れており、市外の近隣地区からの救急依頼も以前までは10%程度だったが、現在では20%～25%を推移していることから、地域からの需要も高いといえる。また、24時間緊急内視鏡体制を強みとしているため、消化管出血症例の断りに対する検討対策には特に注力し、できるだけ断らないよう受入方針の構築、柔軟なベッドコントロールを行っている。

表２

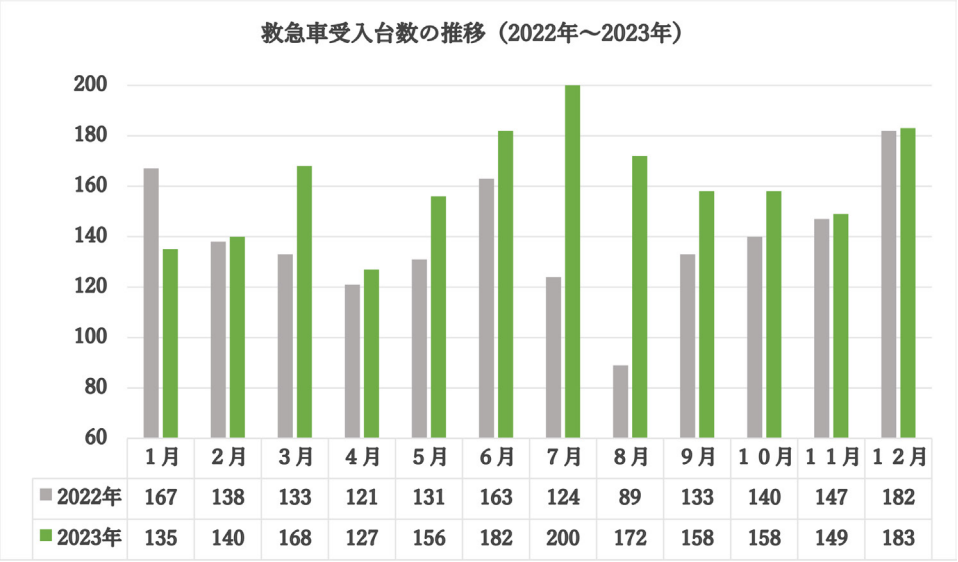
救急車断り事例一覧（一部抜粋）

性別	年齢	主訴	Dr 1st	Dr 2nd	Ns	受入不可時理由
女性	20	腹痛、嘔気、本日生理日				患者対応中、婦人科へ
女性	66	発熱、SAT 低下、インフル陽性				受入確認中に他院へ決定
女性	45	鼻出血、出血持続				耳鼻科へ
女性	90	呼吸苦、BP170/112、spo2 60%、R30、ph）HD				対応できるベッドなし
女性	77	めまい、意識消失、脳腫瘍で他院へ紹介				脳腫瘍の影響か→脳外へ
男性	69	CPA、Asystole、最終健常時間 16：55、ルート・挿管済				TEL 中に他院へ決定
男性	44	頭部外傷、気分不快感→強直性痙攣（1 分程度）				脳波とれるところに
女性	93	呼吸苦、SAT 低下、ph）心不全				対応できるベッドなし
男性	55	転倒、要背部痛、体動困難				CT 検査不可のため
男性	66	転倒、打撲（右顔面・肘・手背）、擦過傷（左第 5 指）				CT 検査不可のため
男性	54	パニック、不安				AM 受診患者→副部長報告

【結果】

これら取組みを通し、救急車受入台数は 2022年1,668台→2023年1,928台（表３参照）へと増加した。さらに 2024年5月末に発出された地域医療体制確保加算の訂正通知にて、集計期間が、1月～12月から 4月～3月へと改定された。これに伴い 2023年1月～12月は 1,928台としていたが、2023年4月～3月では 2,001台となり、目標達成に繋がった。また、結果として地域医療体制確保加算の算定も可能となった。

表３



【結語】

当院の前身は、先代の病院長が開業した有床診療所だった。夜間も含め救急車を受入れ時間外診療を行っており、当時からかかりつけ患者を大事にし、地域の救急医療を担ってきた“歴史”がある。10数年前に大和市と近隣地区で幾つもの病院が救急受入を辞めてしまい、地域の救急医療が崩壊しかけた時期もあったが、その中でも当院は救急受入を継続し地域に貢献し続けてきた。救急隊や近隣の病院・クリニック、地域住民からは、当院が今後も救急医療を担い続けることを期待され、それが“役割”でもある。2015年には「年間の夜間休日の救急搬送750台以上」という要件を充足し、県内5番目の社会医療法人として認定を受けた。経営的メリットがある一方で、充実した医療職員や設備を整えて、夜間休日の救急医療を担い続ける“使命”がある病院でもある。

このような背景もあり、今回救急WGを創設し救急受入態勢を再構築したことによって、病院全体で協力し合う組織へと改善し、救急車受入台数増加にも繋がった。これは地域医療への貢献を基に取組みを進めてきた成果といえる。また、前述のとおり「当院の救急医療における歴史・役割・使命」については職員全体の気運を高めるためにも、2023年4月の朝礼にて病院長より救急WGの取組みや救急医療に対する思いが示され、併せて電子カルテにも内容を掲出した。

大和市の救急出動件数は令和5年で約14,000件とされており年々増加している。この状況も踏まえて、今後、受入態勢の継続的な評価と改善を行い、地域の救急医療を支える病院としての役割を果たし続ける必要がある。

頭部ガントリー角度と被ばくについて

◎敦賀 亮太
医療法人社団協友会　金沢文庫病院　放射線技師　放射線科

【目的】

当院、頭部CT検査ではノンヘリカル撮影とヘリカル撮影が可能ですが第一選択をノンヘリカル撮影としている。理由としては、ヘリカル撮影に比べ、画像再構成がなく時間がかからない点が挙げられる。ノンヘリカル撮影では寝台に患者が仰向けで寝ている状態から患者の眼窩中心と外耳孔中心を結ぶOM線に合わせるように、CTのガントリーに傾斜をかける。この傾斜角度は、頭の形状や、顎が挙上しているかどうかにより患者ごとで異なっている。具体的には患者のOMラインの角度が異なる原因として、患者の寝る姿勢が関係している。椎体の圧迫骨折等で背骨の変形があると角度に大きく影響を与えると考える。今回はこの傾斜角度によって患者が受ける実効線量に差が生じるのか、また被ばく低減を考えた上での最適なポジショニングの検討を行った。当院のCT装置は、シーメンス社の16列CTを使用。撮影条件について、管電圧130ｋｖ、スキャンタイム30s、ｍＡｓ値は300mAs（CT-AECは使用せず）。

【方法】

ノンヘリカル撮影を行った患者100例を集計した。

そこから当院にある被ばく線量管理ソフト（ラドメトリックス）を用いてガントリー傾斜角度と実効線量を求めた。傾斜は、頭部方向への傾斜を－方向　下顎方向への傾斜を＋方向。実効線量として、水晶体と甲状腺および唾液腺の線量を求め、そこからガントリー傾斜角度が実効線量に影響を与えるか検討を行った。集計を行ったガントリー傾斜角度の範囲は、－10°～10°とした。理由として当院の撮影の約７割がこの範囲で撮影されていた為である。次に、もう一つの方法として、ガントリー中心位置からの距離についても検討を行った。寝台水平方向ｘ軸方向、寝台垂直方向をｙ軸方向とし被写体の中心からのズレがガントリー傾斜角度と実効線量に影響があるか検討を行った。

【結果】

水晶体実効線量は、傾斜角度が０±２°の範囲で最も低下し実効線量と傾斜角度に相関関係は認められなかった。最大値：93.3mSv・最小値：86.1mSvであった。（図１参照）

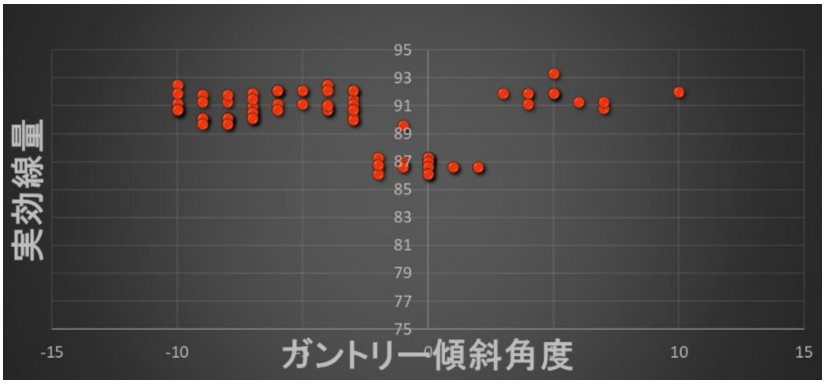


図１　水晶体実効線量とガントリー傾斜角度

甲状腺実効線量は傾斜角度＋方向に行くほど線量は高くなり正の相関が認められた。最大値：8.8mSv・最小値：4.5mSvであった。（図２参照）

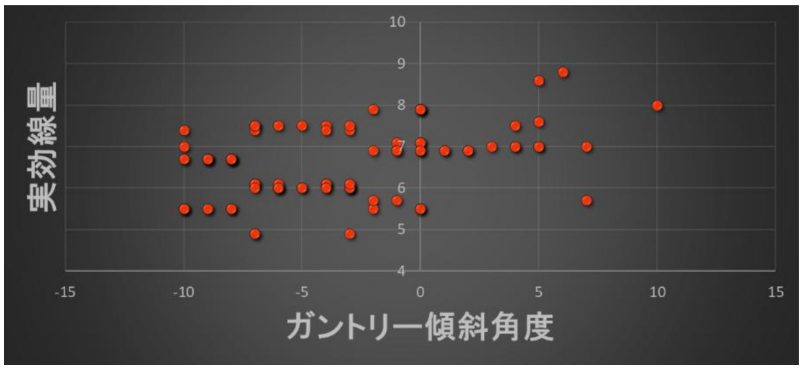


図２　甲状腺実効線量とガントリー傾斜角度

唾液腺実効線量は傾斜角度０°で最も低下した。実効線量と傾斜角度に相関関係は認められなかった。最大値：73.1mSv・最小値：60.8mSvであった。（図３参照）

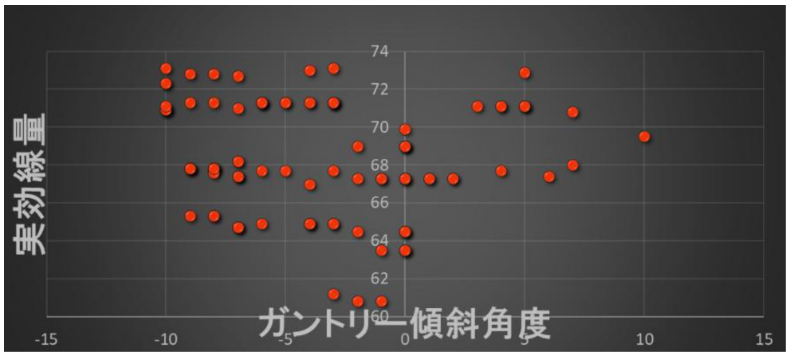


図３　唾液腺実効線量とガントリー傾斜角度

次に中心からのズレについては、被写体中心とガントリー中心位置ではＸ方向・Ｙ方向においてガントリー傾斜角度とそれぞれの実効線量に相関関係はなかった。

【考察】

水晶体・唾液腺実効線量では、ガントリー傾斜角度がかかる事で被写体へｘ線が斜入され、傾斜角度が０°の時に比べて照射される面積が増えたことが影響していると考える。また甲状腺実効線量が-方向への傾斜をつける事で下がったのは、－方向に傾斜をかける事でＸ線照射野と撮影範囲から甲状腺が離れた為と考える。同様に＋方向では近づいた為、線量が高くなったと考えられる。今回、得られた結果ではOM線を傾斜角度０°に合わせる事で水晶体および唾液腺の実効線量が低下した。よってOM線が傾斜角度０°に近づけるようポジショニングを行うと良いと考える。円背姿勢の患者でもOM線が傾斜角度０°に近づくように補助具の使用や腰の位置を上げポジショニングを行うといいと考えられる。また、今後はヘリカル撮影においてもOM線０度に合わせる事で実効線量に変化があるか検討を行う。

参考文献

１）標準　Ｘ線ＣＴ画像計測学　日本放射線技術学会　監修）　市川勝弘・村松禎久　共編
２）Ｘ線ＣＴ撮影における標準化～ＧＡＬＡＣＴＩＣ～（改定2版）放射線医療技術学叢書

相模原市透析災害対策協議会（相模原DD-net）5年間の成果
～5年間の歩みと現在の課題～

◎新美 文子（臨床工学技士）[1)2)]
小俣 利幸[1)2)]　細谷 広海[2)]　野田　雅顕[2)]　守田 憲崇[2)]　古平　聡[2)]
横山 敏幸[2)]　片山 満代[2)]　伊藤えり子[2)]　中川 雅子[2)]　野口 文乃[2)]
森下 将充[2)]　青山 東五[2)]　竹内　康雄[2)]　櫻井 健治[2)]　鎌田 貢壽[2)]
土屋 紗英[3)]　安藤　学[3)]　貴家　規雄[3)]

ＪＡ神奈川県厚生連相模原協同病院[1)]　相模原市透析災害対策協議会コアメンバー[2)]
相模原市健康福祉局保健衛生部医療政策課[3)]

【背景】

相模原市では約20年前から透析施設間での災害対策連携を行う会の設立に向けて、有志の医師によって何度も試みたが設立までには至らなかった。しかし、県・横浜市・川崎市・相模原市の四首長懇談会で「透析災害対策」の話題が出たことを機に、2019年に相模原市職員が市内主要透析施設の医師のもとへ訪問し、「透析災害対策協議会設立」に向けての相談があった。そこから医師、市職員に臨床工学技士を加えたコアメンバーを選定し、準備期間を経て2019年12月に「相模原市透析災害対策協議会（以下相模原DD-net）」を設立した。

翌2020年には神奈川県透析医会、神奈川県透析施設協議会、神奈川県腎不全看護学会、神奈川県臨床工学技士会の四団体が母体となる、神奈川県透析危機対策協議会（以下KDC）が設立、県内を5ブロック・12エリアに分け活動することになった（図1）[1)]。相模原DD-netは相模原・県央ブロックの相模原エリア（図2）を担うことになり、現在はこの二つの活動（図3）を同時におこなっている。

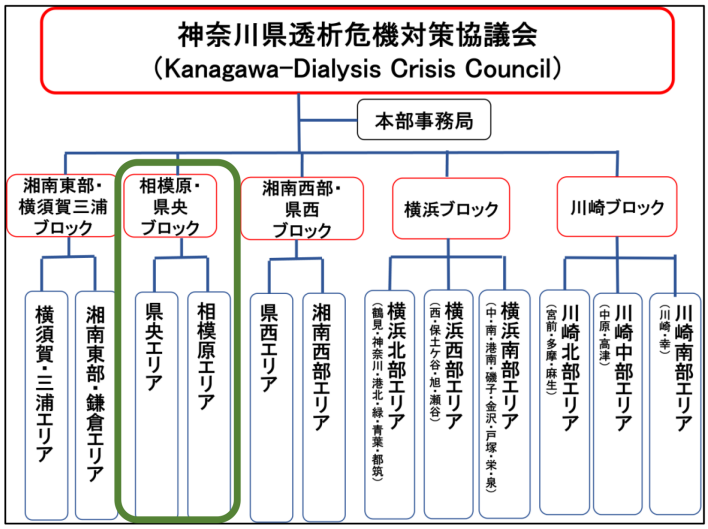
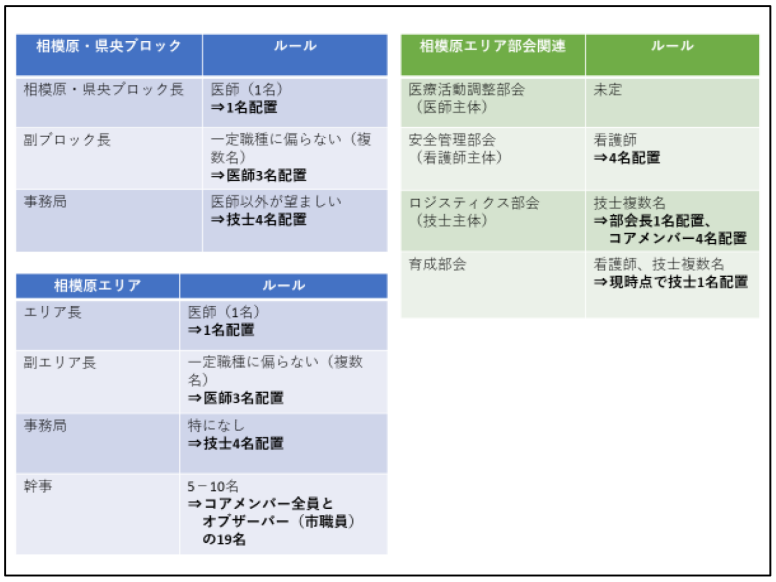


図1　KDC組織体制



相模原・県央ブロック	ルール
相模原・県央ブロック長	医師（1名） **⇒1名配置**
副ブロック長	一定職種に偏らない（複数名） **⇒医師3名配置**
事務局	医師以外が望ましい **⇒技士4名配置**

相模原エリア	ルール
エリア長	医師（1名） **⇒1名配置**
副エリア長	一定職種に偏らない（複数名） **⇒医師3名配置**
事務局	特になし **⇒技士4名配置**
幹事	5－10名 **⇒コアメンバー全員と オブザーバー（市職員）の19名**

相模原エリア部会関連	ルール
医療活動調整部会（医師主体）	未定
安全管理部会（看護師主体）	看護師 **⇒4名配置**
ロジスティクス部会（技士主体）	技士複数名 **⇒部会長1名配置、コアメンバー4名配置**
育成部会	看護師、技士複数名 **⇒現時点で技士1名配置**

図２　KDC相模原・県央ブロック 相模原エリア体制

図３　会の活動

【目的および方法】

相模原市および周辺地区の約3000名の透析患者に対し、災害時の透析医療の円滑な運営とサポート要請を行政に素早く受け入れてもらえる体制を整えることを目的に、医師・臨床工学技士・看護師・相模原市と共通の目標を持ち活動している。５年間の歩みと現在の課題を報告する。

【結果】

５年間の成果の１つめは情報手段の確立である。コアメンバー、全職種の施設代表者のメーリングリストの作成、コアメンバーと技士コアメンバーのLINEグループの作成、また災害時にでも情報発信できるよう、ホームページ掲示板の作成をおこなった。

２つめは、ホームページの開設である（図４）[2)]。災害時掲示板のほか、掲示板に書き込む際の

マニュアルや、大規模災害時の支援情報、また透析の関連団体や相模原市の情報など、災害時に特化した関連リンクを載せ素早くアクセスできるようにした。掲示板についてはEMIS・DIEMAS・日本透析医会災害時情報ネットワークではできない、細かく伝える手段としてコメントを書ける仕様にしている。

図４　ホームページ

３つめは、災害時における透析医療確保のための市内透析施設災害対策アンケートの実施である。内容は施設の基本情報をはじめとし、施設用水関連、電気設備関連、透析装置情報、医療材料・医薬品、備蓄量、また通信設備情報や支援情報に関する52項目の設問を設けた。集計した結果はデータではなく紙媒体（図５）で各施設に郵送した。通常、自施設の詳細な情報を公にすることははばかられるが、この会の施設に限定したこと、そして理解が得られたことで情報を共有できたと感じる。

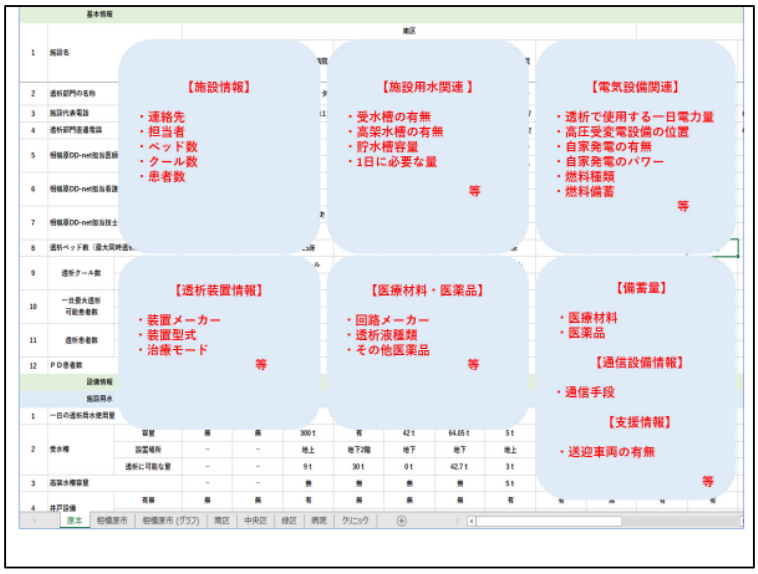


図５　アンケート結果用紙

４つめは、相模原市災害時保健医療調整本部訓練の参加である。市の方に声をかけていただき、2023年１月に初めて参加。相模原市災害時保健医療調整本部は、設置基準に満たした際に相模原市保健所に設置される（図６）[3]。相模原市災害時保健医療調整本部が神奈川県保健医療調整本部といかに連携を取り、情報を伝えることができるかが重要だと感じた。

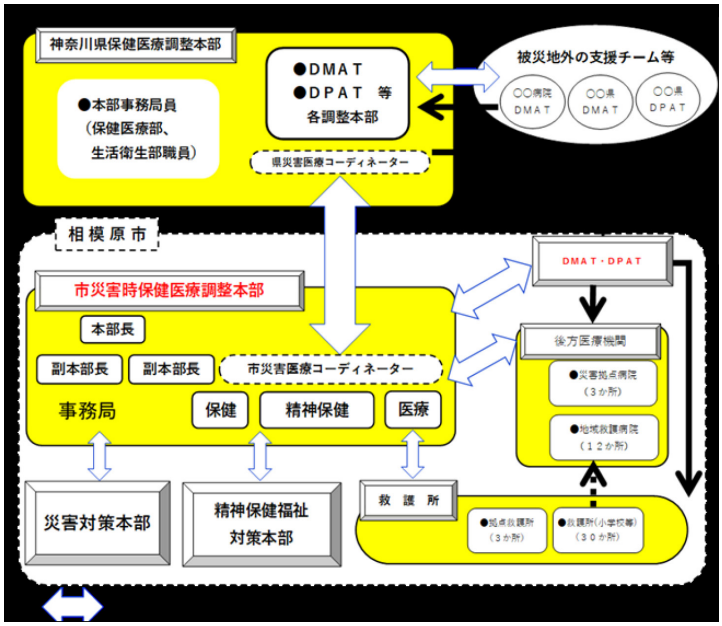


図６　災害時保健医療救護体制図

図７[3]は相模原市災害時保健医療調整本部の組織図である。５つのグループに分けられ、透析患者の対応は医療政策課が担う医療を中心に取り組む医療救護グループに属す。そして各グループにはリエゾンと呼ばれる情報連絡員がおり、リエゾンはフランス語で、「連携・橋渡し・つなぐ」という意味がある。このリエゾンが被害状況や支援ニーズを把握しグループに伝え、またその結果をフィードバックし、各施設へ連絡・調整をおこなうという非常に重要なポジションであると感じた（図８）。

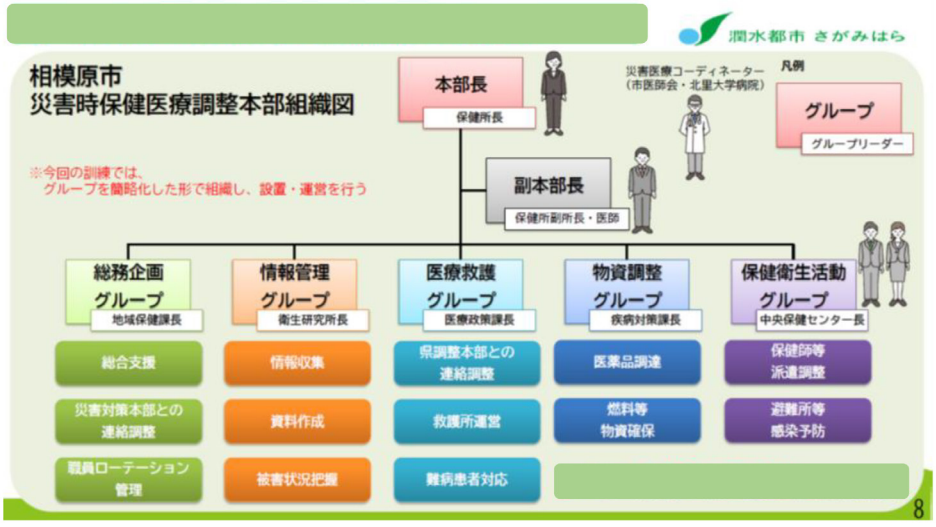


図７　相模原市災害時保健医療調整本部組織図

図８　訓練参加風景

５つめは、2024年９月28日に行われる「令和6年度大規模地震時医療活動訓練」の参加である。今回も市の方より協力依頼を受け、医療関係団体の１つとして初めて参加する。

６つめは、訓練の同日に開かれる「地域災害医療対策会議」に参加。発災から24時間経過後の保健・医療・福祉活動の情報共有を行う会議となり、こちらは初めて医療団体の１つとして参加する。

【考察】

５年間の活動を経て、大規模災害時に相模原市保健所に設置される「相模原市災害時保健医療調整本部」と「透析災害医療」がいかに連携できるかが今後の鍵であることを理解した。

2023年に相模原市災害時保健医療調整本部の訓練に初めて参加し、行政や医師会に存在をアピールすることができ、それは、透析施設同士だけでおこなっていた透析災害対策の「小さい輪」から「相模原市医療全体の大きい輪」の一部になることができた。しかし課題もいくつかあり、早急に取り組む問題として、「大きい輪」の中では「透析医療」そのものがあまり理解されていないことがわかった。そのため、行政の関係各部署や関係団体に対し、透析医療について理解を深めてもらうために個別訪問やアピールが継続的に必要なこと、また実際の大規模災害時に保健所に設置される災害時保健医療調整本部にリエゾン派遣（災害支援活動）に行く際の「体制」と「ルール」作りが急務である。

今後も「大きい輪」の中で機能できる体制を整え、「小さい輪」から「大きい輪」への素早い連携が図れるよう活動していきたい。

引用元

1）神奈川県透析危機対策協議会ホームページ https://kanagawa-dc.jp/index.php/outline
2）相模原市透析災害対策協議会ホームページ https://sagamiharadd- net.jp/
3）作成者 相模原市健康福祉局保健衛生部医療政策課

臨床部門に属する事務職員としての医療職との関わり方

◎柴田 里志
社会医療法人三栄会　中央林間病院　事務部・メディカルクラーク室

【はじめに】

2019年より「働き方改革」が導入され、社会全体で長時間労働の是正が行われている。

一方で、当初は建設業・運輸業・一部の製造業・医業など人々の生活や健康に直結する企業の一部業種については労働時間制限が猶予されてきたが、現在はすべからず働き方改革の対象となっている。

また、医療業界では働き方改革以前より医師の労働時間が社会問題となっており、労働時間を含め様々な問題の解消のためタスクシフトが推進されてきた。

そのなかで医師・看護師などの専門医療職のみならず事務職員のあり方も変化し、受付・会計・レセプト、といった従来から存在するいわゆる「一般事務職」と別に、医師事務作業補助や医療秘書の様に医療職を直接サポートする職種も増えている。

日々医療職と協働するなかで、ライセンスを持たない我々が専門職種とどう関わるべきか、他業種の経験も踏まえたうえで自分自身の矜持としていることを共有したい。

【事務職員に求められる技能や働く場所の変化】

前述の通り事務職員の職種も増え、これに伴い必要な技能も変化していった。

今までは受付や会計などの患者応対に必要なソフトスキル、レセプトに必要な診療報酬に関する知識やOAスキルが求められていたが、これに併せて医療知識の習得や、患者の病状に対する理解、専門職種の具体的業務内容の理解も必須となった。

また、これに合わせて、我々事務職員の働く場所も従来のカウンターの中や待合室・事務室から診察室や処置室など診療現場に近い場所へ広がっていった。

その中で事務作業をサポートすることは当然としても、実際の医療現場では単なる事務作業に留まらないことも多い。

なお、当職は「医師事務作業補助者」と、夜間休日の「事務当直」の管理を担っており、特にこの２職種について掘り下げていく。

【当院での医師事務作業補助者の業務】

医師事務作業補助体制加算は、勤務医の負担軽減を目的として2008年度診療報酬改定で新設された。

当初25対１が最上位加算であったのに対し、現在では15対１、20対１が設けられていることや、診療報酬改定のたびに連続して点数が引き上げれていることから、その必要性が認められていると同時に経営的視点からも導入する医療機関が増えているのではないかと推察する。

当院での医師事務作業者（当院ではメディカルクラークと呼称しているため、以下MCと記載する）の業務は大きく分けて２つに分かれ、主に事

務室で行う業務と、診察室で行う業務である。

事務室で行う業務は、各診断書・各意見書・診療情報提供書・返事状など医師が記載する書類の代筆や各医学会での症例登録等を行っている。また、医師・看護師等からの連絡を受け、処方や指示の追加など電子カルテ上のオーダー代行を行っている。

診察室での業務では診察の準備から始まり、医師に帯同し診療録や検査・処方のオーダーの代行入力、検査説明、疑義照会の対応などを行う。

特に診察に帯同する場合、診療科や医師によりサポートが必要な範囲に幅はあるものの、リアルタイムで医師の記載を代行する際は各診療科に特化した医療知識が無いと難しいであろう。

また、医師・患者・MCの三者で行われる外来診療では、単に事務作業の補佐に留まらないことも多い。患者の介助が必要な場面や、バイタル測定を行うこと、場合によってはMC自身が事前問診を行うこともある。患者の病態や医師からの指示を正しく看護師に伝えることが必要な場面もある。

こういった業務を、“単に作業として行うこと”と“患者の病態や治療・検査の必要性、医師ごとの独自性を正しく理解している状態で行うこと”では、医師への貢献度や医療の安全性に対しどちらが優れているかは火を見るより明らかであろう。

【当院での事務当直の業務】

当院での事務当直は、受付・会計・電話対応などに加え、必要に応じてトランス補助やベッドメイク、処置の一部介助など看護補助業務に類似する作業を行うことも多い。

また、夜間休日の通常診療時間外が勤務時間であるため、電話対応のうちそのほとんどが救急受診の相談である。

電話で受診相談を受けた際は、医師や看護師などの医療職へ応需可能か相談は行うものの、正しく患者から病態や怪我の程度を聴取する必要があり、こちらも救急医療に対して造詣が深い者とそうでない者では明らかに対応に差が生じてくる。

なお、当院での時間外の救急対応は、医師・看護師・技師・事務がそれぞれ1名で担っている（地域の救急輪番日は2名ずつ）。

少ない人数で臨んでいる環境であるため業務がクロスオーバーすることも多く、「事務員だから」という理由で深く診療に係ろうとしない人間がやっていける程甘い世界では無いことは、本紙をお読みの皆様にはご理解頂けるであろう。

【これらの現状を踏まえた考え方】

ここまで、当院の一部の事務職員の業務紹介と共に、我々事務員が医療知識を身に着け、直接部門の中に入って仕事を行う必要性を記載してきた。

ここからはそれを実践するための“考え方”である。

医療に関する知識を深め続けることの必要性の根底には、医療職を同じ職場で働く“同僚・仲間”としてのみでなく、“顧客”としても捉えることが重要だと考える。

通常一般産業では、どの企業においても顧客（自社の商品やサービスを購入してくれている、または購入したいと考えている人）の満足度を上げるために、自社の製品やサービスをより良いものに進化する様邁進している。

それにより自社製品を購入する機会や人が増え、自社に“カネ”を落としてもらうことで企業の利益・成長に繋がるからである。

病院の顧客は患者である訳だが、前述の通り「顧客」＝「医療職」、「製品・サービス」＝「自分自身」と置き換えることで、我々が医療を理解し医療職のために研鑽する必要性が見えてくるのではないだろうか。

また、医療職が働きやすい環境を提供することで間接的に病院の顧客である患者満足度の向上も期待できると考えている。

（医療法人と株式会社などの営利法人では利益に対する考え方・用途は異なるものの、組織の維持･発展､医療の質の向上には利益が必須である。）

【まとめ】

これまで事務職員が医療知識を習得し、医療職と対等に対話ができる様研鑽することの必要性を述べてきたが、当然ながら医療職の方々は厳しい入学試験や国家資格取得を経て、臨床で研鑽を積んできたプロフェッショナルである。

プロフェッショナルと対等になろうということは烏滸がましく聞こえるかも知れない。

そこで臨床の場でノンライセンスの事務職員が医療職と協働するうえで、我々が矜持としていることをお伝えし文末とする。

・職種の壁をなるべく意識せず、必要なことはなるべくやる。やりすぎくらいがちょうど良い。しかし医療法・医師法・保助看法・施設基準等で定める不可侵領域には決して立ち入らない。
・特に医師といる時間が長くなると、多くの人から頼られることが増える。
頼られることが増えると、人は偉くなったと勘違いする。決して偉ぶらず、彼ら彼女らより偉くなったと勘違いしない。
・日々命を救うために奔走する、プロフェッショナルを尊敬する。

命をつなぐトリアージ

◎恵島 直也
医療法人社団明芳会　横浜旭中央総合病院　事務職

【はじめに】

本年発生した能登半島地震を始めとする大規模災害が昨今頻発しており、今後南海トラフ地震の発生も予想されている。当院は地域密着型の病院として二次救急指定を受けており、災害時には入院患者や外来患者の対応だけでなく、横浜市の災害病院としての役割も果たしていく事が求められる為、災害時に職員1人1人が不安なく対応できるようにH26年から実施しているトリアージ訓練について報告する。

【取り組み方法】

1．対象：医師や研修医も含む全部署
2．期間：平成26年より訓練開始
3．方法：グループ内看護学生の参加
トリアージ本番に向けて約1ヶ月かけて1）～3）の方法で訓練の練習を行った。

1）トリアージの内容把握を目的とした講習動画の配信

トリアージ訓練の参加者は新入職員や未経験職員が多いため、トリアージとは何か、どういう内容で行うのか、災害時における当院の役割や立ち位置はどうなっているのか等の内容を医師や救急救命士が説明を行う動画を配信し、基礎知識を得た上で実地訓練に臨んでもらう。

2）訓練本番に向けた実地訓練の実行

動画視聴で基礎知識を付けた上で、実地訓練を実行する。

実地訓練では対策本部、ファーストエリア、緑エリア、黄色エリア、赤エリア、黒エリアの合計6か所のブースを設置し、ブース内で指示役や搬送係、伝令係等に分かれて与えられた役割を全うする。

3）IMSグループ看護学生の参加

訓練当日には（被災者）患者役として怪我等の特殊メイクを全身に施したIMSグループ内看護学生に参加してもらう事によってより臨場感のある訓練を実施する。

【結果】

コロナ流行ピーク時の1年間は訓練の開催が出来なかったが、平成26年から令和5年まで9年間実施、毎年100名程の職員が訓練に参加し、有事の際の行動訓練に努めることが出来た。また実地訓練を重ねる事で、それぞれの行動にかかる時間を短縮し、効率的に行動することが出来るようにもなった。更にはトリアージ訓練を通じてチーム医療を実践するために医療人として必要な多職種連携を醸成する事にも繋がった。

【考察】

いつ発生するかが分からない大災害、そして被

災した時に職員が的確な行動を取ることが出来るかはこれからも課題だと思われる。

それでも年に１回ではあるが毎年訓練を重ねることで、横浜市の災害救急病院として地域に求められている当院の役割を果たすとともに、訓練経験のある職員の行動は被災時に患者や近隣住民の命を救う事に繋がっていくと考えられる。

また、今後の課題としては訓練に参加できなかった職員にも訓練の内容の周知を図るため、実地訓練の様子を動画にまとめ、ブラッシュアップし、院内共有サイト等にアップロードし全員が共有できる環境を整えるように努めたい。

【結語】

平成26年から９年間実施してきたトリアージ訓練は着実に１人でも多くの実務経験者を生んできたと考えられる。院内で災害時に的確な行動が出来る職員を増やすことは、結果として患者や地域住民を救う事に繋がる。当院はこれからも災害救急病院として、命をつなぐトリアージを実施していきたいと考えている。

報告書確認対策における医療秘書科の取組み
～ＲＰＡを取り入れながら～

◎坂本 康代　　笠原 恭世　青山美佳子　鈴木 美穂　佐久間奈美　山田 真也
国家公務員共済組合連合会　横須賀共済病院　事務・医療秘書科

【はじめに】

近年、検査結果の未確認による治療の遅れが社会問題になってきており、病院機能評価機構等では臨床医の病理結果確認状況の把握が要求されている。検査部門システムの変更を機に2018年より病理検査、画像検査は2019年の厚生労働省の通知を受け、2020年に画像所見見落としに関し多職種で検討し、2021年より画像・検査の結果確認状況の把握と、臨床医への連絡による確認推進への取り組みを始め、2022年４月の診療報酬改訂を期に報告書確認対策チーム（以下チーム）を発足した。医療秘書科（医師事務作業補助部門）ではチームの役割内でRPAの活用も含め（特に病理）以下の様な取り組みをしたので報告する。

【取り組み方法】

病理検査は組織診の手術検体のうち受付から２ヶ月経過したもの､生検･細胞診は受付から１ヶ月経過した良性判定以外全ての未確認所見を検査部門が抽出する。そのデータと2回目以降の未確認情報を当科にて統合し臨床医師に催促を行っている。１回目の催促は紙媒体、２回目以上は電話及びメールで催促を行う。４回目以降は該当の診療科部長にも併せてお知らせすることで確認を促している。

【結果・考察】

催促をおこなうことで、初回の臨床医の未確認所件数は減少しており、最終的な未確認件数は現在０件となっている。

さらに、催促までの作業効率を短縮するため、検査部門よりデータを受け取り紙媒体で医師に催促するまでの間をRPAとExcelマクロを併用し自動化に努めている。

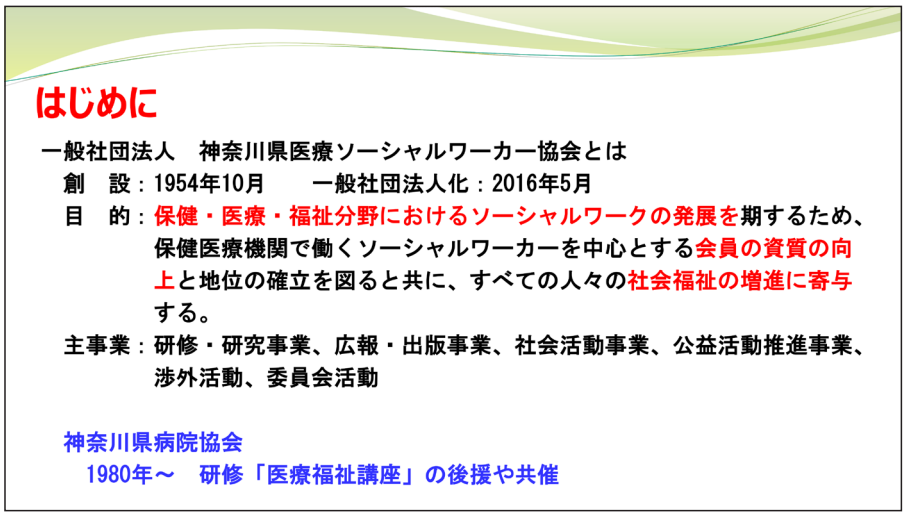
14 一般演題（口演発表）

「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援（ソーシャルワーク）に関するアンケート」についての報告

◎佐野 晴美（JCHO横浜中央病院　一般社団法人神奈川県医療ソーシャルワーカー協会会長）
神奈川県医療ソーシャルワーカー協会「身寄りのない人への支援に関する実態調査」プロジェクトチーム
（福田 美香（東名厚木病院）　髙橋 恭子（神奈川県立保健福祉大学）
宮原　学（横浜掖済会病院）　石川 綾子（綾瀬厚生病院））
神奈川県病院協会（会長　吉田 勝明　副会長　窪倉 孝道　常任理事　篠原 裕希）

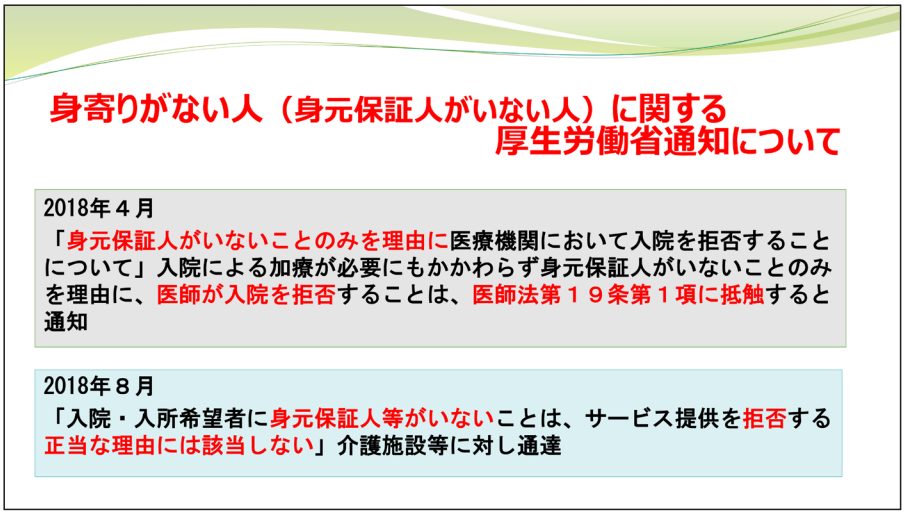
【はじめに】

神奈川県医療ソーシャルワーカー協会は、神奈川県内の保健医療機関で働くソーシャルワーカーの会で、会員の資質向上と地位の確立を図ると共に、すべての人々の社会福祉の増進に寄与する事を目的として創設された。主な事業は、研修・研究事業をはじめ６事業を行っている。毎年、研修事業の一つである「医療福祉講座」は、神奈川県病院協会の後援や共催を頂き開催している（資料１）。2021年度と 2022年度の「医療福祉講座」は、身寄りがない人の急増にともない、「身寄りのない人への支援」をテーマにWEB研修を実施した。

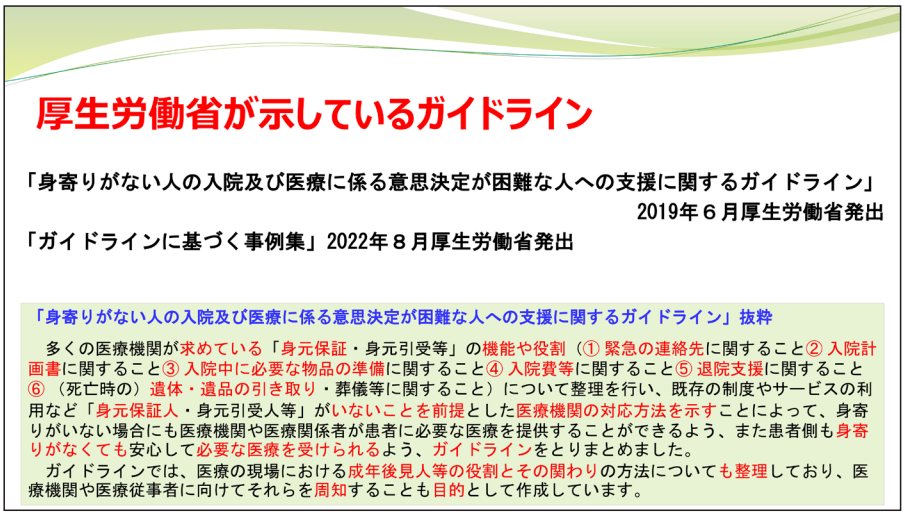


資料１

昨今、厚生労働省は、身寄りがないことを理由に入院や入所の拒否がないよう求める通知や通達を出し（資料２）、さらに、身寄りのない人への支援に関するガイドラインを発出している（資料３）。



資料２



資料３

こうした通知・通達やガイドラインも踏まえ、神奈川県医療ソーシャルワーカー協会と神奈川県病院協会は、「身寄りがなくとも、安心して必要な医療や福祉サービスを受けることができる」「判断能力や家族関係がどのような状態となっても、一人の個人としてその意思が尊重され、安心して必要な医療や福祉サービスを受けることができる」神奈川を目指していきたいと考えている。しかし、2021、2022年度の医療福祉講座「身寄りのない人への支援」研修では、実際の支援で医療機関やソーシャルワーカーは大変苦慮していることが明らかになった。特に認知症や病気、障害により「判断能力が不十分又は喪失した人」への支援は非常に難渋しているのが現状である。

こうした現状を受け、神奈川県医療ソーシャルワーカー協会と神奈川県病院協会は、「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への入院中に行う相談支援（ソーシャルワーク）に関するアンケート」を実施した。本発表では、このアンケート結果の報告と、結果から見えてきた課題に対す

る今後の取り組みについて報告する。（本発表に関連して開示すべきCOIは無い）

【目的】

身寄りがなく、認知症や病気、障害により判断能力が不十分又は喪失した人（以下、「身寄りのない人」と表す）が増加しており、神奈川県内の医療機関や医療ソーシャルワーカーから、こうした方への権利擁護、退院や経済的問題などへの支援に困難を感じているとの声が多く聞かれた。そこで、その実態を明らかにするとともに、救済制度創設等を提言するための基礎資料とすることを目的としてアンケート調査を実施した。

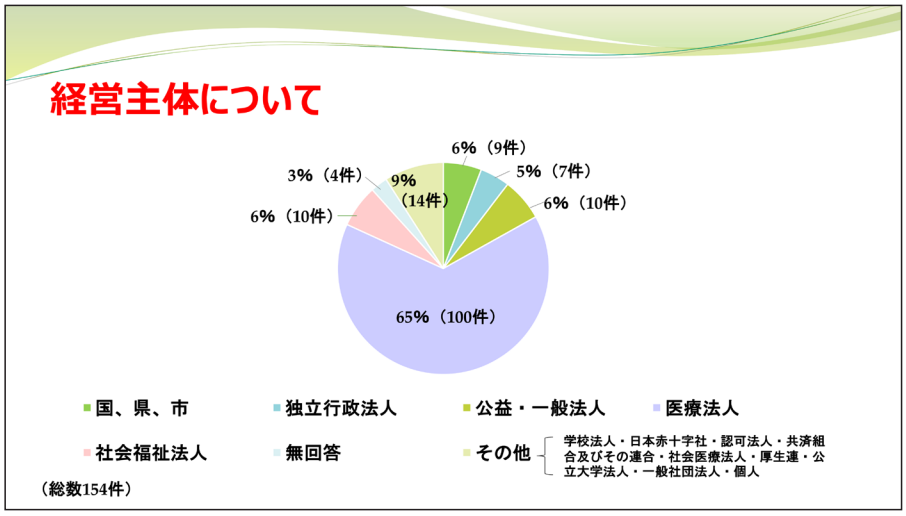
【方法】

調査期間は、2024年３月中旬～５月31日。調査対象は、神奈川県病院協会会員285病院で、各機関の代表者１名の医療ソーシャルワーカーに、2023年１年間の状況の回答を求めた。調査項目は、基本情報、身寄りのない人の受け入れ、身寄りのない人の相談・支援、法定後見制度の活用、医療費の支払いに関する30項目とした。分析方法は、単純集計とクロス集計を行い、自由記載については質的分析を行った。本発表は、単純集計とクロス集計のみの報告とする。

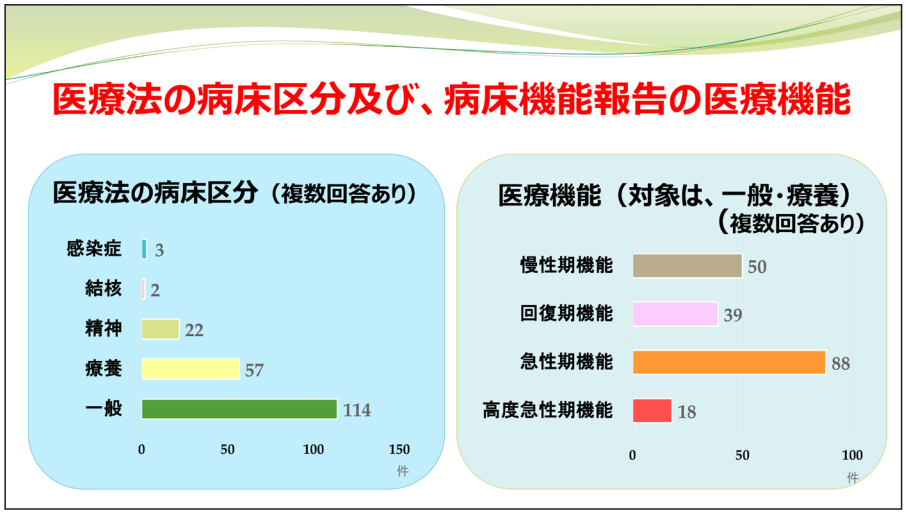
【結果】

155機関から回答があり、回収率は54.4％、有効回答数は154件であった。設問別に見ていくと、「経営主体別」では医療法人が最も多く65％（資料４）。「医療法の病床区分別」では一般が最も多く114件、次いで療養57件。「医療法の医療機能別」では急性期機能が最多で88件、慢性期機能が50件、回復期機能が39件（資料５）であった。「身寄りのない人への入院中の支援について」は、経験が有るとの回答は93％、その内「身寄りのない人への入院中の支援件数」は、１～10件が47％、11～30件が35％と大半を占めていた（資料６）。「身寄りのない人への入院中の支援内容について」（複数回答有り）は、回答が多かった順に、自宅以外への退院、入院費等の支払い、生活保護法、法定後見制度、自宅退院支援、であった（資料７）。「入院中の身寄りのない人の預貯金等、資産活用ができず困ったことがあるか」では、困ったことが有るが91％、「困った内容について」（複数回答有り）は、入院費の支払い、入所先の施設確保、必要物品の用意、転院先の確保、の順に多かった（資料８）。「資産活用で困った時に生活保護申請支援をした経験について」では、生活保護申請支援経験が有るが79％。「生活保護の適用になったかどうか」（複数回答有り）については、預貯金や年金等の収入があり活用はできなかったが生活保護適用にはならなかったが50件あった（資料９）。「資産活用ができず、生活保護にもならず入院費が未払いになったケースについて」は、未払いケースが有るが56％、未払いの件数は１～５件が多く71％、未払いの金額は50万円以下が41％、51～100万円が19％、101～300万円が9％、300万円以上が７％であった（資料10）。「身寄りのない人の法定後見制度の申立て支援について」申し立て支援を行ったことが有る85％、申し立て支援の件数では、１～５件が多く、首長申し立てが62件と最も多い（資料11）。「身寄りのない人の法定後見制度の申立て準備から、成年後見人等の選任（決定）までの期間について」は、首長申し立てでは６カ月以上が最多である（資料12）。「成年後見人等の選任（決定）まで入院費が未払いだった件数」は１～５件が多く、「成年後見人等の選任まで未払いだった合計金額」は50万円以下が多かった（資料13）。「成年後見人等が選任（決定）される間の退院支援への影響について」では、影響が有った84％、「影響があった内容」

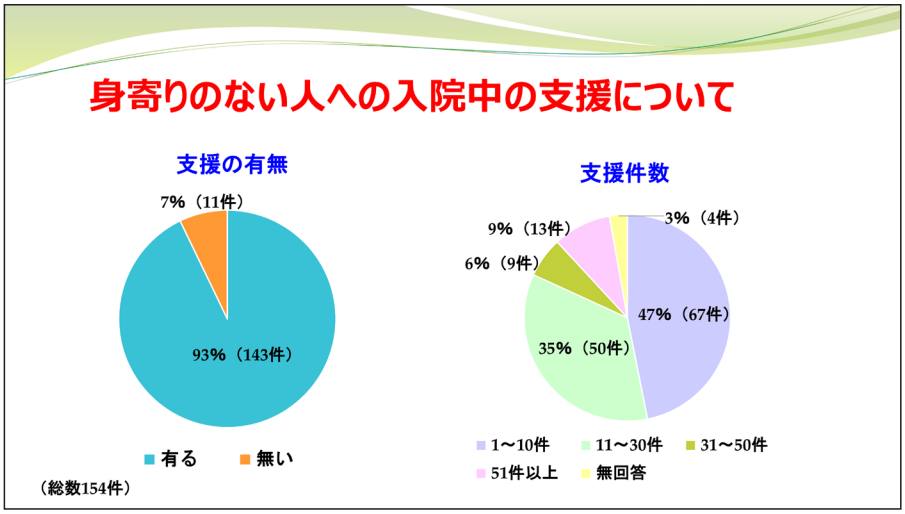
（複数回答有り）は、多い順に、入所先の施設確保、医療費の支払い、転院先の確保、であった（資料14)。「法定後見制度の申立て支援に関わった患者の、申立て中の死亡について」は、申立て中に死亡した人がいるが25％、そのほとんどが医療費は未払いで（資料15)、未払いだった合計金額は50万円以下が多かった（資料16)。「回復期機能・慢性期機能病院での身寄りのない人の入院受け入れについて」は、入院受け入れを行っているが94％で、77％が入院受け入れには条件が有ると回答（資料17)。その「受け入れ条件」（複数回答有り）は、回答が多かった順に「成年後見人等または任意後見人がいる」「医療費の支払いが可能」「生活保護受給者」であった（資料18)。



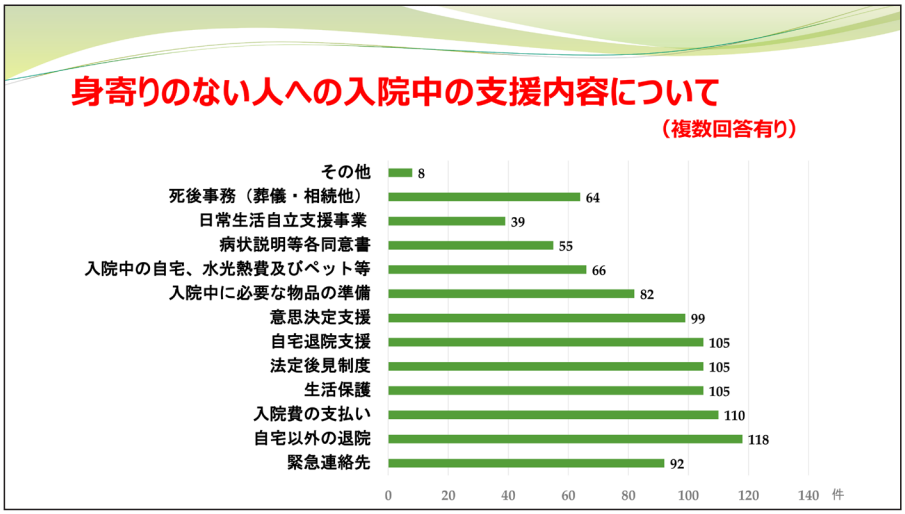
資料４



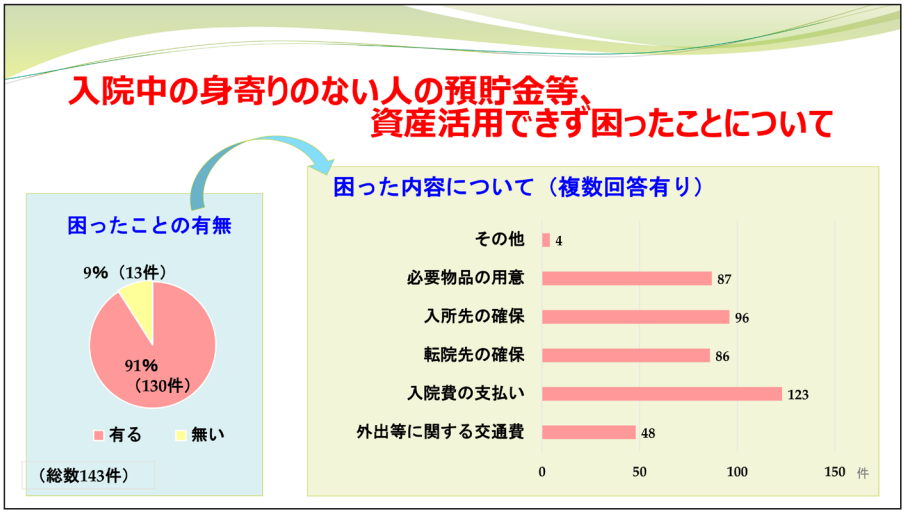
資料５


身寄りのない人への入院中の支援について
支援の有無
7%（11件）
93%（143件）
有る
無い
（総数154件）
支援件数
9%（13件）
3%（4件）
6%（9件）
47%（67件）
35%（50件）
1～10件
11～30件
31～50件
51件以上
無回答

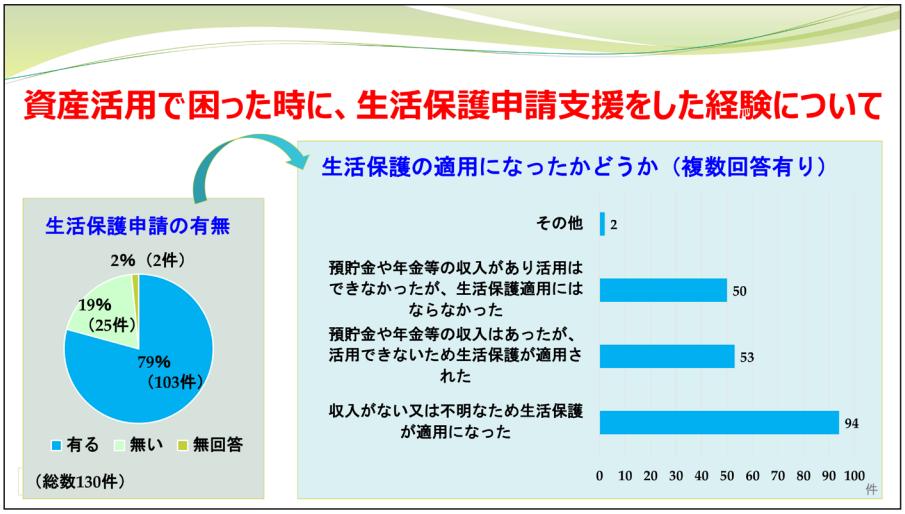
資料６


身寄りのない人への入院中の支援内容について
（複数回答有り）
その他 8
死後事務（葬儀・相続他） 64
日常生活自立支援事業 39
病状説明等各同意書 55
入院中の自宅、水光熱費及びペット等 66
入院中に必要な物品の準備 82
意思決定支援 99
自宅退院支援 105
法定後見制度 105
生活保護 105
入院費の支払い 110
自宅以外の退院 118
緊急連絡先 92
0 20 40 60 80 100 120 140 件

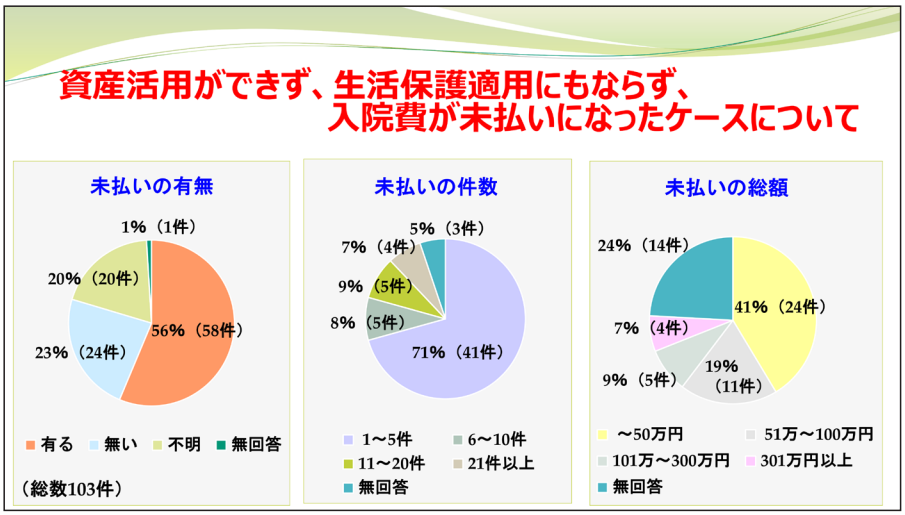
資料７


入院中の身寄りのない人の預貯金等、
資産活用できず困ったことについて
困ったことの有無
9%（13件）
91%
（130件）
有る
無い
（総数143件）
困った内容について（複数回答有り）
その他 4
必要物品の用意 87
入所先の確保 96
転院先の確保 86
入院費の支払い 123
外出等に関する交通費 48
0 50 100 150 件

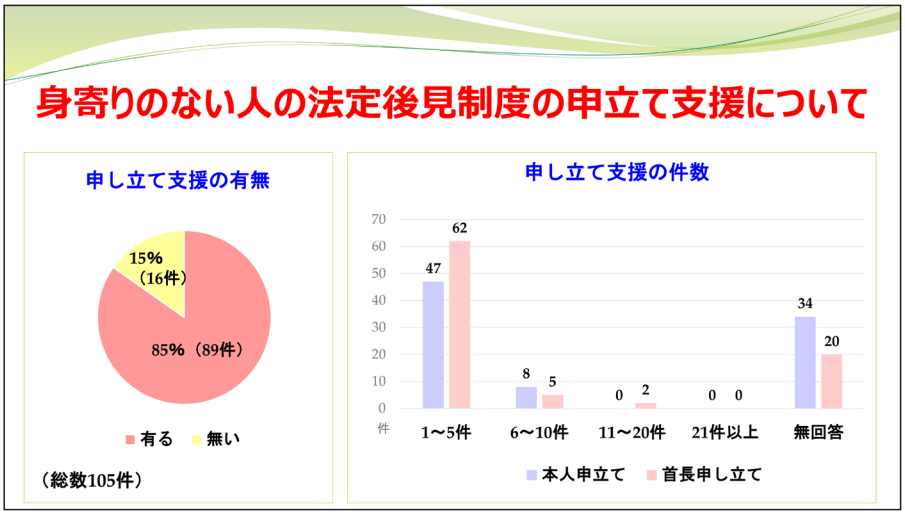
資料８



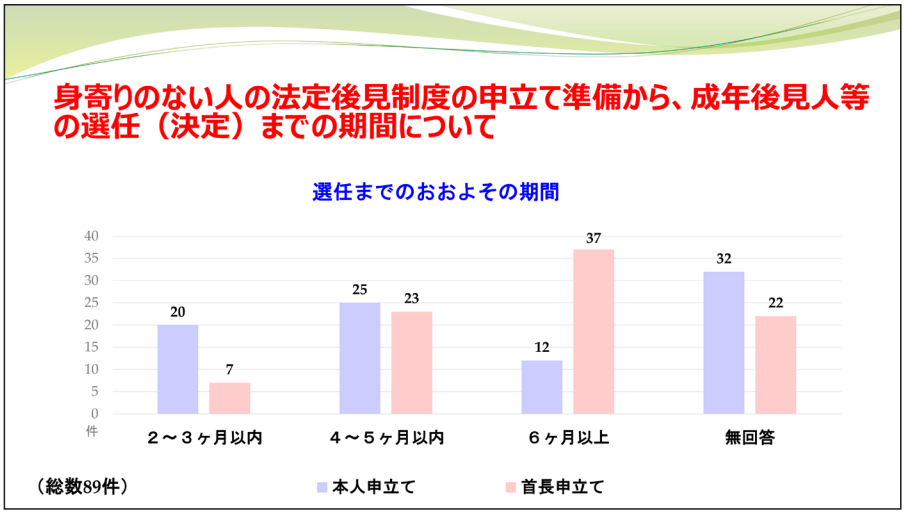
資料９



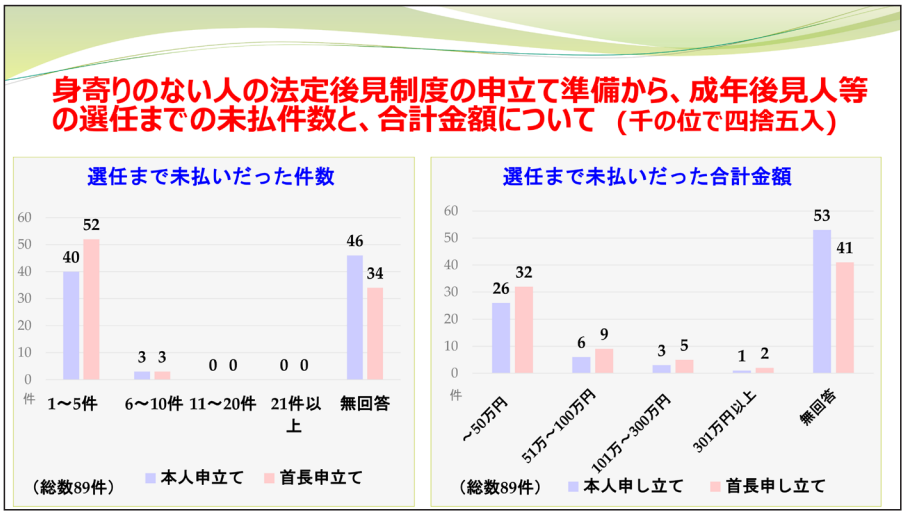
資料10



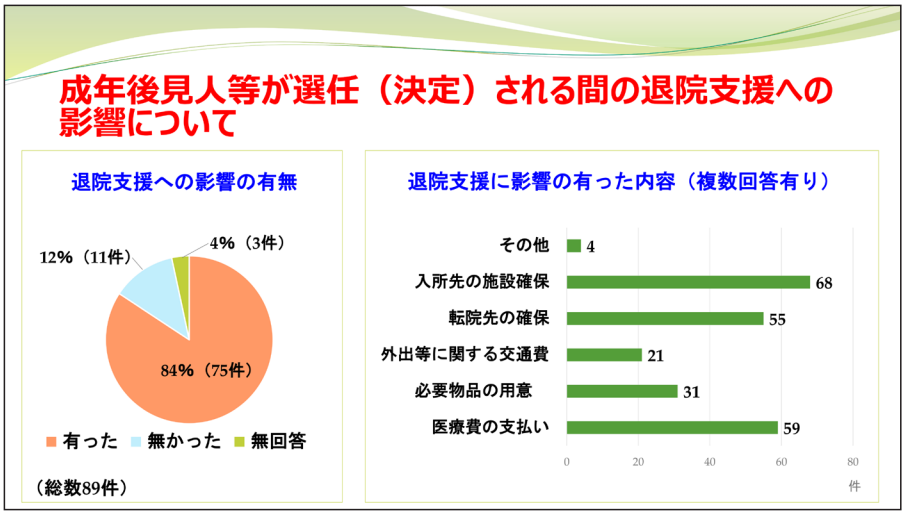
資料11



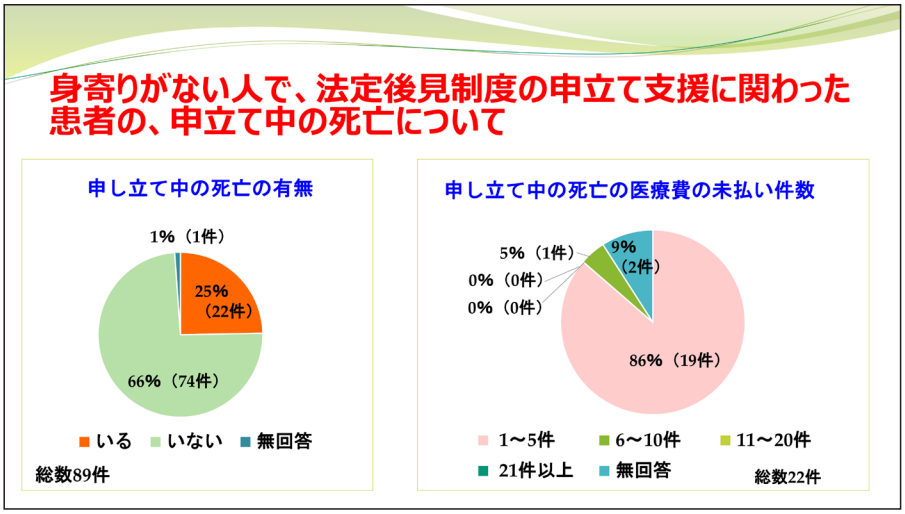
資料12



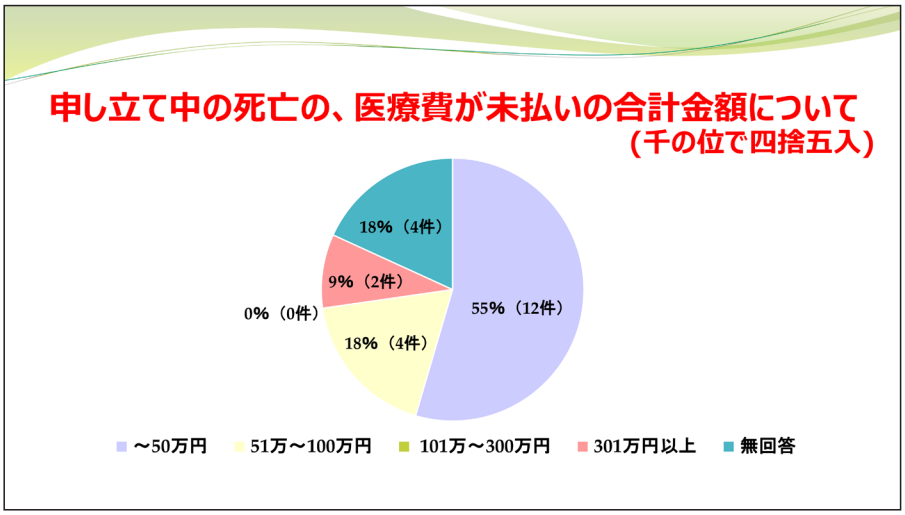
資料13



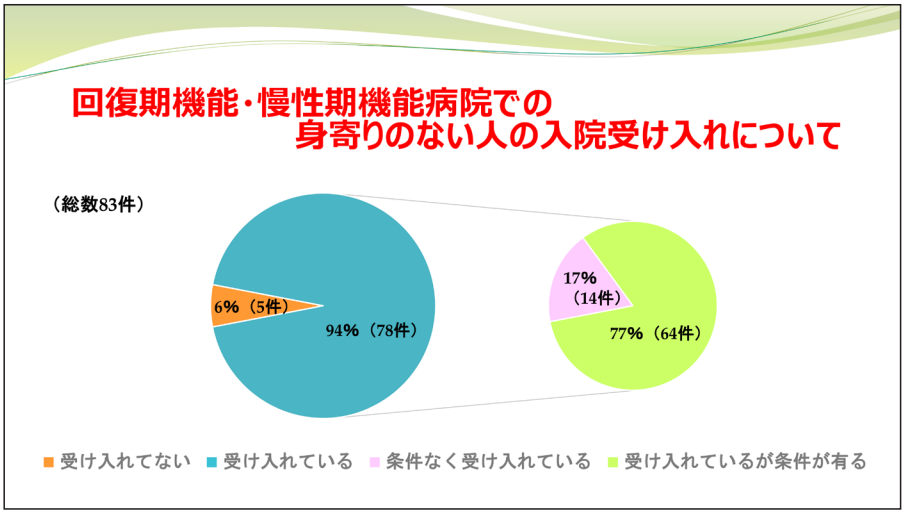
資料14



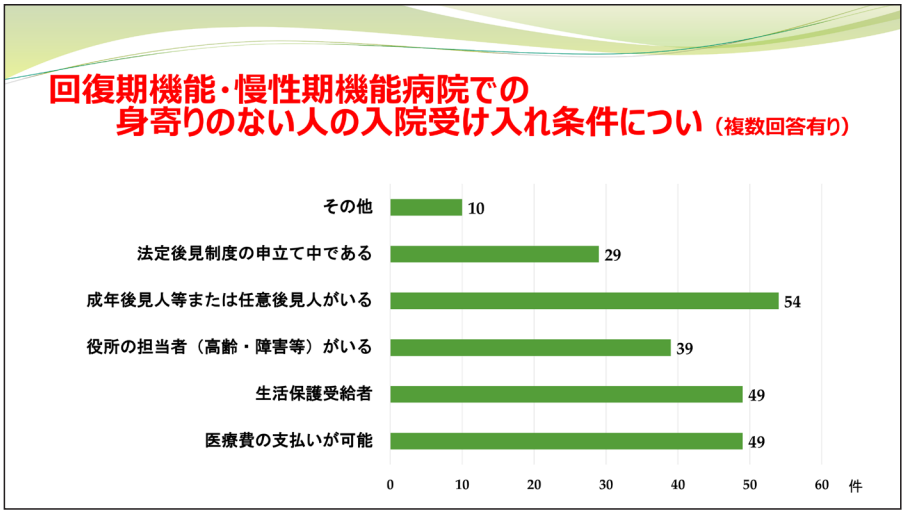
資料15



資料16



資料17



資料18

【考察・結論】

今回のアンケート結果から以下のことが言える。回答があった９割の病院で身寄りがない人への支援を行っており支援内容は多岐に渡っていた。身寄りがない人は預貯金等の資産が活用できず、医療費の未払いは６割近くの病院で発生している。さらに、成年後見人等の選任に６カ月以上と長期間かかることにより、医療費の未払いにつながっていた。そのうえ、医療費の支払いの目途が無い場合、急性期病院から、回復期・慢性期病院や介護施設への転院等が困難になり、患者の状態にあった医療・ケアを受ける権利や急性期病院の機能役割が阻害される要因になっていることがわかった。医療ソーシャルワーカーはこれらの解決を求められている。しかし、制度や仕組みが不十分なため、個々の医療ソーシャルワーカーや医療機関の努力では解決困難である。

【おわりに】

上記で述べたことは、医療現場では大きな問題である。これらの問題について、「身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への医療等に係る相談支援の問題解決案」として、神川県病院協会と神奈川県医療ソーシャルワーカー協会で以下のようにまとめた。

１．医療費等自己負担分の未払いに対する補填制度の創設

２．成年後見申し立て中に本人が死亡し、かつ相続人が存在　しないことが明らかな場合は、相続財産清算人手続に移行し、速やかな「未払医療費・介護費用等の支払」を可能にすること

３．成年後見制度中に、特定の行為に限定する「成年保護特別代理人制度（仮称）」を導入し、速やかな選任を可能とすること

このまとめを要望として、今年７月、神奈川県病院協会が、国と神奈川県の令和７度予算の要望書の中に記載し提出している。

今後も、神奈川県病院協会と神奈川県医療ソーシャルワーカー協会は、身寄りがなく判断能力が不十分又は喪失した人への医療等に係る相談支援の問題解決に向け、協力して取り組んでいきたいと考えている。

1 一般演題（ポスター発表）

災害が起きたとき医事課のやるべきこと

◎遠藤　夕香里、金澤　陽子
医療法人社団協友会　横浜鶴見リハビリテーション病院　事務・医事課

【はじめに】

災害発生時、医療機関における初動対応は非常に重要である。当院においての医事課は、休日など出勤者が少ない場合、2名もしくは1名で適切に行動することが求められ、その対応策に不安を感じる医事課職員が多いと考えられる。

災害時に医事課が行うべき具体的な対応策を整理し、初動対応における不安要因を軽減することを目指す。

【目的】

災害発生時に医事課が適切な初動対応を行うための具体的なアクションプランを構築し、医事課職員が事前に対処方法を明確にしておくことで不安要因を解消する。

【方法・取り組み】

1. 医事課職員の災害対策に関する意識調査アンケートを実施
2. 当院の「災害時医療救護実践マニュアル」を読み直し、医事課で必要な初動対応の項目をピックアップし、直面する可能性のある課題や問題点を抽出
3. 不安要因に対処するための具体的な手順や情報を盛り込んだ「医事課災害時マニュアル」と「アクションカード」を作成
4. 課内で情報を共有し、災害時の初動対応に向けたトレーニングを実施

【まとめ】

本研究では、災害発生時に医事課で行うべき必要な初動対応に焦点を当て「医事課災害時マニュアル」を作成し「アクションカード」を活用した対応策の整備を行った。課内でのトレーニングを通じ、医事課職員が災害発生時にどのように行動をするべきか明確にすることで、混乱を最小限に抑える一助となることが期待されると考える。今後もさらなるトレーニングと検証を通じて災害発生時の初動対応をより効果的に行える方法を模索していく必要がある。

2 一般演題（ポスター発表）

災害時における情報伝達ツールについて
～IP 無線アプリ活用の検討～

◎矢口　達也、松本　松圭、小原　澄子、菅野　浩、内田　力、五十嵐　崇、田中　小百合
社会福祉法人恩賜財団済生会　済生会横浜市東部病院　事務・災害医療対策室

【背景】

当院で昨年度発生した災害(システムダウン/駐車場火災)及び災害訓練にて災害対策本部と現場との情報伝達が上手く行かず、混乱を招いた。

このことから、スムーズな情報伝達手段の確保に関する検討を行った為、報告する。

【目的】

災害時におけるスムーズな情報伝達手段の確保

【方法】

災害対策本部員及び各エリア長等が所有する病院貸与スマートフォンに IP 無線アプリ「buddycom」を導入し、情報伝達がスムーズに行えるのかを検証した。

比較対象は当院が被災した災害(システムダウン/駐車場火災)及び災害訓練での組織図作成までの所要時間とした。

【結果】

システムダウン時の指揮命令系統確立までの所要時間は 60 分(主な連絡手段：PHS)

駐車場火災時の指揮命令系統確立までの所要時間 30 分(主な連絡手段：PHS/無線機)

災害訓練時の指揮命令系統確立までの所要時間は 45 分(主な連絡手段：PHS)

IP 無線アプリ使用時の指揮命令系統確立までの所要時間は 15 分であった。

【考察】

上記より、IP 無線アプリを使用した場合の指揮命令系統確立までの所要時間は平均 30 分短縮していた。

PHS を使用したシステムダウン時及び災害訓練時の指揮命令系統確立までの所要時間と比較すると 37.5 分短縮していた。

PHS では一人一人にそれぞれ個別で連絡を取る必要がある一方で、IP 無線アプリでは一斉連絡が可能な点が所要時間短縮に繋がったと考えられる。

また、無線を使用した駐車場火災時の指揮命令系統確立までの所要時間と比較しても 15 分短縮していた。

無線を使用する際には一人一人に無線を配布する必要がある一方で、IP 無線アプリでは既に各人が所有しているスマートフォンが「無線機」の代わりになるため「無線の配布」作業を省けた点が所要時間短縮に繋がったと考えられる。

また、IP 無線アプリではインターネット回線を使用する為、音質がクリアであり「聞き取りやすい」事、そして「音声が自動的に文字として記録される」事が情報の錯綜を防ぎ所要時間短縮に影響したと考えた。

【結語】

本調査により、IP 無線アプリがスムーズな情報伝達手段の確保に有益である事が分かった。

3 一般演題（ポスター発表）

IT-BCP 対策への準備の取り組み

◎和田耕一
医療法人五星会　菊名記念病院　事務・医療情報システム室

【背景】

当院は神奈川県横浜市にある 2 次救急拠点病院で 2023 年の救急車搬送数 7,174 台の受入を行う急性期病院である。2022 年度診療報酬改定では診療録管理体制加算の見直しがあった。その段階ではまだ許可病床数が 400 床以上の保健医療機関を対象にしていたが、当院としては近い将来に向けて以下の準備の取り組みを始めた。

その後 2024 年度診療報酬改定で許可病床数が 200 床以上の保健医療機関が対象となり、218 床の当院も待ったなしの状況になりさらに取り組みを進めていった。内容は以下の通りである。

【取り組んだ項目】

① 専任の医療情報システム安全管理責任者を配置する。
② 非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（BCP）を策定し、少なくとも年 1 回程度、定期的に訓練・演習を実施する。またその結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行う。
③ 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離したオフラインで保管する。

また 2022 年の診療報酬改定から 2024 年の診療報酬改定までにあった以下の内容も参考にして取り組みを行った。

・2023 年 3 月 10 日　医療法施行規則の一部を改正する省令でサイバーセキュリティを確保するために必要な措置を講じること
・2023 年 5 月 31 日　医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 6.0 版公開

まず最初に取り組んだことは項目①「医療情報システム安全管理責任者の配置」である。「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」では、情報セキュリティ対

策に関する統制の実効性を確保するために、経営層がその役割を担うという事から今回は経営層から病院長を医療情報システム安全管理責任者とした。

次に考えた事は項目②「非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制の確保」である。通常のバックアップは各システムのサーバから NAS（Network Attached Storage）にバックアップを保管していた。そのバックアップ処理とは別に USB ケーブルで接続された外付けのハードディスクを複数台用意して日々バックアップを手動で差し替えるというアナログな方法でコストを抑えてオフラインバックアップを保管する事にした。

最後に項目③「非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応」に取り組んだ。

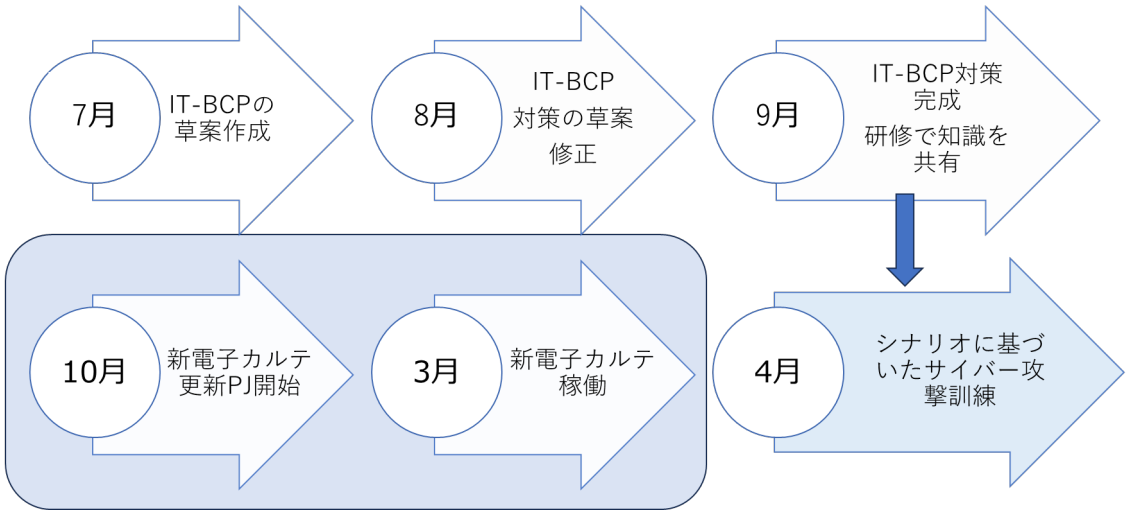
昨今でも病院に限らずサイバー攻撃の事例が続いていて、医療機関へのサイバー攻撃があるとマスメディアにも大きく報道されることがある。サイバー攻撃を想定する必要性を感じてはいたが、当院では今までシステムダウン時のシミュレーション訓練には定期的に取り込んでいたがサイバー攻撃を受けた場合のシミュレーション訓練は行っていなかった。今回は必要不可欠となってきていることから改めて IT-BCP 対策の準備を以下のように行うこととした。

【方法】

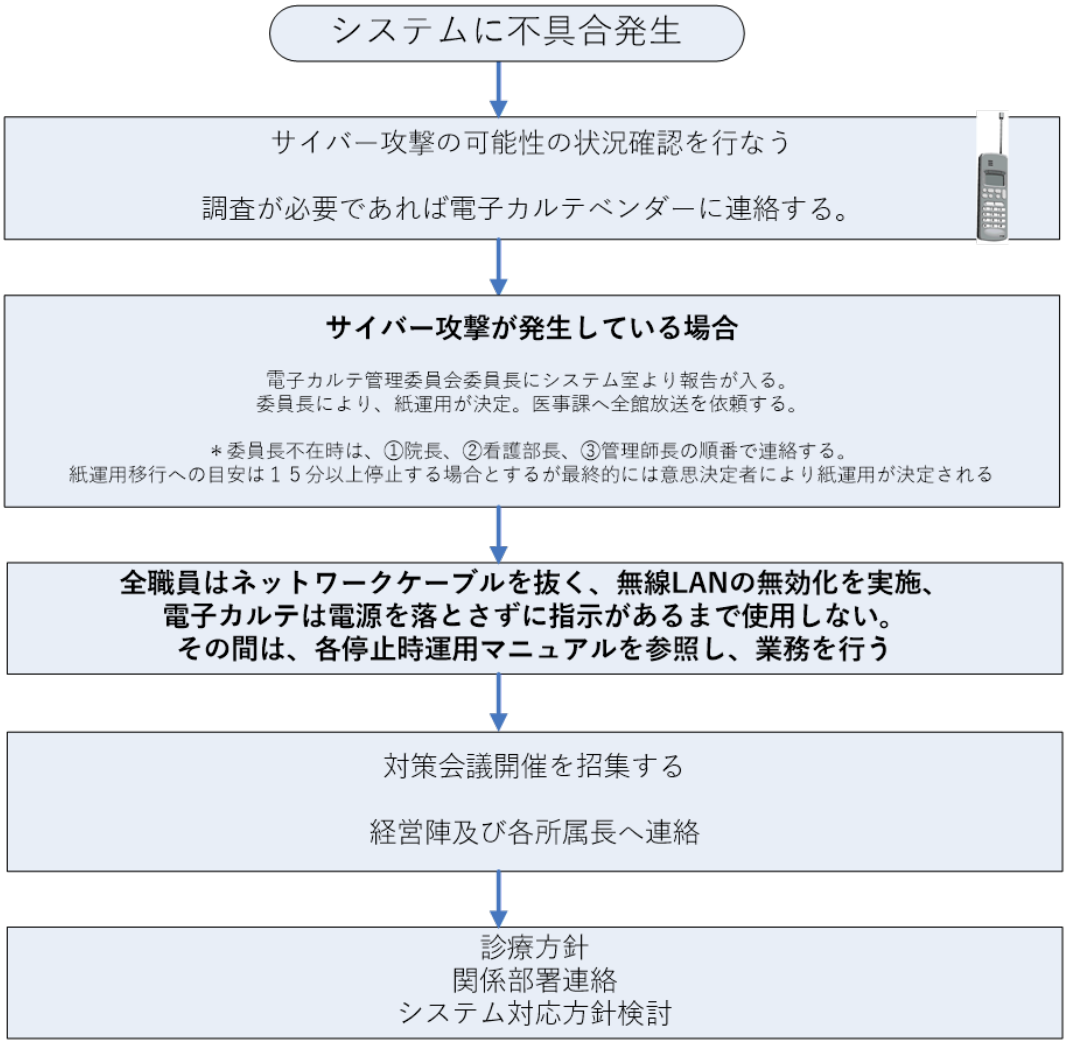
定期的に開催している電子カルテに関する院内の委員会（電子カルテ委員会）とは別にワーキンググループを立ち上げた。参加者は看護部、医事課、総務課、画像診断部、臨床検査科、リハビリテーション科、診療録管理室、医療安全管理室、医療情報システム室と多職種から選抜した。

まずはシステム担当者よりサイバー攻撃を受けた場合のシナリオを作成してそれを基本に当院でサイバー攻撃を受けた場合の「人、モノ、情報」の動き方を書き出したフローチャートの再確認を行った。

図①　サイバー攻撃用 IT―BCP 対策作成スケジュール



図②　サイバー攻撃発生時電子カルテ運用チャート



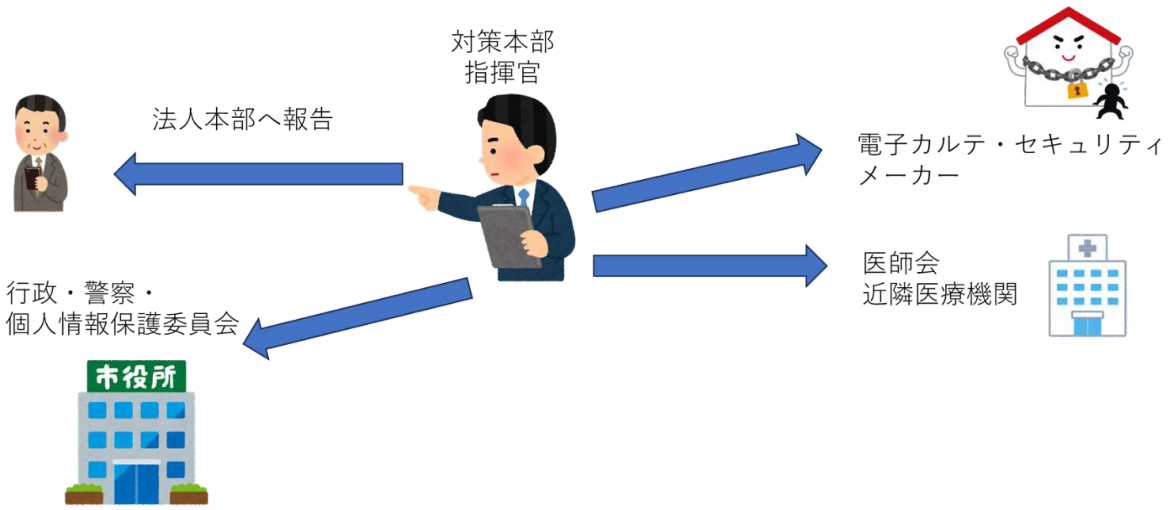
初動対応

1　ベンダーに協力を依頼

2　被害拡大を防ぐ

3　対策本部を開催する

図③　対策本部から関係部署連絡する場合の連絡先の確認



対策本部から関係部署に連絡する場合の連絡先の一覧をリストアップしてまとめておく。

図④　診療方針の確認

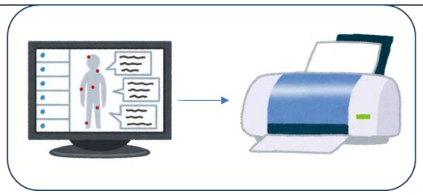
・**診療方針（外来、入院、手術、救急）**
診療方針に基づく、患者・家族対応、転院等の措置、
投薬・検査記録の収集

・**ホームページ等での情報発信**
病院の状況や患者自身が所有する診療情報（お薬手帳や検査データ等）をできる限り持参するよう、ホームページや SNS を通じて発信

図⑤　システム対応方針

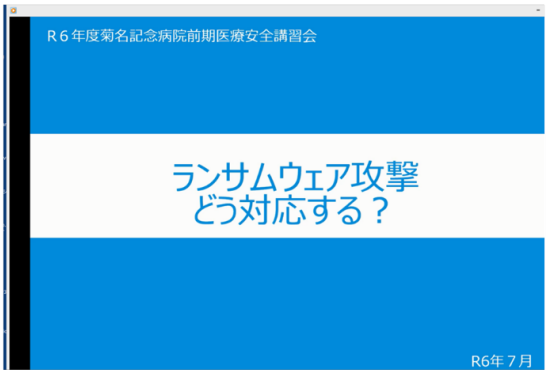
- **サイバー攻撃発生からの時系列確認**
  ランサムウェア等ウィルス感染状況
- **各システム運用状況とシステム復旧優先準備の確認**
  1.電子カルテ　⇒　2.医事システム　⇒　3.部門システム
- **院内職員への周知情報と情報共有手段の確認**
  チャットツール（LINE WORKS)、院内放送
- **代替手段の確保**
  参照環境の構築
  紙運用に向けた消耗品・備品調達
  ベンダー作業場所の確保

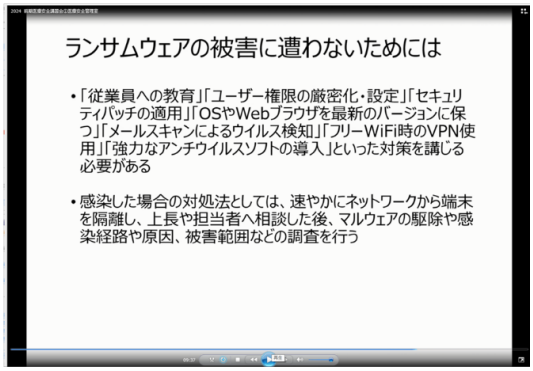
使えるPCで記録入力やPCとプリンタを直接接続を行い帳票等を印刷して業務継続



図⑥　侵入防止に向けた対策

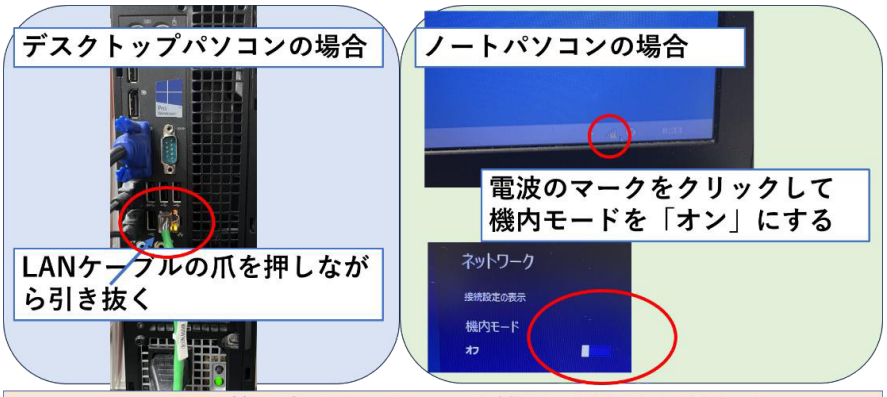
職員向け情報セキュリティ研修





院内イントラネットで動画視聴と理解度テストを実施

図⑦　被害拡大を防ぐためのネットワークの切断方法



システム管理者はネットワーク機器の電源を切断する

【考察と結論】

今回第1回のIT-BCP対策訓練としては平日の日勤帯にサイバー攻撃が起こった場合を想定したシナリオを作成して机上でのシミュレーションを行った。しかし実際にはサイバー攻撃はいつ何時起こるかは想定することが難しい為、今後は時間外、休日含めた対策を作る必要があり同時に院内にも周知していく必要がある。今までシステムダウン時の紙運用のマニュアルの作成及びシミュレーション訓練は行っていたがサイバー攻撃対策としてのマニュアルは存在しなかった。

今回改めてサイバー攻撃を受けた場合にどういった事を行う必要があるかを検討することにより通常のシステムダウン時とは違った運用マニュアルが必要なことが改めてわかった。

本来であればマニュアル作成後はシナリオを作成してサイバー攻撃対策のシミュレーション訓練を行う必要もあるが、当院は2025年3月1日より電子カルテベンダーを変更する事になっており、新しい電子カルテではペーパーレス化の推進や新しいシステム導入も行う為、シミュレーション訓練は新しい電子カルテ稼働後に行う事とした。

しかしながらサイバー攻撃の可能性は今の電子カルテでも十分考えられるので、日頃から職員に対しては情報セキュリティ研修を行い、ネットワーク機器に対しては脆弱性の情報収集と必要であれば対策を行い、サイバー攻撃を想定したIT-BCP対策のマニュアルの更新にも引き続き取り組んでいきたい。

救急・集中治療診療の並列診療に対する重症患者管理ツール iBSENの有用性の検討と災害医療に対する今後の展望

◎小川　史洋(医師)[1]、大井　康史[1]、佐藤　公亮[1]、本澤　大志[1]、佐治　龍[1]、
山﨑　敦子[1]、出井　真史[2]、高木　俊介[2]、竹田　美希[2]、竹内　一郎[1]
1 横浜市立大学附属病院　救急科　2 横浜市立大学附属病院　集中治療部

【目的】

2024 年 4 月より施行されている医師の働き方改革は、労働時間の適正化及び夜間休日の医師数削減などの影響で一般診療のみならず､救急診療･集中治療を要する重症患者への対応に影響していると考えられる。その一方で、一般診療・救急診療に関しても、従来通り診療の質を保つことが課題である。今回、重症患者管理ツールを用いた重症患者モニタリングによる救急診療と集中治療の並行診療の質を保つことが可能かどうかを調査することを本研究の目的とした。

【対象・方法】

当院救急集中治療部医療スタッフ 25 名を対象とし、重症患者管理ツール iBSEN を使用し、その使用感・満足度および今後の課題についてヒアリングシートを用いたアンケート調査を行う。

【結果】

有効回答数は 22 名(回答率 88%、医師 12 名、看護師 10 名)であった。ツールの操作性・使用感は平均 3.8/5.0 点、セントラルモニターやバイタルサイン連動電子カルテの閲覧頻度への寄与度は 3.0/5.0 点であり、患者ベッドサイドへの訪問回数の軽減(23%)など通常業務との差はなかった。一方、80%の回答者がネットワーク環境やデータ反映速度に改善の余地があると考えられた。

【考察】

重症患者管理ツールは高い操作性を示したものの、現状では業務効率化への直接的影響は限定的であった。しかし、システムの改良により、働き方改革への貢献度向上が期待される。さらに、本ツールの災害時における地域医療連携への応用可能性が示唆された。今後は、データ反映速度の向上と取得情報の最適化を図り、平常時および災害時双方での有効活用を目指す。

5 一般演題（ポスター発表）

当院検査科の災害対策への取り組み

◎難波　真砂美、森崎　優也、中村　典彦、徳山　宣
国家公務員共済組合連合会　横須賀共済病院　臨床検査技師・中央検査科

【はじめに】

日本では自然災害の発生が非常に多い。今年も 1 月 1 日の石川県能登半島地震に始まり、林野火災や大雨被害が各地で起き甚大な被害を出しており、人為災害も常に起きる可能性がある。いつ起こるかわからない災害に対し病院の検査室として臨床検査技師として、何が必要なのか、また何が出来るのかを考えながら取り組んできたことについて報告する。

【方法】

1）患者・スタッフの安全を確保すること、

2）検査を止めないためにするべきこと、

3）病院スタッフとしてできること、3 点について取り組みを行ってきた。

【結果】

当院検査科は 2008 年より「災害対策委員会」を立ち上げ活動を行ってきたが、2011 年東日本大震災や 2019 年大型台風の接近などの経験を経て、より実践的な内容にするべく検討してきた。

各取り組みについては

1）災害時の初期対応としては「院内災害医療マニュアル」に則し「自身の安全確保➡周囲の安全確認と救出・援護」を行うことになる。安全を確保するために、設備としては検査科として非常持ち出し袋の設置、転倒や移動を防ぐ機械のストッパー活用促進、ストッパーの無いものに対して台車用ストッパー購入設置、また病理標本棚や本棚などの落下防止対策をとり通路確保に備えた。スタッフの行動としては検査科内での各部署の専門性を踏まえた防災訓練を毎年実施し、各自が認識を持てる様にしている。

2)緊急時に必要な検査項目について救急科医師に相談するとともに各部署で検討し緊急時項目を決定、検査項目対応機器に対し施設課の協力を得て非常用電源確認を行った。また検査科システムに対する「停電時ＬＩＳマニュアル」「災害時ＬＩＳマニュアル」、夜間宿日直時の対応として「宿日直時停電マニュアル」を作成し、災害時の検査に備えている。更に出勤できないスタッフが多数時のシミュレーションを各部署で行い、コロナ禍においても同様の想定見直しを行った。

3）災害時に病院スタッフとして具体的な行動が明確になるように、トリアージエリアでのスタッフの動きを多職種で検討した。

【まとめ】

災害時対策にはマニュアルと訓練が必要であり出来るだけ取り組んできたが、それらを繰り返し見直しＰＤＣＡサイクルを回していくことが重要であると考える。また今後は更にＰＯＣＴ対応機器・試薬の考慮、電源確保が困難である場合の対応を具体的に検討していくことが課題である。

新人理学療法士の早期稼働を目指した取り組み

◎加賀谷　美紀、佐伯　まどか
医療法人社団協友会　横浜鶴見リハビリテーション病院
理学療法士・リハビリテーション技術科

【はじめに】当院は回復期病棟、療養病棟を各 114 床有しており、毎年十数名の新人理学療法士が入職をしている。しかし、入職直後の安全なリハビリテーションの提供や卒後教育の指導内容が臨床に活かされていない点が課題であった。また、昨今の COVID-19 の影響による養成校教育の対応や日本理学療法士協会による診療参加型臨床実習への移行、厚生労働省による国家資格の登録システムの変更等は新人理学療法士の臨床現場教育に大きな影響を与えている。

今回、当院における課題と社会情勢を踏まえて、2024 年度に新人理学療法士の教育体制の見直しを行い実施したため、その結果を報告する。

【対象】2023 年度と 2024 年度に当院の同一フロアに配属された新人理学療法士、計 7 名。なお、当院は 3 フロアに新人理学療法士が分かれて配属されるため、環境による教育体制の差が生じないよう 1 フロアのみを対象とした。

【教育体制の変更点】2023 年度は 4 月～5 月中旬までに集中して研修を実施したのに対し、2024 年度は 4 月～7 月下旬にかけて実技研修を分散し、実際の臨床場面に速やかに活かせるような研修内容に変更した。また、2024 年度は指導者レベルに達したスタッフが実技研修の指導を行った。

【方法】2023 年度と 2024 年度の 4 月～6 月のリハビリテーション実施単位数、同期間でのインシデント発生件数を比較した。また、研修の内容について新人理学療法士へアンケートを実施した。

【結果】2023 年度 4 月の研修 25 時間、5 月 13 時間、6 月 0 時間、2024 年度の 4 月の研修 11 時間、5 月 16 時間、6 月 4 時間であった。研修時間が分散されたことで先輩理学療法士が実施するリハビリテーションの同行の時間も 2024 年度で微増し、2023 年度に比べ 2024 年度は 10 日早く同行で介入を開始することができた。リハビリテーション実施単位数においては、2023 年度と 2024 年度では大きな差はなかったが、理学療法士免許の登録済証明書が届く時期に差が生じていた。インシデント発生件数は 2023 年度は 5 件であり、2024 年度は 0 件であった。

【考察】教育体制の見直しにより、先輩理学療法士に同行し患者と接する機会が増えたことで、安全にリハビリテーションを行うためのリスク管理の修得が可能となり、インシデント発生件数の減少に繋がったと考える。また、臨床に必要な知識や技術の習得が新人理学療法士の業務実施目標と合わせて計画できたことが昨年度同様のリハビリテーション提供量を維持できたと考える。

【今後の課題】来年度は円滑な単位取得のために医師等免許登録確認システムの使用を促していく。またそれに伴い安全にリハビリテーションの提供を行えるように適した時期での研修計画をアンケートも参考に再検討をしていく。

7 一般演題（ポスター発表）

麻生総合病院⇔麻生リハビリ総合病院の病院連携

◎神田　康平、長田　将卓、脇山　雄輔
医療法人社団総生会　麻生総合病院・麻生リハビリ総合病院　理学療法士・リハビリテーション科

【目的】

総生会法人の強みは、川崎北部地域を主とする急性期・回復期・維持期の一貫したリハビリテーションを提供できる事である。しかし隣接した病院にも関わらず、顔や名前も知らない、情報共有や治療方針について意思統一が出来ておらず、病院間での連携が行われていなかった。そこで 3 年前から法人内で他事業所と連携を取っていく、「ONE 総生会プロジェクト」を設立した。今回リハビリテーション科としてはまず、症例リレーを実施した。お互いのリハビリテーションで行っている環境を見学し理解すること。また症例に対してお互いに治療内容の検討など意見交換を実施した。

【方法】

症例患者は右人工股関節置換術患者 1 名を対象とした。スケジュールは術後 2 日目、13 日目、25 日目にリハビリ見学をそれぞれ実施した。見学では患者との顔合わせ、身体状態確認、治療方針の検討について意見交換を実施した。

【結果】

急性期は身体機能の向上、回復期は ADL 向上を目的としたリハビリテーションに取り組んでいることを知る機会を得た。術後早期から患者と顔合わせを実施し、状態変化について情報共有することで転院後のリハビリテーションをスムーズに実行することができ、患者の退院支援を円滑行えた。

【考察】

これまでは急性期病院から回復期病院へ患者が転院した場合、サマリーを通じてのみ情報共有を実施していた。隣接している病院同士の利点として回復期のセラピストは急性期での術後早期の患者の身体状態を直接把握することができる。急性期のセラピストは術後の初期評価の内容を直接セラピストへ情報共有することができる。特に術後は炎症期で腫脹・熱感や疼痛の程度が患者ごとに変化する。これらの情報を事前に共有することで、回復期でのリハビリテーションを円滑に実施することが可能となり、早期退院に繋がる可能性がある。

【まとめ】

今回の症例リレーを踏まえ、今後は臨床推論や治療内容のディスカッションを行う事が良いのではないかと感じた。臨床スキルの向上、急性期・回復期のイメージをセラピストが直接把握し、情報共有することもできる。これらの効果が更なる退院支援に繋がると考えた。将来的には今回実施した症例リレーをマニュアル化し、法人内での連携を通じて患者に対して一貫したリハビリテーションを提供していけるように検討していきたい。

令和6年能登半島地震災害支援活動報告
ー神奈川県理学療法士会事務局災害対策部の取り組みとその意義ー

◎下田　栄次、松田　梓、中橋　真弓、今川　祐子、須貝　勝、前田　拓、西谷　真亜沙、
山田　祐介、金田　拓人、川越　潤一、山城　諒一郎、松本　肇
公益社団法人神奈川県理学療法士会　理学療法士・事務局災害対策部

【目的】

2024年1月1日に発生した令和6年能登半島地震に対する理学療法士に関する職能団体として行った災害支援活動の詳細について報告する。

【被害状況と避難所の現状】

地震発生後、一次避難所には多くの避難者が集まり、最大で51,605人が避難生活を送る状況であった。避難所での生活は長期化し、避難者の生活水準の格差や支援物資の供給の不均衡が課題となった。多様な団体が避難所支援を展開し、保健医療支援や衛生管理、福祉支援が行われたが、特に高齢者や障がい者などの要配慮者への支援が重要な課題となった。

【(公社) 神奈川県理学療法士会の支援活動】

公益社団法人神奈川県理学療法士会（以下、本会）事務局災害対策部では、2024年1月5日から3月31日の期間にのべ11名の部員が支援活動を実施した。人員要件として、JIMTEF災害医療研修の修了者および神奈川県災害派遣福祉チーム（以下、DWAT）登録研修を修了した部員を中心に、避難所や災害対策本部で、避難所の巡回支援、医師や理学療法士の派遣調整、支援物資の手配・配布、被災者の健康支援などの支援活動を行った。

神奈川DWATでは、2名の部員が2024年3月中旬頃より石川県輪島市にて避難所や公民館で支援活動を展開した。避難所生活が長期化する中で、呼吸器系疾患や消化器系疾患、皮膚疾患などの健康問題が増加し、医療機関の被災により内服薬の供給不足や定期的な治療の欠如が問題となった。また、地震のトラウマや避難生活のストレスから、不安感やうつ症状が増加し、特に子供や高齢者の心理的健康にも懸念があった。そのような状況下で要配慮者のスクリーニングやアセスメントを行い、適切なリハビリテーションや生活支援を行った。避難所の環境整備や要配慮者の心身の状態の把握、相談支援などを実施し、要配慮者の生活再建に貢献した。

【今後の展望】

今後の展望として、情報共有と連携の強化、ロジ調整の強化、地域防災計画への積極的な参画、継続的な教育と訓練の実施、地域との連携強化が重要であると考える。これにより、災害発生時における迅速かつ適切な対応が可能となり、要配慮者に対する一貫したケアが実現されることが期待される。

9 一般演題（ポスター発表）

令和6年能登半島地震でのDMAT活動報告

◎武田　将英、土井　智喜、森山　雅明、渡辺　翔太、島田　雅人、長谷川　哲也、
武生　新吾、山村　孝司、花田　拓也
国家公務員共済組合連合会　横須賀共済病院　理学療法士・リハビリテーション科

【はじめに】令和6年能登半島地震において、災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team：以下DMAT）の業務調整員として、石川県珠洲市で災害派遣活動を行った。

【DMATの概要】DMATは厚生労働省管轄の災害医療チームであり、「大規模事故災害、広域地震災害などの際に、災害現場・被災地域内で迅速に救命治療を行えるための専門的な訓練を受けた、機動性を有する災害派遣医療チーム」[1]として、定義されている。その中で、理学療法士は業務調整員として関わる機会があり、支援活動や研修の報告が散見される[2,3]。

【派遣概要】今回、当院DMATは能登半島地震におけるDMAT5次隊として、医師1名、看護師2名、業務調整員2名（薬剤師1名、理学療法士1名）の計5名でチームを構成し、現地での任務に当たった。2024年1月11日に派遣が決定した。同日に当院を出発し、12日には本部である珠洲市健康増進センターへ到着した。その後、1月13日より17日までの計5日間、本部活動としての任務を遂行し、19日に帰院した。

【活動内容】5次隊として、神奈川・埼玉を中心としたDMAT32チームで支援活動に当たった。それぞれを複数のチームに分け、以下の支援活動を行った。①介護施設入所者の避難調整、②珠洲市総合病院支援、③SzCU（珠洲ケアユニット）支援、④物資支援調整、⑥記録活動、⑦本部受付業務、⑧資料作成、など多岐にわたる内容であった。当院は他院のDMATと協力し、本部活動を中心に行った。上記支援活動の現状把握やニーズの抽出を行い、搬送調整が必要であれば各機関への連絡や調整作業を行った。

【まとめ】石川県珠洲市において、DMATとして支援活動の経験を得た。本部活動では、各チームや機関からの情報や報告を基に現状を分析し、課題解決に向けて動くことが重要であった。今後起こり得る首都圏での大規模災害に立ち向かえるように、各病院や施設といった単位ではもちろん、市区町村・周辺地域がより一体となって、連携していく体制が必要であると感じられた。また、災害といった過酷な環境においても、医療従事者として思いやりの心を常に忘れてはならないと感じた。

参考文献

1)日本集団災害医学会(監),日本集団災害医学会　DMAT テキスト改訂版編集委員会(編):DMAT 標準テキスト改訂第2版.pp30,へるす出版,2018
2)浅野直也　他：災害医療派遣チーム(DMAT)による理学療法士の支援活動.理学療法ジャーナル,2015,49:197-204.
3)高平真澄 他:DMAT 活動報告-被災混乱期での避難者に対する活動経験から考える理学療法士 の役割-.東北理学療法学,2021,33:68-74

神奈川県病院薬剤師会　専門・認定支援委員会の取り組み

◎中島　研、原田　知彦、椎　崇、冨澤　淳、田村　英樹、山田　裕之
公益社団法人神奈川県病院薬剤師会　薬剤師・専門・認定支援委員会

【背景・目的】

高度な薬物療法等について知識・技術を備えた薬剤師を養成し、国民の保健・医療・福祉に貢献することを目的に、日本病院薬剤師会専門薬剤師・認定薬剤師認定制度がつくられている。神奈川県病院薬剤師においても専門認定支援委員会が常置委員会となり支援している。本発表は、本委員会活動の評価を行うことを目的とする。

【方法】

専門認定支援委員会の組織や活動を報告し活動内容を評価する。

【結果】

がん分野は、がん医療を実践できる薬剤師を養成することを目的としている。セミナーでは専門・認定薬剤師による支持療法の講義や、専門医による各がん種の病態・治療の基礎講義が行われる。模擬症例を用いたワークショップでは模擬症例の解説が行われている。

感染症分野は知識・技能を習得し、専門・認定薬剤師の取得を目指す薬剤師を支援することを目的にしている。活動内容は感染症のエキスパートによる最新の知見を交えた座学講義と SGD 形式の参加型研修会の開催である。参加型研修会は感染症診療について、症例を通じて座学では学ぶことのできない実践的な考え方や対応を習得が可能である。

精神科領域では、精神科領域に興味があるすべての薬剤師を対象としている。統合失調症、うつ病、アルコール依存症、不眠症、発達障害など、認定試験対象疾患だけでなく、最新の知見に即した内容や、診療報酬改定など精神科領域の話題等、幅広い観点から精神科薬剤師業務に還元できるよう留意して研修会を開催している。

妊婦授乳婦領域では、患者とその子供の生命にかかわる特殊な内容であることを学び、意義ややりがいを理解できるようにしている。講習は専門薬剤師、認定薬剤師、日病薬の専門委員がサポートしている。専門・認定取得（更新）を目指す薬剤師だけでなく、これからこの分野勉強をはじめる薬剤師も対象としている。

その他、専門領域とは別に臨床推論研修会を開催している。医師が診断する思考について学ぶもので、臨床場面で必要となる知識を得られる機会となっている。

【考察】

主に認定・専門薬剤師資格取得のための単位取得を目的とした講習会や、ワークショップを定期的に開催できている。今後は症例報告の記載方法など、取得そのものを支援する試みを行っていきたいと考えている。

【結論】

講習会の開催など、支援のための委員会活動を行えている。今後もさらに薬剤師支援につながるよう取り組んでいきたい。

横須賀地域の災害薬事における病院薬剤師の役割
～能登半島の DMAT の経験より～

◎島田　雅人　国家公務員共済組合連合会　横須賀共済病院　薬剤師・薬剤科、
土井　智喜（横須賀共済病院救急科）、小林　路子（横須賀共済病院薬剤科）、
山崎　勇輝（神奈川歯科大学附属病院薬剤部、横須賀市薬剤師会）

【はじめに】

横須賀共済病院（以下、当院）は災害拠点病院であり、発災時に DMAT などの医療救護班を現場へ派遣する機能を有している。2024 年元日に発生した能登半島地震の際もいち早く派遣が決まり、薬剤師も 1 名同行した。

当院が位置する三浦半島は、能登半島と同様に半島という特徴があり、現地での 7 日間に渡る経験は、横須賀地域における備えの参考になった。横須賀地域の災害薬事においては、各病院、薬剤師会、医師会、横須賀市、卸業者、大手チェーン保険薬局等が、それぞれの立場で備えてはいるものの、病院薬剤師という立場では全体を把握しておらず、発災時に速やかに連携を取るには、普段から互いの理解と情報共有方法の構築が必要と考えた。

【目的】

発災時に急性期から亜急性期、慢性期に至るまで、効率よく質の高い医療を提供するために、各施設や団体および企業の備えの現状や今後について把握し、連携する方法を検討する。

【方法】

災害薬事における現状について聞き取り調査を行う。また、個々の取り組みを地域全体で集約しトータルコーディネートする仕組みについて検討する。

対象：横須賀市薬剤師会 災害薬事コーディネーター、地域の医療機関および卸業者、保険調剤薬局

内容：①災害に備えた具体的な体制や内容、②それぞれが考える地域における情報の発信および集約方法③想定している医薬品の提供方法、在庫管理方法

【考察】

半島という地形は医療連携が取りやすく、横須賀地域は平時の医療について強い連携力を持っている。しかし災害薬事に関する連携にはなかなか着目されにくい現状であった。今後、現状共有から始め、地域一丸となった対策を敷き、万が一の災害時に省力で質の高い医療を提供出来る地域を目指したい。

長期入院のがん患者が地域でケアを継続して受けることの重要性
～緩和ケア認定看護師が退院後訪問を行って～

◎後藤　直美、今　方美
医療法人社団協友会　金沢文庫病院　看護師・看護部

【はじめに】専門的緩和ケアを担う看護師は、基本的緩和ケアでは対応が難しい患者、家族への対応等、苦痛や死に向かって生きる患者家族を最期まで支えていくことが求められる。今回、乳がんで自壊創のあるA氏は2年に渡り抗がん剤治療のケア、疼痛コントロール、自壊創の処置を緩和ケア認定看護師(以下CN)が中心に関わっていた。積極的な治療ができなくなり、施設へ退院するA氏へCNが退院後訪問を行い、施設スタッフと共同してケアをつないでいった関わりを振り返りここに報告する

【方法】事例検討

【事例】A氏70歳代　夫と二人暮らし。女性。二世帯住宅に娘が住んでいる。左乳房境界型乳がん。疼痛、著しい皮膚浸潤による自壊創があった。入退院を繰り返しながら、抗がん剤治療と症状コントロール、自壊創処置を行い創部は縮小された。今回はCOVID－19の罹患や肺炎など、窮地を乗り越えながら治療を続け2年にも及ぶ長期入院となった。数回にわたりレジメンの変更し治療を続けたが奏功せず、ADLも著しく低下した為、治療中止となった。A氏とご家族と相談し有料老人ホームへ入所となった。

【実践】3回の訪問での施設看護師の一番の不安点は自壊創処置であり、退院時より自壊部が増大しており、事前の情報提どおり処置ができているかであった。できていることを承認し、より具体的に今後起こりうることの対処法を説明した。A氏は病院で関りが深かったCNと再会ができたことで表情も明るくなった。また、A氏の生活のこだわりを説明し施設で取り入れて頂くことで、環境の変化に少しずつ慣れていった。A氏のご家族へは訪問前に電話で心配事や意向を聴き、訪問後にA氏の状況を伝えることで、家族も療養の場の変化に伴う不安の軽減を行った。

【考察】入院時より自壊創はA氏にとってとてもつらい状況であった。抗がん剤治療とCNによる専門的な処置や心理的ケアにより縮小され、A氏の不安に寄り添った関りにより、安心して入治療を受けることができていたと考える。スタッフとの良好な関係もある中、施設に退院が決まったA氏は不安が強い状態であった。退院後も自壊創の専門的ケアは必要であり、CNが施設へ訪問し処置の注意点や施設看護師の疑問に答えることは、A氏・施設看護師両者の不安の軽減に繋がったと考える。また、A氏にとってのCNの訪問は再会の喜びとなり、状況を知れた家族への安心にもつながっている。「CNはコンピテンシーを向上させていくことが求められている」[1)]と言われているようにCNが患者・家族・施設へ不安の無いよう病院から地域へケアを繋ぐ役割を担うことは重要　な意義があると考える。

引用文献　1)新幡　智子著　「専門的緩和ケアを担う看護師に求められるコアコンピテンシー尺度の開発－信頼性と妥当性の検証－」

13 一般演題（ポスター発表）

災害時の取り組みと課題

◎古川　幸代、長谷川　よし子、篠原　裕希（理事長）、鈴木　勇三（病院長）
医療法人篠原湘南クリニック　クローバーホスピタル　看護師・看護部

【はじめに】A 病院は地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟、特殊疾患病棟、外来、在宅診療部門を有する 170 床の在宅療養支援病院である。

度重なる自然災害を受け、災害対策基本法は検討・修正を重ね、防災基本計画が作成された。これにより災害拠点病院が選定され、平成 29 年には業務継続計画（以下 BCP）の整備を行っていることが要件となった。また、令和 3 年には医療施設の職員及び入院患者に対し、災害対策に関する啓発を行うことや、避難訓練を行うことを助言・支援することも示されている。更にすべての介護サービス事業所にも BCP の策定や研修、訓練の実施等が令和 6 年度内に義務化されることも決定された。A 病院は一般病院であるが、藤沢市及び藤沢市医師会の災害時医療体制における地域救護病院に指定されている。これらの背景を受け、かねてより計画していた BCP・災害時初動対応マニュアルを令和 6 年 1 月に策定し、各部門、部署でも具体的な内容を策定するに至った。

時を同じくして、能登半島地震が発生した。A 病院は藤沢市医師会より JMAT として派遣される機会をいただき、筆者は看護師として活動してきた。マスコミでは連日被災地の状況が報道されていたが、実際に現地で生の体験をすることで、策定した BCP が実現可能であるか、研修や訓練を効果的なものにし啓発していくために検討、考察したためここに報告する。

【目的】BCP をより具体的なものとし、職員の研修や訓練に活かす。

【方法】文献検索、能登半島地震の活動報告より、より具体的で A 病院に適した BCP(特に看護部門における BCP)を検討する。

【結果】A 病院の BCP は災害対策本部の設置基準は明確に定め、体制、役割も詳細に示している。今回は、看護部門の中でも特に病棟の入院患者の医療、ケア継続について検討した。実際に発災した際には重要度が高く、優先度も高い業務を選択し実施していく必要はあるがその詳細が示されていない。職員が看護実践する際に指標となる必須業務、優先業務の明確化が必要である。

【考察】今回は発災した際に入院患者の医療、ケアの継続について検討した。しかし、実際は、被災状況や復旧状況によって、刻々と状況も変化し、必要な医療も変化する。あくまでも備えとして、最低限部門として何を備えるべきか、検討していく必要がある。病院が被災すればそこに勤務する職員も被災者となる。職員のストレスも考慮しなければならない。管理者のリーダーシップとマネジメントが非常に重要であり、組織的に研修を重ね、訓練を行う必要がある。

【結論】

1. 各部門、部署の BCP はより具体的に示す必要がある。
2. 研修、訓練の計画的な実施が必要である。
3. 実践に活かせるよう BCP の見直しや修正が必要である。

本演題発表に関連して開示すべき利益相反関係にある企業はない。

引用・参考文献
1）災害対策基本法　2）厚生労働省防災業務計画　3）神奈川県看護協会 令和 6 年能登半島地震関連情報
4）満武里奈 山口優香 災害にどう備える 能登半島地震の教訓から学ぶ 日経ヘルスケア 2024 6 No.416
5）石井　美恵子　災害時の医療と看護　管理者編　ナーシングスキルライト
6）石井　美恵子　災害時の医療と看護　スタッフ編　ナーシングスキルライト

14 一般演題（ポスター発表）

新型コロナウイルス感染症に罹患した小児患者の受け入れ体制の構築

◎西川　美樹、椎名　一美、釜浦　佳奈子、秋山　友季子
公益社団法人地域医療振興協会　横須賀市立うわまち病院　看護師・看護部

※ 本演題は、神奈川県看護協会横須賀支部第 40 回看護・介護実践報告会で発表済、一部内容を追加した。

【目的】

小児拠点病院として、A 病院では、2020 年 4 月 20 日から B 病棟を COVID-19 対応病棟として重症者を含む新生児から老年期までのすべての患者を受入れた。担当スタッフは院内の各病棟から招集しチームを編成した。開棟時小児科経験者は 1 名のみであり、小児科の入院が増えた時期には小児医療センターと協力しリリーフ体制を組んだ。小児看護に携わった経験がないスタッフが限られた期間で統一された看護を提供できるように受け入れ体制を整えた経験を振り返り報告する。

【方法】

①カルテ後方視　（期間：2022 年 3 月 13 日～2023 年 3 月）　②無記名アンケート

【結果】

B 病棟では感染症患者の受け入れが出来るように、院内の物品を活用し環境を整えた。COVID-19 の流行状況に合わせて、 病態や治療方法、感染対策についての勉強会も適宜開催された。小児用の必要物品も整理したことで、スタッフの小児経験に関わらず受入れ時の対応が円滑に行えるようになった。点滴固定方法の手順書を処置カートに設置したことにより、医師をコールしてから来棟前に準備をして点滴の固定介助方法をイメージすることが出来た。BLS や骨髄針使用方法の勉強会も開催し、スタッフからイメージがついて不安が軽減でき、小児を「看ることができる」という思いにかわったという意見も聞かれた。　期間内に 487 名が入院し、そのうち、小児患者は重症者 4 名を含む 118 名を受け入れた。小児看護未経験者でもサポート体制をとることで、経験を積むことができ、小児患者の対応ができた。

【考察】

小児入院時の対応方法についてタックマンモデルで考察した。運営開始期から早期はお互いの人となりや能力・考え方・価値観などを把握できておらず、この時期を形成期と考えた。治療過程も少しずつ明確化され、その過程において小児患者入院時の対応について統一できないかとの意見が聞かれた時期を混乱期と考えた。カートの作成や勉強会開催を通して、病棟スタッフが共通の目標や役割を持ってかかわることができるようになった時期を統一期と考えた。カートを使用しつつ定数の妥当性や補充方法などを導入した結果、具体的な改善案を検討することができた時期は機能期と考えた。振り返りを行った結果、タックマンモデルの過程に沿っていたと考える。勉強会は、経験学習支援の認知的徒弟制の６つのポイントに沿い実施した。熟達度が異なる集団での学びには効果があった。

15 一般演題（ポスター発表）

当病棟の 2021 年度～2023 年度のインシデントレポート件数の推移と今後の課題

◎濱﨑 凪沙、髙木 彩花
医療法人社団協友会　横浜鶴見リハビリテーション病院
看護師・回復期リハビリテーション病棟

【目的】

回復期リハビリテーション病棟は、寝たきりの要因となりやすい脳卒中や下肢骨折などの急性発症後に集中的にリハビリテーションを行い、ADL を向上させて在宅復帰を目指す病棟である。当病棟は 38 床であり、入院患者を疾患別にみると脳血管疾患 7 割、整形疾患 2 割、廃用 1 割の患者が入院している。決められた入院期間の中で退院後の生活に合わせ歩行ベースに上げる事や内服の管理を看護師管理から自己管理へと段階を踏んで ADL を拡大する為、重大事故に繋がる危険性が非常に高くなる。当病棟では 2021 年度～2023 年度にかけてインシデントレポートの提出件数が増加し、2023 年度は影響度 0 レベルのインシデントレポートの提出件数が多かったため、院内で表彰された。そのことをきっかけになぜ提出件数が増えたのか疑問に思い、背景を調査することにした。

【方法】

2021～2023 年度に提出されたインシデントレポートの影響度レベル別、種類別の件数を集計した。

【結果】

年間の総提出件数は 2021 年度が 198 件、2022 年度が 141 件、2023 年度が 214 件であった。影響度レベル 0～1 の件数は 2021 年度が 177 件、2022 年度が 124 件、2023 年度が 200 件、であった。種類別では転倒転落、薬剤関連が 2021 年度にかけて増加した。
影響度 3a 以上が増えたと同時に影響度レベル 0～１のインシデントも多く提出されていることが分かった。

【考察】

インシデントレポートの提出件数が増加した背景には、2022 年度 3 月よりインシデントレポートが紙面記入方式から電子化され、作成や修正が容易となり、短い時間の中で提出できるようになったことが影響しているのではないかと考える。インシデントレポートが電子化となり作成、修正が容易となり短い時間の中で作成し提出できる。影響度レベル 0～1 の提出件数が増えているが、3a 以上の影響度が高いアクシデント件数も増えたという事実が示された。今後の課題として病棟内での医療安全・インシデントレポートの書き方、KYT をテーマにした研修を年 2 回行い、インシデントに対するリスク感性を高め、3a 以上の重大事故に繋がらないように、病棟全体で意識を高めていく必要がある。

参考文献：インシデントレポートの電子化による効果の検討　順天堂医学 2011.57　P31～37
回復期リハビリテーション病棟協会　回復リハビリテーション病棟とは

メンタルヘルスプロジェクト2年目の取り組みを振り返る
～固定チームナーシングでリシャッフルを取り入れて～

◎今　方美、秋田谷　敬子、谷口　美沙、横山　綾子
医療法人社団協友会　金沢文庫病院　看護師・看護部

【目的】

「神奈川県の看護職員は充足率が全国で一番低い」[1)]と言われている。A病棟においてもコロナ前後で約10名の看護師が減少した。当院のDXの導入は発展途上であり業務効率も不十分である。A病棟は固定チームナーシング方式をとり、ほぼ1人でその日の部屋の業務を行い、昨年の研究では患者のケアの高さ、人材不足から残業時間が増加し、ストレスを抱えていることが明らかになった。今年度は業務のリシャッフルを行うことで、アンケート調査とバーンアウト評価尺度（以下BAT-J）を使用しストレスの緩和への効果を検証する。

【方法】

A病棟看護師22名に対して残業理由のアンケートの実施とBAT-Jの調査をリシャッフル開始前後実施した。分析方法としてはBAT-J・選択式アンケート・残業時間による量的に分析した。リシャッフル内容は、14時に看護師はリシャッフルボードに残務を書き、日勤責任者がチーム内外で支援を組み立てる方法でカンファレンスを実施した。

【結果】

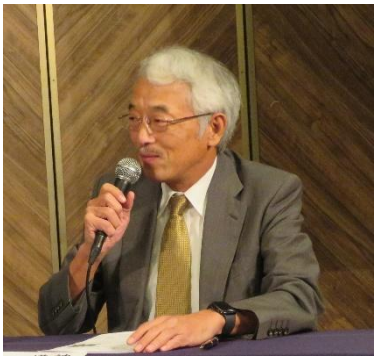
残業の理由として多かった項目は「看護記録」「経管栄養・口腔ケア」「リーダー業務」であった。リシャッフルを行い業務の負担軽減になったかの調査において「はい」と答えた割合は、1～3年目は75%、4～10年目は100%、11年目以上は37%であった。また、BAT-Jにおいては、0～3年目は3項目の計3点、4～10年目は3項目計3点、11年目以上は2項目2点減少が見られた。残業時間は4月から10月で約8時間減少した。

【考察】

渡辺は「残業時間の増加は看護師のメンタルヘルスに悪影響を与えるが、同時に一定の時間当たりの仕事量の密度も同時に悪影響を与える可能性がある」[2)]と述べている。今回リシャッフルにより、フォローする側の11年以上の看護師の一定量以上の仕事が増えたことに対し負担は増加したが、BAD-Jの数値は軽減した。10年目までの看護師はすべての項目で負担軽減とBAT－J数値が減少している。固定チームナーシングにおけるリシャッフルは、応援支援体制の強化と心理的安全性が高まることで、業務量の多い中でも効率が向上し、残業時間の減少などからストレス緩和の効果が得られると示唆された。今後も職員の定着化を図るため、DXの導入による業務の効率化や、今ある環境で行える業務改善に取り組み働きやすい職場環境を整えていく必要がある。

引用文献
1)厚生労働省　「看護師等（看護職員）の確保をめぐる状況」
2)渡辺真弓他　「病院に勤務する看護師の残業時間及びメンタルヘルスに影響する要因」

編　集　後　記



第 43 回神奈川県病院学会はテーマを「『いのち』を守る病院の未来」として、「災害医療と医療DX」にフォーカスして開催いたしました。

災害医療については、特別講演で神奈川県立病院機構の阿南先生に能登半島地震等でのご対応を踏まえたご講演をいただき、日常のデジタル化が災害時にいかに重要であるかについて勉強させていただきました。

医療DXに関しては、シンポジウムで、病院あげてDXに取り組まれているHITO病院の石川先生、AIホスピタルの大阪大学大学院の川崎先生にそれぞれの取組みについて、ご講演をいただきました。

その後、意見交換を行い、具体的に医療DXを推進していくための実りある討論が繰り広げられました。

そして、様々な職種の方から一般演題の発表がありました。 口演発表 14 演題、ポスター発表 16演題、合計30演題について、日頃の取組みと研究成果が発表されました。

最後に、学会長表彰では学術委員による審査で選ばれた6演題の「優秀演題」の演者の皆様が表彰されました。

ご多忙の中、第 43 回神奈川県病院学会に携わってくださった皆様方に心から御礼申し上げます。

公益社団法人神奈川県病院協会 副会長
（学術委員会 委員長）
長　堀　　薫

第43回神奈川県病院学会
協力団体

（公社）横浜市病院協会
（公社）川崎市病院協会
（公社）相模原市病院協会
三浦半島病院会
鎌倉市医師会病院会
湘南病院協会
湘南西部病院協会
厚木病院協会
大和・高座病院協会
小田原医師会病院会
足柄上病院会

神奈川県医療専門職連合会
（一社）神奈川県医療ソーシャルワーカー協会
（公社）神奈川県栄養士会医療事業部会
（公社）神奈川県看護協会
神奈川県公衆衛生協会
（一社）神奈川県作業療法士会
（一社）神奈川県精神保健福祉士協会
（公社）神奈川県病院薬剤師会
（公社）神奈川県放射線技師会
（公社）神奈川県理学療法士会
（一社）神奈川県臨床検査技師会
（公社）神奈川県臨床工学技士会
（公社）全国病院理学療法協会神奈川県支部

（公社）：公益社団法人
（一社）：一般社団法人
記載なし：任意団体

神奈川県病院学会誌第 43 号

発　行　者　　公益社団法人神奈川県病院協会
〒 231 － 0037
横浜市中区富士見町３－１
TEL　045（242）7221

発　行　日　　2025 年2月

編集責任者　　学会長　吉　田　勝　明

印　刷　所　　中川印刷株式会社
〒 231 － 0036
横浜市中区山田町 7 － 1
TEL　045（261）2101