

# 地域づくり活動の行動計画

## 斗南病院 患者支援センター

2025年度  
地域緩和ケア連携調整員研修 ベーシックコース

### 【チームメンバー】

参加施設・所属	氏名 (職種)
国家公務員共済組合連合会 斗南病院	保科 健 (MSW)
同上	本間 しのぶ (退院支援看護師)
同上	栗原 光 (がん相談看護師)
同上	近藤 みづき (MSW)
同上	北島 聖也 (薬剤師)
同上	榎戸 正則 (精神科医師)

## ① 選定した地域の課題

- 現状、繋いだら介入終了の意識がある
- 在宅医療に繋げた後の地域側の受け止めが見えない
- 当院としての情報提供の妥当性が評価しにくい
- 退院後の在宅側からの情報共有の仕組みが脆弱

## ② どんな地域を目指すのか

- 各立場での違いを分かり合える地域  
→関係職種がそれぞれ補完し合える地域  
→地域住民を支えられる地域

### ③ 目指す地域を実現するために取り組むべきこと

- I. 地域につないだ後も、病院側から在宅へ経過の確認を定期的に行う
- II. 在宅ケア連に各職種が参加  
→緩和ケアについての勉強会を開催
- I. 病院側の診療録と在宅側の診療録の共有化・見える化（ICTツール活用できれば）
- II. 施設間交流  
(病院 (全職種) →在宅へ交流、訪問同行)

## ④ 具体的な行動計画と ⑤ 目標達成時期

I. 地域に繋いだ後も病院側から在宅へ状況の確認を定期的に行う

→在宅調整後 2週間を目処に患者支援センター担当者、外来担当者から訪問診療に携わった方（看護師、ケアマネ）へ電話連絡

【達成時期】

- ・11月中に全スタッフへ周知
- ・12月1日とりくみ開始

【評価時期】

- ・2026年3月末に中間評価
- ・2026年10月中に評価

II. 地域緩和ケア連携に関する勉強会や研究会、症例検討会などの現場を担う人たちが顔を合わせる機会※に各職種が参加

→患者支援センター内のスタッフが参加し、院内（退院支援委員会などを通して）に情報を発信

※在宅ケア連、中央区訪問看護ステーション協議会、等

【達成時期】 随時参加していく

【評価時期】 2026年10月中に評価

## ④ 具体的な行動計画と ⑤ 目標達成時期

III. 病院側の診療録と在宅側の診療録の共有化・見える化（ICTツール活用できれば）

…現在、画像のみ共有できている状況

→ 診療録の共有化について、院内外のスタッフがどの程度必要性を感じているか実態の把握

→ 必要性が高い状況であれば院外の関係機関と協力しICTツール導入に向けた取り組みを開始する

IV. 施設間交流

（病院（全職種）→在宅へ交流、訪問同行）

まずは、院内の看護師が訪問看護の現場を学ぶ機会をつくりたい

→ 師長会や退院支援委員会を通し、訪問看護との交流について提案

【達成時期】

- ・ 2026年1月の退院支援委員会に提案を持ちかける
- ・ 2026年度に1回以上の訪問看護同行を実施

【評価時期】

- ・ 2027年3月