

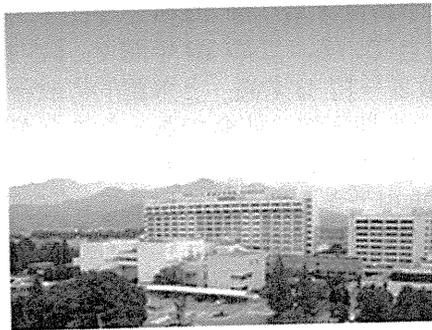
ず、医療により生活を分断しない、入院前から退院後までの自分らしい生活を実現するための支援体制の構築を目指して、地域連携部門の機能強化を更に図っていくこととしている。

むろんこの取り組みやそれに伴う研究調査、教育研修体制づくりは、愛媛大学病院のためだけでなく、愛媛県全体の地域資源の掘り起こしやネットワーク化を目指すものであり、地域大学病院の地域貢献の一環としても意識して取り組んでいる。

なお、H22年度から、全国の国立大学の医療連携部門の医師やMSW・看護師等により“医療連携研究会”（事務局 愛媛大学病院）を設立し、日頃の情報交換や共同研究等を行っている。

愛媛大学医学部附属病院

病院の理念
「患者に学び患者に還元する病院」



病院の概要	
病床数	626床
診療科	21診療科
1日平均外来患者数	約1200人
平均在院日数	16.9日
病床稼働率	86.3%
紹介率	82.2%
ボランティア数	約200名

H23年4月現在

医療福祉支援センター

(Medical Welfare Support Center)

Mission: 医療を生活資源に

医療福祉支援センター専任スタッフ

センター長(医師)

副センター長(看護師)

退院調整看護師 8名(+4)

MSW 4名

心理士 1名

事務員 4名(+1) (H24年4月現在)

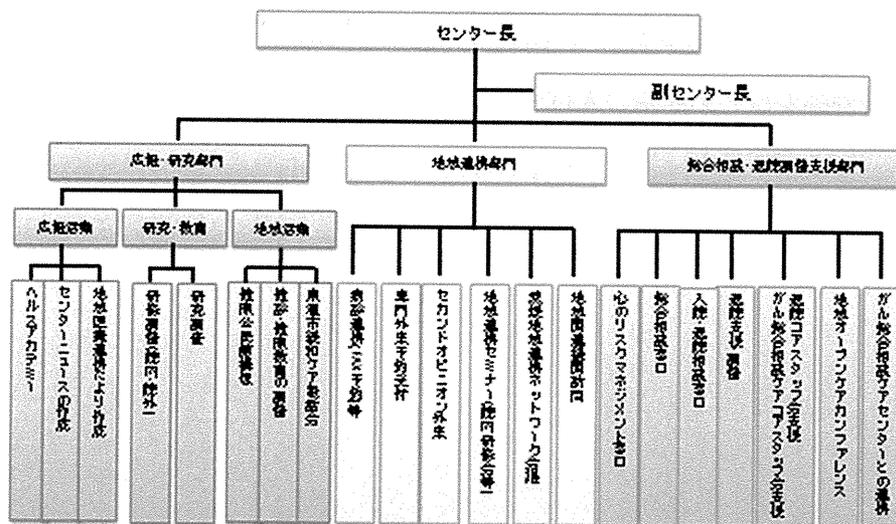
H23年度から5名増加 計19名



3

“医療を生活資源に”をミッションとした当センターの活動の柱は、①相談（退院）支援 ②地域連携 であり、更にこれらに関する ③教育・研究・広報 ④地域貢献といった部門が加わり、センター全体の業務内容となっている。

医療福祉支援センター業務内容



4

F A X紹介による前方連携の推進

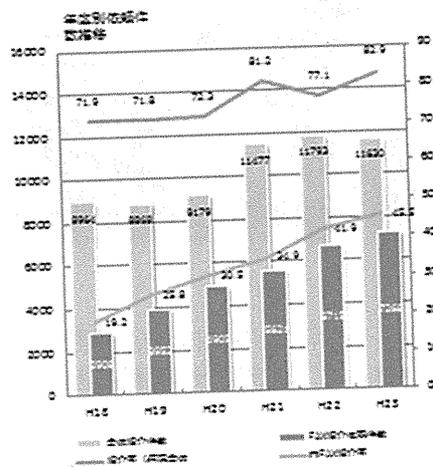
F A X紹介件数の増加につれて、紹介率も増加しており、全紹介患者の4分の3をF A X紹介が占める状況となった。

飛び込みを無くし紹介率100%を目指しているが、既にF A Xによる予約が4分3を占めており、前方連携の要となっている。

大学病院の特殊性もあり、患者の予約日時を自動的に振り分けることが難しく、患者側の意

向を聞きながら、主治医とセンター担当者が、直接話し合いによって調整する必要があり、時間の短縮化も難しく、高いスキルとマネジメント力が求められる。外来患者が 再来患者で普段の1200人を越えて1500を上回ることもあり、新患者への対応に苦慮しているところであるが、一方で逆紹介を推進する必要があり、FAX紹介を更に普及させていく必要がある。

前方連携(病診・病病連携)



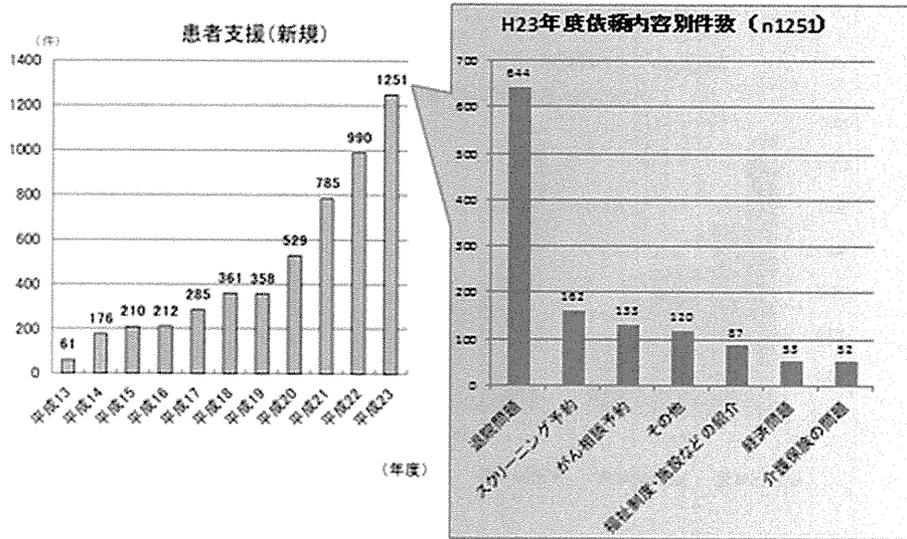
- FAX予約件数は毎年増加傾向
- 病院全体の紹介患者の内6割以上がFAX予約

【課題】

- 紹介率の向上
- 逆紹介の促進
- 事務員の増員

病棟の医師・看護師等からの患者相談支援依頼件数は、毎年急増しており、特に退院に関する相談がその多くを占めている。支援センターが認知されその支援が期待されていることの顕著な現れであるが、そのニーズに応じて、このケースへの対応に追われることなく、病棟看護師をはじめ病院の人材や院外資源をマネジメントすることにより、より効率的かつ効果的な支援体制の構築を目指す必要がある。

患者支援依頼件数推移／依頼内容別件数

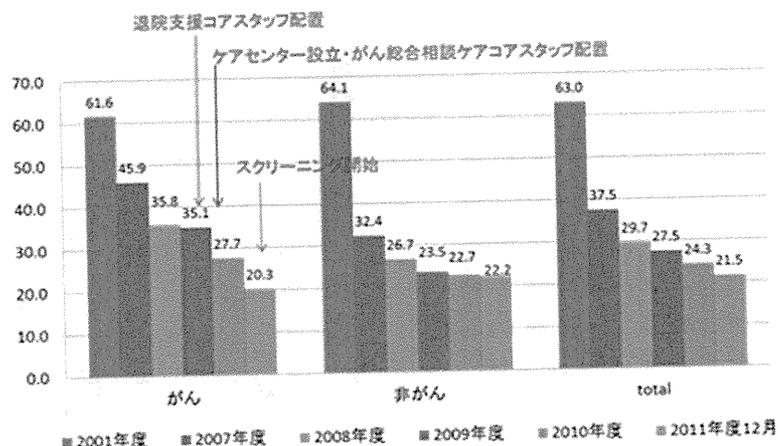


5

センター開設当初は、相談依頼のケースのほとんどを退院支援に苦慮していた事例が占めており、そのため入院からセンターへの支援依頼までの平均日数が60日を超える状況であった。依頼から退院に至るまで更に日数を必要とし、当初からの関わり不足から満足した退院に至らないケースが少なくなかった。院内の理解を得るまで時間を要したが、在院日数の短縮化といった“追い風”により、センターへの相談が増加するとともに、支援依頼までの期間が徐々に短縮化されてきた。退院支援スコアの導入やセンタースタッフの増加により、支援依頼までの日数はさらに短縮化されていった。しかし、がんのケースは非がんに比し、支援依頼までの日数が下げ止まりとなっていた。この状況を踏まえ、各病棟に退院支援コアナースを配置し、センタースタッフと協働して、告知やターミナルをはじめ方針が定まりにくいケースに積極的に関わることによって、支援体制の強化を図ることとした。さらに従来センターで行っていたがん相談部門を、あえてがん総合相談ケアセンターとして独立させ、がん看護専門・認定看護師や心理士が、退院のためだけでなく日常から課題の多い事例に積極的に関与する体制を構築した。そしてケアセンターが入院前からのスクリーニングシートにより、がん患者のアセスメントを行うシステムとしたことで、非がんよりむしろ早い時期に、支援依頼がかかる状況となった。依頼のあったケースの入院からの平均日数は概ね20日程度となり、当初の3分の1にまで短縮化された。

このプロセスが、支援センターの病院・病棟からの理解と信頼の証であり、今後、支援センターが、病棟からの依頼を受けるシステムを見直し大きな契機となった。入院前から患者・家族等に関わり、「入院は退院のため」といった生活に軸足を置いた支援を、病棟での診断・治療・看護という柱と両輪で行っていくシステムを提案することとなった。

入院日から支援開始までの平均日数



7

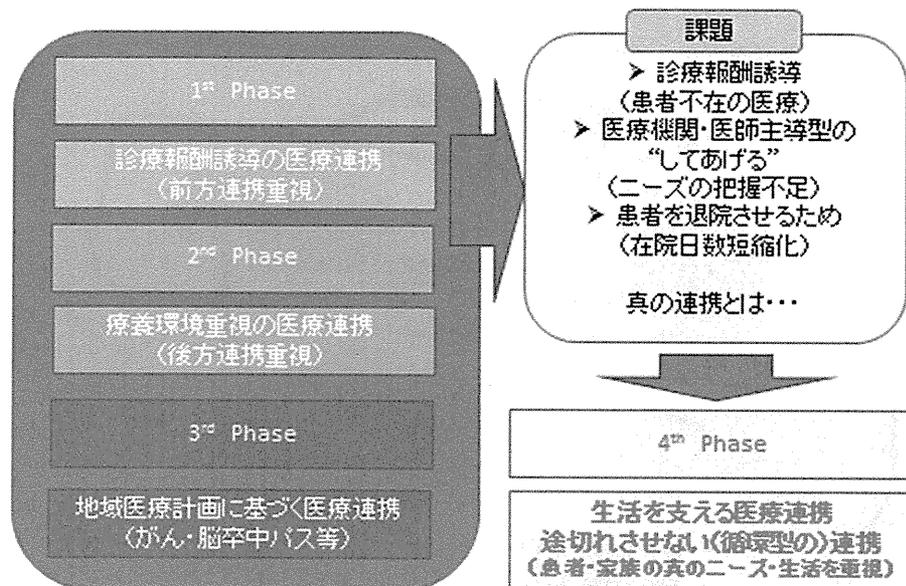
急性期病院における医療連携は、第1フェーズ（前方連携）として、紹介率の向上、第2フェーズ（後方連携）として、在院日数の短縮化が推進されてきた。大学病院も例外ではなく、当センターのような患者相談・医療連携部門を設置する契機となったことは言うまでもない。これらは医療費抑制策の一環として、診療報酬等の誘導や医療計画等医療行政指導により進められてきた。昨今では5疾患5事業対策の推進の潮流の中で、地域連携パスに代表される第3フェーズとも言える、医療と福祉（介護）との連携促進に、連携の重点が移行しつつある。

しかしこれらの連携は、医療の都合を重視した連携に留まっており、あくまで“してあげる医療”の中での連携と言わざるを得ない。いよいよ今後の連携は、本来患者のニーズ優先、つまり患者が求める連携へと改革していく必要がある。

それが第4のフェーズであり、生活を支える連携であり、入院によっていったん切れた状況から地域生活に“つなぐ連携”から、そもそも入院によって生活を“途切れさせない継続”へと、連携のあり方を大きく見直す時期に来ていると考えている。

当センターのミッションを、“医療を生活資源に”としている理由の根幹である。

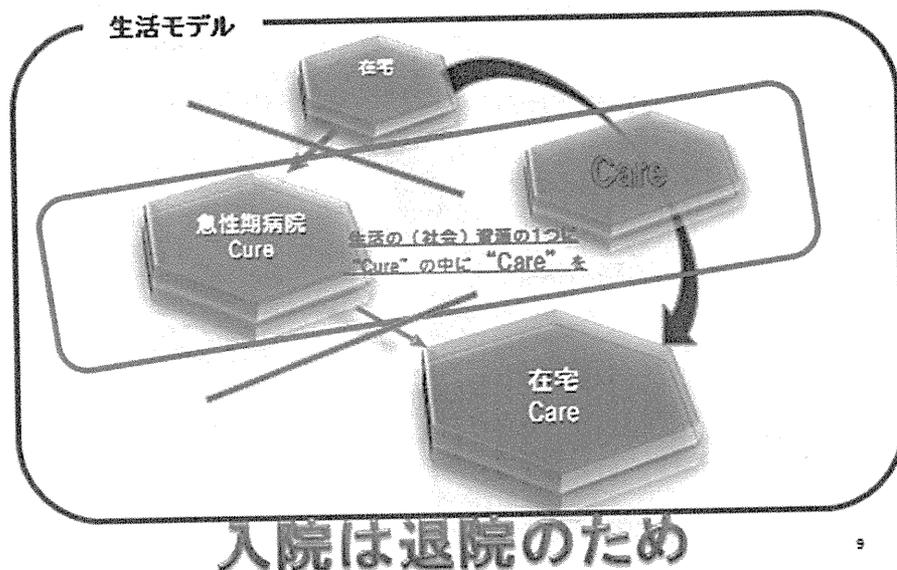
医療連携の課題



従来の入院は、病気と闘うことを目的に最先端医療に期待し、医療機関という地域切り離された施設において、診断・治療・急性期看護を目的に行われていた。入院により病気が完治したことで退院する、従来の医療のフレームにおいてはそれで良かったのだが、疾病構造の変化や超高齢化の現状では、完治して治るケースはむしろ少数であり、多くは障害や疾病を持ったままの退院（転院）が多くを占めるようになった。そのため、病気と闘うことを目的に入院したものの、結局は勝てないまま、新たな生活に“つなぐ”連携が必要とされるに至った。これが支援センター設置の背景であり、センタースタッフの大きな悩みでもあった。しかし今後は発想を転換し、入院当初から「入院は退院のため」であることを認識し、病院全体が患者の生活を切らない、継続する視点に立った医療を提供することが必要であることに考えが至った。そのために最も重要なことは、入院前からその目的つまり退院のゴールをできるだけ明確にすること、その目的を実現するための入院であり、そのコンセンサスが図られ協働することが「チーム医療」であることを重視しなければならない。退院のゴールは医療者が決めたり押しついたりするべきものではなく、患者や家族の真のニーズから導き出されるものである。

だからこそ、本来CUREを専門とする急性期病院に、CAREをになう機関を設置し、生活をぶった切らず、できるだけ元の生活に戻すための速やかな入院治療をおこなえる体制を構築していく必要がある。その一端として ケアセンターが設立され 今後支援センターや他の機関と共に、その実現に向かって取り組んで行くことが望まれる。

繋ぐ連携から分断しない連携へ



患者をできるだけ元の生活に戻す上で、疾病の特殊性や医師の治療方針だけでなく、患者や家族の意向の不明確さや、医療者との不一致、また地域特性など、多様な問題がある。これらを整理し、これまでの“繋ぐ”連携を見直し、“分断させない”連携に向けて具体的に解決するには、ここで示した4つのフェーズに分けて検討することが効果的だと考えている。

Phase 1 早期に患者・家族の意向の明確化

Phase 2 患者・家族の意向に沿った治療方針の明確化

Phase 3 患者・家族の意向を実現するための医療チームの構築

Phase 4 患者・家族を支える地域資源のマネジメント

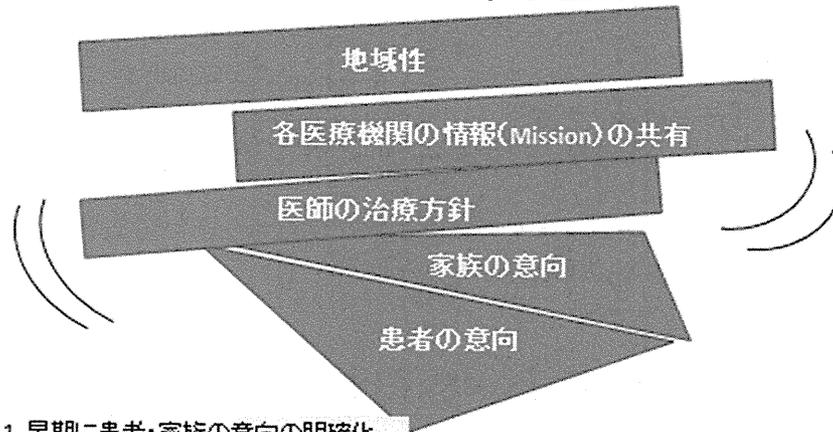
Phase 1~4 を支援センターが単独でカバーすることは現状では困難であり、特に Phase 1 が問題（未告知も含む）で生じる困難事例が多く割合を占めると思われた。

支援センターは連携業務・資源の掘り起し（Phase 4）に今後更に関わる必要がある。全体のマネジメントを担う新たなシステムを、特に外来の機能強化の中で推進していくことを提案したい。

Phase 1,3 を誰が担うのか？ この状況を踏まえ 以下の取り組みを進めてきている。

- 1) がん総合相談ケアセンターの設置
- 2) 退院調整看護師の養成と配置
- 3) 総合診療マネジメントセンター構想の実現

地域連携での問題点



Phase1 早期に患者・家族の意向の明確化

Phase2 患者・家族の意向に沿った治療方針の明確化

Phase3 患者・家族の意向を実現するための医療チームの構築

Phase4 患者・家族を支える地域資源のマネジメント

10

これまでの検討を通じて、入院によって生活を切らない“継続”をキーワードとした 病院改革の取り組みの一段として、平成 22 年 11 月から新たに“がん総合相談ケアセンター”を中央診療施設の一つとして設置した。ケアセンターのミッションは“自分らしい生活を実現するために”であり、患者や家族と共に、チーム医療を進めていく上で、最も大切な入院の目的設定を明確にすることを、一番の役割として位置づけられたセンターである。ケアセンターが“院内連携・調整”を、センターはそのサポートと“院外連携調整”を担うなど、両者の協働により、患者・家族のニーズを当初から明確にした、相談支援機能や地域連携をさらに推進していくこととなった。センター長は支援センターの副センター長であり、中央診療施設長としては初めての看護師を充てることにもこだわった。

がん総合相談ケアセンターの設立 (H22.11～)

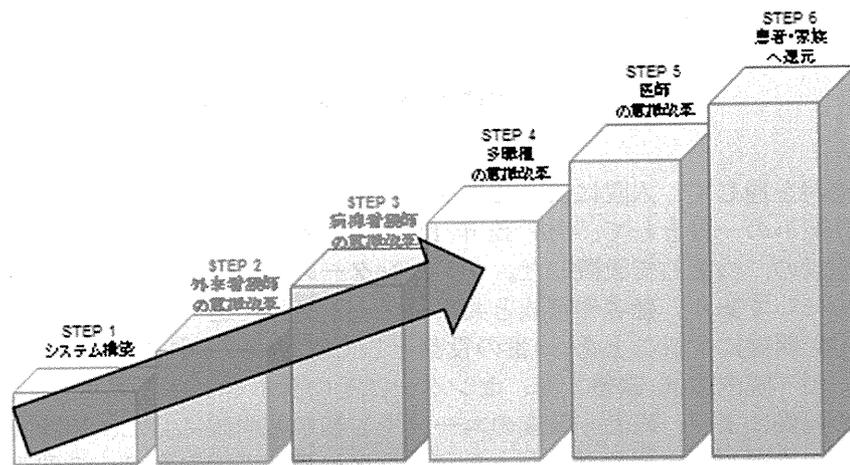
Mission

自分らしい生活を実現するために

がん総合相談ケアセンターの工程については、現在ステップ3・4の病棟看護師や多職種の意識改革に取り組んでいるところである。医療者側のそれぞれの職能からの“良かれのサービス”の提供に留まることなく、患者や家族の真のニーズ（その人らしい生活に戻る・実現する）を入院前から、また入院中も適宜把握調整しながら、コンセンサスを図り、その実現に向けた協働（コラボレーション）によるチーム医療を推進していくことが最も重要である。“してあげる医療”で肩にしっかり力を入れてきた医療者、中でも医師の意識改革は難しい点も多いし、今後ケアセンターだけでなく、病院全体での取り組みに発展させていく必要がある。

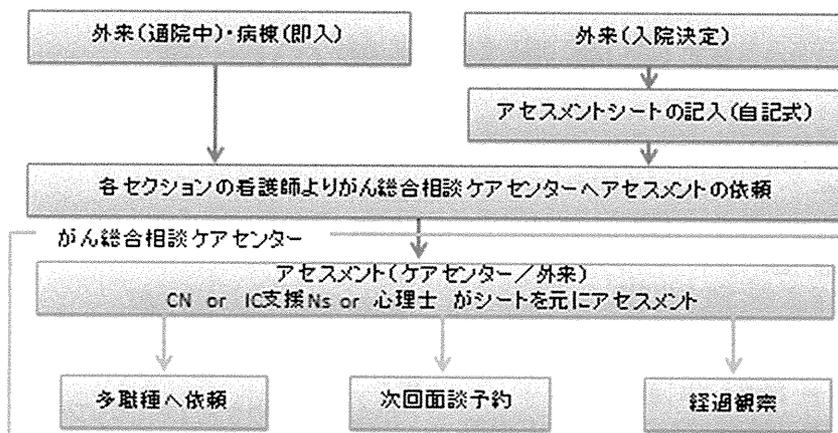
一方患者・家族の医療依存度の高さも、今後見直し改善すべき大きな課題であり、医療を活用できる生涯教育としての住民教育の充実を期待する。

がん総合相談ケアセンターの工程



入院決定時におけるアセスメントシートによるスクリーニング、もしくは外来病棟の判断で、ケアセンターに紹介され、がん看護専門・認定看護師や心理士が面接を行い、必要に応じて、多職種につないだり、継続して相談にのるなど、退院・退院後までフォローアップを行う。ケアセンターは得られた情報のコンセンサスを図り、医療スタッフの意識改革と平行しながら、協働のマネジメントを行う。後述の退院調整支援看護師との連携は極めて重要であり、特に支援の難しい事例（アセスメントシートのスクリーニングで多職種連携の必要性や未告知のケースなど、退院困難事例など）には、積極的に関わる部門として位置づけている。

ケア・センター介入システムの概要



アセスメントシートの現物であり、ミッションである自分らしい生活を実現するための、患者や家族等の真のニーズを引き出すコミュニケーションツールとしての役割が大きい。一回の面接では聞き取れないことも多く、継続面談や患者等に関わるスタッフからの情報を集約するなどを通じて、ニーズを明確にし 関係者で適宜把握できるように働きかけることが求められる。スクリーニングの実施は現在内科、外科、婦人科の3診療科で実施し、実施率は80%以上となっている。また、専門職種の相談希望を設けることにより、患者発信での介入の実現を試みている。

アセスメントシート

コミュニケーションツールとして活用

自分らしい生活を実現するために

記入者: 本人 家族 医療従事者

記入日: 年 月 日

氏名: _____

1 病になつてから、大切にしていることを記入ください

2 からだの健康についてお伺いします

3 気持ちのつらさについてお伺いします

4 専門職種への関心を希望しますか?

5 職業を何していますか?

6 生活についてお伺いします

7 医師からの説明についてどのようにご理解されていますか?

8 今後の療養をどのように希望されますか?

9 医師から話したいと思うことを記入ください

自分らしさ、大切にしている事等

がん総合相談ケアセンターを設置する際、急性期病院の医療従事者に対し、在宅医療の理解促進を目的として配置した。具体的な活動内容は、スライドの通り。

病棟へ介入していくことにより、在宅医療の現状や急性期病院と在宅医療との連携について考える機会を設けている。今後このようなスタッフをより活用し、医療福祉支援センター看護師、病棟看護師の教育を行い、院内への在宅医療に対する理解を促進していく。

在宅医療相談員の配置

在宅医師

頻度:

毎週1回13:30～17:00

活動内容:

在宅医療に関する相談

医療福祉支援センターへのコンサルテーション

患者・家族への対面相談

病棟退院調整カンファレンスへの参加

病棟看護師、医療福祉支援センターへのミニレクチャー

①患者家族はどうしたら在宅療養を判断できるか

②在宅での疼痛コントロールについて

③訪問リハビリについて

④退院後の医療連携のイメージ

訪問看護師(地域看護専門看護師)

頻度:

隔週13:00～17:00

活動内容:

患者・家族への対面相談

医療福祉支援センターへのコンサルテーション

がん総合相談ケアコアスタッフへの教育(事例検討等)

病棟退院調整カンファレンスへの参加

急性期病院と在宅医療との連携促進のための検討

退院調整看護師の配置目的を以下に示した。

1) 入院前から患者及びその家族のニーズを把握し、外来・病棟、多職種（医師・MSW・心理士・栄養士・薬剤師・理学療法士・・・）と情報共有し退院支援・総合相談をマネジメントする

2) 患者を生活者としてとらえ、退院後の生活に向けた支援の切れ目ないサービスの提供を実現するため、退院後必要な支援が受けられ、安心して生活ができるように患者の意向を確認しながら対応をしていく

退院調整看護師の役割は

入院前から 患者のトリアージ（生活に戻すための パターン分け）を実施し、

①患者・家族状況のアセスメントし、病棟看護師・担当医・他職種と協働し退院支援をコーディネート

②入院時から退院を目標に、安心して療養ができるように関連機関との連携・調整

③地域医療機関の連携窓口

④患者・家族の療養に関する相談窓口

⑤退院支援コアスタッフ・がん総合相談ケアコアスタッフの教育支援 等が挙げられる。

退院支援が優先順位が高い患者とは 以下のケースが考えられる。

①患者がどうしたいか 明らかでないケース

②医療管理・医療処置が継続する

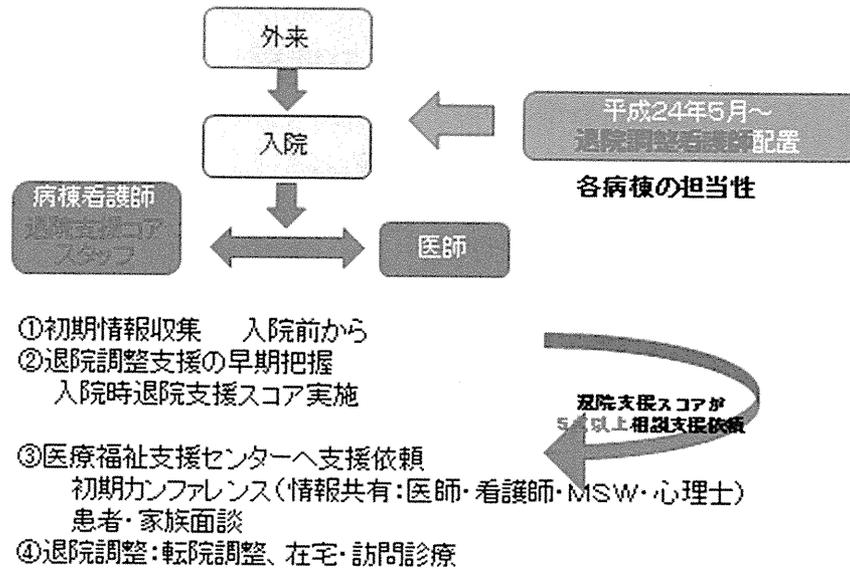
③ADL/IADL（日常生活関連動作）が低下し、自立した生活がおくれない

④がんや難病のように、進行する症状を抱えながら療養を継続する

⑤再入院を繰り返す（在宅療養上の問題がある）

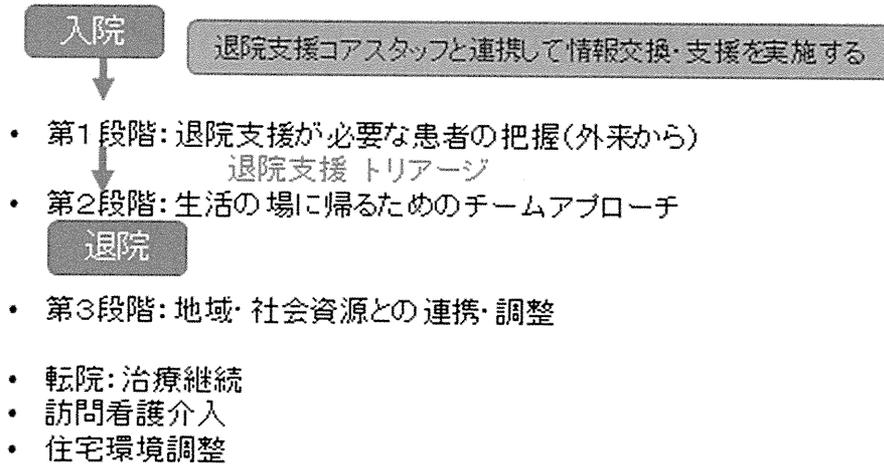
外来マネジメント機能の強化(H24.5～)

退院調整看護師の導入



退院支援・調整の流れを 第1段階から第3段階までのプロセスを通じて、入院前から退院後までの支援を実現する。

退院支援・退院調整の流れ (平成24年5月から)



第1段階

- 退院支援が必要な患者の把握
入院前からのトリアージ

1. 患者のニーズ
2. 入院前の生活状況
3. 家族状況・介護体制
4. 住居環境
5. 自宅以外からの入院
等々

今は、ベッドに寝たきり
になってるけど……。
入院前はどんな状況
だったのかしら？
退院後はどうなるのか
なあ

* 入院しているすべての患者に退院支援・退
院調整が必要なわけではない

第2段階

- 生活の場に戻るためのチームアプローチ
カンファレンスで患者について総合的に考え、話し合いで方向性を検討する

1. 医療上の課題
退院後も継続する医療処置や医療管理の有無と
患者・家族対応管理が可能か
2. 生活・介護上の課題
ADL/IADLの低下状況、回復可能か、家屋状況、介護力評価など



患者自身に「自分は何ができるか」を考えてもらい、「自分でやろう」という気持ちにするための看護介入が必要



第3段階

- 地域・社会資源との連携・調整
- 医療の管理をどうするか：外来通院、かかりつけ医、訪問診療
- 訪問看護が必要か否か
- リハビリテーションの継続の可能性
- 情報の共有
- ケアプランの作成に必要な情報
- 治療に有用な情報
- 患者であるが生活者としてとらえることが必要である
- 患者・家族の思いを知ることを理解することが必要



病棟経営から外来マネジメントへ 総合診療マネジメントセンター（仮称）構想の提案

外来部門が院内外の総合マネジメント機能

地域と病院（院内）を切らない つなぎ続ける

その人らしい生活を 病気によって“ぶった切らない”

“入院は退院のため”の強化

“退院調整看護師”の活動

病棟は ミッションを実現するための “シェルター” 機能強化

外来のマネジメントのもと 生活に戻すための PDCA の実践

おらがまちの病院づくり

地域住民の生活空間としての外来部門資源の充実

医療ボランティア等 地域住民との協働による病院環境作り

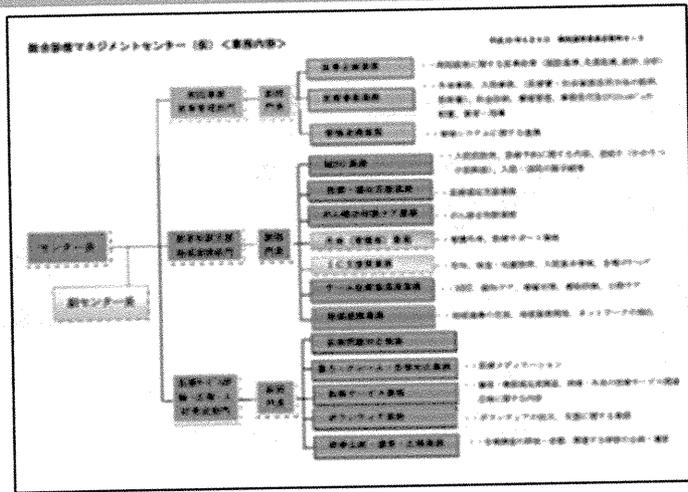
医事部門 患者相談部門 地域連携部門 医療サービス部門

経営戦略部門等の組織の一体化・・・ 外来への人材投入

“総合診療マネジメントセンター”構想

医療連携から 生活を軸足に置いた地域連携の充実

病院外来組織の一体化 総合診療マネジメントセンター(仮称)構想案



総合診療マネジメントセンター(仮称)における 患者・家族ケアの入院前から入院後までのフォローアップの流れ

地域につなぐ連携から 生活をぶった切らない継続へ

入院はできるだけ効率的に速やかに 生活を続けるためのシェルターとしての入院へ

◎キーワード・・・

MSC 効率化 トリアージ チーム医療 退院調整看護師 入院前から入院後まで継続 生活支援 外来マネジメント(総合診療マネジメントセンター)

1) 入院予約から入院までの間に、MSC(メディカルサポートセンター)において、入院への不安改善や さらに入院当初病棟で行っていたことの前倒しを行い、入院の目的の明確化や共有化を図り、入院を効率的に効果的に行えるように準備を行う。メディカルクラークの活用を十分に行い、医療者の特性を活かせる、業務の効率化も、MSCのねらいとなる。

2) その結果を踏まえて 退院調整看護師(支援センター看護師)がセンタースタッフや病棟スタッフと相談して、大きく分けて以下の3パターンパターン化し、退院への“トリアージ”を行う。

①病棟での治療・ケアで、計画(パス等)的に退院につなげていく、退院への問題が少ないケース

②入院時の相談支援の特に必要性の高いケースや、退院支援に特に困難を来す可能性の高いケース

③それら以外で、退院調整看護師がMSWと共に、退院後まで関わっていくケース

3) 以上の①～③のパターン化によるトリアージで、退院後までの支援の体制が異なる。

①のケース・・・病棟看護師長や退院支援コアナースが主に支援を行い、必要に応じて退院調整看護師・MSWなど支援センタースタッフが関わる

②のケース・・・ケアセンターのスタッフ(看護専門・認定看護師・心理士。MSW等)が加わり、多職種連携を積極的に図り、より重点的に相談支援に関わる。

③のケース・・・退院調整看護師がMSWと共に、病棟の協力を得て、マネジメントし、退院後まで関わる。

以上が、概ねの対応パターンであるが、実際には更に類型のトリアージを行う必要がある。

*MSC (Medical Support Center)

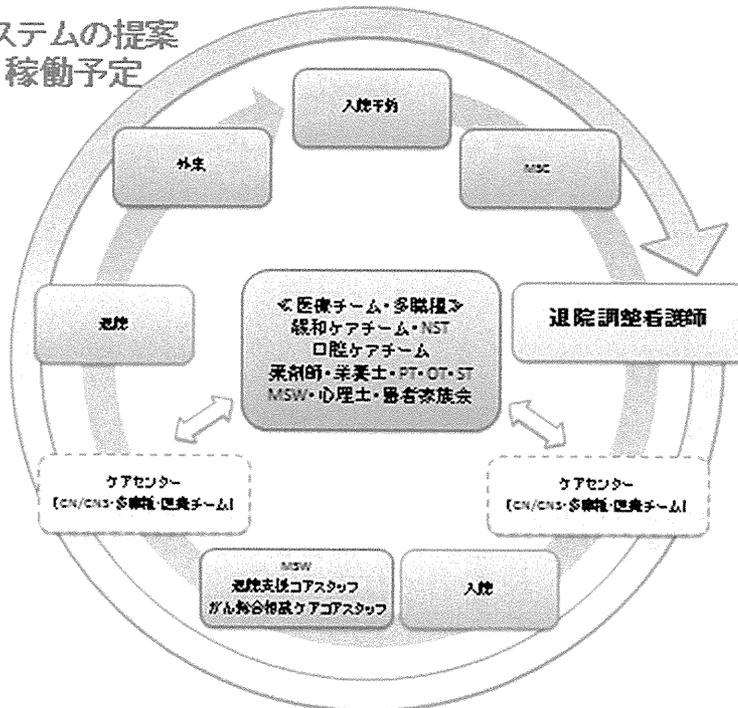
<目的>

- ・病院内で分散した業務の集中化
- ・医師・看護師業務をメディカルサポーターへシフト
- ・外来での早期スクリーニング・早期介入（適切な医療チームへ）

<業務>

- ・入院前オリエンテーション
- ・入院時オリエンテーション
- ・持参薬管理
- ・看護計画作成（外来時）等
- ・各関連部門への連携調整

新システムの提案
H25 稼働予定



参考事例
愛媛大学病院の取り組み(抜粋)
～医療を生活資源に～



当支援センターが設置して間もないころから 患者・家族の相談支援を ベッドサイドに出かけて行って 看護師長や主治医他スタッフの参加も呼びかけながら センター回診を行っている。

最近では その前にセンターカンファレンスを行い 回診の事例の調整や その他問題事例の検討会を行い 他部門との連携の充実や参加者のスキルアップを行っている・

支援センターカンファレンス・回診(H16～)

- 毎週（水曜日午後）定期的にカンファレンス
- 毎週（木曜日午後）定期的に病棟を回診
- 対象者 ⇒ カンファレンスケースから選択

- ◆ 患者の情報の共有化 及びスタッフのトレーニング
- ◆ 患者・家族等とのベットサイドでのコミュニケーション
- ◆ 病棟の看護師長・地域連携コオナース、主治医等の相談・調整
- ◆ 今後の方針確認・調整
- ◆ 緩和ケアチームやリハビリ部門との調整
- ◆ 支援センター活動の広報（アピール）



“病院が変わる ボランティアが変える”をキーワードに 医療ボランティアの参加を募り医療者と共に病院づくりを協働している。

この“いきいき会”は会員数 200 名を上回り 患者対応から病院の環境整備まで活動範囲は多岐にわたり 患者が安心して医療が受けれるように また健常あっても気軽に病院を訪れれるように “おらがまちの病院づくり”に向けて取り組んでいる。

阪神淡路や新潟の震災の反省点として 「外部から医療ボランティアが多数支援に来て被害を受けた地元自身に ボランティアがいない」ことが問題としてあげられていた。それを受けて 地元行政と連携して“災害ボランティア養成事業”を立ち上げた。ステップ 1～3 とフォローアップ研修（全 4 コース）を年に各 2 回開催されており 既に 3 年が経過し 200 名余りの受講修了者を輩出している。

地元行政や老人会と連携して、病院看護師が“介護ボランティア”をかってでている。病院に住民がボランティアとして来ていただいている一方で 病院スタッフも地域へボランティアとして出かける 互いの関係が より信頼関係を強くしていると考えている。

住民・患者向けの病院図書館（ひだまりの里）は設置し 看護師とボランティアが協働して書籍の貸し出しだけでなく 気軽に病気や生活についての相談にのる体制を作っている また患者同志のピアカウンセリングや 医療者と患者のコミュニケーションの場として “あいほっと”を運営している。

地域住民と共に病院を育てる

愛媛大学病院医療ボランティア

いきいきの会 東温市及び松山市住民 約200余名
病院を地域の資源に

安心して医療が受けられる おらがまちの病院づくりへの協働

外来送迎 再診受付 入院案内 院内図書(館) 院内イベント開催 医療ボランティア養成 院内研修会 あいホットの運営支援 院内教室 病院環境整備等



災害ボランティア養成

東温市と共に災害時に安全衛生の地域リーダーとして活躍できる人材を養成

介護ボランティア

病院の看護師等職員が 地元老人会と協働して、介護者支援のためのボランティアを行う



図書館他

ひだまりの里 がん関連書籍および総合相談
あいほっと(がん患者サポート・院内サロン)

いきいき会(愛大医療ボランティア)

愛媛大学医学部附属病院は、昭和51年の開院以来「患者から学び、患者に還元する教育・研究・診療」の実現を目標として、地域に根ざした病院づくりに努めています。平成10年からは自由意志に基づき、患者さんに対して援助活動を行う「病院ボランティア」と連携し、患者さんへより良いサービスの提供を図っています。平成16年3月にはボランティアグループ「いきいき会」を立ち上げ、病院とパートナーシップを組み、より良い主体的にボランティア活動に取り組んでおり、現在200名(平成22年2月22日現在)の方が活動されています。

地域社会貢献

- 平成21年9月3日 松山市社会福祉協議会会長から団体部で表彰を受ける
- 平成21年11月26日 東温市社会福祉協議会会長から団体部で表彰を受ける



医療ボランティア活動

【外来部門】

診療手続きの説明、案内及び書類作成の補助
 受診診療科、レントゲン室、CT室、検査室等への案内
 病院内移動の補助(車椅子、歩行困難者等への介助)
 通訳、手話
 中庭の花の手入れ



ボランティアの活動風景「玄関前でお出迎え」

【病棟部門】

入・退院の案内や荷物搬送の補助
 食事や入浴介助の補助
 病院内移動の補助(車椅子、歩行困難者等の介助)
 患者の話し相手や散歩
 花の手入れ
 通訳
 子守
 こどもの学習指導
 タオルのロール巻き



話し相手(病棟)



介護の補助活動



折り紙教室



環境美化活動



院内図書



クリスマスツリーの飾付け



おはなしウーフ