

O-027

地域医療支援病院として医療・介護連携にできること
～「在宅医療・介護連携支援センター」受託後3年間での
成果と課題～

松本圭吾^{1,2}、早草健志^{1,3}、皆本美喜^{1,4}

¹JCHO神戸中央病院 地域医療推進部、²医療介護サポートセンター長、副院長、

³医療介護サポートセンターコーディネーター、主任MSW、

⁴医療介護サポートセンターコーディネーター、看護師長

【目的と方法】当院は、平成28年度より、医療と介護の連携が円滑に行われるよう神戸市から「在宅医療・介護連携支援センター（医療介護サポートセンター）」を委託され、運営を開始した。2名のコーディネーターを配置し、神戸市北区南部地域を活動圏域として事業展開を行っている。その主な事業としては、1. 在宅医療・介護関係者に対する相談事業、2. 多職種連携・研修事業、3. 地域住民への教育啓発事業がある。各事業の3年間での成果と課題について検討した。

【成績】1. 相談業務：件数296件、相談者の属性：医療系28.7%、介護系その他71.3%でケアマネージャーからの相談が最多であった。内容は、病院・診療所の紹介（23.0%）、各種制度について（15.2%）、訪問診療・往診医の紹介（13.9%）、連携関連（13.5%）が上位を占めた。医療介護連携自体の問い合わせは経年的に減少した。2. 多職種連携：地区ならびに隣接地区合同研修会を計20回開催。テーマとして独居高齢者、認知症、高齢者虐待、在宅終末期、薬剤、ACP（アドバンスドケアプランニング）。参加人数は地区研修会では平均36人、14回（延べ503人）、隣接地区合同研修会では平均88人、5回（延べ440人）であった。3. 市民啓発セミナー：テーマは、口腔ケア、転倒予防、認知症、在宅医療、高齢者の医療福祉制度、ポリファーマシー。参加人数は、平均146人、6回（延べ875人）であった。

【結論】1. 相談内容に関しては、当初の課題であった医療介護連携の関連は減少し、両者の連携は改善してきている。2. 多職種会議による抽出した地域課題は、マニュアル作りなどによる成果もあるが、予算化が困難で解決できない事例も多い。3. 医療福祉施策の市民への啓発には一定の効果があつたと考えられる。4. 多職種会議、研修会などを通じて顔の見える関係づくりができ、行政と関わる機会が増えた。

O-028

患者・家族と医療者がイメージする退院時のADL認識の相違点
～三者が納得する退院を目指して～

湊めぐみ、曾根智美、宮下郷子、高山明由美、佐藤理子、長澤恵美子、鈴木千春、小泉貴美

JCHO札幌北辰病院 看護部 3階東病棟

＜はじめに＞A病院地域包括ケア病棟は病床数26床で患者は60～90歳代が多く、90%は院内で転床してくる。研究チームは患者・家族が退院時に希望する日常生活動作（以下ADLとする）と病棟看護師が考えるADLに相違があると感じていた。今回、患者・家族と病棟看護師が考えるADLの相違点を知り、共有することで3者が納得する退院につながると考えた。

＜方法＞ADLを評価するパーセルインデックス評価表（以下評価表）を用いて現在のADL（以下現在値とする）、退院時に期待するADL（以下期待値とする）の聞き取り調査を患者、家族、看護師、PTが別々に行った。評価表の点数の差をそれぞれ2者間で求め、平均化した。

＜結果＞20件を対象に評価し、患者-家族の現在値では7項目目の差が出た。期待値では4項目で差が出た。

＜考察＞家族には患者の入院前のイメージ像が強く、面会中に実際の動作場面に立ち会うことがないことや、入院後の状態が悪い患者を見たことで、現在値が低得点であった可能性があると思われた。家族と患者とでは、入院前の状況を共有しているためか、現在値には差があっても期待値は似ている。看護師と患者とは現状の認識は似ているが期待値には差があり、退院への目標が患者・家族と一致していない様子が伺えた。この差を縮めるために、家族には現状を理解できるようリハビリ見学を更に積極的に勧め、実際の患者の動きを見てもらうなどの必要がある。そうした配慮を行う事で、患者のリハビリ状況を把握しやすくなり、退院時期や退院場所を考慮する助けになり納得する退院に近づけるのではないかと考える。また、看護師は退院前訪問を行うことや、退院後の患者の生活状況を把握し、退院後の日常生活動作の習得を見越して、動作を積極的に進めてもらい、目標を設定する必要がある。

O-029

地域で必要とされる病院であるために
～A病院地域包括ケア病棟での取り組み～

清水千登勢

JCHO山梨病院 看護部

【はじめに】A病院に地域包括ケア病棟を開設し今年で5年目になる。A病院のある地域には高度急性期病院が2病院、A病院と同規模の2次救急急病棟が12病院ある。このような地域の中でA病院の大きな役割の一つは地域にある高度急性期病院と地域を繋ぐハブ的な機能である。その役割機能を発揮するため、地域包括ケアの要となるべく地域連携室と地域包括ケア病棟が協働し、患者受け入れの円滑な調整を行った。それにより看看連携の充実・患者家族の不安の軽減、さらに病床の稼働率向上にもつながったのでここに報告する。

【実践】高度急性期病院からの患者受け入れに対し、高度急性期病院がその機能を十分に果たせるよう、早期患者受け入れに向け取り組んだ。書面や電話の対応だけでなく、高度急性期病院入院中の患者のベッドサイドに伺う「転院前訪問」を実施した。直接看看連携を通し転院目的と患者の状態を把握すると同時に、患者や家族とコミュニケーションを図ることで転院の不安軽減と、スムーズな受け入れができる体制を整えた。また、転院前訪問で得た情報をもとに転院後のケアへ反映させることで、患者は「自分のことを理解してくれている、わかってきている」といった認識につながり、患者・家族との信頼関係を早期に築くことに繋がっている。さらに医療連携室を通した高度急性期病院との連携だけではなく、直接互いの病棟看護師が情報共有する機会となり、顔の見える看看連携も築くことができた。これは、お互いの病院の役割を理解しながら患者の継続看護につなげる、いわば急性期から地域での生活を見据えた一貫した看護を提供できる連携強化につながった。A病棟の病床稼働率も平成28年度66.4%から平成30年度には74.9%と8.5%増加した。

【まとめ】地域包括ケア病棟が地域の特性を踏まえた医療提供と、地域住民をサポートする在宅医療との橋渡し役となることで、地域包括ケアの実現に繋げていきたい。

O-030

地域包括ケア病棟における外出外泊実施状況
～チェック表の分析と課題～

石月亜由美¹、大嶋恭平¹、渡邊太樹¹、山田光世¹、尾熊洋子¹、前田香²、増田直子²

¹JCHO三島総合病院 リハビリテーションセンター、²看護部

【はじめに】当院地域包括ケア病棟では自宅へ退院するための課題抽出を目的に、外出や外泊を本人、家族に勧めている。平成29年に外出外泊チェック表を作成し、外出外泊の内容をADL練習や病棟生活に反映させている。実施から1年半経過し、外出外泊チェック表の結果を分析したため報告する。

【方法】当院地域包括ケア病棟の患者が外出外泊した際の内容を、外泊外出チェック表から分析する。期間は平成29年10月から31年3月（18ヶ月）である。対象は外出外泊を実施し、外出外泊チェック表の記入に協力があった患者33名（男性9名、女性24名）、年齢83.9±6.5歳である。外出外泊チェック表は11項目のADLから成り、介助の有無を示し、困ったことなど自由記載とした。また事前に自宅で実施してほしいADL項目にチェックし、看護師から家族へ記入方法を説明した。帰院後、記入内容を確認し、リハスタッフと看護師にて課題を明確にして練習に反映させた。分析内容は疾患、入棟期間、外出外泊チェック表ADL項目、機能的自立度評価法（以下FIM）点数である。

【結果】対象者は運動器疾患21名、廃用症候群7名、脳血管疾患4名、呼吸器疾患1名であった。入棟期間は41.5±15.9日、入棟から外出外泊を実施するまでの日数は24.3±12.8日であった。介助を要したADL項目では玄関の出入りが13名と最も多かった。また最も多く介助を要した患者は9項目であり、介助のない患者は13名であった。介助を要した項目数と終了時FIM点数に負の相関（rs=-0.483, p<0.05）が見られた。自由記載では退院後の転倒に対する不安が多かった。

【考察】外出外泊は患者自身が能力を自覚する機会になり、家族は介助量などを知ることができ、在宅復帰意欲の向上につながる。家族、ケアマネージャーへリハビリ進行状況と具体的な介助量の報告、必要な環境などを早めに調整し、個別に対応した時期に外出外泊を実施できるような対策が重要と考える。

O-031

まちかど健康教室において基本チェックリストを用いたフレイルチェック

十時浩二¹、西村愛¹、大和田野祐一¹、千代田由美²、菊屋円²、川浪めぐみ³、東谷美智子³

¹JCHO伊万里松浦病院 リハビリテーション科、²臨床検査科、³栄養管理室

【はじめに】フレイルは要介護に至る前段階の状態として注目されている概念である。また、基本チェックリストは介護が必要となる危険が高い高齢者を抽出するスクリーニング法であり、日常生活関連動作、運動器機能、低栄養状態、口腔機能、閉じこもり、認知機能、抑うつ気分の7領域25個の質問群からなっている。佐竹はこの基本チェックリストはフレイルの評価法と有意な相関性を示すと提言している。当院では年に一度桜の駅まつりに地域貢献活動として参加し、まちかど健康教室を実施している。今回、まちかど健康教室の参加者を対象に基本チェックリストを用いてフレイルチェックを実施した。

【対象】平成31年3月31日にまちかど健康教室に参加した108名のうち、呼吸機能及び握力テスト、フレイルチェックを行った40歳以上の地域在住36名(平均年齢70±13歳、男性11名)。

【方法】身長、体重、BMIを計測後、スパイロメータにて呼吸機能検査を実施。呼吸機能は肺活量、%肺活量、一秒量、一秒率を測定。握力はスメドラー式握力計にて座位姿勢で肘伸展位、左右測定し、数値の良いほうを採用。フレイルチェックは基本チェックリストにて実施し、小川らを参考に6点以上をフレイルと判定。統計は統計ソフトEZR(version1.37)にて行った。

【結果】7名がフレイルに該当した。健常とフレイルの2群で比較すると、運動器機能、口腔機能、閉じこもり、認知機能、握力、肺活量、%肺活量、一秒量で有意にフレイル群が低かった(P<0.005)。

【考察】当院近隣の地域在住で7名がフレイルという結果は、小川らの先行研究を支持する結果であった。フレイルの原因は運動機能・握力、口腔機能、呼吸機能という身体的フレイル、認知機能低下という認知的フレイル、閉じこもりという社会的フレイルが影響している可能性がある。また、フレイルの3領域を評価できるため基本チェックリストはフレイルの評価に有効であると思われる。

O-032

当院における身元保証等がない入院患者に関する医療ソーシャルワーカーの支援～厚労省ガイドライン(案)身元保証に求められる機能・役割6項目からの分析～

弦間美奈、方堂友子、佐野晴美、廣瀬美風

JCHO横浜中央病院 地域ケアサービスセンター 医療福祉相談室

【はじめに】2019年3月に厚労省から「身元保証等」がない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン(案)が策定された。これには「身元保証」に求める機能・役割は、1緊急の連絡先に関すること 2入院計画書に関すること 3入院中に必要な物品の準備に関すること 4入院費等に関すること 5退院支援に関すること 6(死亡時の)遺体・遺品の引き取り・葬儀に関することこの6項目が挙げられている。この6項目の担い手が不明な状況であると入院中の医療継続や退院後の療養生活の継続、死亡時の対応等で病院が苦慮する為、入院時より医療ソーシャルワーカー(以下MSW)が介入し、これらの役割を本人や本人を取り巻く人や行政などと相談し整理している。今回、身元保証等がない患者について誰がどのような役割を担ったかを調査・分析し報告する。

【方法】2018年4月1日～2019年3月31日の期間でMSWが介入したケースの中で身元保証等がない患者について、ガイドラインで挙げられている6項目の機能・役割について誰が担ったかを調査した。(入院前より生活保護を受給中の患者は除く)

【結果・考察】入院前に患者が暮らしていたコミュニティの中で、患者を支えていた人達が入院後も引き続き6項目の担い手になってくれる人がおり、入院前からの人間関係が重要であることが分かった。また、区役所の高齢者支援担当者や地域包括支援センターが後見人申請の手続きだけでなく、6項目の担い手になってくれる場合もあった。6項目のうちすべての担い手が決まらなくても、最低限1・4・5が決まっていれば当院における退院支援は進むが、逆に3項目が決まらなると退院までに要する時間が長引くことが分かった。6項目の担い手は患者各々の状況によって変わってくる為、個別性を持って整理をすることが重要であり、また整理するためには時間がかかる為、MSWの早期からの介入が必要である。