

## 38-1 地域連携

## 地域包括ケア充実に向けた研究会の活動と感染対策の重要性

1 藤岡市国民健康保険鬼石病院 外科, 2 万場診療所 内科

くどう みちあき

○工藤 通明 (医師)<sup>1</sup>, 田中 雅史<sup>2</sup>

**【目的と方法】** 医療・介護・福祉の連携は、「地域包括ケア」に不可欠である。当院の診療圏である藤岡多野地区は、高齢化・過疎化の進行と医師等の減少により、医療レベルの維持には地域スタッフの協力と知識・情報の共有が重要と考え、2006年から「藤岡多野地域連携・栄養研究会」活動を行っている。研究会を継続することで、高齢者生活維持や新型コロナウイルス感染等の感染症に対しても迅速な対応が行われてきたと考えている。研究会は、藤岡多野医師会と歯科医師会の協力により年2回の研究会を開催してきた。今年も、3月に第27回、9月に第28回研究会を開催予定であったが、社会情勢を考慮し中止した。しかし、年2回の研究会の開催で、感染症対策や摂食嚥下障害、地域での問題点などの課題に対して、地域スタッフと共に多職種で取り組み、スタッフ間の交流が進み、「地域包括ケア」の充実が計られてきたと考えている。研究会の成果と、感染症に対する周囲施設との連携について報告する。

**【結果】** 発表者は医師・歯科医師が多く、介護・福祉関係者の発表は少ないが、多職種のスタッフと地域の問題を実際に話し合うことができるため、問題解決の参考となる。特に「ペグ実技セミナー」を開催し、ペグを管理しているスタッフとの意見交換から、国外の胃瘻論文の発表と海外の胃瘻テキストの出版に結びついた。さらに、多職種スタッフと感染症管理の相談を受けることで、インフルエンザ施設内感染の対応や予防薬投与に結びつき、施設内感染の拡大を防ぐことも可能であった。

**【考察】** 研究会の継続は収入の面でも困難を伴うが、過疎化・高齢化の進行が速い地域こそ、医療レベルの維持と協力、簡単で安全な胃瘻管理を進める必要がある。地域をつなぐ活動は世界共通であり、世界の様々な地域のスタッフと連携できること、さらに今回の新型コロナウイルス感染症の流行のような事態でも、迅速な対応が可能である。

## 38-2 地域連携

## 退院後合同訪問を実施して～患者家族・病棟・在宅関係者とのワンチーム構築を目指して～

1 諏訪中央病院 地域連携部, 2 諏訪中央病院 看護部

あがわ なおこ

○阿川 直子 (社会福祉士)<sup>1</sup>, 百瀬 千香子<sup>2</sup>, 池石 美奈<sup>2</sup>, 島立 貴志<sup>2</sup>, 林 龍亮<sup>2</sup>, 田中 百恵<sup>2</sup>

**【はじめに】**

当院は長野県茅野市にある病床数360床のケアミックス病院で医療療養型病床1病棟を有している。当該病棟では主に3つの機能を担っている。1つ目は急性期病床からの受け入れ後の退院調整業務、2つ目は看取りケア、3つ目は介護保険施設等に対応困難な医療依存度が高い患者の在宅支援（レスパイト入院）である。

今回は退院調整を行い在宅へ退院した患者の退院後訪問を病棟看護師・社会福祉士、訪問看護師を主とした在宅関係者と合同で実施し、退院後合同訪問（以下合同訪問）の意義を考察した為ここに報告する。

**【対象・方法】**

2018年11月～2020年7月に当該療養型病床入院中に医療処置等の介護指導を実施後に自宅へ退院し訪問看護等在宅サービスを導入した患者家族9組を抽出し、退院後1カ月以内に合同訪問を行った。訪問実施後、患者家族・病棟看護師・在宅ケア関係者に対し半構造化面接による聞き取り調査を行った。

**【結果】**

患者家族・病棟看護師・在宅ケア関係者いずれも合同訪問について今後の在宅ケア継続に有効であるという回答を得た。その中でも「ケア内容・課題の共有化」について共通の回答が、病棟看護師からは「在宅での療養環境の理解」について効果を感じたという回答があった。課題として患者家族からは「何を話したらよいかわからなかった」「状態変化時はまた一緒に来てほしい」病院看護師からは「訪問看護師とのコミュニケーションが足りなかった」在宅関係者からは「連携の継続性」や「通常業務時の病棟看護師とのコミュニケーションの取りづらさ」等があがった。

**【考察・展望】**

聞き取り調査の結果、合同訪問を行ったことで患者家族・病棟看護師・在宅関係者の共通理解・チーム化が進んだと考えられた。今後はそれぞれにとって負担の無いコミュニケーション手段を検討し関係性の構築に取り組む中で、合同訪問を継続し患者家族のより良い在宅療養へ繋げていきたい。

## 38-3 地域連携

## 集患だけで満足してませんか？

富家病院 地域連携推進部

かわもと ゆうき

○河本 祐貴（事務職）、赤尾 優一、成塚 健一

## 【背景】

地域連携推進部の主たる目的は集患である。相談案件を迅速かつ持続的に入院につなげるために業務の幅を広げる必要があった。

①法人全体（病院、在宅施設、通所関連）の「稼働」の把握

②稼働が上がることで人員不足が問題となる可能性を考え、安定した法人運営に必要な「人材（採用）」の確保

## 【目的】

発足当初から「顔の見える連携」を基に形成してきた地域ネットワークに「稼働」と「採用」を融合させて、新たな業務スタイルを構築することにより業務マネジメントで重要な「需要と供給」を当部署がまかなう事が狙いである。

## 【方法】

「稼働」：医療相談連携室の朝礼や在宅施設、通所関連の稼働会議に参加。法人全体の稼働管理を徹底。日々の全施設の稼働変化を一目でみれるシステムを構築。「採用」：すでに構築している地域ネットワークを有効利用。新卒や中途採用の相談窓口を開設。（連携先などには決して迷惑をかけないことを条件とする）

## 【結果】

「稼働」：介入してから病床平均稼働111%

「採用」：介入してから平均採用人数221%

## 【考察】

「稼働」：グループ全体の稼働を管理することにより高稼働の維持継続のみならず、待機期間短縮や待機者数を減らすことができた。早期調整は紹介元の信頼につながり紹介率も上がるなど相乗効果も生まれた。

「採用」：当法人機能を理解している方からの入職希望や紹介が増えることで決定率も高くなった。法人の全てを把握することにより、新卒や中途採用に対して真意のついた説明が行えるとともに、営業の集患ペースや実力を計算して先を見た採用計画を組んでいる。連携業務と兼任することで効率UPやコストカットにも効果があった。

## 【結語】

「集患集客活動」「稼働管理」「採用活動」と本来の活動枠を越えた新たなモデルケースを確立し、法人の需要と供給を担う事に成功した。病院営業の部署から法人運営を支える中核部署へと成長することができた。

## 38-4 地域連携

**地域包括ケア病棟から施設退院後のケアの継続性の検証  
～看護サマリーの改善を試みて～**

西部総合病院 地域包括ケア病棟

ゆもと まい

○湯本 舞（准看護師），鈴木 友紀

**【はじめに（背景）】**

高齢者の増加とともに、介護施設へ入所する患者が増加している昨今では看護サマリーは重要な医療情報となっている。当病棟からも施設へ退院する患者が4か月間に24.4%の割合でいた。

繰り返し入院している患者は4か月で20人弱存在する。

**【目的】**

施設への退院後再度症状の再燃、違う疾患による入退院を繰り返させないために看護サマリートの改善を試みた。

**【対象と方法】**

施設への訪問、ケアマネージャー・訪問看護師へのアンケートの実施。アンケート結果を踏まえ看護サマリートの改善をし使用する。

**【結果】**

これまでの看護サマリーではケアや処置の仕方が分かりづらい。継続すべきものが分からないなど必要な情報の優先順位が分かりづらい看護サマリーだったことがわかった。そのため看護要約は簡潔にわかりやすい言葉を使用。ADL欄に個別に詳しくケアの仕方を記入。継続すべき問題点に対しての対応策を看護上問題点の欄に記入することとした。

**【考察】**

医療機関においては怪我や病気の治療を目標として処置や看護を優先する必要がある、介護施設では各入居者の生活の質の向上やその人らしい生活をおくるためのケアが求められる。退院時の看護サマリーを通して患者の情報を伝えることで患者にとってより良い生活に繋がっていく事と考えられる。

**【結語】**

今回の研究を通して、病棟の特色を生かし入院中から関係各所との密な情報共有を前提とし、入院中だけでなく退院後も継続して看護・介護を行えるよう積極的に取り組み患者の生活の質を高めていきたい。

## 38-5 地域連携

## 南多摩地域リハ支援センター関連の福祉用具講習会等における事業形態と参加者密度

永生病院地域リハビリテーション支援事業推進室

いしはま ひろき

○石濱 裕規（理学療法士），井出 大

### 目的

東京都南多摩地域リハビリテーション支援センターでは、福祉用具や住環境整備等に関わる地域・多職種交流などを目的として、2005年以降福祉用具講習会・福祉機器展を主催・共催・後援形態にて計17回開催してきた。同事業の来場者傾向から、地域包括ケアと二次医療圏との関連、そして、講習会・展示会開催における感染対策を検討することを目的とした。

### 方法

各事業における一日あたり参加者数を会場面積で除し、来場者密度を推定した。事業種別を「展示体験あり」「講習会等のみ」「実習あり」に区分した。

### 結果

全17回の事業の総参加者数は5804名、会期計22日、一日あたり参加者平均数は $214.7 \pm 175.7$ 名であった。各回につき一日参加者数を会場面積で除した参加者密度は $0.89 \pm 1.31$ 人/㎡であった。「展示体験型講習会（n=7、屋外開催1）」の総参加者数は4951名、参加者密度は $1.70 \pm 1.81$ 人/㎡、講習会等のみ（n=7）」の総参加者数686名、参加者密度は $0.36 \pm 1.10$ 人/㎡、「実習あり講習会（n=3）」の総参加者数167名、参加者密度は $0.25 \pm 0.09$ 人/㎡であった。

### 考察

同事業開催地は全て八王子市内であったが、広報は南多摩医療圏域全般に実施した。新型コロナウイルス感染症対策本部・イベント開催制限の段階的緩和の目安は、収容率50%以内、十分な間隔（できれば2m）とされており、東京ビッグサイトでは新型コロナの対応指針として「最大収容者数は1平米あたり約0.5人」とされている。今回の結果より、展示体験を伴う講習会については、特に感染対策と運営形態の見直し・工夫が求められている。

## 38-6 地域連携

## 綿密な多職種連携支援により自宅退院を達成できた高度体幹失調と高次脳機能障害を伴う脳梗塞後遺症の例

堺平成病院 ハート訪問ステーション居宅介護支援

たにぐち まりこ

○谷口 まり子 (介護支援専門員), 日名 舞衣, 山本 貴子, 木原 志穂

## 【目的】

独身独居で高度体幹失調と高次脳機能障害を伴う脳梗塞後遺症の患者に対し、地域での支援を含めた多職種によるきめ細かなサービス提供を計画、実践することにより自宅退院を達成できた症例を報告する。

## 【対象】

71歳、男性。R1年6月10日脳梗塞発症、急性期病院での治療後、回復期リハビリテーション実施し、11月23日退院。左失調性片麻痺、高次機能障害の後遺症を認め、ADLは移動：シルバーカー歩行見守り、食事：見守りで自己摂取可能も嚥下障害あり、排泄：時に失禁あり中等度介助。IADLも低下著名で、家事動作（食事準備、洗濯、掃除）、移動動作（買物）、セルフケア動作（服薬管理）に全面介助を要した。要介護度：3、日常生活自立度B1、認知高齢者自立度Ⅱ、MMSE：21点であった。

## 【方法】

転倒リスクに対し、住宅改修で床を畳からフローリングに変え、手すりを取り付け、居室からトイレ、台所、洗面所の移動を容易にした。食事は、朝食は近所の喫茶店に依頼しトロミ付食を配達し、昼食・夕食は宅配弁当、夕食付デイサービスにて対応。洗濯は、訪問リハビリ時に担当PTが、洗濯機の使用方法を指導。掃除、買物はヘルパーに依頼。服薬は、内服薬を訪問看護が仕分けし、各デイサービスに預け確実に服用行った。

## 【結果】

訪問リハビリによる歩行訓練により、シルバーカー歩行で、喫茶店へ行きモーニングを摂れるようになった。洗濯は、洗濯機の使用法を習得し、自己にて洗濯可能。その他の介助、支援、サービスも綿密に提供されており。在宅生活を支障なく継続できている。

## 【考察・結論】

独身独居で介護者がおらず、体幹失調によるADL低下及び高次脳機能障害によるIADLの低下をきたした脳梗塞後遺症患者においても、地域の協力を含めた、医療・看護・リハビリ・介護のサービス、支援を綿密に調整、工夫することにより、在宅生活を継続できる可能性があることが示された。