

## 39-1 地域包括ケアシステム

## 在宅腹膜透析患者のクラウド型支援システムの構築

1 三重県立看護大学 看護学部, 2 四日市看護医療大学

おおかわ あきこ

○大川 明子 (大学教員)<sup>1</sup>, 梅田 徳男<sup>2</sup>, 小林 奈津美<sup>1</sup>

**【はじめに】** システムをクラウド型にし患者がどこで腹膜透析しても、いつでも支援システムを利用でき、患者一多施設間の情報共有を効率的におこなえる腹膜透析患者支援システムを構築する。

**【方法】** 構築システムのクラウドサービスはMicrosoft社製Azureを用いる。表示・記録項目としてはバイタルサインの他、交換開始時刻、透析液濃度、排液量、注液量、除水量、排液時間、排液の確認、血圧、血糖値の項目を入力する。排液の確認では排液パックや食事メニューの画像をスマートフォンなどで撮影してシステムに取り込めるようにした。またメッセージ画面には利用者と医療者との両者がメッセージを送受信する。

**【結果】** 時刻入力システムにより自動入力され、他はラジオボタンで選択できるようにした。排液の確認では排液パックをカテーテルの出口部分とともに医療機関へ画像伝送することは可能となったが、性状の確認までは不十分であった。メッセージ画面には「新メッセージの到着表示」や「注意喚起の表示」をおこなえたため、患者は他施設における医療者とも情報共有が可能となった。

**【考察】** 本構築システムは在宅腹膜患者を対象としていることから、出張中の滞在先でも利用可能で、「メッセージ到着表示」や「注意喚起の表示」を設けたことで、異常に関する情報共有が施設としやすくなった。また、医療機関とリアルタイム情報が得られることから看護アセスメント、看護ケアの向上にもつながると考えられる。また患者にとってはデータを蓄積することで経時的変化を把握でき、セルフマネジメントにつながる。さらに画像が多いことからデータ容量も多くなるため、クラウドでの保管が必要となってくる。

**【結論】** 本構築システムはクラウド型とすることで、在宅患者がいつでも、どこにいても、医療機関と情報が共有できるシステムとなった。最後に本研究の一部は学振科研（課題番号JP18K19710、JP20H03982）の補助を受けた。

## 39-2 地域包括ケアシステム

## 当院での地域支援活動への取り組み ～地域の関連機関と連携して～

周南リハビリテーション病院 リハビリテーション部

まんだ よしひで

○万田 祥秀（作業療法士），二見 信次

**【はじめに】**2025年に向け地域包括ケアシステムの構築が進められる中、リハビリ専門職は地域包括支援センター等の機関と連携して、地域住民の健康増進や生きがいづくりに向けた取り組みを行うことが必要であると考えている。今回、市役所、地域包括支援センター、社会福祉協議会や地元の大学及び企業等と連携して実行委員会を設立し、地域住民を対象にした健康増進活動に取り組むことができたためここに報告する。

**【活動内容】**商業施設、イオンタウン周南の空店舗を使用して地域住民の健康増進を目的としたイベントをイオンタウンが毎月15日に開催するG.G感謝デーにあわせて開催した。平成31年4月より活動を開始し、内容としては、In body（体組成計）、血圧測定をはじめ、協力機関・協力者の強みを生かした月替わりの企画を毎月実施した。

**【活動結果】**

平成31年4月から令和2年3月までの活動で来場者は延べ1051名となった。

イベントの運営は実行委員会に所属するリハビリ専門職、介護支援専門員、社会福祉士、保健師の他に、地域で活動する薬剤師、看護師、カイロプラクターやボランティア等の協力を得て行った。また、イベントに参加した地域住民からは「イベントに参加して自分の健康について考える機会となった。専門職の意見を聴けてよかった。」等の意見が上がった。

**【考察】**今回の活動を通じて、リハビリ専門職としての活動の場が広がったことを実感している。また、地域住民の方々との関わりから、この活動が健康づくりや生きがいづくりを見出すための機会となっていることが感じられた。現在は感染症予防対策のため活動を休止しているが、実行委員会の各機関と連携し、地域住民の健康増進・生きがいづくりに向けた取り組みを今後企画していく。

**【倫理的配慮】**

本研究は人または動物を対象とした研究であり、倫理委員会の承認を得ている。

## 39-3 地域包括ケアシステム

## 邑智郡医師会「病床の機能分化に向けた医療連携推進コーディネーター配置事業」事業報告

加藤病院 事務局

うえだ ゆういち

○上田 裕一（事務職）、田中 修

邑智郡の人口は17,655人（2020年4月時点）。2004年から約6,000人も減少しており、これからもこの減少傾向は続くとされている。とりわけ地域の労働人口（医療介護関連専門職含む）の減少は、郡内の様々な事業所における人材不足という深刻な課題を招いている。

このような環境の中で、限られた資源（人材：ヒト、現有機能と資産：モノ、財政支援：カネ）を有機的に“つなぎ”、医療介護提供体制を維持し、地域住民の“住まう”を実現する『つなぎ役』として、邑智郡医師会では2018年より医療介護総合確保促進法に基づく島根県計画「病床の機能分化に向けた医療連携推進コーディネーター配置事業」を受託し、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進するため、病床機能分化の促進及び質の高い在宅医療介護提供体制の構築を目的に、会員である医療法人徳祐会・社会医療法人仁寿会と業務委託契約を結び、以下の事業に取り組んでいる。

- ①地域の医療・介護資源の機能等の把握&効率的で質の高い在宅医療提供体制の構築
- ②訪問看護ステーションの活用促進
- ③在宅医療に取組む医師による連携に向けた情報交換会の開催
- ④病床の機能分化・連携に向けた調整への参画

人口減少や高齢化、地域の過疎化は私たちの想像を上回るスピードで進行している。国家財政・医療保険財政・地方財政への課題が山積する中、「地域医療≒不採算医療≒税投入」からの脱却を図り、地域の持続可能性を担保するためには、全体最適化、効率化を地域として一層推進する必要がある。その鍵を握るのは医師会の先生方おひとりおひとりによる“民間”医療機関の力であり、その力の発揮が期待される本補助事業を通じ、邑智郡医師会は今後も地域包括ケアシステムの完成を目指す。

## 39-4 地域包括ケアシステム

## 地域包括ケアシステムの構築に当院訪問リハビリテーションが担える事

印西総合病院 リハビリテーション科

すえよし ゆうじ

○末吉 裕史(理学療法士), 吉村 亮太, 梶谷 康太, 小野満 風斗, 野瀬 陽史, 田久保 祐美, 森 羽矢人, 篠塚 珠笑子

## 【背景】

平成28年2月の「千葉県における今後の地域リハビリテーション支援体制のあり方に関する報告書」によると、印西市の属する印旛医療圏は、65歳以上の人口10万人に対する訪問リハビリテーション（以下、訪リハ）事業所数が10.8ヶ所、千葉県平均が14.6ヶ所と報告されており、印西市の地域ニーズに供給体制が整っていない状況と想定される。

## 【目的】

地域包括ケアシステムの目指す「高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けること」をサポートする為、当院では①訪リハ人員の増加②入院中から退院後のシームレスな在宅支援③社会参加支援④介護支援専門員（以下、CM）から新規紹介を得る事に尽力した。その取組みを振り返り、次年度の指針に活かす事を目的とした。

## 【対象と方法】

対象：CM

方法：①事業所訪問②具体的な支援方法をイラスト化したリーフレットの提供③訪リハによる支援内容と結果を記した報告書

対象：新規訪問リハ利用者及び家族

方法：①目標と達成時期の共有②目標達成時期に合せた社会参加支援

## 【結果】

年間別 [2017/2018/2019] の実績を以下に記す。

年度別新規利用者総数 [70人/80人/95人]

内、当院退院後の利用者数 [59人/68人/65人]、CMを介した外部事業所からの利用者数 [11人/12人/30人]

年別合計利用終了者総数 [37人/60人/70人]

内、要介護者の社会参加支援率 [12.9%/41.8%/42.8%]

## 【考察】

新規利用者数について、院内からはCOVID-19の影響で2019年度末に伸び悩んだ。外部事業所からの紹介は、多数のCMから複数名の利用依頼があり増加した。この変化は訪リハの目的や効果を共有し、CMの共感や信頼を得られた結果と考える。また、終了者の社会参加支援に寄与できている点も含め、目指す地域包括ケアシステム構築の一部を担え始めていると考える。感染症対策を講じた上で、2020年度も自立支援・社会参加支援・重症化予防に努め、その役割を果たしていきたい。

## 39-5 地域包括ケアシステム

医療介護保険ミーティングによる円滑な退院支援に向けて  
～入院時サービス担当者会議の効果～

博愛記念病院 リハビリテーション科

たかた こうじ

○高田 幸治（理学療法士），今富 裕之，加村 春香

## 【はじめに】

日本は諸外国に例を見ないスピードで高齢化が進んでおり、高齢者の尊厳保持と自立生活支援の目的のもとで地域包括ケアシステムの構築が推進されている。

地域包括ケア病棟は近隣住民や施設からの緊急時の受け入れ、急性期病院を退院した患者に対して、在宅や介護施設への復帰支援に向けた医療やリハを行う病棟だが、退院後の具体的なサービス内容は退院前に実施される「退院前カンファレンス」で決定することが多い。

## 【目的】

入院初期から介護保険サービス従事者と退院後の生活を想定した支援内容を協議することで利用可能なサービスを把握する。また在宅生活中の問題点を把握し、退院までの目標を明確にすることで退院後の生活に即したリハプログラムを提供する。

## 【方法】

介護保険サービス従事者と地域包括ケア病棟のスタッフが入院前のサービスと現状について検討する。またケアマネジャー（以下、ケアマネ）の来院時に入院時担当者会議を行い、能力低下の状況や家族介助の要領、嗜好などを聴取する。

## 【症例紹介】

89歳 女性 要介護度2 入院前サービス：通所介護4回/週 基礎疾患：脳幹梗塞

入院理由：膝痛、活動性低下による廃用改善

担当者会議の内容：羞恥心が強いいため、トイレ誘導や老人車の使用は決定項として提示

在宅医療に関するエビデンスに基づいた関り・指導によりトイレ誘導と移動能力が定着し、入院17日で退院となった。

## 【考察】

入院時担当者会議でケアマネとリハスタッフの考える問題点を合致させたことで退院後の生活に即したリハが早期退院に繋がったと考えられる。定期的な医療介護保険ミーティングにより患者の回復状況や退院後の機能維持に必要なサービスが選定できた。また退院後の活動性維持や社会とのつながりの場を提案することで生きがいや居場所づくりに繋がったと考えられる。これらのことが地域包括ケアシステムや地域共生社会構築の一助になればと考える。

## 39-6 地域包括ケアシステム

## 入退院支援の推進～安心した入院生活を目指して～

博愛記念病院

まるおか みちこ

○丸岡 美智子（看護師）、桃平 瞳、藤原 美恵

**【目的】**

患者や家族にとって入院治療を行うことは入院生活に対する事その他、疾病に関する事など精神的負担は大きいと推測される。

その中で私達看護師は入院前から身体的・心理的・社会的に支援していく事が求められている。

平成30年度診療報酬改定にて、自宅などから入院を予定されている患者がどのような入院生活や治療過程を経ていくかをイメージでき、安心した入院治療が受けられるように支援していくことを目的とした取り組みが評価されるようになった。今回、入院前から支援を開始し退院後まで見据えたケアの取り組みができたので報告する。

**【対象・事例紹介】**

H・Y様 81歳 女性

入院病名：気管支拡張症 症状：発熱、血痰

自立度：B2 認知度：Ⅲ a MMSE：12点（視力低下により減点あり）基本動作：自立

自宅で息子様夫婦と同居中

当院のデイサービスを利用

**【結果・考察】**

入院前は入院生活や治療に対する不安を口にしており、入院する事に同意が得られなかった。そこで入院中の生活の様子などを説明し、一旦自宅で入院中の生活や治療をイメージして頂き翌日の予定入院とする事にした。誰しも入院に対する不安は大きい。その不安を拭うのは私達看護師である。そこで、入院前に患者の生活状況を聞き取る事により自宅と変わらない環境に近づける事が出来た事も大きな利点であった。また、入院中には退院後の生活も見据え支援を継続する事により患者本人とその家族にとっては安心した入院生活が送れたのではないかと考える。

**【結論】**

予定入院により支援に関わる件数は少ないが、入院に対する精神的不安が軽減できるよう多職種にて情報共有を行い継続した支援で、退院後も地域のケアスタッフへと引継ぎ、切れ目のない医療や介護を提供していきたいと思う。