

## 地域包括ケアシステムの構築に向けた3病院の取り組み

Efforts in 3 hospitals for the construction of  
Community-based integrated care systems

座長	大場美代子	Miyoko Oba	(伊達赤十字病院)
話題提供	西村 由美	Yumi Nishimura	(釧路赤十字病院)
	中野 直美	Naomi Nakano	(小清水赤十字病院)
	児玉真利子	Mariko Kodama	(旭川赤十字病院)

キーワード：デイサービス、在宅支援、情報共有、退院支援システム、退院支援教育プログラム、看護と介護連携  
key words : nursing in the home by visiting nurses, home assistance, information sharing, Discharge support system, Education program of discharge support, Coordination between nursing and care

地域包括ケアシステムの構築に向けた  
小規模病院の取り組みEfforts in a small hospital for the construction  
of community-based integrated care systems

中野 直美

## 1. はじめに

当院は小規模病院ではありながら急性期と後方支援の役割を担っている。地域包括ケアシステム構築を進める中で、在宅に高齢者や独居の患者をどう返すことが幸せなのかと苦慮していた。実際、他職種との連携に時間がかかり過ぎたり、福祉サービスの不足、準備不足の中での退院が見られていた。入院期間が長期化するほど、家族の受け入れも悪くADLが低下するなどの課題もあった。退院の条件として家族が望む一番の願いは、入院前と同じADLである。地域包括ケアシステムは、高齢の地域住民が安心して暮らせるための環境づくりである。安心した入院生活、安心した在宅生活ができる看護を提供するために、病院から始める環境作りへの取り組みを紹介する。

## 2. 在宅医療における他職種連携の情報共有

在宅を支えるスタッフはそれぞれ異なる組織に所属している、また医療と介護間では情報共有の難易度も高い。情報共有のツールとして連絡ノート（利用者宅に行かないと確認できない）、FAX（外出先で確認で

きない）、電話（診療中や移動中は対応できない）などの問題がありタイムリーな対応ができない現状があった。ケアマネージャーは、医師との連携のための調整に苦労している現状があった。そこで、病院からの情報発信の方法としてサイボウズLiveを活用することとした。利点として①無料で使えるインターネットサービス、②メンバーを限定したグループを無制限に作成できる、③グループは招待されたメンバーのみアクセス可、④掲示板、共有フォルダを使った情報共有がある。結果、医師とのコンタクトがスムーズになった。問題事例が日程を気にせず検討できる。訪問看護での訪問時にタブレット端末を使用することによって関係者に情報提供（写真・動画を含む）ができ、即日対応ができるようになった。サイボウズLiveを通して、リアルタイムにディスカッションができるなど、在宅生活を支えるための介護提供の質向上を図ることが出来た。現在の取り組みは、同一町内の行政、近隣の老人福祉施設などの範囲の利用であるが北海道の広域の現場を支えていくためには、利用範囲の拡大が必要であると感じている。しかしSNSなどで情報共有の利便性が良くなっても、人を支えるのは人の手であり、言葉であり、人と人の直接の繋がりを大切にしなければいけないとも感じている。

## 3. 一般病棟における介護福祉士の役割拡大一歩いて帰ろうを目標に

地域包括ケアシステム構築に向けて、病院という立

場で待っているのではなく、環境作りは自ら地域社会へ歩みよるといふ考えのもと、病院から始める患者・家族が安心して在宅で暮らし続けられるためにADL維持・増強目的で院内デイサービスを立ち上げた。

#### 【実践経過】

1) 看護部内での院内デイサービス体制についての検討  
家族の「せめてトイレまで歩いてほしい」という多くの声から、「歩いて帰ろう」をスローガンに院内デイサービスの開設を目指した。

2) 看護部職員への説明・動機付けとマニュアルの整備  
療養病棟と一般病棟では、介護福祉士の役割・業務内容も違うため、双方が対比できるようなマニュアルを整備した。病院として地域のニーズに対応するための院内デイサービスの導入について説明を看護職員に行った。

3) 一般病棟での介護福祉士による院内デイサービス開始

目標として①ADL機能の維持・低下予防、②日中の抑制の軽減、③昼夜逆転の軽減、④看護師の業務負担軽減の4点の効果を期待した。目標①は、アセスメント表を作成し日常生活動作、精神状態を点数化し入院直後と退院時を比較した。日常生活においては63.5%が改善、25%が変化なしという結果が得られた。また精神状態では18%が改善、68%が変化なしであった。

目標②は、日中帯に介護福祉士による院内デイサービスを行う時間を作ることで抑制の時間を軽減することが出来た。目標③は、院内デイサービスの実施で起きて活動する時間を作ることで昼夜逆転症状が減少することが出来た。目標④は、看護師が本来の看護業務に専念することが出来た。その結果、清潔の援助・環境整備の充実、食事・排泄介助の業務軽減、介護福祉士からの情報提供、抑制軽減効果を得ることが出来た。

住民が安心して暮らし続けていくために、「歩いて帰ろう」をスローガンに始めた一般病棟への介護福祉士の配置と院内デイサービスは、目標①・②・③・④を達成することが出来た。目標以外の効果として、介護福祉士という有資格者を配置したことで生活援助、患者の移送などで安心して仕事を委譲することが出来た。また、看護師は穏やかな気持ちを持つこともでき、患者の笑顔が増え嬉しいといった満足感を得ることが出来た。

#### 4. おわりに

2025年問題を抱える中、地域住民がこの街で暮らせて幸せだったと言える環境を整える必要がある。赤十字として人々の健康に貢献していくために、地域包括ケアシステム構築には病院からの発信が必要だと考える。

## 退院支援システムの構築と 看護・介護連携への取り組み

### Build the discharge support system and Approach to the coordination between nursing and care

児玉真利子

#### 1. はじめに

旭川赤十字病院は、道北の救急医療を主体とした急性期医療を担う地域医療支援病院として機能している。病床数554床、診療科27科、職員数は1,132名、2015年度の救急車搬入台数は約370台/月、手術件数は約5,500件であった。

当地域の2015年度の高齢化率は30%に達し、当院の高齢者入院患者割合も65%を占めている。また、平均在院日数は12日と短縮しており、在宅復帰率は84.6%である。このような状況から、看護部では患者が住み慣れた地域で最後までその人らしく生活ができるように退院支援の充実に取り組んでいる。また、介護施設からの骨折や肺炎等による救急搬送や急性期治療が済んでも自宅に帰れず介護施設に入所するケースもあることから、介護施設との連携も強化している。

地域包括ケアシステムの構築にむけた取り組みとして、急性期医療機関の立場から、退院支援や介護施設との連携を中心に紹介する。

#### 2. 看護部と退院支援室の概要

看護部要員は706名、そのうち有資格者は646名であり、7:1 入院基本料及び特定入院料（SCU、HCU、ICU/CCU）を算定している。

退院支援は、看護部方針として「患者を生活者として捉え、ニーズに応じた継続看護の充実を図る」を掲げ取り組んでいる。

退院支援室は2010年に開設した。退院支援室は、地域医療連携室・相談室・訪問看護ステーションからなる医療支援センターに所属しており、4部署が地域完結型医療を目指した一つのシステムとして機能している。退院支援室のスタッフ（退院調整看護師）は保健師4名、看護師1名であり、保健師長は訪問看護ステーションの管理者も兼務している在宅ケアのエキスパートである。

#### 3. 退院支援システム

退院支援は、入院早期から退院イメージの共有を図り、要介護認定の申請や自宅・施設などの療養場所の選択などの意思決定支援が重要である。

退院支援プロセスは、図1のフローチャートに示すように、第一段階のアセスメントから始まり、第二段階のチームアプローチを経て、第三段階の地域・社会資源との連携と調整を行っている。

当院では退院支援能力を有する看護師の育成を目的に、2013年より「退院支援教育プログラム」を運用し

ている。プログラムの内容は「退院支援方法論」「医療社会福祉制度」「意思決定支援と家族看護」「訪問看護・訪問診療の実際」「事例検討・地域医療福祉職との意見交換」などである。講師は当院の退院調整看護師やMSWをはじめ、地域医療福祉職の協力を得て実施している。2016年からは、更に在宅看護の学びを深める目的で病棟の退院調整看護師等が訪問看護師と同

行訪問をできるように運用を開始した。

退院支援システムの整備や退院支援看護師の教育などにより、退院調整件数等は年々増加している(図2)。特に、介護支援連携指導料(件数)の増加は、適切な退院調整を行ってれば算定可能な加算のため、当院の退院調整の質の高さをある程度反映していると評価する。

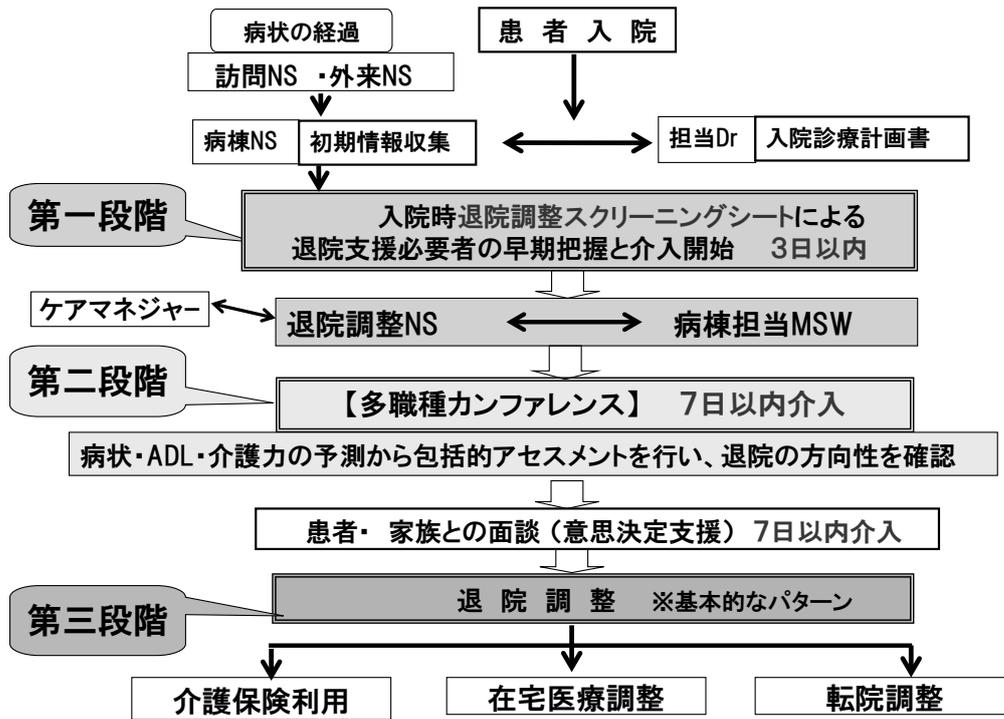


図1. 退院支援フローチャート

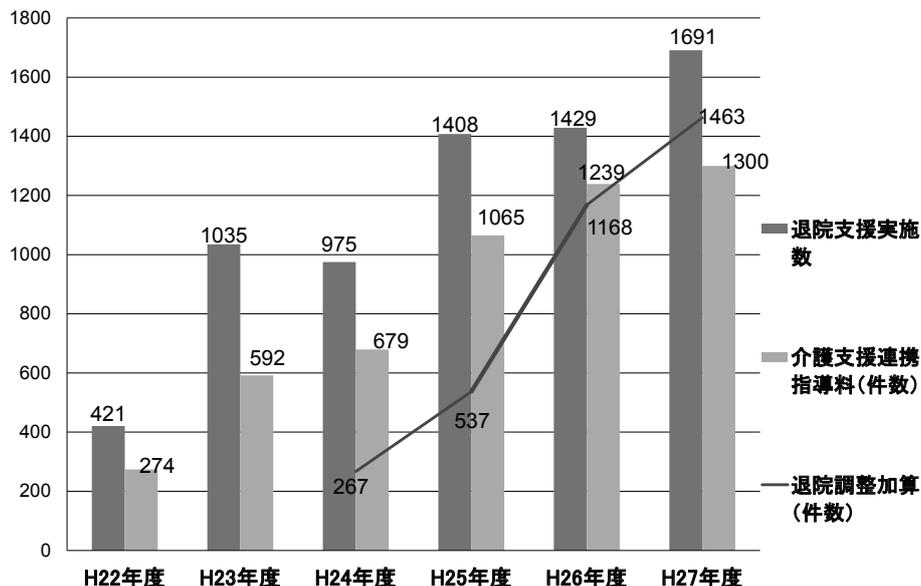


図2. 退院調整件数(年次推移)

#### 4. 看護と介護連携にむけて ～その一歩～

2014年度より、当院と地域の介護施設間で情報共有とケアが継続できる関係を構築するために、介護施設職員を対象にした「高齢者の介護に関するセミナー」を開催している。2015年は有料老人ホームの職員を対象にしたが、応募者が殺到したため同内容の研修を2回開催した。また、対象者は介護職が多いため事前に有料老人ホームのケア等を見学し、研修内容の難易度への配慮や演習を導入するなどの工夫を行った。セミナーの講師は専門看護師や認定看護師に依頼し、2016年からは企画・運営も彼らが行っている。アンケート結果では好評を得ており、今後も研修回数を重ね、顔の見える関係構築を目指している。

当看護部では、専門・認定看護師を活用した看護外来を設置しているが、今後、外来通院中の患者の介護相談や指導・モニタリングまでトータルサポートできる体制の構築が必要と考える。地域包括ケアシステムの構築にむけて、急性期病院として期待される看護は何か、創造的に取り組んでいきたい。