

P1-52

当院における地域包括ケア病棟開設に向けた取り組み

山本美子¹、瀬高香澄¹、井上久美¹、古賀一成²、西村秀洋³
¹JCHO 熊本総合病院 看護部、²副院長、³総務企画課

【はじめに】

当院が位置する八代地域医療圏は人口約14万人で、高齢化率は32%である。八代地区では市立病院が赤字経営のため閉鎖、当院に56床が譲渡され400床となり、平成31年7月より地域包括ケア病棟を開設することになった。今回、新病棟開設に向けてプロジェクトチームを立ち上げ、運営のためのシステムの開発と体制の整備に取り組んできたのでここに報告する

【課題】

- 1 多職種によるプロジェクトチームの立ち上げ、当院における地域包括ケア病棟の役割と機能を明確にする
- 2 地域包括ケア病棟の体制の整備
- 3 今後の課題

【結果】

1 昨年の8月にプロジェクトチームを立ち上げ、施設基準・算定要件の理解を深め、患者受入のためのフローチャートを作成、効率的に運用するためのマニュアルを整備した。

2 「入院患者スクリーニングシステム」を開発したことで、患者情報がタイムリーに表示、対象患者の選定が容易になった。また、このシステムに退院支援状況を記載、情報を一元化し、各職種が連携しながら、チームで関わっている。

4月現在、地域包括ケア病棟をポストアキュート患者の受け入れ病棟として活用している。スタッフの人は、急性期で退院調整困難事例や在宅復帰へ向けての支援を必要とする患者に対応するため、糖尿病療養指導士や認知症・リンパ浮腫の資格など各々の強みを生かせる看護師を配置した。未経験の疾患については学習会を開催、互いに学びあえるようにしている。また、毎日多職種によるチームアプローチによって退院支援カンファレンスを行い、患者の在宅復帰へ向けて支援している。

3 今後は地域包括ケア病棟として急性期病床との機能分担を行い、在宅支援バスを作成、病床利用率90%以上を目標に、病棟運営と患者の在宅復帰支援を行ってきたい。

【結語】

2025年問題を目前に、医療と介護の連携のため地域包括ケア病棟の役割を十分理解し、運営していくことが大事である。

P1-53

整形外科病棟から地域包括ケア病棟に転棟した患者の困惑

小林恵美、齋藤秋紀、原田悦子、山田綾佳、山本真穂
 JCHO 群馬中央病院 看護部

【目的】 地域包括ケア病棟であるA病棟は急性期を脱しリハビリを実施している整形外科病棟からの転棟が多く、病棟の約6割を占めている。転棟した後で、困惑やストレスを感じるという患者の意見を聞くことがある。そこで地域包括ケア病棟の看護の質の向上を目指し、整形外科病棟から地域包括ケア病棟に転棟した患者の困惑について調査し、今後の課題を明らかにする。

【方法】 整形外科病棟から地域包括ケア病棟に転棟した整形外科患者を対象に質問紙法を用いてデータ収集する。各記録単位の意味内容の類似性に基づきカテゴリ化し、記録単位数の割合を算出する。

【結果】 質問紙を80名に配布し65名から回答を得た。109記録単位に分類し、回答の意味が不明・抽象的な表現の記述を除外し、99の記録単位を分析対象とした。これら99記録単位の意味内容の類似性に基づき分類した結果、20カテゴリが形成された。

【結論】 整形外科病棟から地域包括ケア病棟に転棟したことで生じた困惑には、1. 病棟の設備が変わったことでの困惑 2. 看護師の対応や規則の違いに関する困惑 3. 同室者が変わったことでの困惑の3つに分類された。1. の困惑に対し、患者が使いやすい設備になるよう環境を整えることや、看護師が予め転棟時にトイレやシャワーなどの使い方の違いについて説明するなどの対策が必要である。2. の困惑に対し、患者への対応を見直し地域包括ケア病棟に転棟する際の説明や統一した指導の実施をしていく必要がある。3. の困惑に対し、転棟時同室者を紹介するなどして円滑に人間関係を築けるよう援助していくことや、同室者の苦情があれば移室の検討、患者の想いを傾聴し患者の負担の軽減を図る必要がある。

P1-54

急性期病棟と地域包括ケア病棟間での情報共有を困難にする要因分析

野村友美、近藤麻里奈、大須賀房子、林亜矢子、谷口ゆり
 JCHO 京都鞍馬口医療センター 看護部

【はじめに】 当病院では、状態が安定した患者が退院調整を目的として地域包括ケア病棟へ転棟するが、退院支援に関する情報が集約されていないことが多く、病棟間での連携がスムーズに行えていない現状がある。そこで病棟間での情報共有を困難にしている要因を明らかにすることで早期の退院支援に繋げられるよう取り組んだ。

【研究方法】 地域包括ケア病棟・急性期病棟の看護師を対象に、アンケートによる調査研究を実施。

【結果・考察】 アンケート結果より、急性期病棟の看護師が地域包括ケア病棟（以下、包括病棟）に患者が転棟する際に必要だと思う情報は、「現在の患者状況」と捉えていたのに対して、包括病棟の看護師は「退院支援に関する情報」を重要と捉えていることがわかった。そのために包括病棟が求めている情報が得られず、情報の不足を感じているのではないかと考えられる。申し送り時に情報伝達を困難にしている要因として、包括病棟では「申し送り時間が短い」との意見が多くあった。これは、限られた時間のなかでの情報伝達が上手くいかず、申し送り時に情報不足を感じ、その結果申し送りの時間が短いと感じたのではないかと考えた。加えて急性期病棟での「業務の多忙さ」や「申し送り者が受け持ち看護師でない時がある」から、患者の情報を細部まで把握できず、これらのことも情報共有を困難にしている要因である。限られた時間の中では、患者の全ての情報を伝えることは困難である。急性期、包括病棟ともに情報を共有するツールの必要性を感じている看護師が多く、転棟前に退院支援に関わる情報を予め記載することで、申し送り時間の短縮や内容の充実が繋がり、シームレスな退院支援に繋げることができるのではないかと考える。

P1-55

地域包括ケア病棟における生活リハビリテーションの効果を考える

三好恵子、馬場郁予、諸越真理子
 JCHO 大和郡山病院 看護部

【はじめに】 地域包括ケア病棟では、患者の在宅復帰を目標に転入患者の半数が生活リハビリテーション（以後「生活リハビリ」）を行っている。患者、家族は入院までのADLに戻ることを強く望んでいる。生活リハビリを患者のADL変化から振り返り、今後の課題を見いだすことができたので報告する。

【方法】 生活リハビリのみしている患者85人を対象に、転入時と退院時のADL変化を「Barthelindex」を用い、5点以上上昇、変化なし、5点以上低下に分類した。「意欲の指標」も点数化し、比較、検討した。

【結果】 生活リハビリ対象患者のうちADL上昇60.0%、変化なし35.3%、ADL低下4.7%であった。ADL上昇していた項目は「歩行」、ADL低下していた項目は「排便コントロール」、変化なしの項目は「食事」であった。また、意欲の指標で最も向上していた項目は「リハビリ・活動」であった。

【考察】 病棟スタッフは多職種カンファレンスで得た情報を共有し、退院後の生活環境を見据えた食事、入浴、排泄、移動等の生活リハビリに取り組んできた。個別に患者中心の柔軟な対応を続けていることが、患者のADL上昇に繋がったと考える。しかし、予備能力が低下している高齢者にとって、ADLを維持することは難しいということを考える。意欲の指標で向上していたのは「リハビリ・活動」であった。生活機能改善のためには、心身機能、活動、参加へのバランスよく働きかけるような生活期のリハビリが必要であり、今後もラジオ体操等の集団で行うリハビリへの取り組みの強化は必要と考える。

【結論】 個別的な生活リハビリの取り組みは、日常生活の自立に向けて有効である。集団で行うリハビリは意欲向上に効果がある。

P1-56

当院の地域包括ケア病床におけるリハビリテーションの現状報告

田村雅美

JCHO高知西病院 リハビリテーション科

〈はじめに〉 超高齢化社会に対応するものとして、2014年度診療報酬改定で地域包括ケア病棟が創設された。当院でも、2017年8月より一般病床から移行し15床を開設した。2018年度より専従の理学療法士として地域包括ケア病床のリハビリを担当することになったため、当院の地域包括ケア病床について現状を把握し、考察、報告する。

〈対象・方法〉 2018年4月～9月までの6ヵ月間、地域包括ケア病床を退院された患者について、入院期間、受け入れ元、退院先、診断名、診療科、リハビリテーション実施の有無・実施単位数、疾患別リハビリテーション等のデータを収集、分析し、今後取り組むべき課題を検討する。

〈結果・まとめ〉 入院期間、受け入れ元、退院先、診断名、実施単位数などは概ね全国の地域包括ケア病棟と比較し概ね平均的な結果であった。包括ケア病棟は、入院期間が入棟から60日以内という制限があり、早めの退院ができるよう取り組んでいるが、入院期間が46～60日となったケースについて入院を継続した主な理由を分析した結果、医学的な理由のため9名、ADLの回復に時間を要した2名、退院時期の調整が必要だった3名、退院先の受け入れが不十分・介護保険のサービス調整のため2名、となった。反省点として、個別のカンファレンスは行っておらず、情報収集が不十分なことがあった。介護保険サービスの利用が必要な方の見極めが遅く手続きを開始するのが遅れた。等があげられた。現在の取り組みとして、「朝の病棟の申し送りに参加して情報収集」「退院支援が必要な方に関しては個別にカンファレンスを実施」「介護保険サービスの調整が必要な方やご家族との話し合いが必要な方は早期にMSWにも介入していただく」「退院後の生活について細かく聴取しリハビリが必要な場合は、想定した動作練習を行う、また環境調整を行う。必要な場合は家庭訪問を行う。」などを実施している。

P1-57

地域包括ケア病棟における気腫合併肺線維症患者のリハビリテーションと退院支援の経験

武部敏¹、森崎聡²、上田亜希³、塩崎貴代³、中戸友子³、池野尚男¹¹JCHO滋賀病院 リハビリテーション部、²地域連携室、³看護部

【症例】MH氏73歳男性。要介護3。戸建て住宅に妻と二人暮らし。在宅酸素療法（以下HOT）毎分10リットルと非侵襲的陽圧人工呼吸（以下NPPV）24時間導入。月2回の往診と週2回の訪問看護、週1回の訪問入浴を利用。今回キーパーソンの妻が、夫のトイレ移動介助時に転倒。腰椎圧迫骨折となり在宅介護困難なため、当院ヘルスパイト入院となる。

【目的】本人と妻が希望されている、自宅でのトイレ動作一連の改善。

【方法】呼吸筋ストレッチ、胸郭ROMex、呼吸法・動作指導をベッドサイドより実施。リスク管理のもと漸増的に運動負荷を変更、筋力と運動耐容能の向上を図った。また、住環境を想定した内容のADLプログラムを取り入れた。退院時訪問を実施し、モニター装着下で実際のトイレ動作確認・指導を行った。住環境の改善として、呼吸器運搬ワゴンの変更、呼吸器・酸素濃縮器のチューブと配線の整備、トイレの手すり設置を提案。後日、再び自宅訪問を実施して再評価を行った。

【結果】徒手筋力テストで下肢筋力に改善を認めた。身体能力は、主に立ち上がり動作、連続歩行距離の改善を認めた。在宅でのトイレ動作は、入院前是一部介助が必要であったが、退院後15日目では妻の見守りのみ、退院後1か月目では、完全にトイレ動作が自立となり、妻の外出も可能となった。

【考察】今回、運動療法の継続により、主に下肢・体幹筋力の増強を認めた。それらにより、労作時の乳酸生産を減少させ、換気需要を抑えた動作が可能となり、実際のADL向上につながったと考える。また、胸郭の柔軟性・呼吸法の改善により、呼吸筋の運動効率・換気効率も緩徐ながら改善方向に向かったと考える。また当患者は、HOTとNPPVの24時間導入で、物理的にもADL制限を生じていた。そのため、住環境に対する工夫が在宅支援には必要であることを学んだ。

P1-58

当院における地域包括ケア病棟でのリハビリテーションの実施状況について

大屋真由美¹、太田惇¹、岩堀有紀子¹、正田素幹¹、石橋祐太¹、池田裕子¹、角本雅彦¹、柴尾広子¹、中島伸哉²、鶴之沢泰裕²、榎本郁子²、小林甫²¹JCHO横浜中央病院 理学診療部、²整形外科

【はじめに】平成26年度診療報酬改定で地域包括ケア病棟が新設され、当院では地域包括ケア病棟が平成26年7月に設立、約5年が経過した。今回当院における地域包括ケア病棟でのリハビリテーションの実施状況について報告する。

【対象】平成26年7月～平成31年3月までに、理学・作業療法士がリハビリテーション介入した地域包括ケア病棟利用者1044名を対象とした。

【調査項目】診療科別・疾患別割合・入棟日数・入棟前/転帰先・リハビリテーション実施単位数・入院時/地域包括ケア病棟入棟時/退院時の日常生活活動評価（Barthel Index 以下BIと略す）

【結果】年齢77.98±0.97歳、急性期病棟入院～退院までの平均入院日数53.77±2.93日、1日平均リハビリテーション実施単位2単位以上実施、在宅復帰率は80%を超えている結果となった。BI点数は入院時32.76±3点、退院時72.84±3.19点であった。地域包括ケア病棟設立当初から年を経る毎にBI利得の改善がみられた。また、転帰先の在宅復帰率の割合も同様の傾向であった。

【まとめ】急性期から地域包括ケア病棟でのリハビリテーション継続、多職種協働で日常生活動作指導・強化が図れたことにより退院時BI点数の向上に繋がった。また自宅退院までの在宅調整や家族への動作指導なども開設前より充実して行えるようになり、患者・家族からの不安な声が軽減され、自宅退院の割合が増加したと考える。