

O-4-4

救急搬送された自殺企図患者の身体科-精神科の後方連携に向けた取り組み

高知赤十字病院 看護部

○井上 和代、吉本啓一郎、吉田 真里

1.はじめに 救命救急センターを併設する当院には自殺企図患者の搬送も多い。平成28年には、精神科かかりつけのない患者や未成年者を含む約70件の搬送があった。しかし、当院には精神科常勤医師はおらず、地域の精神科病院との連携強化に向けた取り組みを行った。2.地域医療連携の取り組み かかりつけのない自殺企図患者を精神科医療機関に繋ぐ体制、児童精神科のある医療機関との連携等が当院の課題であった。1)身体科-精神科の後方連携に向けた訪問活動 過去3年間(平成28年-30年)の救命救急センター搬送の自殺企図患者の現状をA大学医学部神経精神科学教室に報告、地域の精神科病院3施設を紹介され、3施設に向いて精神科医療機関に繋げる困難さの現状を共有し意見交換を行った。当院精神科非常勤医による精神科の緊急度の判断を取り入れて繋げる方向性を見出し院内連携に取り入れた。2)児童精神科のある医療機関との連携 15歳以下の自殺企図患者の精神科転院において施設間の合意形成に課題があり、意見交換や施設見学を行った。保護者の転院への了解には特殊な療養環境のイメージ化が重要であり、今後の連携に生かす必要がある。3)自殺企図患者受け入れにおける困難内容の把握と相談窓口の明確化 救命救急センター-外来看護師に自殺企図患者受け入れでの困難内容のヒアリングを行った。【患者に関する事】【家族に関する事】【対応に関する事】【システムに関する事】の内容があり、精神科非常勤医師が相談を受ける体制を整えた。3.考察 自殺企図患者が地域の精神科病院受診に繋がることは再企図防止の方策となる。今後は、自殺企図の要因となるDVや経済的問題等の社会的支援にも目を向け、再企図防止から自殺予防へと視野を広げ、顔の見えるネットワーク作りを行ってきたい。

O-4-6

外国人医療体制と防災・減災に係る多業種連携協定を締結について

高山赤十字病院 管理部¹⁾、高山赤十字病院 経営企画課²⁾、高山赤十字病院 総務課³⁾、高山赤十字病院 医事課⁴⁾、高山赤十字病院 救急部・脳神経外科⁵⁾

○竹中 勝信¹⁾、小鷹真利子²⁾、大西 一彦³⁾、清水 保貴⁴⁾、廣田 美紀³⁾、柿野 圭紀⁵⁾

外国人旅行者への医療提供サポーター制度(おもてなしチーム)の構築後5年が経過した。その間、同時多数傷病者の救急搬送事例(外国人旅行者バス事故)、ご遺体搬送、ドクターヘリによる妊産婦の搬送例など外来、入院・退院の困難事例も多数経験した。これらの経験より、当院の単独では限界があり、地域一体として取り組みべき課題が多数存在することが認められて、高山市における外国人観光客の緊急時の受入医療体制の向上及び防災・減災に係る連携に関する連携協定が締結された(平成30年3月、高山市役所、日本エマージェンシーアシスタント株式会社、損害保険ジャパン日本興亜株式会社、久美愛病院と当院との5者間)。この協定によりワンストップ窓口を創造したり、災害時に備えた防災訓練や災害時の対応について、緊急時の外国人サポーター人材の育成や研修制度の立ち上げが可能となるなどの話し合いが始まった。今回の学会では、現状を発表します。

O-4-8

認知症初期集中支援チームの活動報告 ～関連機関との連携を中心に考察～

下伊那赤十字病院 医療社会事業部

○大場 道子、黒川 優子、小松 敏美、伊藤みほ子、熊谷 幸子、網野 章由

【はじめに】当院では、平成27年9月に松川町から認知症初期集中支援推進事業の委託を受け、認知症初期集中支援チーム(愛称:オレンジチーム(以下チームと略す))と認知症地域支援推進員(以下推進員と略す)を院内に設置し活動を開始した。松川町地域包括支援センター(以下包括と略す)と協働し4年目を迎えた取り組みを報告する。【方法】平成27年9月～平成31年3月のチームの活動報告【結果】平成30年度を中心に述べる。1.初回相談件数は75件であり年次推移は増加傾向である。家族構成は、独居・高齢者世帯に比べ、その他世帯が増えている。相談経路では、包括からの件数が過半数を占める。2.訪問実人数92名、訪問延回数443回(外来受診同行含む)。3.支援終了者移行状況は、介護保険サービスの割合が減り、介護予防や生活支援サービス等が増えている。4.フォローアップ実人数78名、件数380件と増えている。これは、すでに支援終了している方への介入が増えている。【考察】チーム設置当初から、「相談を待っている」から「積極的にアプローチする」へ方向を定め、健康調査から選出された認知症ハイリスク者へのアウトリーチを始めた。現在では、本人・家族・ケアマネージャーより包括・チームに、当院外来よりチームに相談があり介入している。また、認知症疾患医療センターやかかりつけ薬局との連携が早期対応に繋がっていると考える。これは、医療機関にチームが設置されたことや推進員と行政・地域住民の方との協働による取り組みの成果と考える。今後の課題として、支援終了した方が認知症の症状が出現・悪化して対応するケースが増えており、終了時の移行先への連携のあり方など、関係者と検討していきたい。

O-4-5

地域包括ケアにおける慢性心不全看護認定看護師の取り組み

名古屋第二赤十字病院 看護部 患者支援センター 地域包括ケア支援室

○黒滝亜紗子、伊藤千津子、中内真由美

【背景】N病院では2016年より外来から入院・退院後まで一貫してサポートする患者支援センターが設立され、専門・認定看護師が活動する地域包括ケア支援室では慢性心不全看護認定看護師が在籍している。【目的】慢性心不全で入院退院を繰り返す患者Aに対し、地域と連携した看護介入を振り返り今後の示唆を得る。【事例紹介】慢性心不全で4年間に13回の入院退院を繰り返すA氏80代女性 セルフモニタリング能力:不十分 認知機能低下:年齢相応(抑うつ傾向あり)家族背景:3人の息子のサポートあり 生活環境:独居だったが10回目入院後からサービス付き高齢者住宅へ入居【看護の実際】1.看護外来での継続サポート:5回目の入院後から心不全看護外来で入院退院を繰り返す要因をアセスメントするために、A氏と共に生活を振り返りながらA氏に見合った方略を検討 2.往診医や訪問看護師(以下、専門家とする)の導入と同行訪問:13回目の退院時に訪問診療と訪問看護師を導入し専門家と共に居宅訪問を実施。以後も専門家より要望があった際に同行訪問し、入院時の症状・徴候と照らし合わせた増悪サインのアセスメントを実施 3.情報共有:定期受診や看護面談時の状況と訪問看護時の状況を共有 4.適切な介入が行われるように継続介入を実施。【結果】同行訪問時に、A氏に認められる増悪症状や観察方法の説明、薬剤投与のタイミング、経過観察の判断等のきめ細やかな介入と情報共有を実施したことで再増悪入院を回避することができている。【考察】専門的知識と技術を培った認定看護師と地域の専門家が連携した継続ケアを行うことで再増悪入院を防ぐことが可能となった。再増悪入院を繰り返す患者には居宅訪問を実施するなど連携した継続介入を行うことで住み慣れた地域で生活を継続することが可能になることが示唆された。

O-4-7

在宅医科歯科連携の推進 ～退院前カンファレンス(3者以上)の取り組み～

横浜市立みなと赤十字病院 医療社会事業課

○渡邊 貴子、竹本 安範、向山 仁

【はじめに】平成26年より地元歯科医師会と連携し、入院中に地域の歯科医など多職種が参加する退院前カンファレンスを行う体制を構築した。しかし、平成29年まで年間2～3件と少なかった。そこで、平成30年度より件数増加への取り組みを実施し、成果が得られたのでここに報告する。【目的】地元歯科医師会と退院前カンファレンスを実施し、入院中に実施してきた口腔ケアを退院後も継続できる。【方法】1.地域の介護・医療関係者に対し、在宅医科歯科連携の啓発活動を行う。2.療養・福祉相談室で歯科口腔外科部長と相談員とでカンファレンスを実施し、問題点を抽出する。【結果】平成28年度より地域の介護・医療関係者対象に口腔ケアに関する研修会を11回開催した。平成30年度の在宅歯科医が参加した退院時共同指導科の3者以上加算(2000点)は19件、保険医共同指導加算(300点)は3件であった。【考察】在宅での口腔ケアが必要な患者は、誤嚥性肺炎のリスクが高い。入院中には口腔ケアサポートチームが介入し、専門的なケアを受けている。しかし、退院後はケアプランに反映されていないのが現状であった。今回、歯科口腔外科部長と相談員とで1回カンファレンスを行い、退院前カンファレンスが困難な要因がわかった。そして、早期からかかりつけ歯科医の確認、口腔ケアの重要性を理解してもらい、カンファレンスに繋がって、件数の増加に繋がったと考える。【結果・考察】今後も院内多職種チームや地元歯科医師会との評価を行い、在宅医科歯科連携の推進を目指していきたい。

O-4-9

地域包括ケアシステム構築に向けた多機関連携の実践評価の試み

沖繩赤十字病院 事務部¹⁾、那覇市役所 福祉部(チャージンじゅう課)²⁾、那覇市社会福祉協議会(在宅福祉課)³⁾、日本赤十字社 事業局(救護・福祉部)⁴⁾、日本赤十字社 沖繩県支部(事業推進課)⁵⁾

○大出 明美¹⁾、金城真理枝²⁾、高野 大秋³⁾、武口真里花⁴⁾、宮城 俊幸⁵⁾

【背景・目的】A市地域包括ケアシステム介護予防・日常生活支援総合事業の研修企画を、赤十字健康生活支援講習の一部を活用し、平成28年から行政と社会福祉協議会と連携・協働して取り組んだ。地域包括ケアシステム構築に向けて多機関連携の示唆を得るため評価尺度を用い3年間の取り組みを振り返った。【方法】本事業の実践過程を、川崎氏の連携実践基礎力評価尺度(以下:連携評価尺度)に照らして関係者で評価した。連携評価尺度は、連携関係形成力4項目、対人関係基礎力4項目、共通理解促進力10項目から構成されている。【結果・考察】本事業の実践過程を連携評価尺度に照らしたところ、複数の実践について多機関連携に重要と次の共通認識があった。「相手先には直接向き顔を合わせる」「相手を知る・顔を合わせる機会を意図的に多く持つ」会議出席や対応の依頼があった場合は対応(快諾)する「挨拶、笑顔、感謝表明を心掛ける」「常に傾聴を意識し対応する」「自分が担える役割を提示する」「連携する目標の相互理解に努める」「情報伝達は要点を絞り手短かに分り易く伝える」等の項目の重要性が一致した。また、連携評価尺度の全項目は本事業関係者が実践において常日頃心掛けていた内容とも一致した。地域づくりにおける各機関の強みを生かした協働の相互補完は地域包括ケアシステム構築を推進する。そのためには地域の多機関連携と関係者の信頼関係が鍵になる。連携評価尺度を用いての実践評価は、連携に重要な信頼構築のための指標となり相互理解を深める大切さの再認識に有用であった。