

## P-4-41

### 在宅で生活するために何が不可欠かー多職種連携カンファと退院前訪問を通してー

庄原赤十字病院 医療技術部 理学療法技術課

○下江 竜介

【はじめに】脳出血を発生し、日常生活動作能力の低下を呈した80代男性を担当した。自宅への退院が不安視されていたが多職種連携カンファレンス、退院前訪問を行い、在宅療養へ至ることができた要因を検討する。  
【症例】本症例は左視床出血にて入院し、翌日よりPT・OT・STを開始した。多職種連携カンファレンス時はBerg Balance Scale: 24/56点、Barthel Index: 50/100点であった。既往に脊髄小脳変性症がある。歩行時は時折すくみ足様となり、下肢の振り出しに介助を要す場面が見られた。排泄はポータブルトイレと介助バーを使用し、移乗は見守り、下衣操作は不十分で介助が必要であった。本人と家族のdemandとして自宅へ帰りたいという想いが強かった。  
【経過】発症翌日よりリハビリを開始し、7週目に多職種連携カンファレンスを開催した。その際、家族に家屋環境を取った動画データの持参を依頼し、患家構造の把握に努めた。入院前よりも発動性や身体機能の低下を認め、高齢な妻との二人暮らしにおいて、生活導線となるベッド位置、排泄環境、段差のある玄関の出入り手段が主な検討課題となった。その翌週には退院前訪問を行い、介護サービスを調整の上、11週目に本人や家族の希望である自宅退院へと至った。  
【考察】多職種連携カンファレンスにて専門家構造をより明確に共有することで、自宅退院における課題、またそれへの対策についても着想しやすくなったと考える。そのため重要な事前準備を行うことができ、退院前訪問では患者背景に合わせて多職種での意義深い検討、アプローチへと繋がった。より詳細な情報共有を行い、各職種の専門性を生かした論考や介入へと繋げることは、退院後の安全な生活を送るために不可欠なものである。

## P-4-43

### 地域包括ケア病床開設にあたってのリハビリテーション部門運営の工夫

伊豆赤十字病院 リハビリテーション課<sup>1)</sup>、伊豆赤十字病院 看護部<sup>2)</sup>

○井上 義文<sup>1)</sup>、居倉 裕子<sup>1)</sup>、秋津加代子<sup>2)</sup>、梅原 美佐<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では2019年1月より、地域包括ケア病床(以下、地包床)10床の実績作りを着し、同年4月より本稼働となった。そのため、リハビリテーション(以下、リハ)部門では、様々な運営上の問題をクリアする必要が出てきた。今回、そのいくつかを報告する。  
【当院の背景とリハ職の配置】一般病床(53床)、療養病床(31床)、地包床(10床)で、疾患別リハ3名、地包床専従1名、計4名(全員理学療法士)を配置している。なお、他に介護老人保健施設2名、訪問看護ステーション1名、リハ職が配置されている。勤務体制は月一金の5日/週であった。  
【地包床運営上の課題点】1. 入院患者は内科のみで、高齢者が多く、病状変化や回復に時間を要することが少なくない。そのため、月一金の勤務で平均2単位/日以上のリハ実施が困難なことがある。2. ベッドコントロールの状況リアルタイムに把握できない状況で、確実な単位取得が困難であった。  
【工夫した点】1. に対しては、リハ対象者の絞り込みと、午前・午後2回に分けて実施することで、単位数の増加と患者の離床機会の確保につなげた。また、疾患別リハ担当者が土曜日に出勤し地包床の患者を実施することで(平日に振休取得)、地包床専従者が単位取得に要する負担が軽減された。2. に対しては、各病棟看護師との協力により、適宜、ベッドコントロールの情報提供をしてもらい、単位取得がスムーズになった。また、病棟カンファレンスにも定期的に出席することとし、他部門との情報共有を強化することが出来た。  
【考察・まとめ】これまで、リハの実績(疾患別リハ取得単位数をいかに上げるか)を最重要視してきたが、地包床の開設により、働き方を変える機会となった。

## P-4-45

### 診断書類作成期間短縮に向けての取り組み

前橋赤十字病院 医師事務サポート課

○榊澤 恵子、田口 有香、羽鳥 友子、佐藤千恵美、大島 俊子、角田 貢一

当課は課長以下総勢41名で、診療報酬15対1の加算を取得している。主な業務は各種診断書作成、退院時サマリー、紹介元医療機関への返事、入院診療計画書、台帳登録、カンファレンスの参加と記録入力、NCD・学会へのデータ登録、アンケート調査の回答など多岐にわたっている。診断書類については、1ヶ月で平均約1100件を作成しており、病院として14日以内の完成を掲げている。診断書受付窓口の受付日・当課の受付日・当課で作成後医師への承認依頼日・医師承認日をそれぞれExcelで記録し、統計を作成している。これまでは月平均作成日数は10日前後で推移していたが、個別では14日で完成できていないものもあった。そこで、14日超えの件数を減少させる取組みが必要と考えた。まず、毎月作成している統計の「診療科別平均作成日数」の他に、作成期間14日超えについてのみの統計を同様に作成し、作成日数の分布図も統計資料に追加したところ、全体に占める14日超えの割合は20~30%で推移していたが、状況が可視化したことで改善点が見えてきた。2018年7月からは、14日超えの割合を10%以内とする数値目標を立て、課長・係長・主任が行う週1回のミーティングの時間を利用し、作成の進捗状況を確認することにした。受付から7日経過後の未作成リスト、7日経過後の医師未承認リストを抽出し、担当者に状況を伝えるなどの声かけを行った。その結果、7月には11.8%に低下し、現在は10%前後を維持できている。また、平均作成日数も低下し、今年3月分は平均作成日数7.5日、14日超え件数は8.3%だった。特に14日超えの割合は、2017年同月は15%、2018年同月は20.2%であったことから大幅に減少した。今後も継続し、医療サービスの質向上に貢献できるように、課内全体で取り組んでいきたい。

## P-4-42

### リハビリテーション課における感染予防の試みーモーニングラウンドの活用ー

庄原赤十字病院 医療技術部 理学療法技術課

○藤井 大

当課では治療訓練開始前にリスクマネージャーが病棟をモーニングラウンド(以下、ラウンド)している。ラウンドにおける一番の目的は、夜勤看護師より電子カルテに反映される前の感染情報を聞き取り、感染予防対策に反映させることである。ラウンド終了後は、すぐに全スタッフに情報を伝達し、治療訓練に活かしている。リスクマネージャーは業務開始後すぐにラウンドし、他のスタッフは電子カルテにて患者情報を確認する。しかし、この時間における電子カルテの確認では、夜勤帯での情報が入力されていない事が多いため不十分である。ラウンドは夜勤看護師より直接聞き取り、患者の変化に即座に対応するため、タイムリーにギャップを埋めることができている。このラウンドのメリットは、カルテへ反映される前の感染情報を把握することにより、迅速な予防対策を成し得る事である。また、リハビリテーション対象患者の感染情報以外の情報も得ることができる。その他にリスクマネージャーとICTの窓口が一つとなり、感染情報や対応が把握しやすくなっている。デメリットはリスクマネージャーにラウンドの負担が集中してしまうことである。そしてラウンド後、感染予防対策についてICTへ確認するため、治療訓練開始が遅れがちな際、さらに感染予防対策の記録作成に時間を要することがある。発表の際には、リハビリテーション課におけるリスクマネージャーの感染予防対策についての効果や課題について紹介したい。

## P-4-44

### 看護小規模多機能型居宅介護事業所を利用し、在宅復帰した2症例

伊豆赤十字病院 リハビリテーション課<sup>1)</sup>、看護小規模多機能型居宅介護事業所レクロス小立野<sup>2)</sup>

○居倉 裕子<sup>1)</sup>、井上 義文<sup>1)</sup>、坂部 圭一<sup>1)</sup>、別所 大介<sup>1)</sup>、城所志津江<sup>2)</sup>、重倉小百合<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では、2019年4月に地域包括ケア病床(以下、地包床)10床を開設した。地包床は、在宅復帰のための病床である。今回、同時期に開設された看護小規模多機能型居宅介護事業所(以下、看多機)を利用することで、在宅復帰が可能となった2症例を報告する。【症例紹介】1症例目は90歳代男性。肺炎にて当院一般病床へ入院。入院前のADLはほぼ自立。入院から1カ月後、在宅復帰を目指し、地包床へ転床。動作能力の変動や転倒リスク、通いのサービスに対する抵抗感もあり、初めての介護となる主介護者への十分な支援が必要な状況であった。2症例目は80歳代男性。要介護1。第2腰椎圧迫骨折にて、在宅より地包床へ入院。排泄動作の介助量と動作能力の変動、転倒リスクが課題であった。また、通いのサービスに対する抵抗が強く、入院前は訪問系サービスの利用のみであった。2症例とも、理学療法場面の見学、2回の退院支援会議を経て、主介護者の介護負担軽減と運動機能維持・向上を考慮したケアプランにて、1症例目は入院から2カ月後、2症例目は入院から1カ月半後に退院となった。【説明と同意】本発表に際し、患者・家族には口頭にて説明し、同意を得た。【考察】看多機の利点は、共通認識のもと各サービスが1カ所から提供されるため、本人の生活レベルの維持・向上につながる、同時に本人・家族の安心感が得られる点である。看多機は在宅生活へのスムーズな移行に有用なサービスと考える。【今後の課題】今回は、主に看多機の介護支援専門員と連携を図ることが出来た。今後は症例を重ね、病院での退院支援が適切であったか検証していきたい。

## P-4-46

### 当院における医師事務作業補助者の現状と今後の課題

高槻赤十字病院 診療支援課

○上成 弥生、矢吹あゆみ、松井 里佳、宮井久美子、東條 文子、緒方 裕子

【はじめに】当院は許可病床数446床の大阪府北部に位置する急性期一般入院基本科1を算定する地域医療支援病院である。医師事務作業補助体制については、25対1の加算1を取得し、今年度から、これを中核とした「診療支援課」として組織再編し、現在17人のスタッフを置いている。その主な業務内容は、外来補助業務、文書作成補助業務、学会・データ登録業務である。【現状】外来補助業務について、2018年まで1人2診療科以上の業務を担う配置計画としたが、負担が大きく退職者が相次いだためこれを見直し、新しく雇入れた者を1診療科により長く配置することで技術修習の時間を拡張した。また、雇用前の業務説明を充実したことで、入職前と入職後の業務イメージのギャップが減少し離職の予防が促進された。【今後の課題】「診断書作成支援システム」を導入し、現在手書きでおこなっている診断書作成業務の軽減を図り、さらなる業務整理に取り組むことで、就業環境の改善を試みる。また、32時間研修の見直しを行い、現在当課のみで行っている研修について、今後は院内の関係業務を担当している部門や医療職等スペシャリストを講師とする講義形式に変更し、研修内容の質の向上を目指す。