

P-5-1

吸入指導・自己注射指導における薬薬連携の取り組み

京都第二赤十字病院 薬剤部

○江島 智彦¹⁾、神田英一郎、岡橋 孝侍、藤田 敦夫、友金 幹規

【目的】京都第二赤十字病院(以下、当院)では、主治医から依頼があった外来患者に対し薬剤師外来で自己注射・吸入指導を行ってきた。しかし、初回指導への介入はあるものの継続した患者介入は少なく、アドヒアランスの確認はほとんど行えていなかった。そこで、近隣保険薬局と共同で2019年5月に院内外で使用する自己注射・吸入指導用のチェックシートを作成した。今回、これまでの取り組みについて報告する。

【方法】近隣保険薬局と意見交換会を重ね、チェックシートの内容・運用について検討を行った。自己注射薬は当院が、吸入薬は近隣保険薬局8店が分担して考案し、意見交換のもと統一性に配慮し完成させた。

【結果】院内・院外採用薬の自己注射薬13種、吸入薬24種のチェックシートを作成した。チェックシートは服薬情報提供書として当院ホームページに掲載し、保険薬局が随時ダウンロードし、患者の同意を得た上でチェックした結果をFAXにて病院へ情報提供を行う運用とした。受理したチェックシートは薬剤部で内容を評価したのちに電子カルテに取り込み主治医へフィードバックする体制とした。また、当院薬剤師外来での確認時はチェックシートを患者に交付し保険薬局へ持参する形式で情報提供を行った。

【考察】外来患者の継続した指導の中心は保険薬局が担っており、チェックシートを用いた定期的な確認により、アドヒアランスの状況を継続的に把握することができる。情報提供、情報共有のもと病院・保険薬局間で連携して治療環境の向上に努めることができると考える。今後はチェックシートの使用状況や有用性に関して調査・評価を行い改善に努めていく必要がある。

P-5-3

心臓リハビリテーションチームにおける地域連携の取り組みについて

さいたま赤十字病院 看護部¹⁾、循環器内科²⁾、リハビリテーション科³⁾、相談支援課⁴⁾、地域連携課⁵⁾

○大久保早苗¹⁾、大和 恒博²⁾、荒尾 敏弘³⁾、新井 健一³⁾、金子 康子¹⁾、久保木純子¹⁾、小野島圭子¹⁾、角田 嘉夫⁵⁾

当院は2017年新築移転を行い開院した。新病院での新規事業の1つとして、心大血管疾患リハビリテーション科(I)の取得を目標とし、心臓リハビリテーション(以下心リハ)チームを発足した。循環器科医師・理学療法士・循環器心臓血管外科病棟看護師を中心とし、入院・外来リハビリテーションを開始した。「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」に準じてプログラム内容を検討し、急性期より回復期・維持期(開始より5か月まで)を当院にて、維持期を介護施設やスポーツジムへの移行が行えるようにセルフケアの取得に向けた流れを作成した。プログラムの内容は運動療法・危険因子の是正・教育およびカウンセリングを組み込み、健康行動へ行動変容が行えるように支援をおこなった。2017年2月1日より2018年1月31日まで51名の患者を外来リハビリへ移行し、20名の患者をセルフケアで移行した。その中の9名が外来リハビリにより地域の介護施設やスポーツジムへ移行した。介護施設へ移行した患者が半年に1度の外来受診の際に、ADLが著しく低下していることが判明し、この要因として、地域における心リハに対する認知が低いことが考えられた。このため、地域における心リハの認知度を上げていくとともに、介護施設と連携し患者が継続して心リハを行える環境を作る必要があると考え、当院医療連携課相談のもと介護施設との連携のための説明会や見学会に取り組んだ。

P-5-5

多職種と共に人生の最終段階の意思決定を支える

伊豆赤十字病院 看護部

○原 弘子¹⁾、志賀 清悟¹⁾、山口 理絵

【はじめに】A市は人口約31万人、高齢化率約39%の高齢過疎地である。老老世帯、高齢者単独世帯も多く、また3世代の世帯であっても、生産年齢世代は労働に時間を費やし、家族の介護には時間が確保できないのが現状である。この地域で働く医療介護福祉施設に従事する多職種は、地域住民が住み慣れた地域で最期まで生活していくためにどのようなサポートが必要かを考え、行政を中心に多職種の連携が取れるように会議、研修などを開催し願の見える関係づくりを行っている。高齢過疎地域で住民が安心して在宅療養ができるための支援について考えた。【方法】A市より在宅医療事業を委託され、その事業の一つとして多職種を対象に研修会を開催している。今回は「高齢者がその人らしく生きるためのアドバンスケアプランニング」というテーマで講師を依頼し講義形式で研修を行った。その研修に参加した多職種に対しアンケート調査をした。【結果・考察】その研修を通し、サポートする者が自分の生き方を見つめ、そして対象となる地域住民が安心して在宅療養を続けられるためには何が必要かを考えた。A市では行政が行っている地域住民へのサポートの一つに救急医療情報キットというのがある。しかしそのキットが有効に活用されていないのが現状である。人生の最終段階における医療の決定プロセスへの意思決定支援のためにどのようなことが準備されているかは安心して在宅医療を継続できるのかを考えた。周辺の各市町村では俗称エンディングノートを住民に配布している所も多い。A市にはエンディングノートはない。しかし多職種が住民と関わり意思決定を支援しエンディングノート或は現在あるキットに必要な情報を記入することをきっかけとして、日常から人生の最終段階について語る風土づくりが必要と考える。

P-5-2

若年性認知症患者の就労支援に向けて地域と連携した一例

芳賀赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携課¹⁾、看護部²⁾、神経内科³⁾

○久保 明子¹⁾、三橋 明美¹⁾、河原美智子²⁾、澤田 幹雄³⁾

【はじめに】当院は認知症疾患医療センターの指定を受け、認知症の鑑別診断等を行っている。若年性認知症の鑑別診断後の支援では、その都度苦慮している現状がある。今回、就労を目標に地域で連携した取り組みの一例について報告する。【症例報告】50代女性。若年性認知症、特に前頭側頭葉変性症の内、進行性非流暢性失語(PNFA)と診断。運動性失語、言語理解能力は保持されていた。本人・家族から社会資源について知りたいと要望があり、地域包括支援センターと連携を開始した。就労への意欲がみられ、医療側でも就労可能と判断し、実現にむけ多職種合同会議を企画した。会議は当センター、包括職員、県職員や若年性認知症コーディネーター、デイサービス雇用者が参加。ここでは、患者情報、各機関の介入前後の経過を情報共有した。疾患について医師から説明され共通理解の元、就労に向け課題等を話し合った。包括からADL等の報告、医療側から就労に向けた能力を提示し、就労内容を具体的に検討した。ここでは病状進行への対応困難、他利用者とのトラブルを懸念する意見等が出た。結果、障害者職業支援センターの職業評価で不採用となった。現在は、要介護1を受けデイサービスに通所、残存能力を生かしている。【考察】今回の会議では、若年性認知症患者の就労について、地域各専門職が一体となり個人の問題に取り組んだ。会議後の判定では就労は不採用の結果となったが、その判定までの過程を振り返ると、患者個人に対し、地域の多職種が積極的に関わり互いの意見を尊重し、多面的な支援体制が展開された。【結論】地域の多職種の担当者による情報交換は、若年性認知症患者の就労支援の可能性を検討する上で有用である。

P-5-4

腱板損傷術後症例 ～地域連携への取り組み～

伊勢赤十字病院 リハビリテーション課

○中垣 美保¹⁾、西本 和人、堀口 育代、濱口 大輔

【はじめに】当院は第三次救急病院のため長期入院が困難であり、退院後のリハビリテーション(以下リハビリ)は地域連携病院への紹介が望まれる。しかし、腱板損傷術後早期のリハビリ可能な転院先はなく、当課では平成26年より地域完結型医療を目指し、腱板損傷術後リハビリの指導を行い、連携を図る取り組みを開始した。その中で、転院先の患者が、当院の外来リハビリに戻る割合が多かったため、その原因について検討したので報告する。【検討対象】平成30年4月～平成31年4月までの当院で腱板縫合術を施行し、転院した8例(男女比3:5、平均年齢68.9±5.9歳)のうち、当院の外来リハビリに戻った4例(男女比0:4、平均年齢70.8±4.4歳)とした。【原因検討】転院先では、当課で作成したプロトコルに沿ってリハビリを行っていたが、対象例は肩の運動時痛・防御性収縮や手指の腫れ・痛みによるROM制限などの機能障害がみられた。また、患者の情報から、転院先でのプロトコルの説明と理解不足や過負荷な治療、複数担当制による情報共有不足などの原因が推測された。【対策実施】(1)転院先への出張指導(2)当院での治療見学及び指導(3)訓練士へのアンケートの実施(4)転院先との勉強会(5)訓練士間連絡窓口の設置(6)看護師用ADL指導プリントの作成。【結果】転院先への紹介患者の5割が当院にて外来リハビリとなったが、地域の病院である転院先にてリハビリが継続・完結するようになった。【まとめ】当院の外来リハビリに戻る原因について検討した。転院先スタッフへの指導や勉強会、プロトコルや情報共有を行うことで、密な連携をとりスムーズな治療が可能となった。今後の課題として転院先と共通した評価を作成し腱板損傷術後の患者の状態を把握できるよう働きかけたい。

P-5-6

在宅医療に関する住民意識調査 特に看取りについて 第3報

伊豆赤十字病院 医療社会事業部¹⁾、伊豆赤十字病院 看護部²⁾

○山口 理絵¹⁾、志賀 清悟¹⁾、原 弘子²⁾

目的 伊豆市は伊豆半島の山間部に位置し、人口約31万と減少傾向にあり、高齢化率は39%を超えている。当院は平成28年度から伊豆市在宅医療・介護連携推進事業の提携を結び、訪問医療を積極的に展開している。主に地域の高齢者にこの事業がどの程度周知理解されているかを知るため、平成29年度事業開始当初の意識調査を実施した。また昨年度は医療介護の資源が少ない本地域において、最期まで自宅で過ごすために当院はどう関与すべきか、当院が在宅看取りに関わった看取りの症例を分析し、本学会で報告した。今回は第1、2報の結果を踏まえ、住民が望んだ最期を迎えるための意思決定をどのようにサポートできるか検討を行ったので報告する。方法 第1報では高齢者サロンに来所した主に80歳代、90歳代の後期高齢者を対象として在宅看取りに関するアンケートを行った。今回は今後介護者となり得る年代を対象にフレイルレブレンチェックと共に終末期の医療についてアンケートを行った。結果 伊豆市の高齢者は60%が自宅で最期を迎えたいとしているが、伊豆市の在宅死は平成27年の10.3%、平成28年の11.6%となっている。一方、当院が在宅看取りに関わり看取りをした症例は平成28年、29年の2年間で33症例。そのうち26症例で介護者が在宅看取りの心づもりをしていた。医療介護の資源が少ない本地域で、最期のときをどこでどう過ごすか、要介護状態になる前から心づもりをすることが重要である。