

0-10-22

地域と病院のハブ拠点、「在宅支援室」3年間の活動報告

岐阜赤十字病院 看護部

○木村 直子、齋藤 理恵

【はじめに】地域包括ケアシステムにおいて、外来医療や在宅医療・療養の重要性が高まっている。当院では平成30年に、外来患者及び地域住民の在宅療養生活を支援する目的で、地域と病院を繋ぐハブ拠点として、在宅支援室が新設された。今回、過去3年間のデータをもとに活動を振り返り、今後の課題を明らかにすることが出来たため報告する。【方法】1. 期間：平成31年4月～令和4年3月 2. 対象：在宅支援室で療養相談を受けた通院患者918名【結果および考察】療養相談依頼患者1000名のうち過去3年間の918名のデータを分析した。新規療養相談月平均は26件、療養相談月平均は281件であった。新規療養相談件数は減少傾向であるが療養相談件数は年々増加している。一人の患者に継続した支援が必要であると言える。今後も、独居や高齢化世帯、認知症者は増加することから、相談件数の増加が予測され、マンパワー不足も危惧される。依頼元は60～70%が院内スタッフであり、地域からの依頼は20%程度であった。令和3年度の外来患者数と新規療養相談数を比較した結果、最も依頼割合が多い診療科は脳神経外科、次いで皮膚科・外科の順であった。これは認知症患者やセルフケアが必要な患者が増加していると考えられ、病院と地域の橋渡しをすることで症状緩和・悪化防止・治癒促進等の一助となっている。一方で、適切な支援に繋がらなかったかどうかの評価はされていない現状がある。また、症状悪化防止のために、患者・家族のニーズに外来スタッフや退院支援看護師などが早期に気付く能力を更に高め、療養相談に繋げることができると期待できることも重要となってくる。【課題】1. 相談件数増加に備えた業務の効率化 2. 療養相談支援の評価 3. 外来スタッフ個々が、患者の変化やニーズに気付くことができる視点を養う。

0-10-24

心不全手帳を活用した地域連携～かかりつけ医訪問ミニ勉強会の開催～

北見赤十字病院 看護部

○寺山 葉子、斉藤 高彦

【はじめに】地域包括ケアシステムでは、地域と基幹病院のシームレスな診療・療養支援が求められている。心不全は増悪と寛解を繰り返す慢性疾患であり、安定した状態を維持することが重要である。症状や体重の変化を捉えるセルフモニタリングは、増悪の早期発見・早期治療を可能にする。当院循環器内科では、地域の医療介護職と協働し心不全手帳での療養支援を行っている。医療介護職からは、他の病院やクリニックでも活用を望む声がある。基幹病院とかかりつけ医との心不全手帳を活用した連携強化は、地域の心不全患者にとって有用であると考え、かかりつけ医へ訪問し勉強会を行った。【方法】市内・近隣町村の病院・クリニックに連絡し、逆紹介患者に対する心不全手帳での療養支援の継続を依頼した。また、支援方法や増悪時の対応について、かかりつけ医の都合に合わせて医師と専門看護師が訪問し30分程度で説明できることを案内した。【結果】市内5カ所の病院・クリニックより支援継続の承諾を得て、診療時間の合間に訪問勉強会を実施した。医師・看護師の他、多職種が参加した。基幹病院からの支援依頼、勉強会の開催というアプローチに対し、好意的な反応が得られた。勉強会では、地域で心不全手帳を使用する患者の様子や日頃の診療や支援上での困りごとを共有し、支援方法に関するディスカッションにより双方の検討を行った。【考察】地方での限られた医療資源で心不全診療を行う時、地域の基幹病院はかかりつけ医を多職種チームと捉え、連携体制を構築する必要があるとされる。心不全手帳は心不全診療の地域連携ツールとして有効であり、訪問勉強会は、普段から顔の見える関係作りを行い、相談・連携しやすい体制の構築を目指してリーダーシップを発揮する基幹病院の役割遂行のひとつであったと言える。

0-10-26

群馬県の脳卒中医療連携における当院の役割

前橋赤十字病院 脳神経外科¹⁾、前橋赤十字病院 地域医療連携課²⁾

○朝倉 健¹⁾、高橋 佑介²⁾

【はじめに】脳卒中の医療連携は発症予防から再発予防までの医療マネジメント、t-PA治療・血栓回収術の均蓄化を含む救急搬送体制と救急治療体制の構築、切れ目のないリハビリの継続と高次脳機能障害への対応など、多職種連携が必須な作業である。群馬県における当院の脳卒中医療連携への取り組みを報告する。【方法】(1) 2007年に当院と連携病院が作成した脳卒中地域連携クリニカルパスは県内共通化し、当院に事務局を置いた「群馬脳卒中医療連携の会」が運営した。(2) 2009年に県内地域中核病院の脳神経外科、神経内科、救急科医師、地域消防、MC協議会、郡市・県医師会、県医師課、保健所等が一同に会して「群馬脳卒中救急医療ネットワーク」を設立し、t-PA治療実施医療機関の調査・公表、2消防との連携、3脳卒中地域連携バス、4市民への啓発活動を柱とする4つのworking group (WG) で活動を行った。WGリーダー会議は当院で全体会は群馬県庁で開催した。【結果】(1) 全県で毎年約1100名の患者さんが連携バスでリハを継続した。患者家族に役立つ「ぐんまちゃん」の脳卒中ノート¹⁾を作成した。(2) 毎年t-PA治療・血栓回収術実施医療機関の調査結果を各郡市消防本部に周知徹底してStroke Bypassを構築した。群馬県のt-PA施行率は徐々に上昇し2020年は8.4%だった。2021年度はCOVID-19患者の血栓回収術可能病院を調査し調整機関に報告した。県内各地でPSLS、ISLSが活発に開催され、PSLS年間延べ参加人数は2019年2115人と全国トップだった。主幹動脈閉塞患者の消防でのスクリーニングにELVOシステムを採用した。Jリーグサッカー場で脳卒中予防をアピールしたり、脳卒中市民公開講座を毎年県内各都市で開催した。【結語】脳卒中循環器病対策基本計画が群馬県でも作成され、脳卒中医療における多職種連携は極めて重要である。

0-10-23

紹介患者の予約取得増加に向けた取り組みと課題

熊本赤十字病院 地域医療推進課

○蒲原 知紗、小森田智治、寝占 美和、浜田 智子、稲葉 春奈、塚田 博年

【経緯】医療連携において紹介患者の獲得は最も重要なことであるが、当院の外来は再診患者が多く、待ち時間の発生や外来医の負担増により紹介患者を予約で取ることが難しい診療科がある。予約が取れず直接受診を案内した紹介患者の約1割が未受診であり、紹介患者の取り遅しが発生している。また、紹介医と患者の要望はスムーズな予約取得と待ち時間の少なさであることから、紹介患者を増やすための予約枠の増加と適正な外来運用に向けた逆紹介の推進に取り組むこととした。【取組】紹介予約の取得状況から予約枠の増加が必要な科を抽出し、対象診療科と共ニ枠の増加を検討した。また、紹介予約患者を増やすには医師の業務軽減が必要のため、逆紹介による再診患者の整理を促し、院外には広報誌等でお知らせをした。さらに、事前の患者情報の把握とスムーズな診療開始のため、全科で診療情報提供書の事前取り寄せを始めた。【結果】一部の診療科で予約枠が増え、予約が取れず直接受診を案内する件数が減少した。また、紹介医から予約が取やすくなったとの声も頂いた。さらに、逆紹介先を探す医師からの問い合わせが増えるなど、院内医師の意識変化が見られるようになった。【考察】今後は、逆紹介を進めるための調査を行うとともに、連携先の情報収集と共有を行い、少しでも紹介予約患者確保に繋がる支援を行っていかねばならない。

0-10-25

在宅医療に関する住民意識調査～特に看取りについて～

伊豆赤十字病院 医療社会事業部

○山口 理絵、志賀 清悟

【はじめに】当院はH28年度から伊豆市と在宅医療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。H29年度、主に高齢者を対象に意識調査をしたところ、60%が自宅で最期を迎えたいと回答した。そこで翌30年度、医療介護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がどう関与すべきか、当院が在宅看取りに関わった看取り症例を分析した。またR元年度、健康状態や加齢は終末期医療に対する考えに影響を及ぼすかを調査した。今回、これらの結果を踏まえ伊豆市と共に終末期の意思表示ツールを作成し、市民への普及活動を進めている現状を報告する。【取組】終末期には医療の問題と、死後に必要な事務手続きがある。そのため、終末期医療については当院が、死後事務については伊豆市が主となって、それぞれ市民代表や市内各団体と検討を重ね、R2年度意思表示ツール「もしもシート」を作成した。もしもシートは更新できる形式とし、保管は既存の救急医療情報キットを利用した市独自の手法とした。また市民一括配布ではなく希望する方や必要な方に配布する方法をとった。そして昨年、人生会議の日に合わせてシンポジウムを開催し市民に広く周知を図った。またR3年度は「もしもシート促進部会」を立ち上げ、更にもっともシートを題材に動画を作成。市の公式YouTubeにアップし、またDVDも作成した。【考察】もしもシートが完成しメディアで取り上げられ、市の広報やシンポジウムで一時市民の関心は高まった。しかし、真に必要な市民に行き渡っているだろうか。今後、促進部会で市民全体へのアプローチと共に個々のケースにその利用と更新を勧める取組を検討し、市民の認知度を継続的に調査評価して啓発活動を進めていく必要がある。

0-10-27

脳卒中地域連携バス代表事務局としての取り組みが連携室にもたらしたこと

前橋赤十字病院 地域医療連携課

○高橋 佑介、朝倉 健

【はじめに】当院地域医療連携課では各種地域連携バスの代表事務局を務めている。その中でも最も規模の大きい脳卒中地域連携バス事業について紹介すると共に、代表事務局としての取り組みが当院連携室にもたらしたメリットについて紹介する。【経緯】2007年に11病院で組織された「前橋市赤十字脳卒中医療連携の会」が作成した脳卒中地域連携クリニカルパスは群馬県内に徐々に広まり、2011年度に県内共通化された。現在では12の計画管理病院、33のリハビリ病院、225の診療所や老健施設、群馬県および郡市医師会が参加する「群馬脳卒中医療連携の会」に発展した。また、併せて2009年2月に発足した群馬脳卒中救急医療ネットワークでは県内t-PA療法の実績調査や消防隊員への研修、市民公開講座の開催など本来は行政が担う脳卒中に関わる内容についても取り組んでいる。両会は結成当初から前橋赤十字病院地域医療連携課が代表事務局を務め、年3回の連携バス全体会運営や施設基準申請、連携バス改訂など多岐に渡る業務にあたっている。【影響・成果】脳卒中地域連携バスが全県へ広まるに従って代表事務局としての業務は増加したが、その業務を通じて各病院連携室との連携が深まることとなり、現在では脳卒中以外の連携業務においても各病院の脳卒中バス担当者が窓口となり連絡を取り合うようになった。両会では設立当初より「顔と顔の見える連携」をテーマに出来る限り対面での情報交換を実施してきた。代表事務局としての取り組みが当院地域医療連携課の礎となり、ひいては県内医療連携活動活性化の原点であると考えられる。なお、以前から行政が担うべき活動に力を入れて取り組んできたことが評価され2022年度以降は群馬県から継続的に補助金を得られることとなった。

10月7日(金)
一般演題(口演)
抄録