

国保直診の 看護現場から

第28回

つなぎ、活かす

—これまでの在宅支援の取り組みを整理し、2018年度診療報酬改定に備える—

石川県・公立羽咋病院総看護師長 山中由貴子

はじめに

本稿が掲載される頃、2018年度診療報酬・介護報酬のダブル改定の内容が正式に決定されているだろう。今回も改定の骨子は地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携と考えている。

当院の在宅支援の取り組みは平成15年と比較的早いですが、私の中で漠然とした物足りなさを感じている。それは、それぞれの取り組みの生業がきちんと現場の職員たちと協議を重ね、その必要性をよく理解した上で作り上げたかという疑問を抱いているからである。現に職員への浸透が薄い。

今だからこそ、現在行っている取り組みの内容を整理し、意味づけと根拠を理解した上で、足りない機能は何かを明確にし、その機能を追加するためにはどのように院内調整をすればよいかを考えていきたい。

公立羽咋病院の沿革と概要

「人にやさしく、信頼される病院」を病院理念に掲げ、地域の中核病院として急性期病棟と地域包括ケア病棟を備え、急性期から回復期の役割を担っている(写真1)。当院の所在する羽咋市は本州の中央部にあって、日本海に突出する石川県能登半島の基部西側に位置する(図1)。



写真1 当院外観

図1 公立羽咋病院の位置



当院は1934(昭和9)年に設立され、1市2町(羽咋市、宝達志水町、志賀町)からなる広域圏事務

表1 診療の概要 (2016年度)

| |
|------------------------------------|
| ・ 病床数…174床 (一般急性期116床、地域包括ケア病棟58床) |
| ・ 病床稼働率…82.4% |
| ・ 診療科数…14科 |
| ・ 平均在院日数…17日 |
| ・ 在宅復帰率…86.5% |
| ・ 看護職員数…132人 |
| ・ 入院基本料…10対1 |
| ・ 看護必要度加算 1 |
| ・ 外来化学療法加算 1 |
| ・ 患者サポート体制充実加算 |
| ・ 栄養サポートチーム加算 |
| ・ 認知症ケア加算 2 |
| ・ 退院支援加算 1 |
| ・ 退院後訪問指導料 |

組合立の病院であり、2011 (平成23) 年に、経営形態を地方公営企業法の全部適応に移行した。診療科の概要は表1のとおりである。

医療圏は総人口約5万4,000人、少子高齢化に伴い、高齢化率37%の地域であるが、当院が所在する羽咋市は“羽咋創生”というビジョンを掲げ、政策に取り組み、移住・定住の促進や交流人口の拡大を図っている。その成果から最新の人口統計で人口減少率に一定の歯止めがかかっている。

地区別患者利用割合を見ると、平成28年度入院実績では95.7%、外来は95.4%を当該圏域で占め、その中でも羽咋市が入院外来とも約65%と高く、地域密着型の病院であることがわかる。年齢別では入院は80歳～89歳、外来では70歳～79歳が最も多い。70歳以上の入院割合は79.1%であり、入院に至った疾病分類では、1位循環器系疾患20.5%、2位呼吸器系20.9%、3位消化器系12.3%であった。

能登半島全域にわたる医師・看護師不足は深刻な状況であり、当院では平成18年度から看護学生に対する修学資金制度を導入し、平成28年度までに15名の看護職員の確保を行うことができています。看護師の離職率は平成22年度10%と上昇し、日本看護協会および石川県によるワーク・ライフ・バランスへの取り組みにより、平成25年度には4.7%と下降し、近年は5%前後で推移している。

多職種によるチーム医療に対しても積極的に取り組んでおり、平成14年に薬剤師が病棟配置となり、平成26年には管理栄養士、さらに平成29年には一般急性期2病棟のうちの1病棟に専従の理学療法士が配置となっている。

看護師の勤務形態に関しての当施設の特徴は、リーダークラスの看護職員が夜勤専従を行うことで、子育て中のママさん看護師の夜勤の負担軽減を担ってくれている。一人あたりの月平均夜勤時間数は、平成29年4月～11月実績で56.3時間～61.8時間であった。夜勤専従看護師は重症度、医療・看護必要度の判断基準の精度管理や委員会活動にも参加している。

在宅支援に向けたさまざまな取り組み

1. 医療サービス推進室開設 (平成15年4月から)

かかりつけ医である診療所、他の医療機関、福祉関連施設の担当者との連携を図る窓口の業務を行っている。具体的には病診連携、医療福祉相談・退院支援、医療機器共同利用、開放病床運営管理等である。以下の「行政・病院連絡会」「事業所・病院連絡会」の事務局業務も担っている。現在、看護師2名、社会福祉士3名、事務員1名が配置されている。

2. 行政・病院連絡会 (平成15年から)

圏域の市町保健師、行政担当職員らと医療・福祉に関する情報を交換し、相互の連携・協力関係を高めることを目的に、年に3回開催している。平成28年度に開催された内容は、第1回「地域包括ケアシステム構築の最新情報」(平成28年5月)、第2回「児童施設における感染症予防策」(同年10月)、第3回「各地域・施設の認知症対策」(平成29年2月)であった。

3. 事業所・病院連絡会 (平成15年から)

在宅ケアを推進していくとともに、在宅ケアのあり方をもとに考え、地域住民に質の高い医療を提供していくことを目的に開催している。また、介護保険事業所との「顔の見える」関係を構築することでスムーズ

な退院支援が行えることも目的に掲げ、56か所の事業所と年に4回の会議・勉強会を開催している。平成28年度に開催された内容は、第1回「褥瘡予防のための臥床姿勢のとり方」(平成28年5月)、第2回「在宅中心静脈栄養ポンプの使い方」(同年8月)、第3回「血液透析を受けている患者の身体」(同年11月)、第4回「外来化学療法中の患者へのケア」(平成29年2月)であった。

4. 電話訪問 (平成17年8月から)

退院後の不安の軽減を目的として、病棟または外来看護師が退院後の患者に電話をかけて支援している。また、病棟・外来の継続看護の一貫でもある。病棟からの電話訪問は、マニュアルに沿って退院後3~5日以内に行い、外来では随時行っている。実施後は所定の用紙に実施内容を記録し、外来や医療サービス推進室で情報を共有している。医療サービス推進室では、部署別の実施率と“よかった事例”を月に1回公表している。実施件数は年間1,500~1,800件であり、実施率は70%前後である。

5. 入院患者情報の外来で入院前聴取と電子カルテへの取り込み (平成20年2月から)

平成20年2月の電子カルテを含む医療情報システムの更新に伴い、以前は入院後、病棟看護師が入院患者情報を聴取し電子カルテに入力を行っていたが、外来からの継続看護の一貫として入院前聴取を行い、電子カルテへ入力を行うように変更した。平成29年度には、患者情報ファイルに、「患者が大切に思っていること」「家族が気にしていること」「生活の問題」「患者の24時間の生活」の4項目を入院前の患者の生活を尊重するケアができるよう意図して、メンテナンスを行った。

6. 総合評価 (平成25年7月から)

疾患の治療ばかりではなく、退院後にどのような生活を送るかを入院当初から念頭に置いて、身体機能や退院後に必要な介護サービスについて総合的に評価

し、入院中の治療や退院調整に活用することを目的としている。現在、退院調整看護師がデータを総合的に判断して二次的な退院支援スクリーニングとして活用している。

7. 地域包括ケア病棟開設 (平成26年8月から)

県内の自治体病院では、当院が最も早く地域包括ケア病棟の開設を行った。当初、看護部に課せられた課題は、①病棟編成と当面、58床中40床を上限と設定して運用すること、②看護配置は13対1とし、それに伴う看護師勤務異動の措置を行うことであった。

急性期医療を残りの2つの病棟で行うことから、急性期病棟の看護師配置を厚くすることを優先した。周知のため、全職員に地域包括ケア病棟の説明会を医事課、リハビリテーション科、看護部の3部署合同で行った。平成28年7月には直近1年間の平均入院患者数が40人を超え、現在は46人となっている。平成28年度地域包括ケア病棟の実績は、「在宅復帰率85.7%」「病床稼働率77.6%」「平均在院日数22.0日」であった。平成29年8月からは、看護補助者による夜勤2交代制を導入し、看護師の夜勤業務のサポートを行っている。

8. 看護外来開設<糖尿病> (平成28年1月から)

従来、糖尿病悪化予防を目的とした指導は行っていたが、平成28年からは看護外来という名称で開設し、患者の日常生活の視点で体制を改善(表2)したことで成果が得られた。看護外来開設前後12か月の比較では、開設前は、要継続指導者は患者数34名中16名に対し、開設後は患者数67名中35名と増加した。要継続指導者のHbA1c値の変化は開設前、改善者50.0%、悪化群31.3%に対し、開設後は改善者54.3%、悪化群5.7%と非悪化群の増加に関して有意差が認められた(フィッシャー正確確率分析 $p=0.025$)。

9. 羽咋市在宅医療・介護連携協議会 (平成28年1月から)

地域包括ケアシステムの構築に向けて羽咋市が主催

表2 看護外来の体制と内容変更

| | 開設前 | 看護外来 |
|--------|--------------------------------|--|
| 対象患者 | 糖尿病由来の合併症予防、透析導入予防の支援が必要な患者 | 糖尿病教育入院を終え、退院後初めての外来通院の患者、自己血糖測定（SMBG）の説明が必要な患者 |
| 外来受付時間 | 指導を受けるために来院する時間は単一 | 定期外来受診で来院した診察待ち時間 |
| 設置場所 | 内科外来内のプライバシー保持が困難な状況である「外来説明室」 | 看護外来日に休診となっている診察室 |
| 外来担当者 | 内科外来勤務と病棟勤務と複数の部署を担当業務とする看護師 | 明確に看護外来担当看護師として看護師（糖尿病指導療養士）2名を配置 |
| 支援内容 | 透析予防、合併症予防に関して、既存のパンフレットを用いて説明 | 患者の日常生活の状況を把握するため「患者基本情報用紙」を作成することで、糖尿病に対する考え方、日常生活の過ごし方などについての情報を収集した。これらの情報をもとに患者を交えて、看護計画と看護目標をたて進めた。 |
| 看護目標 | 「合併症の予防と悪化を防ぐ」 | 「日常生活が尊重された糖尿病療養生活を送ることができると」を追加した。 |

している。当院からは病院長、医療サービス推進室看護師1名、社会福祉士1名が出席しており、「入退院支援ルールブック」の作成や「医療と介護の連携シート」の作成、地域住民への普及啓発のための講演会などに携わっている。また、高齢者の意思決定支援のためにリビング・ウィルをベースとし検討している。

10. 羽咋市訪問ナースの集い—看・看連携—（平成28年1月から）

地域の看護職の連携強化により、地域住民が安心して在宅医療が継続できるよう地域医療の基盤整備に寄与することを目的として、羽咋市が事務局となり年間4回開催している。第1回「入退院支援ルールブックの使い方の勉強会、外来通院中の訪問看護師と病院との連携」、第2回「終末期における主治医との連携」、第3回「新・訪問看護指示書依頼書の使用方法」、第4回「新・訪問看護指示書依頼書を使用して初めての意見交換」の内容で開催した。

「入退院支援ルールブック」に掲載されている“多職種連絡票”の運用が円滑に行われるようになり、ケアマネジャーとの情報共有がスムーズにできるようになったことも、羽咋市訪問ナースの集いの成果の一つと言える。

11. 退院後訪問指導（平成28年8月から）

退院後に病棟看護師が患者宅に訪問し、患者およびその介護者に対して在宅における療養上の指導を行う事業である。入院中に指導したケアが行われているかの確認と、訪問看護師や担当ケアマネジャーとの情報交換および連携を目的としている。

平成28年4月～11月までの期間中の実施件数は30件で、月平均3.8件である。看護師の反応の中には、訪問に行くことを「とても楽しい！」と言うものもあり、家での患者の様子を病棟で他の看護師に語っている場面などもみられ、退院支援のスキルアップにつながっている。

「病院でできていたことも、ちょっとしたことで家ではできないことがある。しかし、タイムリーに介入することで再びできるようになり自信を取り戻すことができる」という感覚を退院後訪問指導の経験から得、関わる看護師は大きな喜びとやりがいを感じ取っているようであり、「在宅は難しい」と考えがちな看護師の意識改革の一助となることを期待している。

12. 外来での退院時スクリーニング・認知症高齢者の日常生活自立度判定（平成28年8月から）

病棟看護師が入院後1週間以内に行っていたスクリーニングを、入院前に外来看護師が行うように変更し

表3 緩和ケア認定看護師スケジュール予約画面

| 時間 | 12月分 | 緩和ケア 認定看護師依頼シート | | | | 2017/12/11 | |
|------|--------|-----------------|----|----|----|------------|----|
| | 日付 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 曜日 | 祝日 | | | | | | |
| | 曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| | 認定Ns | 不在 | | | | | |
| 9:00 | Start | | | | | | |
| | End | | | | | | |
| | 依頼部署 | | | | | | |
| | 内容種別 | | | | | | |
| | 患者氏名 | | | | | | |
| | 予約Ns | | | | | | |
| | 了承チェック | | | | | | |
| | Start | | | | | | |
| | End | | | | | | |
| | 依頼部署 | | | | | | |
| | 内容種別 | | | | | | |
| | 患者氏名 | | | | | | |
| | 予約Ns | | | | | | |
| | 了承チェック | | | | | | |

た。入院前から退院支援が必要とされる患者をスクリーニングすることで早期に介入でき、必要な情報が共有できることを目的としており、実施率は97.2%（平成29年4月～11月）と高い状態を保持している。また、認知症ケア加算2の取得にあたり、外来看護師による認知症高齢者の日常生活自立度判定を行っている。

13. 緩和ケア認定看護師の活動開始（平成29年4月から）

がん患者の退院支援の体制が整備されている状態とは言えなかった。退院調整のスピードやタイミング、痛みのコントロールにおいて医療処置を継続して在宅で行うための退院指導等で看護師には高いスキルが求められる。緩和ケア認定看護師の人材育成と活動支援は、私の看護部長としての使命であったと考えている。

ようやく平成29年度に緩和ケア認定看護師が誕生し、活動を開始することができた。活動にあたり3つの目的を設定した。①患者や家族が抱えている全人的苦痛を和らげる、②医療機関での治療やケアの枠組みにとらわれない地域全体で支える医療体制、③患者や

家族に適切な情報を提供し、患者にとって最善の意思決定ができる。

院内活動は、院内スタッフや患者に認定看護師としての活動を認識してもらうために説明会を開催した。さらに認定看護のスケジュール予約を院内LANの端末PC（表3）で管理し、病状説明の同席や面談時間を設定し、患者・家族の抱えている苦悩にタイムリーに関わる体制整備を行った。また、緩和ケアを行っている看護師の相談にも応じており、時には患者や家族の代弁者となり、患者の希望を院内スタッフへつないでいる。

院外活動に関しては、患者が希望される場で治療や療養ができるよう在宅スタッフとの連携を進めることである。在宅看護訪問看護指導に出かけ、看取りの事例の経験などを通して、地域の訪問看護師やケアマネジャーから信頼を得るに至っている。

当施設の課題

まずは、これまでの事業のほとんどは、当院が手探

り状態の中、他のやっていないことでも重要と考え、先進的にオリジナリティをもって始めてきたことに職員は誇りを持ってほしい。しかし、それだけに満足している自分たちがいるのではないか。より進歩していくために新たに取り組まなければならない。

そこで、さらなる“在宅支援”を推進していくために平成30年度の診療報酬改定で見直された“入退院支援”のプロジェクトチームを発足させ、先に述べた取り組みの目的・期待する効果を確認し、全職員が理解できるようわかりやすい概念図でまとめ、職員全体に周知することから始めたい。そこに足りない機能やその機能を追加するためには、どのように院内調整をすればよいかもプロジェクトチームで検討していく。

たとえば、「総合評価」を例にとると、退院調整看護師がうつ傾向が強く出た患者の結果を見て、食事を食べなくなってきていることやIADLの低下は、うつ傾向が影響しているのではないかといった分析結果に至ることができる。しかし、現場では「総合評価」の聞き取りに追われ、患者の質問にも苦慮しており「本当に必要なものなのか!？」という総合評価へのギャップが起きている。

総合評価とは本来、効果的に“入退院支援”に用い、スタッフ誰もが患者を身体的・社会的・精神的側面から把握し、入院前から退院後を見据えて医療・介護の必要性等が判断できるべきものである。

一般的に目的を達成するためのシステムづくりには、ほとんどの場合、場所と人員の調整を避けて通ることはできない。ここにコンフリクトが起りやすいが、現在のところ最も妥当であるとされているドナベディアンが提示した質評価の枠組み「構造」「過程」「結果：アウトカム」を用い、問題解決に向けて取り組んでいこうと考えている。

将来的には、病院という垣根を越えて地域へ出向く



写真2 患者さんとふれあうナース
(写真提供 ナースステーション)

ことで、行政や地域のボランティアと連携ができれば地域住民の幸福に寄与することができるであろう。マギーズの考え方にある環境・建物・ヒューマンサポートであり、病院と家の中間に位置する、家よりちょっとおしゃれで居心地のよい空間で専門的な相談がゆっくりできる場を設置することである。医療従事者は、病院で患者を待つばかりではなく、時にはその空間におもむいて専門職としてヒューマンサポートを行い、患者が望む生活を支えられたらいいと考える。

おわりに

今、振り返ると、10年以上も前から地域医療を意識し、それぞれの職員が置かれた立場・部署で何かできないかと暗中模索を繰り返してきた。その中で何とかしようとする職員の努力を垣間見ることができた。これまでに明確になってきた課題解決に向けた取り組みを実践し、作り上げてきたものと新たに準備するものをつなぎ合わせていけば、求められている地域包括ケアシステム構築の推進に役立つと信じている。