

# 国保直診の 看護現場から

第29回

## 住み慣れた地域・自宅で暮らし続けるための 退院支援と認知症ケアの取り組み

石川県・公立つるぎ病院看護部長 大田和美

### はじめに

公立つるぎ病院（以下、当院）は、石川県南部に位置する白山市にある、地域に密着したケアミックス型の公立病院である。白山市は平成17年に1市2町5村が新設合併して誕生した。開山1300年の歴史を誇る霊峰白山を有し、市全域が県内最大河川の手取川流域であり、県内で最大の面積を有している。

人口は金沢市に次いで2番目に多い11万人である。しかし人口密度は低く、特に広大な面積を有する白山ろく地域は人口減少と過疎化、高齢化が進行した地域となっている。平成29年には、白山ろく地域の高齢化率は40%を超え、地域包括ケアシステムの構築が強く求められている地域である（図1）。

このような状況の中で、当院の医療圏である鶴来周辺および白山ろくの地域住民が住み慣れた地域や自宅で暮らし続けるための、退院支援・認知症ケアの取り組みについて紹介する。

### 公立つるぎ病院の概要

当院は昭和15年に旧鶴来町に加賀東病院として開院された。その後4度の改称を経て、平成12年に一般病床108床、療養型病床群44床の「公立つるぎ病院」として現住所に新築移転をした。昭和52年へき地中核病院（現在：へき地医療拠点病院）の指定を受け、昭和

図1 白山市とつるぎ病院



54年からへき地巡回診療を開始した。平成17年の市町村合併（白山市誕生）に伴い、白山石川医療施設組合に加入。平成18年に病床種別を一般99床、療養病床53床として届出。平成20年には公営企業法の全部適用により「白山石川医療企業団公立つるぎ病院」に改称し、白山ろくの吉野谷診療所・中宮診療所および白峰診療所が当企業団に加わった。平成22年にはリハビリテーション棟を増築し、通所リハビリテーション事業を開始。平成24年に国の在宅医療連携拠点事業の採択を受け、在宅医療提供医療機関の拠点病院として白山市在宅医療連携協議会を設立し、地域医療を担う公的医療機関として在宅医療・介護と連携し事業を展開してきた。

経営母体である白山石川医療企業団に属し、急性期医療を担う公立松任石川中央病院と連携し、吉野谷診



つるぎ病院



松任石川中央病院



白峰診療所



吉野谷診療所



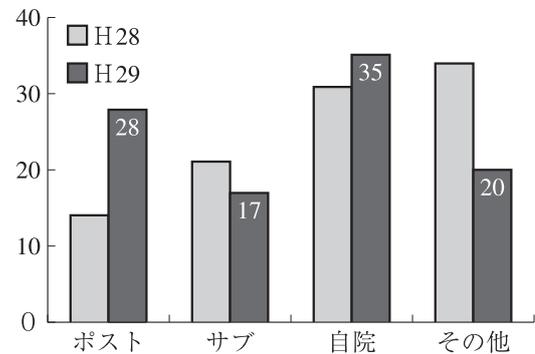
中宮診療所

写真 白山石川医療企業団

表1 公立つるぎ病院の概要

診療科：内科 循環器科 呼吸器科 小児科 外科 整形外科 外科 婦人科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 眼科 リハビリテーション科 耳鼻咽喉科 病床数：152床 ・一般病床99床 一般急性期病棟45床 地域包括ケア病棟54床 ・療養病床53床 回復期リハビリ病棟26床 医療療養病棟27床 入院基本料：10：1 併設施設：通所リハビリテーション ショートステイ21床 地域包括支援センター 主な届出 入退院支援加算1（H30.4） 認知症ケア加算1（H28.6）
---

図2 地域包括ケア病棟入院受入種別割合



療所・中宮診療所・白峰診療所とともに、白山市および鶴来周辺、白山ろく地域住民の健やかな暮らしの保持・増進・救急医療、へき地医療を担い、地域包括ケアシステムの構築に取り組んできた。平成26年10月に内科系一般病棟54床を地域包括ケア病棟に改編、平成29年には地域包括支援センター鶴来を病院内に設置した。翌平成30年4月からショートステイつるぎを併設、稼働したことにより、病院理念である「切れ目のない包括的ケア」の実践、すなわち医療・介護・予防・住まい・生活支援が継続的に提供でき、地域で安心して暮らし続けることのできる体制が整った（写真、表1、2、3、4、図2）。

表2 平成29年度他病院からの転院件数

一般急性期病棟	13件
回復期リハビリ病棟	117件
療養病棟	0件
地域包括ケア病棟	109件

表3 平成29年度退院支援カンファレンス件数

一般急性期病棟	554件
回復期リハビリ病棟	1,132件
療養病棟	26件
地域包括ケア病棟	718件

表4 地域包括ケア病棟病床利用率・在宅復帰率

	H28年度	H29年度
病床利用率	87.1%	85.4%
在宅復帰率	95.1%	92.4%

## 看護部の取り組み

### 1. 退院支援の充実

平成26年10月に地域包括ケア病棟（54床）を開設し、ポストアキュート、サブアキュート機能を活用し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、多職種連携・協働による入退院支援が求められるとともに、その充実が課題となった。平成28年に多職種で構成された退院支援ワーキングチームを立ち上げ、退院支援体制の確立に取り組んだ。

立ち上げ当初は、退院支援加算1を届け出るための体制づくりが主な活動であったが、退院支援の質向上には退院支援に関わる人材育成が重要であり、県看護協会主催の「病院と在宅をつなぐ研修」「退院調整看護師養成研修」等に参加し、リーダーシップをとれる人材の育成を行った。また、各部署の退院支援リンクナースとともに、受け持ち看護師が退院支援に積極的に取り組むことができるよう、退院支援スクリーニングシートや退院支援計画書、退院支援カンファレンスの開催等の書式を含めた検討を行い支援した。

平成29年には地域支援課に退院支援専従看護師1名、専任看護師2名を配属し、退院支援加算1の届出を行ったことは、退院支援のさらなる充実につながった。また、当院の役割である在宅療養支援の理解を深める目的で、クリニカルラダーレベルIに在籍する看護師が退院後訪問に同行し、在宅療養を学ぶ研修を実施している。退院支援チームは、現在も看護副部長を中心として多職種での活動を継続し、退院支援に関する事例検討を行いながら質の向上に努めるとともに、在宅療養支援に取り組んでいる。

#### ■地域包括ケア病棟での退院支援の一事例

○事例：A氏 80代、男性

- ・診断名：膵頭部がん、十二指腸浸潤、腸間膜リンパ節転移、肝転移
- ・家族構成：妻と母親の3人暮らし、子どもは長男、長女（近くに居住）
- ・利用したサービス：訪問診療、同行訪問、退院後訪

### 問、訪問看護

本事例は、地域包括ケア病棟看護師が、『退院後訪問と訪問看護との連携により末期がん患者の思いを実践した在宅療養移行支援』という演題で院外発表したものである。人生最終段階にあるがん患者の「家に帰りたい」という思いを実現するために、退院後訪問と訪問看護との連携を図り、自宅退院を断念することなく自宅退院、在宅療養に移行することができた事例である。患者が希望した退院日は3日後であり、継続しなければならぬ医療処置が退院に際しての課題となっていた。

退院支援カンファレンス、退院前カンファレンスで対応を検討した結果、介護者の負担にも配慮し、初回退院後訪問を当院病棟看護師と訪問看護師との同行訪問とし、1日2回の訪問看護体制が整うまでの間、当院の退院後訪問を行うこととなり、患者本人が希望する日に退院、在宅療養に移行することができた。この事例から学んだことは、入院中に退院の準備が完了しなくても、病院看護師と訪問看護師が退院後訪問指導、訪問看護同行等を活用、協働することで、在宅療養へとつなぐことが可能であるということである。

看護部目標である、「患者さんや家族の思いに寄り添い、信頼される看護を実践する」という看護部目標が実践された事例であった。

### 2. 認知症ケアの実践

当院は先に述べたように、高齢化率の高い白山ろく地域や鶴来周辺が主な医療圏であり、認知症を持ちながら疾患の治療が必要な患者さんの入院も多い。専門医がいない診療体制のなかで、認知症看護認定看護師の存在は認知症ケア実践のための重要な役割を担っている。認知症看護認定看護師の活動として、当初は病院職員が認知症について正しい理解をするための活動として、院内研修会の開催や当院看護師、看護補助者を対象としたアンケートを実施し現状把握等を行い、認知症ケアの普及と認知症看護の実践につなげた。平成27年5月に認知症支援チームを結成、多職種協働で認知症ケアに当たっている。

## 今後の課題

認知症支援チームの目的は、①認知症を有した方の入院生活、地域への社会復帰を多職種で支援する、②チームメンバーで認知症に関する知識や理解を深め、院内職員全体の認知症ケアの質向上に努める、③地域住民と交流の場を持ち、認知症の正しい知識の普及・予防や介護の相談に応じるとし、認知症ラウンド、カンファレンスの開催、認知症患者のケアや対応に関する相談や支援、認知症カフェ、地域での出前講座など幅広い取り組みを行っている。

また、認知症患者の退院支援にも積極的に関わり、リハビリスタッフとともに退院前訪問の実施や退院後の訪問も行うなど、認知症があっても住み慣れた地域・自宅での生活を支援している。訪問件数としてはまだまだ多くはないが、今年度認知症看護認定看護師がもう1名誕生する予定でもあり、外来での相談支援や在宅での支援活動をさらに進め、認知症ケアの取り組みを進化させていきたいと考えている。

また、平成29年度は認知症ケア充実のためには、看護管理者が認知症について理解をし、スタッフ指導に当たることが重要であるとの観点から、「ニン学」と称する看護管理者向けの学習会を毎月開催し、知識を深めた。看護管理者はニン学で学んだことに加え、認知症看護認定看護師教育課程履修生2名の実習を初めて受け入れ、履修生が認知症患者に真摯に向き合い、学ぶ姿勢を目の当たりにし、刺激を受け、認知症患者の看護、対応について考える貴重な機会となった。

今後は認知症看護の専門的知識を持つ2名の看護師の存在を強みとして、取り組みを進めていきたいと考えている。

これまで看護部では、地域連携や多職種連携し退院支援、認知症ケア等を進め取り組んできた。平成30年度の診療報酬改定では、国民一人ひとりが状態に応じた適切な医療が受けられるよう、質の高い効率的な医療提供体制の整備が推進された。その一つとして、退院支援から入退院支援として、入院前からの支援が求められている。今後さらに医療と介護の連携を密に取り組む必要があることが明確に示された。かかりつけ医、ケアマネジャーとのさらなる「顔の見える関係づくり」が必要となる。退院前合同カンファレンス等の開催はもちろんのこと、在宅療養・介護を支える多職種が一同に会し開催されるサービス連携会議や、在宅医療連携カンファレンスへの参加などを積極的に行い、連携を深めていきたい。また、入院前からの地域連携として、外来看護師の役割も重要となり、外来看護の質向上にも取り組んでいかなければならないと考える。

## おわりに

今回、退院支援、認知症ケアを中心に、地域連携、在宅療養支援について振り返り、当院が在宅医療連携拠点として果たすべき役割を再認識した。今後も人口減少や高齢化が進むなか、地域住民のニーズに応え、住み慣れた地域・自宅で暮らし続けることができるよう取り組みを進め、地域になくてはならない国保直診病院として貢献していきたい。