

独立行政法人地域医療機能推進機構相模野病院 第20回地域連絡協議会		
令和7年2月20日(木)	13:30~14:30	相模野病院 7階 講堂
会議名称	第20回 相模野病院地域連絡協議会	
地域委員	相模原市医師会会長 相模原市病院協会会長 相模原市歯科医師会会長 相模原市歯科医師会副会長 相模原市薬剤師会副会長 相模原市健康福祉局保健衛生部参事 (兼)保健所副所長(兼)地域保健課長 相模原市相模原消防署署長 相模原市社会福祉協議会会長 相模原市中央地区自治会連合会会長 相模原市大野北地区自治会連合会会長 患者代表	細田 稔 様 土屋 敦 様 寺崎 浩也様 (ご欠席) 大嶺 秀樹様 (代理出席) 菅野 宏一様 中野 繁 様 (ご欠席) 若林 剛 様 笹野 章央様 鈴木 泰信様 山口 信郎様 横井 弥生様 (ご欠席)
病院委員	院長 今崎 貴生、副院長 林 京子、事務部長 織田 修治 看護部長 出口 孝子、副看護部長 植田 美和	

## I 開会の挨拶 今崎院長

本日はご多忙の中、ご出席頂きありがとうございます。また、平素より当院の運営にご理解、ご協力を賜り、お礼申し上げます。今回は、地域包括ケア病棟などについてご説明させていただきます。地域包括ケア病棟とは、主に高齢者の医療需要に答えようと導入された病棟で、当院では10年以上前から開設しております。今年度の診療報酬改正で一層、地域密着型の病棟としての位置づけが進んでおり、一度、運営状況をご報告させていただきます。当院に限った事ではありませんが、病院の状況としては、物価高などから厳しい運営となっております。東京都でも神奈川県でも、診療機関などに対する支援金が緊急に予算化されている状況です。

その他、院内の少し明るい話題としては、前回ご報告致しました無痛分娩は順調に進んでおります。妊婦さんの需要もかなりあるようです。

限られた時間ではありますが、皆様からご指導いただき、少しでもお役にたてるように頑張ってお参りたいと思います。本日は、よろしくお願ひ致します。

## II 委員のご紹介

## III 議事

(1) 救急受入れ状況について(資料・グラフにより説明) 医事課・診療情報管理室 鹿島室長  
資料にそってご報告致します。グラフでも感じられますが、年々受入れ件数は増加傾向です。今年度については、前年、その前と比べてもかなり多い月が目立っております。

また、今回の資料にはありませんが、1月についてもかなり多くなっております。日々様々な状況下で出場件数も多くなっているのかと思います。特に、年末年始にかけて、新型コロナウイルスやインフルエンザの流行に伴うものも多かったのではないかと推察致します。

救急の受け入れにおいては、人員配置の問題などもあり、休日・全夜間に関して伸び幅は低いかもしれませんが、今後も応需率を上げられるように努力してまいります。

(2)NICU・GCUの運用状況(資料・グラフにより説明) 医事課・診療情報管理室 鹿島室長

地域の周産期医療センターの役割の一つとして、当院の小児科は一般小児の入院医療よりは、資料の通りNICU/GCUが多くなっております。数字は月の延べ患者数になりますが、NICU/GCUについては、ここ数年では月々多少の上下はあるものの、あまり変化が無いように、グラフ上でも感じられます。一般小児入院も今年度は例年に比べると多く、小児医療全般頑張っております。

また、NICU/GCUの受け入れについては、当院での出産のお子様のほか、他医療機関からの母体搬送での出産ケースや新生児搬送での入院にも対応しております。

今後も地域の周産期母子医療センターとしての役割を果たしていきます。

(3)地域包括ケア病棟 5B病棟 井出師長

地域包括ケア病棟で師長をしております井出小百合と申します。よろしくお願ひします。

当院の地域包括ケア病棟は平成26年8月に新設されました。急性期での治療後、在宅復帰に向け支援を行う病棟です。他職種や地域の医療機関との連携により、在宅サポート体制を整え、最大40日の入院期間を通じて、自宅や地域へ安心して戻れるよう支援を行っています。また最近では北里大学病院や独立行政法人国立病院機構相模原病院などの誤嚥性肺炎の患者さんの受け入れも積極的に行っています。

当院の地域包括ケア病棟は、看護師長含め看護師22名、看護助手6名、専従理学療法士1名、在宅復帰支援者として、メディカルソーシャルワーカー1名が配置されています。

入院患者さんの内訳は、自宅からの入院では中央区の患者さんが大半を占めており、相模原市以外では町田市の患者さんも受け入れています。また、北里大学病院や独立行政法人国立病院機構相模原病院からの転院患者さんも積極的に受け入れています。

地域包括ケア病棟の特徴としては、他職種が参加する退院調整カンファレンスがあります。毎週火曜日に病棟看護師、メディカルソーシャルワーカー、入退院支援看護師、理学療法士、栄養士、総合患者支援センター師長が集まり、退院時に支援が必要となることが予測される患者さんの入院目的と治療方針の確認を行い、そのうえで退院時の状態像の共有し、どのような支援が必要かをチームで話し合います。地域包括ケア病棟の入院期間は最大40日となっているため、入院(入棟)した時点から退院後を見据えた他職種合同カンファレンスを行っています。

実際の退院調整事例についてご紹介します。

A氏78歳男性、妻と二人暮らしで近所に娘さんが住んでいます。既往に糖尿病、大腸癌、肝臓癌があります。入院の数日前より発熱し、自宅にて経過をみていたが改善せず体動困難のため救急車で搬送されました。検査の結果肺炎と診断、肺炎の治療目的で入院となりました。元々身の回りのことは自身で行っており、内服管理やインスリン注射もできていましたが、入院時には寝たきりの状態でした。また、介護保険も未申請でした。退院後の療養先について本人、家族共に自宅退院を希望されていました。しかし、入院時の状況により、退院時に支援が必要な状況であると判断し、退院調整カンファレンスにて症例検討を行いました。

症例検討の結果、①介護保険の申請(ケアマネジャーの選定及びサービスの検討)、②ADL向上のための取り組み、③内服・インスリン管理、④介護指導が必要であると判断し、介入を行いました。

介入の実際です。A氏と家族共に自宅退院を希望していましたが、A氏は入院前にご自身で行えていたことができない状況でした。そのため自宅退院に向けサービスの導入が必要になることを考慮し、メディカルソーシャルワーカーより奥様へ介護申請や自宅に帰ってから使用できるサービスの情報提供を行いま

した。ADL向上のため、患者さんの状況に合わせた理学療法士によるリハビリを開始しました。患者さんの状態に合わせ、歩行訓練や上肢筋力アップのため楽しみながらできる風船バレーなどを行いました。また、理学療法士によるリハビリだけでなく、自宅に帰ってからの生活を考慮し病棟でもベッドから離れて過ごす時間を設けるために看護補助者の協力を得ながらレクリエーションも行いました。レクリエーションを行うことで普段は見せない笑顔が見られていました。内服薬に関しては、看護師管理を行っていましたが、退院後を見据えた管理方法の検討を行い、1日分の内服薬を入れるケースを利用した管理方法へ変更しました。また、奥様も一緒に内服薬セットの確認ができるように指導を行いました。また、インスリン管理も病状悪化時には奥様の協力が必要となるため、奥様への指導を行いました。また、排泄に関してはトイレへ歩行できるまでに回復したので指導は行いませんでした。食事に関しては、食事摂取状況を確認し、食事の形態や水分摂取時の注意点をご家族へ説明しました。必要時は、栄養士から家族へ食事指導を行うこともあります。入院時は寝たきりの状態でしたが、リハビリ等を実施したことよりトイレまで歩行できるように回復され退院しました。インスリン管理については、家族指導も行いましたが、入院期間中に奥様が手技を獲得するのが難しかったため、ケアマネージャーに情報提供し引き続き在宅で指導を行うように依頼しました。

最後に、高齢者は慣れない入院生活で、認知機能の低下、筋力の低下を招き、容易に日常生活に介助が必要となることがあります。そのため、地域包括ケア病棟では退院後もその人らしい生活ができるように、入院時から退院後を見据え、生活リズムにも考慮したケアの実施を心掛けています。患者さんや家族が退院後も安心して過ごせるように、これからも関係機関との連携を大切にしていきたいと思えます。

#### (4) 地域包括ケア病棟 リハビリテーション室 理学療法士 田中 智子

地域包括ケア病棟でのリハビリテーションについて発表します。

先ほど説明がありましたが、地域包括ケア病棟は急性期治療を終えた患者さんに対して、在宅復帰に向けた支援を行う病棟です。その中の一つとしてリハビリは大きな役割を担っています。近年社会の高齢化に伴って入院患者さんの介護度もあがってきており、通常のリハビリでは少し融通が効かない点もあります。そんな中、看護師と連携し行っていることが「在宅復帰を目指す病棟」としての機能に貢献した活動なのです。

リハビリの基本的な情報から説明します。リハビリを行う時間は20分毎に1単位といい、その単位に応じて請求を行います。厚生労働省の定めにより、地域包括ケア病棟の患者さんは入院している間に一人あたり40分、つまり2単位のリハビリが必須となります。当院のリハビリ室は土日が休みですので、例外はありますが一日3単位、1時間を目標にリハビリを行っています。そのため、患者さんは長い時間、身体向上に向けたリハビリを行うことができます。しかし、認知症の方、意識障害があり目が開けられない方、体力がない方は1時間もできません。リハビリ介入ができないと寝たきりになります。日中の活動がないと認知機能の低下、暴言暴力などの攻撃的行動の増加、肺や心臓機能低下、元々動いていた方でも動くことに対する意欲が低下し、寝たきり状態に進んでいくなどのリスクがあります。そうなるとう退院後に入所できる施設が制限され退院支援が円滑に進まず入院期間が延び、自宅退院が厳しくなります。老老介護の家庭も多く、家族への負担が増大するなどのマイナス面に作用することも危惧されます。

リハビリは基本1対1ですが、理学療法士の人数も時間も限りがあります。複数の患者さんに一度に介入できるレクリエーションを導入して活動を促してはどうか、病棟看護師と相談しながら始めたのが今回の活動です。レクリエーションの内容は「ルールが単純明快で運動強度が低めであること」、「他

者との交流が促されやすいこと」を考慮し、また看護師、看護助手と協力して行うため、看護師サイドに負担が少ないものを選びました。

1つ目は風船バレーです。床に風船を落とさないように患者さん同士が向かい合って行うものです。上半身の運動、動く物に対する反応、自発的な運動を促します。重度認知症の方に行っていただきましたが、スムーズに行えていた印象です。

2つ目はサッカーのパス練習を足の運動目的に行いました。比較的難しいので横にパーテーションを置きました。欠点は歩行する機会が少ない方や車椅子生活が多い方は足がうまく動かせない場合が多いので、難易度が高くなることです。

3つ目は難易度を下げたものとして手で行うバージョンのパスです。足がうまく動かせない方でも、手は食事や物をいじる際によく使う手段です。比較的機能が保たれている場合が多いため、ボールを回転させ相手にボールを転がすように工夫して行っている患者さんがいました。工夫できる分盛り上がり、笑顔が一番多く見られました。転倒防止のため医療従事者の監視は必須ですが、比較的こちらの負担も少なくかつ患者さんに活動を促すことができるレクリエーションでした。

その他、レクリエーション以外でも病棟スタッフに協力していただいていることもあります。患者さんの病状、体調をみながら、体力のない患者さんに車椅子を使って離床を促したり、土日のリハビリがない時に、歩行は出来るが一人で歩くにはまだ不安定な患者さんに歩行練習を行ってもらったりしています。病棟スタッフの協力を得ながら患者さんのADL、QOLの向上にむけ取り組んでいます。

病院では自立して動ける方でないと自由に歩いたり、立ったり座ったりすることを制限しています。安全のため、誰かの大切な家族を守るためには仕方ない部分だと思います。今回のレクリエーションを通し得た結果は、行動が制限されている患者さんに安全にかつ楽しく活動を促せたことです。まず、ベッドで寝たきりの時間を減らすことができました。ベッド上での危険行動が多い患者さんをレクリエーションで楽しませたことで看護師の負担軽減になりました。コミュニケーションが増加し笑顔も増えました。コロナ社会になってから患者さん同士の会話はほとんどなくなりました。私自身、患者さんから「何年前はもっと同じ病室の人と会話していたのに」、「寝て起きてご飯食べて寝るだけ、入院していても楽しいことがないから早く帰りたい」という声を沢山聞きました。想像してください。部屋に閉じ込められ、人との会話が断ち切られた生活は長くもたないと思います。入院患者さんも同じです。安全上自由に歩かせることができない、動かすことができない患者さんでもコミュニケーションがとれる患者さんはたくさんいます。このレクリエーションを通して患者さんが会話している様子、笑顔になっている様子を見ることができたのは大きな成果でした。

一方で消極的な患者さんもいました。例えば、加齢とともに背中が大きく丸まった患者さんは車椅子にしっかり乗ることができないので疲労感の訴えがあり、手足がうまく動かすことができない患者さんからは「どうせうまくできないから」と訴えがありました。また、単純に運動嫌いな患者さんもいました。レクリエーションの内容について課題はありますが、今後も試行錯誤しながら続けていきたいレクリエーションであると考えています。このようなレクリエーションを通し高齢者の心身に緩やかな改善を起こすことは論文により認められています。頻度は「1週間に2回」、「1回につき30分」程度が有意に効果あるとされていますが、病棟看護師の人数、規模の大きさ、対象患者の違いは論文間でも相違があります。自身の病棟で適切な方法を模索していければと考えています。

(6) 質疑応答

(土屋委員)

地域包括ケア病棟について伺いたいのですが、地域包括ケア病棟は看護必要度や在宅復帰率などの調整で全ての患者さんが入れるわけではないマネジメントが非常に難しいと思います。その辺が悩みですかね。それから、最近少し問題になっているのが高齢者の白内障の手術です。一般のDPC病棟ですと看護必要度が低く受け入れられず、日帰りになってしまう。一部では地域包括ケア病棟を利用している病院もある。短期入院として利用はどうしているのかをお聞きしたい。

(井出師長)

ご質問ありがとうございます。在宅復帰率などについては、制限がある中で一般病棟や総合患者支援センターの師長と連携をとり、先生の協力を得ながら調整しています。短期滞在の眼科入院患者の受け入れを行っており、主に男性の患者さんを月に15人程度受け入れている状況です。

(土屋委員)

ありがとうございます。地域包括ケア病棟は、病院全体で協力していく体制がなかなか上手くとれず、実は私の病院でも一般病棟では受け入れるが、地域包括ケア病棟なら協力しないと言う医療者もいて非常に悩ましく、難しいところではあります。また短期入院については、白内障の手術はおそらく削られてくると思います。実は行き先がありません。高齢者の白内障は点眼や色々な処置があつて入院を希望する方も多くいますが、残念ながら受け入れる術が無くなってくるということでもあります。悩ましいところですが少しでも国に対策を期待したい。

(菅野委員)

お疲れ様です。先ほど地域包括ケア病棟の話で事例紹介の中で退院時麻薬、内服、インスリン管理の話があつたかと思うのですが薬剤師の介入はあるのでしょうか？

(井出師長)

ご質問ありがとうございます。麻薬は今回使っていないのですが、内服管理、インスリン管理に関しては退院時に薬剤師から指導を行っています。

(菅野委員)

ありがとうございます。処方院内処方なのかそれとも院外処方なのか。

(井出師長)

退院時にお渡しするものは院内処方説明しています。

(菅野委員)

わかりました。院外処方の場合はリフィル処方箋を出し、細かいスパンで薬剤師が在宅訪問しお薬管理の手伝いをするということが可能です。ご協力ができたらと思いました。ありがとうございました。

(土屋先生)

もうひとつよろしいですか。地域包括ケア病棟のリハビリ以外にレクリエーションを行うことは非常によい取り組みだと思います。筋力の改善やアウトカムの改善など、折角ですので効果の検討をしていただきたいのですが。

(理学療法士 田中)

ご質問、ありがとうございます。現在、積極的には行ってはいないのですが、今回行った取り組みで患者さんのADLの向上などが垣間見られた部分がありますので、今後検討したいという気持ちはあります。

(土屋委員)

ありがとうございます。

#### IV 閉会の挨拶 林副院長

地域包括ケア病棟に関しては、内科の医師はよく使っていますが、私は乳腺外科ですのであまり使ったことがなく、どのような病棟なのだろうという思いがあり、大変勉強になりました。これから高齢化社会になりますので、リハビリがもっと手厚くなっていけばいいなと思いました。いずれ自分も高齢化してリハビリのお世話になる時代がきますので、このような病棟がこの病院にあるということをご承知おきいただければと思います。

本日はお忙し中ありがとうございました。