

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

地域医療連携室専任看護師配置による介護老人福祉施設との連携強化に向けた取り組み

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 日本医療マネジメント学会 公開日: 2021-10-29 キーワード (Ja): 地域医療連携, 介護老人福祉施設, 専任看護師 キーワード (En): regional medical cooperation, elderly welfare facility, full-time nurse 作成者: 原田, 紀美枝, 大重, 育美 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/802">https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/802</a>

〈事例報告〉

## 地域医療連携室専任看護師配置による介護老人福祉施設との連携強化に向けた取り組み

原田紀美枝 大重育美

*Efforts to strengthen cooperation with the care in the elderly welfare facilities by allocating full-time nurse in Regional Medical Cooperation Office in hospitals*

*Kimie Harada, Narumi Ooshige*

### 要 旨

本研究は、病院と介護老人福祉施設との連携体制を強化するため、地域医療連携室に専任看護師を配置した効果を検証することを目的とした。対象は、高齢者医療を担う中規模病院で地域の複数の介護老人福祉施設（以下、「特養」という）の協力病院である。地域医療連携室には専従の社会福祉士が配置されていたが、医療処置がある状態で退院する患者が増加し、地域医療連携室で退院支援を専任で行う看護師を配置することになった。専任看護師は、訪問看護の経験があり、病院と協力関係にある特養の入所者を多く受け入れていた病棟の看護師長が選任された。着任後、専任看護師は特養との会議を行い連携上の課題を抽出した。また、特養を訪問し介護の実態を確認した。その結果、夜間看護師が不在であることから医療処置は特養看護師が勤務している時間に合わせて実施されていることが明らかになった。特養には夜間の看護師の配置基準がなく、医療処置がある患者の援助は、病院と特養での実施手順に違いが生じていた。病院と特養の援助方法の違いを解消するため、専任看護師は定期的に特養看護師に治療経過や看護情報を提供し、特養が適切に再入所の準備ができるように支援した。さらに、専任看護師は院内の体制強化のため、退院支援看護師会を発足し、特養での生活を見据えた退院支援ができる看護師の育成を図った。したがって、地域医療連携室に専任看護師を配置することは院内外の連携強化につながることを示唆された。

**Key words :** 地域医療連携, 介護老人福祉施設, 専任看護師

### 序 文

高齢化の進展に伴い、医療を必要とする要介護高齢者は増加傾向にある<sup>1)</sup>。高齢者の生活の場となる介護保険施設の入所者のうち経管栄養や喀痰吸引などの医療処置を受けた者の割合は上昇傾向にあり<sup>2)</sup>、医療と介護の連携強化は高齢者が住み慣れた地域で生活する上で重要になる。

2008年に厚生労働省は、介護職員等の医療行為（痰の吸引や経管栄養）を看護師と協働し実施できるように体制整備を進めていった<sup>3)</sup>。しかし、介護職の業務拡大にまでは至っておらず介護保険施設では、医療依存度の高い要介護高齢者の受け入れ制限をせざるを得ない現状が

ある。受け入れを制限しているケア内容は「気管切開」「酸素療法」「経管（経鼻）栄養」「喀痰吸引」等であった。受け入れ制限をする理由は「看護師や医師の不足・不在」「緊急時対応の体制が不十分」であることが上位に挙げられていた<sup>4)</sup>。また、医療処置実施に対する介護職員の不安には、「夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安」「医療的な行為に不安」など<sup>5)</sup>が挙がっており、特養では、社会の要請に応じるため看護師・介護職の夜間配置の強化や介護職の業務拡大、看護師と介護職との連携強化、嘱託医や他施設との連携強化などが今後の検討課題となっている<sup>3)</sup>。

2016年度診療報酬改定<sup>6)</sup>では、退院支援に関する評価の充実として、患者が安心・納得し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保健医療機関に

日本赤十字九州国際看護大学

著者連絡先：〒811-4157 福岡県宗像市アスティ1丁目1番地

おける退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価が新設された。「医療機関の顔の見える連携の構築」や「介護保険サービスとの連携」が評価されるようになり、地域連携部門の看護師は連携の要になる立場といえる。特に高齢者の場合は、医療処置への対応が必要な状態で退院する患者が増加しており、医療専門職によるフォローが欠かせないことから病院と特養との連携体制を強化することが必要となる<sup>1)</sup>。そこで、本研究では、特養と病院の連携強化のため地域医療連携室に専任看護師を配置した効果を検証することを目的とした。

## 1. 方法

### (1)対象施設の概要

対象施設は、地域の高齢者を中心に診療を行っている中規模病院（200床以下、病床区分：一般病床、亜急性病床、介護療養病床）であり、地域にある特養（4施設）の協力病院である。対象施設における課題は、特養から感染症等の治療で入院する高齢者の医療依存度が高まり入院が長期化することであった。地域連携部門には、社会福祉士を配置していたが、医療依存度が高い要介護高齢者の増加とともに、看護師を配置することになった。

### (2)専任看護師の選任

看護師の選任は、看護部長が行った。選任する際の要件として、地域での高齢者の生活の視点を持つことができること、組織的な取り組みができる能力を有することとし、訪問看護の経験があり、特養からの入院を受け入れていた病棟の看護部長を選任した。

### (3)実践方法

2012年4月に専任看護師を配置し2013年3月までの活動内容を評価した。専任看護師が中心になり、病院と特養との連携上の課題解決をPDCAサイクルと問題解決プロセスの対比図<sup>1)</sup>を参考にしながら実践した（図1）。

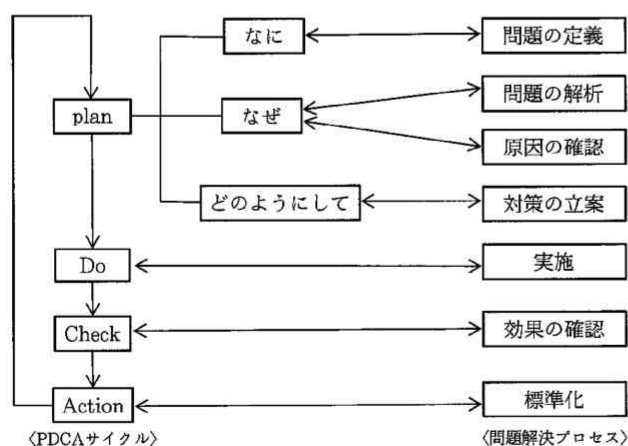


図1 PDCAサイクルと問題解決プロセス  
今井正明：kaizen カイゼン、163頁、講談社 1998  
を参考に藤井幸三作成

第1段階では課題抽出（問題の定義・解析、原因の確認）を行った。課題抽出においては、介護保険施設の意見を聴取するために、連携会議を開催した。対象施設は、入院稼働率の低下や入院期間の長期化などの経営上の課題を抱えていた。稼働率低下の要因を分析した結果、入院患者の60%を占めていた特養からの入院率が低下していたため、特養と意見交換を行い課題を抽出した。特養側からの意見で、「医療処置のある対象者のケア」「特養との患者情報の共有方法」「特養入所者の病状悪化時の対応」に課題がある事が明らかになった（表1）。

第2段階では、課題の解決に向けて「特養の人員体制で実践可能な医療処置対応を検討するための取り組み」「特養との情報共有の推進と協働して退院支援を行うための仕組みづくり」「患者の病状に応じた病床管理と夜間・休日の診療体制の充実に向けた取り組み」を実践した。

### (4)分析

地域医療連携室において、専任看護師が実践した活動内容が記述された業務報告書等から、専任看護師が主体的に活動した内容を抽出し、意味内容が変化しないキーワードを分析した。分析過程においては、質的研究の経験者である共同研究者と熟考を重ね検討した。

### (5)倫理的配慮

本研究の公表にあたっては、対象施設の看護部長の承諾を得ており、情報の取り扱いにおいては、個人が特定されないように配慮した。

## 2. 実践経過および結果

### (1)特養の人員体制で実践可能な医療処置対応を検討するための取り組み

専任看護師は、医療処置の実態を確認するために特養に訪問した。吸引はポータブルの吸引器を数台保有しているのみであり、入院中の様に常時吸引ができる体制ではなく、設備上の問題で受け入れに限界があった。経管栄養は、看護師の勤務する時間に合わせるため、2回の注入になり1回の注入量を増量せざるを得ない状況であった。

専任看護師は、訪問で確認した特養でのケアの実態を退院支援看護師会で報告した。退院支援看護師会では、スタッフが各特養の吸引設備や経管（経鼻）栄養の対応の実態を理解できるように、一覧表を作成し特養の状況をスタッフに伝えながら、事例検討を重ねていった。事例検討を重ねる中で、経管栄養に関しては、特養の生活に合わせた注入時間と注入量にして、健康問題が生じないことを確認し退院調整に入るようになった。また、再入院の頻度の高い患者の要因分析では、注入時の体位が影響していることが予測された。特養では寝食分離を図るため、リクライニング車椅子を使用し注入を行っていたため、入院中にリクライニング車椅子で経管（経鼻）

表1 PDCA サイクルに従った専任看護師の実践（問題の定義から対応策の立案まで）

Plan	問題の定義 (なにが)	医療処置のある対象者のケア		患者情報の共有		病状悪化時の対応	
		【病院】	【特養】	【病院】	【特養】	【病院】	【特養】
		病棟で行う看護で患者の状態が安定していたら退院調整を実施していく。	医療処置の方法の選択や実施時間の決定は、特養での人員配置を考慮して対応するため安全なケアのためには受け入れ制限を行わざるを得ない。	病状が安定してきたら、家族に病状を説明し特養と退院調整を行うことの承諾を得て特養へ情報提供している	再入所調整の依頼が来るが対応できない医療処置もあるため、再入所の検討をする際に家族だけでなく特養にも患者情報を提供して欲しい	夜間・休日の診療機能から重篤な症状と考えられる場合は、適切な診療機能を持つ医療機関への紹介を行っている	夜間や休日の入所者の急病に対し診療を希望するが、救急病院を紹介される。協力病院であるからには、一度診療して紹介して欲しい
	問題の解析原因の確認 (なぜ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療処置の方法の選択や実施時間は、病棟でのスケジュールで実施しており24時間看護師が対応していた</li> <li>特養は、夜間の看護師の配置基準がなく、介護職員が対応するため、夜間に医療処置の対応が必要な場合は援助に限界があった</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の病状説明は家族に実施しており、再入所の決定プロセスに特養が参加できていない</li> <li>家族の思いが重視され再入所になるが、医療処置がある状況で特養で生活をするに對するリスクの理解につながっておらず家族とのトラブルの可能性はある。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>夜間や休日に入所者の急病に対し診療を希望するが、救急病院を紹介されることが多く病院に対し不満を持っていた</li> <li>特養は、協力病院であるからには、一度診療して紹介をして欲しいと希望していた。救急搬送の際などの支援や家族への説明を協力病院に對応して欲しい</li> </ul>	
	対応策の立案 (どのようにして)	<p>特養の人員体制で実践可能な医療処置対応を検討するための取り組み</p> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特養の設備や介護の実態を確認する</li> <li>特養の体制に応じた医療処置の援助方法を検討する</li> </ul>		<p>特養との情報共有の推進と協働して退院支援を行うための仕組みづくり</p> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院中の患者情報の共有のためにカンファレンスを定期開催する。</li> </ul>		<p>患者の病状に応じた病床管理と夜間・休日の診療体制の充実に向けた取り組み</p> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来当直看護師との情報共有による特養の連携強化</li> <li>医局との患者情報共有による連携強化</li> </ul>	

表2 特養の人員体制で実践可能な医療処置対応を検討するための取り組み

Plan (問題の定義・対策の立案)	Do (実施)	Check (効果の確認)		Action (標準化)
		介入前	介入後	
特養の体制に応じた医療処置の援助方法を検討する	<p>【専任看護師】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>特養を訪問し設備の確認や医療処置の実施状況の確認を行った</li> <li>各特養の医療処置の対応状況を一覧表にし病院スタッフに対し見える化を行った</li> <li>施設の設備や看護の状況を退院支援看護師会に報告し、特養での生活に応じた援助方法の検討を依頼した</li> </ol> <p>【退院支援看護師会】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>経管（経鼻）栄養注入方法に関する検討</li> <li>吸引の実施と記録方法の検討</li> </ul>	介入前	介入後	<p>→ 特養の医療処置の対応状況の一覧の継続活用</p> <p>→ 退院支援看護師会と特養での生活援助の実態を継続的に情報共有を実施</p> <p>↓</p> <p>特養の施設基準に応じた医療処置援助方法の工夫と継続評価の実施</p>
		<p>1日3回の注入をベッド上で、フアラ位で実施していた</p> <p>吸引の記録は、各勤務帯でまとめて、痰の性状と量のみ記録していた</p>	<p>特養での注入時間と注入体位での援助を実施し、状態が安定していることを確認し、退院調整を実施するようになった</p> <p>吸引の記録は鼻腔からか口腔からか吸引の時間と回数を記録するようになった</p> <p>痰の性状は、Miller &amp; Jones 分類<sup>9)</sup>を活用し、共通指標で評価するようになった</p>	

栄養注入を実施し、異常がないことを確認して退院調整を行うように変更した。

吸引に関しては、対象者の痰の性状や吸引の頻度や吸引の必要性の判断基準を病院と特養の看護師が共通理解する必要があると考え、痰の性状の観察には Miller &

Jones 分類<sup>9)</sup>を活用し、吸引方法と回数を具体的に記録に残し病院と特養が双方で共有できる指標を活用し情報交換できるようにした（表2）。これらの取り組みで、特養看護師と病棟看護師が双方でケアの評価を行うようになった。

表3 特養との患者情報共有の推進と協働して退院支援を行うための取り組み

Plan (問題の定義・対策の立案)	Do (実施)	Check (効果の確認)		Action (標準化)
		介入前	介入後	
特養から入院中の患者情報を共有するためのカンファレンスを実施する	<b>【専任看護師・専従社会福祉士】</b> 1. 特養から入院中の患者情報共有のため週1回カンファレンスを行う <b>【参加メンバー】</b> 病院：専任看護師、専従社会福祉士 特養：看護師長、生活相談員	退院時サマリー等で情報提供	入院時から退院時まで病状や治療経過を情報提供 <b>【情報提供の時期と内容】</b> ・入院時 入院期間の見込み ・状態安定期 治療経過とケア内容 ・退院時期 サマリー	<b>【隣接している特養】</b> 週1回定期的に情報共有カンファレンスを継続  <b>【遠距離の特養】</b> 特養スタッフが、他患者の受診介助で来院時の待ち時間を活用し、情報提供を実施
	<b>【専任看護師・病棟看護師】</b> 2. 特養側が再入所に課題を感じているケースを中心に、主治医が家族に対しインフォームド・コンセントを実施する際に特養から参加できるように調整を行った	<b>【退院支援プロセスの変化】</b> 患者の病状の安定 ↓ 主治医は、患者・家族に病状を説明し、希望に応じ退院先を決定する ↓ 病棟から特養に診療経過の説明と退院許可が出たことを説明し日程調整を行う		医療処置がある患者の再入所に関しては入院時から定期的に情報を共有し、退院時の面談に特養からも参加してもらい家族特養・病院で再入所について検討するようになった

## (2)特養との情報共有の推進と協働して退院支援を行うための仕組みづくり

特養との連携会議において、特養の職員に対しても患者の病状に関する情報提供をして欲しいという要望が出された。病院側は病状に関する説明は家族に行うため、特養側は家族を介して情報を確認することになり、情報提供が不足していた。そこで、専任看護師は、退院時期の家族面談に特養の看護師・生活相談員等が参加できるように病棟との調整を行った。さらに、定期的に情報を提供する機会を持つため病院との距離が近い施設に関しては、毎週1回、患者の情報共有のための連携会議を開催した。また、施設との距離が遠く施設へ出向くことが困難な特養とは、特養看護師が他の入所者の外来受診の介助で来院した際の待ち時間を活用して情報提供を行い双方向で意見交換を行った。情報共有の視点は、患者の入院時期には、想定される治療と入院期間に関する情報、症状安定期には病棟での看護・生活援助の現状、退院時期には再入所に向けた受け入れの可否に関する意見交換を行った。

情報共有することにより、施設側から病院では確認することができない家族の思いや生活背景などの情報も提供された。この情報をもとに対象者や家族のニーズをとらえ特養と病院が協働で退院支援を行うことが可能となり看看連携を強化することができた(表3)。

## (3)患者の病状に応じた病床管理と夜間・休日の診療体制の充実に向けた取り組み

在院日数の長期化と夜間や休日の状態悪化時の診療体制が脆弱で、救急病院へ紹介し入院となるケースが増加

していたことが影響し2011年7月までは入院稼働率90%で経過していたが徐々に稼働率が低下し2012年1月より3月までは60~70%とさらに低下したことから2012年4月に専任看護師を配置し病床管理を行うようにした。専任看護師は患者の病状と施設の受け入れ状態に応じて、家族や特養と相談しながら亜急性期病床や介護療養病床を利用した病床運営を行うことで特養で対応可能なケアの評価を特養と共に行い退院調整を行った。これらの取り組みの経過の中で2012年5月から入院稼働率が80%台に回復した(図2)。さらに、亜急性期病床や介護療養病床を活用し療養支援を継続したことで一般病床の平均在院日数の短縮もでき入院基本料「15:1」から「13:1」への引き上げができた。

また、特養からは「夜間・休日の入所者の状態悪化時の対応は、介護職員が行うため不安があり、病院に介入して欲しい」という意見も出ていたため、2014年4月より夜間外来のための看護師当直制を導入し、診療のサポートを行う体制に変更した。さらに、専任看護師は特養と連携し、受診するまではないが、夜間の状態悪化が心配される入所者の相談を受けるようにし、当直看護師に情報をつなぐようにし相談・支援体制を整備した。

## 3. 考察

2000年の診療報酬改定において、急性期特定病院加算の施設基準に地域連携室の設置が新設され地域連携部門の設置が進み、医療提供体制において「機能分化と連携」が強化された<sup>9)</sup>。医療機関の機能分化が進行する中で、治療の場である医療機関と生活の場である介護保険施設の連携の在り方に変化が生じてきた。治療の高度化や介

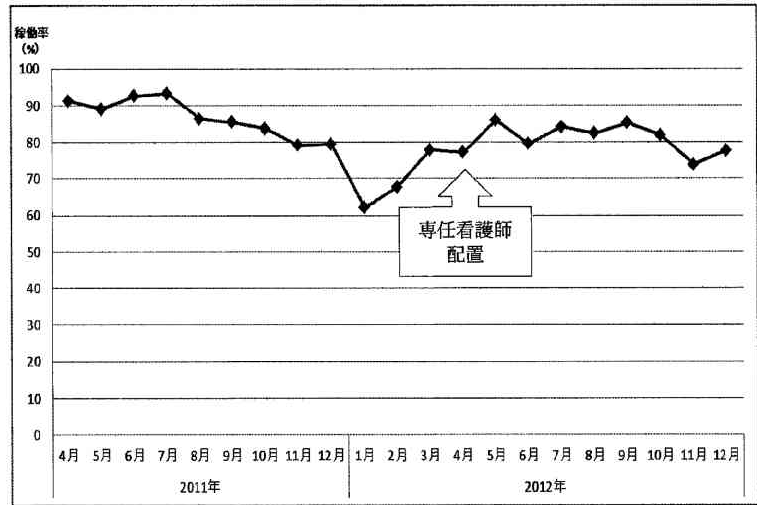


図2 入院稼働率の変化

護の重度化が相まって吸引・経管栄養・創処置・透析などの医療的ケアがある状況で退院となるため、特養等の介護施設への退院や入所が困難となっている現状が明らかになっている<sup>10)</sup>。その変化に対応していくために地域連携部門は重要な役割を担っている。そのため、地域連携部門は、看護と介護をつなぐ架け橋として地域ケアにおける要であるといえる。その中で、専任看護師は、訪問看護経験があり地域での生活の実態を把握できていたこと、病棟師長として特養看護師や生活相談員と顔が見える連携を行っていたこと、病院では経営管理に提案をしやすい立場にあったことは、連携体制強化にとって効果的であったと考える。

病床運営に関しては、取り組み経過の中で60%台に低下していた入院稼働率が80%以上に上昇し、入院基本料を15:1から13:1への引き上げができた。今までは、特養での医療処置の対応状況を十分に把握していなかったことから、治療終了後すぐに特養への退院を許可していたが、特養では病院との設備の違いや介護職が医療処置を実施するリスクなどの不安を抱きながら援助していたことが明らかであった。特養の施設の状況に応じて、安全に医療処置を実施できるよう、それぞれの施設の介護力に応じた療養支援が必要であった。特養への退院が困難事例の対応においては、施設の状況や地域の介護に関する事業所の力量の差を確認しながら退院支援を進めることの重要性が述べられており<sup>10)</sup>、施設の介護力を確認しながら、退院調整を行い、亜急性期病床や介護療養病床を活用しながら病床を運営したことで結果的に稼働率の上昇と平均在院日数の短縮化につながり入院基本料の引き上げができたものと考えられる。

特養の介護力に応じた医療処置の援助方法については、病院側は特養での介護の限界を把握したうえで対象者の生活援助計画を立案する必要がある。病棟で勤務する看

護師は特養との連携において医療処置のある対象者の再入所が困難になってきたことを感じ様々な対処を検討するものの「どうにもできない」と対処方法が見つからないと感じている現状<sup>8)</sup>があり対象施設でも同様の反応があった。療養支援において「医療処置の単純化や応用方法を提案する」に関する実施率は低いという実態<sup>11)</sup>もあり退院支援看護師会での事例検討の際に、専任看護師はメンバーが特養での介護の現状をイメージできるように特養の設備と実施可能な医療処置の対応状況を伝達した。退院支援看護師会のメンバーは、特養での医療処置の実施状況を理解することで、病院の生活時間や処置の方法ではなく、特養の生活パターンや医療処置の対応力に合わせた援助方法を検討し、患者の病状を評価するようになった。評価結果を特養看護師と共有し、双方で退院時評価を行うようになり特養側の意見を取り入れた援助ができたことから看看連携が強化されたものと考えられる。

病院と特養の情報共有の仕組みづくりについては、専任看護師が入院時から定期的に患者の情報を特養と共有したことで、病院で得ることができない家族の思いを知る機会になった。また、特養で実施する医療処置に対するリスクの家族の理解が十分でないことも不安材料であった。そこで、入院中に特養での医療処置の限界とリスクを協働し説明し、病院・特養・家族の3者で方針を検討することが増えていったことで、特養スタッフの不安軽減にもつながったと考える。

結語

本研究は、病院と特養の連携強化のため地域医療連携室に専任看護師を配置した効果を検証することを目的とした。専任看護師は、特養との連携上の課題を明らかにし、課題解決に向けた取り組みを行うことで、院内外での連携体制を強化することができた。院内での取り組みにおいては、病院経営管理者へ特養側のニーズを伝え、

特養のニーズに対応した医療体制を作ることによって経営状態が改善した。また、退院支援看護師会を立ち上げ、看護師の退院支援能力の向上と特養看護師との継続看護の連携を強化することができた。院外との連携では、特養との情報共有の仕組みをつくり、特養・対象者・病院の3者による意思決定ができ、医療処置のある対象者の特養への退院支援の質向上につながった。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省：介護サービス利用者に対する医療提供のあり方について、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r9852000001nv9k.pdf>、アクセス2017年8月25日
- 2) 厚生労働省：施設サービス等について、<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146267&name=2r98520>、アクセス2017年8月25日
- 3) 厚生労働省：介護職員等による喀痰吸引等実施のための制度についてのホームページ、[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/1-1-1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/1-1-1.pdf)、アクセス2016年5月31日
- 4) 平成22年老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康推進事業：介護現場での看護と介護の役割等に関する調査研究事業報告書、<http://www.kokushinky.or.jp/Portals/0/04.介護現場での介護報告書.pdf>、アクセス2016年5月31日
- 5) 厚生労働省：介護労働の現状、(公財)介護労働安定センター「平成25年度介護労働実態調査」、<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000.../0000071241.pdf>、アクセス2016年5月31日
- 6) 厚生労働省：平成28年度診療報酬改定の概要、患者が安心・納得して退院するための退院支援の充実、<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000125202.pdf>、アクセス2016年5月13日
- 7) 藤本幸三：看護管理プロセス、看護管理学、自律し協働する専門職の看護マネジメントスキル、(手島恵、藤本幸三編集)、pp62～80、南江堂、東京、2015
- 8) Miller D. L, R. Jones : A study of techniques for the examination of sputum in a field survey of chronic bronchitis, *Am. Rev. Respir. Dis.* 88 : 473～483, 1963
- 9) 杉崎千洋：病院改革と地域ケアシステム、医療制度改革と地域ケア 急性期病院から慢性期病院へ、そして地域・在宅、(太田貞司編集)、pp7～22、光生館、東京、2009
- 10) 藤村史穂子、上村美穂子、蘇武彩加：退院支援・退院調整にかかわる医療機関の看護職が感じる困難とその対処、岩手県立大学看護学部紀要 17 : 1～12、

2015

- 11) 洞内志湖、丸岡直子、伴真由美：病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題、石川看護雑誌 *Ishikawa journal of Nursing* 6 : 59～64、2009

本論文は、2016年4月22日、23日に開催された第18回日本医療マネジメント学会学術総会における発表内容をもとに投稿した。