

令和4年度 北見市医療と介護の実践報告会

参加のご案内と抄録集

令和4年度 北見市 在宅医療・介護連携推進事業



日時	令和4年 10月22日(土) 15:30 ~17:00 (開場 15:15)
方法	対面及び Zoom ミーティングによる Web 開催と併用
会場	ホテル黒部 (市民フォーラムの終了後、同会場で実施します)
対象	北見地域の医療機関職員、在宅や介護保険事業所等で働く医療職・福祉職・介護職・行政職など
参加費	無 料
定員	200 名 (対面 100 名 オンライン 100 名)
申し込み	下記の URL または二次元コードを読み取り必要事項を入力してください。 https://forms.gle/39gtw8aMvbSr7V7n7 ←リンクあり 締め切り：令和4年10月14日(金)
主催	北見市医療・介護連携支援センター, 北見市

【ご案内】

会場(ホテル黒部)は直前まで市民フォーラムを開催しています(13:30 より)。併せてご参加頂ければ幸いです。

プログラム

1. 開会あいさつ：北見市保健福祉部 地域包括ケア推進担当主幹
2. 演題報告（発表時間 8 分 質疑応答 2 分）
座 長：医療・介護連携推進部会 部会長 木村 輝雄氏（北見赤十字病院 脳神経外科部長）
助言者：社会福祉法人アンビシャス理事長 長谷川 聡氏（前北海道医療大学看護福祉学部准教授）
3. 閉会あいさつ：北見市高齢者支援ネットワーク会議
医療・介護連携推進部会 部会長 木村 輝雄氏

演 題

【演題 1】 カテゴリー「日常の療養支援」

心不全患者の療養指導について ～理学療法士の関わり～

○ 森 博子¹, 寺山 葉子², 氏江 修一², 柳 華純², 庄司 寛³

1.北見赤十字病院 医療技術部 リハビリテーション科, 2.北見赤十字病院 看護部, 3.北海道立北見病院 リハビリテーション課

慢性心不全は、症状の急性増悪と寛解を繰り返しながら、徐々に身体機能や ADL が低下し、生命予後が悪化させる症候群である。この急性増悪を防ぐためには、日常生活の管理と適切な運動、栄養が重要と言われている。2021 年に日本循環器学会では“心不全療養指導士”が設立され、北見赤十字病院、道立北見病院の両院で 5 名の心不全療養指導士が誕生した。また、2022 年 6 月には両院共通の「心不全手帳」が完成し患者の療養指導に活用している。今回、当院で行っている心不全患者の療養指導について、また「心不全手帳」の活用方法について事例を通して報告する。

【演題 2】 カテゴリー「日常の療養支援」

管理栄養士による在宅高齢者への食支援の一例

○ 橋口 絵里 北海道栄養士会 オホーツク支部 管理栄養士

在宅療養を選択された高齢者世帯へ管理栄養士が訪問し、食支援を行なった一例を報告する。症例は、80 歳男性。慢性腎臓病。妻と二人暮らし。近医受診時に高カリウム血症の指摘を受け、妻の栄養相談の希望あり。担当ケアマネジャーから当支部を通じて依頼あり、介入となる。初回訪問時、食事摂取不良、体重減少あり、低栄養状態であった。療養者の嗜好や気持ちに寄り添った食支援を行った。介入後、食事摂取量は増加。血清アルブミン値も改善傾向となったが、9 ヶ月後自宅で永眠された。栄養状態に対する早期支援が必要な症例であった。栄養状態に問題のある在宅高齢者への早期支援を可能とする地域でのシステムが必要であると考えられた。

【演題 3】 カテゴリー「日常の療養支援」

買物と通院困難者を対象とした移動に関する調査結果から

○ 加納 由委奈 , 佐藤 成一郎 北見市保健福祉部 介護福祉課 地域支援係

北見市では令和 3 年度、市内のケアマネジャーを対象に「移動に関する調査」を実施した。その結果、調査時に要介護認定を受け、現在は独力で通院又は買い物している者のうち、3 年以内にそれが困難になるとケアマネジャーが判断した利用者はともに 75%ほどにのぼることが判明した。当係は地域支援事業として、移動困難市民に対する地域の助け合いなどの生活体制整備も対応しつつ、困難となる要因に身体機能の低下が多くあげられていたことから、身体機能の維持へ向けたケアマネジャーとリハビリテーション連携の強化を図る事業を実施しているところである。調査の状況と併せて当市における生活支援体制整備の方向性について報告する。

【演題 4】 カテゴリー「日常の療養支援」

理学療法士によるケアプランへの助言は介護予防に有用か？ 北見市試行事業の経過報告

○ 米田 将基¹, 稲垣拓朗¹, 阿部充孝¹, 箭内一浩¹, 高桑純一²

1.北海道理学療法士会 道東支部 2.北見市地域包括支援センター連絡協議会

北海道理学療法士会は、北見市および北見市地域包括支援センター連絡協議会と共同して「リハビリテーション前置によるケアプラン支援事業」の試行を開始した。当該事業は北まる net を利用してケアプラン立案に先立ち理学療法士が助言を行なうものである。この事業によって間接的に利用者の身体機能の維持・向上を図り、最終的には介護給付費の抑制を目的としている。

我々は今年度中の目標症例を 32 例設定し、8 月 15 日時点で 12 件のケアプランに助言を実施した。助言の傾向としては、フレイルに係る予後予測および支援の提案が最も多く提出された。本報告では、当該事業における経過を報告し、期待される事業効果と今後の課題について提言する。

【演題 5】 カテゴリー「日常の療養支援」

介護過程と施設サービス計画の連動によるケアの質向上の取り組み

○ 山川 大介¹, ○ 松島 晃¹, 小川 政洋¹, 渡部 寿美江¹, 米田 将基², 大栄 一裕^{1,2}

1. 社会福祉法人 きたの愛光会 特別養護老人ホーム こもれびの里 施設部 2.同法人 在宅部

当法人は令和 3 年度より介護過程推進プロジェクトを開始した。プロジェクトの一つが介護計画と施設サービス計画(施設ケアプラン)との連動である。①アセスメント、②計画立案、③ケアの実施、④評価のすべてに介護福祉士が関わり、ケアマネジメントに介護計画を連動させていくことが特徴である。介護福祉士が施設サービス計画の立案(Plan)に関わり、ケアを行い(Do)、介護目標を意識して介護記録を書き評価(Check)するとともに、多職種でのケアカンファレンスを通じ、生活支援の視点から意見(Action)を述べ、PDCA サイクルが出来ることを目標としている。現段階は法人の 4 施設で試行的に実施している。本プロジェクトの方法や実施して明らかになったことなどを報告する。

【演題 6】 カテゴリー「入退院支援」

『患者支援センター』に期待する地域との連携強化

○ 坂本 順子¹, 谷口 幸子², 上林 実³

北見赤十字病院 患者支援センター開設準備室 1.看護師, 2.保健師, 3.医師

当院は、オホーツクの中核医療機関を担う高度急性期・急性期病院として、地域住民に専門及び高度医療を安定供給する役割があります。令和4年10月1日より医療社会事業部（地域医療連携室・退院支援課・医療福祉課）とがん対策推進室を統合し、外来受診から入院・退院までの医療・療養を一貫してサポートする『患者支援センター』を開設しました。「患者支援課」は入院前支援・療養・退院・相談支援、「地域連携課」は医療介護連携・広報、がん診療連携拠点病院関係、診療・検査予約、紹介・逆紹介、「病床管理室」は緊急入院・転院受入に関する病床管理を主な業務とし、地域の医療機関・介護事業所等との連携と患者相談支援の強化を図ります。

【演題 7】 カテゴリー「看取り」

看取り 「答えなき挑戦」

○ 後藤 智子¹, 上村 尚子² 医療法人社団久仁会 介護老人保健施設いきいき 1.看護師, 2.介護福祉士

北見地域でも多死社会が到来している。当施設でも看取りケアを開始し 15 年が経過、今月 8 月で 193 名のお看取りをした。事例は 70 歳代後半の男性、妻と二人暮らしで進行性の神経難病であった。平成 30 年より当施設のデイケアを開始し、令和 3 年 5 月より短期入所を計 8 回利用。その後入所となった。誤嚥性肺炎の所見あり、最期をどのように過ごしたいかを医師からご本人、ご家族へ説明した。ご本人の希望にて当施設での看取りを決められた。コロナ禍ではあったが感染対策を行いご家族もケアに参加して頂き、ご家族の見守る中永眠された。お看取り後は妻から「皆さんに助けられた」「私にも役目があったんだと思えた」とのお言葉を頂き、ご本人やご家族に寄り添った看取りケアを深く学ぶ事例であった。

【演題 8】 カテゴリー「看取り」

看取りを支えるケアマネジメント

○ 山田 宗治 医療法人社団 煌生会 介護支援センターさくら 居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員

当事業所では、医療機関や高齢者相談センター(地域包括支援センター)からの要望を受け、積極的に看取りに関わるケアマネジメントをお受けしている。令和 3 年度 (R3 年 3 月～R4 年 2 月) までの間に 5 件の自宅での看取り支援を各医療機関、訪問看護、介護保険サービス等と協働させていただいた。現在も発展途上中の当事業所での実践報告をすることで、今後、より地域のニーズに対応したケアマネジメントを行うために何が必要か考察する。また、看取りに関わるケアマネジメントを積極的に受託した結果、2019 年 4 月時点で算定率が全国で 0.4%と極めて稀なターミナルケアマネジメント加算を算定することができたので、その点についても併せて報告する。