

2. 退院前訪問指導と退院後指導、診療体制について

「祐愛会織田病院における退院前訪問指導と退院後指導、診療体制について」

織田病院 連携センター

織田良正

当院は、かかりつけ医と密に連携しながら、地域の二次救急医療機関としての役割を担っている。その中で高齢患者は急増しており、2016年には75歳以上の入院患者は年間の入院患者の半数以上を越えるまでに増加した。

高齢患者が安心して自宅へ退院し、スムーズに元の生活に戻るためには、自宅復帰を見据えた入院早期からの退院支援が必須であり、当院では2005年から退院支援看護師を配置し積極的に退院支援に取り組んできた。具体的には、入院初日から退院支援を要する患者のスクリーニングを行い、入院後1週間を目安に3次スクリーニングまでを終了することで、入院早期からの退院支援を可能にしている。

しかしながら、特に85歳以上の患者は認知症や要介護状態であることも多く、治療期間中にADL (activities of daily living) が低下し、従来の退院支援だけでは自宅への退院が困難となることも少なくない。そこで当院では薬剤師、管理栄養士、理学療法士、医療ソーシャルワーカーなど多職種を各病棟に専従配置し、多職種で退院支援を行っている。実際に高齢患者の増加にも関わらず、2017年度は平均在院日数12.1日、病床稼働率100.2%と高い水準を保っている。

退院後も高齢患者が自宅生活を継続するためには、入院と在宅をシームレスに繋ぐことが重要となる。そのためには退院前後の訪問指導や自宅生活を継続するための診療体制の構築が必須である。当院での①退院前訪問指導、②退院後訪問指導、③診療体制は以下の通りである。

①退院前訪問指導

退院前訪問指導は患者宅の環境調整が中心となっており、当院では理学療法士が患者宅を直接訪問し行うことが多い。当院の在院日数が短いこともあり指導料を加算できるケースは少ないが、加算していないケースも含めて退院前訪問指導自体は積極的に行っている。

②退院後訪問指導

当院では退院直後2週間の期間に訪問サービスを利用し、入院中のケアを継続する取り組み(Medical Base Camp:MBC)を行っており、訪問サービス各種で退院後指導を行っている。指導料の加算は状況に応じて行っている。

③診療体制

退院後の訪問診療、往診は基本的には主治医(当院入院主治医やかかりつけ医)が行うが、外来診療中や休日夜間の緊急時など主治医のみでの対応が困難な場合が少なくない。様々な状況に対応するために、当院の救急診療は内科系、外科系医師1名ずつの2名体制で行っており、在宅医療を常にバックアップする体制を整えている。

高齢患者は複数疾患を合併し、疾患の寛解、増悪を繰り返す。1回の入院経過は長期的な経過の過程の一部であり、地域包括ケアの実現のためには「地域完結型」の医療・介護の次に、「地域循環型」の医療・介護の構築に向けて動き出さなければならない。今後も地域のかかりつけ医と密に連携を取りながら、「Aging in place」の実現に向けて努力していく。