

## 2. 退院前訪問指導と退院後指導、診療体制について

### ～ 生活復帰につながる・生活を改めて考える退院支援 ～

真栄病院 理事長・院長  
小笠原俊夫

地域包括ケア病棟の機能として3つの受け入れ機能と在宅・生活支援機能を含めた4つの機能が上げられている。退院前・後の訪問指導はこれらの4つの機能の中でも地域包括ケア病棟の核である在宅・生活支援機能を担保するものと考えている。

自院は地域包括ケア病床(以後、ケア病床)18床と一般病床(37床)を合わせて1つの病棟(以後、ケア病棟/一般病棟)として運用している。病院全体としてはリハ医療を基盤として札幌市清田区を中心に地域に根ざした慢性期医療を提供してきた。

ケア病床/一般病床の病棟はサブアキュートとして急性疾病に対応しているものの、主としてポストアキュートとしての慢性期医療を担う病棟として機能している。ケア病床と一般病床の使い分けは病状、60日以内での退院可否、紹介元在宅復帰率へ寄与の必要性などで行っているが前記した本来のケア病床の4つの機能はケア病床/一般病床の病棟全体で担うように考えている。

特に予後予測困難な病状の重い方は一般病床で受け、振り分け的に利用し、病状が安定しリハを中心とした退院に向けた医療・ケアが提供される段階でケア病床を利用している。このような手法により在宅復帰率、入院期間、重症度の制限を乗り越えているが、近年、入院される方の病態重症化を考えると在宅復帰率、入院期間の2点は頭を悩ませる課題である。

前置きが長くなったが、この2つを管理・制御する上で退院支援が重要である。現在では退院支援は入院前から始まる必要があることも広く受けとめられており当協会の仲井会長は「入退院支援」としてその重要性を提言している。

今回、大会長より課された退院前訪問指導・退院後指導はこの入退院支援の一部と考えて、入院前面談(時に外来受診)に医師が関わる自院の取り組みを紹介する。

さらに、入退院支援のアウトカムは上記の2点だけではない。退院に至らず自院内で転棟し、最期まで入院生活を続けざるを得ない方とその家族に、疾病の進行の様子や人生の終りについてイメージし深く考えて頂く重要な機会と考える。もちろん、この過程は入院前の面談から始まっている。治療経過が受け入れ難い時にこそ、時間をかけて本人・家族も十分に理解される中で、残る時をどう過すかを考えて頂いている。

一般病棟であれ、地域包括ケア病床であれ入退院支援は医療の効率化と地域包括ケアシステムの基盤である「本人の選択と本人・家族の心構え」を医療現場で創り出す重要な機会であることも強調したい。