

1. 入院時連携から退院時連携、アウトカム評価について

～当院における地域包括ケア病棟の現状と課題～

多摩川病院 理事長

矢野 諭

当院は2010年10月までは167床(3病棟)全てが介護療養病床であった。その後、段階的に病棟転換を行い、医療療養病棟120床、回復期リハ病棟47床に再編成した後、2014年7月には医療療養病棟の一部を地域包括ケア病床23床【入院医療管理料2(当時)】に転換した。2015年11月から、地域包括ケア病棟49床【病棟入院料1(当時)】、回復期リハ病棟58床【入院料1(当時)】、医療療養病棟60床【入院基本料1・在宅復帰機能評価加算算定】に再編成を行い、現在に至っている。それは、「長期療養施設」から、病院本来の機能である「治療して帰す病棟」への転換の歴史であった。急性期病棟はないが、「地域多機能型病院」として、「回復期機能」を中心に、軽度～中等度の疾患に対応する急性期機能と重度長期慢性期機能を兼備する。院内の病棟間移動はごく少数である。全ての病棟が在宅復帰を目指しており、当然「退院支援」にかかるウエートは、数年前と比較して格段に増加している。特に、入院期間が60日に限定され、在宅復帰率70%というアウトカムが要求される、病床回転率の高い地域包括ケア病棟において、その傾向はますます顕著である。さらに、2018年度改定で導入された「入退院支援加算」では、入院前から入院中及び退院後に向けた対応の手順を整備することが求められている。入院時連携の内容は、患者の受け入れ元によって大きく異なり、退院先の選定においては、地域における多職種間のネットワークが必須になる。在宅系からの患者受け入れ実績があらたなアウトカム評価となるが、当院では、地域包括ケア病棟の開設後、2016年から、在宅専門クリニックとの連携強化を積極的に推進した結果、紹介入院患者が急増した。現在では、地域包括ケア病棟入院患者の50%以上が、在宅専門医がかかりつけ医である自宅、または特養等からのsubacuteの入院患者である。この場合の入退院連携は円滑に行われている。入院時には、連絡を受けた際に、必ずしも医師の判断を待たずに、患者の病態を把握して、タイムリーに患者の受け入れ調整を行うことが出来る専従看護師の役割がきわめて大きい。ほとんどの場合、退院先は受け入れ元と同じになる。一方、急性期病院からの紹介であるpostacute患者の場合は、自宅だけではなく、特養や有料老人ホームへの退院調整を考慮しなければならない。入院時から退院困難患者を抽出して、多職種間カンファランス等を実施し、相当の時間をかけて、患者側の事情を考慮した退院先を選定する調整業務が必須となる。そこでは、専従MSWにかかる比重が大きくなる。今後は、退院後に当院がかかりつけ医として訪問診療・訪問リハを担当することも選択肢となり得る。本講演では、入院時・退院時連携の実績を中心に、当院の地域包括ケア病棟の現状と今後の課題について述べる。