

地域包括ケア病棟開設に向けての取り組み

—開設から半年が経過しての報告—

杉山 聖子¹⁾

要旨： 少子高齢化に伴い、慢性疾患患者への対応や、一人暮らし高齢者の増加で地域医療を取り巻く環境など、病院の果たす役割が変化してきている。そのため、これまでの病気を治す事を主眼とした急性期医療に加え、病気とうまくつきあっているいきながら、出来る限り住み慣れた地域で生活が続けられるよう、地域包括システムの構築ケアをするための支援が求められてきている。むつ総合病院では、平成 29 年 1 月、地域包括ケア病棟導入プロジェクトを立ち上げ、導入に向けて取り組むことになった。平成 29 年 11 月に地域包括ケア病棟として稼動し、半年間の経過をここに報告する。

キーワード： 地域包括ケア病棟、ベッドコントロール、退院支援

ORIGINAL ARTICLES

Approach for establishment of a regional comprehensive care ward

— A report half year after establishment —

Seiko Sugiyama¹⁾

Abstract: With the declining birthrate and aging population, the role played by hospitals is changing, such as accommodating patients with chronic diseases and the setting of regional medical care due to an increase in elderly people living alone. Therefore, in addition to acute care that focuses on curing the disease, in order to continue living in a familiar area as much as possible while continuing to manage the disease, establishing a regional comprehensive system for care support is needed. In January 2017 at Mutsu General Hospital, we launched a project to introduce community comprehensive care wards. We began operating the regional comprehensive care ward in November 2017, and here we report the progress of half year after introduction.

Key words: Regional inclusive care ward, bed control, discharge support

¹⁾ Regional Comprehensive Care Ward, Mutsu General Hospital

*Corresponding Author: S. Sugiyama
(nurse@hospital-mutsu.or.jp)

1-2-8 Kogawa-machi, Mutsu 035-8601, Japan
TEL : 0175-22-2111 FAX:0175-22-4439

Received for publication, December 5, 2018

Accepted for publication, December 26, 2018

¹⁾ むつ総合病院 地域包括ケア病棟

*責任著者: 杉山聖子

(nurse@hospital-mutsu.or.jp)

〒035-860 青森県むつ市小川町一丁目 2 番 8 号

TEL : 0175-22-2111 FAX:0175-22-4439

平成 30 年 12 月 5 日受付

平成 30 年 12 月 26 日受理

1. はじめに

少子高齢化に伴い、慢性疾患患者への対応や、一人暮らし高齢者の増加で地域医療を取り巻く環境など、病院の果たす役割が変化してきている。そのため、これまでの病気を治す事を主眼とした急性期医療に加え、病気とうまくつきあっているながら、住み慣れた地域で生活が続けられるようなケアをするための支援が求められてきている。

むつ総合病院では、平成 29 年 1 月、一般病棟の平均在院日数の短縮、急性期病棟で状態が落ち着いた患者を受け入れ、在宅支援を行ない、患者・家族が安心して、在宅・施設等に復帰できるように、他職種と協力しながら支援を行なう事を目的として、地域包括ケア病棟導入プロジェクトを立ち上げ開設に取り組む事になった。

2. 2 階病棟が地域包括ケア病棟に決定後のスケジュール

2 階病棟は消化器外科病棟であったが、入院患者動向や稼働率などから、地域包括ケア病棟として稼働病床 54 床で運営することが決定となった。そして、消化器外科疾患の患者の受け入れは 5 階病棟となり、病棟再編成が行なわれた。

平成 29 年 5 月よりプロジェクトに参加して、本格的に稼働に向けた取り組みが始まった。7 月からは、入院患者のシミュレーションを行なうために、月・水曜日の朝 9 時から会議室で地域連携室の師長を中心にベッドコントロール会議を行ない、入退院患者状況、転棟患者情報の共有を行なった。8 月には、保健所監査があり、その後、9 月にはベッド数を一部 6 床から 5 床に減少し、患者一人あたりの居室面積を 6.4 m²以上とした。稼働病床 54 床で 9 月 29 日より患者移動を行ない、11 月の本格稼働を目指した。10 月には看護局の人事異動があり、スタッフの半数が入替わりという事態にもかかわらず、粛々とオリエンテーションを行ない、11 月 1 日より本格稼働となった。

病棟の受け入れ準備としてリハビリテーションを提供する患者について、1 日 2 単位以上のリハビリテーションを行なっている事と施設基準等にもあり、車椅子で移動の患者が多く転棟される事が予想されたため、車椅子用トイレの設置を考えた。近くに旧透析室の患者用トイレがあったため、管財課と相談し、車椅子用トイレの設置が可能となった。

また、消化器外科疾患を受け入れる 5 階病棟

には 2 階病棟のスタッフの半数が異動となり、5 階病棟のスタッフが半数 2 階病棟に異動となるため、互いに相談しながら、数名ずつお互いの病棟のオリエンテーションを行ない、不安の軽減に努めることに務め、11 月 1 日より勤務可能となった。

3. 結果

11 月より本格稼働となり、ベッドコントロール会議は毎週月・水・金曜日の朝 9 時より会議室で開催された。各病棟師長より、数名ずつ転棟患者の候補があり、主治医の許可、退院先、家族の思い、日常生活動作（以下 ADL）転棟時間、エアマットの使用状況などの情報収集を行なった。病棟ではリーダーと ADL の状況から、部屋決めを行ない、担当看護師を決め、受け入れ体制を整えていった。受け入れ時間は各病棟の業務内容に合わせ、受ける病棟側も重ならないように時間配分を行なった。それに伴い、患者受け入れ時のエアマットの準備、感染症の有無、車椅子、歩行器などの移動手段など事前に準備が出来、申し送りもスムーズに進むことが出来た。半年間の入院・転棟患者の内訳は、内科が 48%と約半数を占め、次に泌尿器科が 17%となった。この入院には地域包括ケア病棟短期滞在入院の前立腺針生検法や、内視鏡的結腸ポリープ粘膜切除術の患者も含まれている。次に循環器内科の転棟が 17%、整形外科が 12%となっていた。

地域包括ケア病棟に転棟した患者は自宅、居宅系介護施設等に 69%の患者が退院している。次に介護老人保健施設、有床診療所に転院と続いていた。退院される患者の中で、介護度が長期の入院生活により変化し、退所を余儀なくされ、新たに施設申し込みから開始することもあり、退院支援が困難事例も起きて来た。

また、最初の目的であった、一般病棟の在院日数は開始前月 3 ヶ月平均で 17.27 日、開始後 4 月時点で 16.73 日と短縮となっていた。常に満床状態であった内科病棟は空床ができ、予定入院患者の受け入れ、緊急入院の患者など主科で対応が出来てきた。

開設時施設基準等にうたわれている、専従の理学療法士 1 名を配置し、リハビリテーションを提供する患者の移動にはベッドコントロール会議で詳細に打ち合わせを行ない、毎月 2 単位以上提供することができていた。在宅復帰率では自宅、居宅介護施設等への退院がほぼ決定された患者の移動であるため、70%以上を維持出来ていた。しかし、退院先が決定されず、長

期に渡り、施設の申し込みの繰り返し、カンファレンスが必要な患者も在院していた。

地域包括ケア病棟導入にあたり、医事課、リハビリテーション科、地域連携部、情報管理室、

看護局が一同に集まり、入院患者数の動向、空床状況などの情報を共有することでスムーズなベッドコントロールが出来ていった。

表 1. 稼働後のデータ

	総入院数	総退院数	短期入院	リハビリ実施 平均単位	在宅復帰率	病床稼働率
11月	154名	106名	22名	2.38単位	82.19%	78.02%
12月	76名	89名	24名	2.46単位	84.31%	80.59%
1月	106名	89名	27名	2.19単位	85.19%	78.43%
2月	101名	107名	29名	2.20単位	84.29%	93.92%
3月	102名	97名	19名	2.14単位	76.39%	84.95%
4月	70名	83名	16名	2.23単位	75.98%	80.70%

4. 考察

地域包括ケア病棟に転棟する患者は急性期治療が終了して退院許可はあるが、高齢で ADL の低下、独居、老老介護で社会的資源を活用しなければならない患者が多数を占めているため、退院支援が必要となってくる。その中で、各病棟から転棟してくる患者の情報をいかに、本人、家族の希望に添って対応出来るかが必要不可欠である。今後求められるベッドコントロールとは、必要な患者情報やデータを共有出来る仕組みがあること、病床稼働率を上げることを加味しつつ、地域包括ケア病棟転棟基準のフローシートに沿って患者選択が行えること、在院日数の短縮に繋がることを意識すること、医療の質をあげたベッドコントロールを行う事が大事である。転棟時には退院先が決まっていることが条件ではあるがなかなか難しく、退院前カンファレンスも行えない状況で移動してきているのが現状である。今後は更に、地域包括ケア病棟として他職種とのカンファレンスの充実を図り、情報共有の機会をもうけなければならない、と考える。

5. 結語

地域包括ケア病棟に転棟される患者の中には、急性期の治療が終了し、自宅の準備が整うまでの期間や ADL の低下で自宅での生活が困難なため施設入所に向けた介入など、様々な他職種と協働し進めていかなければならない。今後は本人、家族の思いに寄り添い、社会資源の活用、地域との情報共有を行ない、安心して退院していくように支えていく必要がある。

参考文献

- 1) 小林 時夫: 看護のチカラ 2018 no. 489 産労総合研究所