

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録(2015.12) 平成26年度:87-88.

地域医療連携室と入退院センターの連携による退院支援・在宅療養支援への取り組み

浅野 弘恵、稲場 幸子、長澤 由香、辻崎 ゆり子

地域医療連携室と入退院センターの連携による退院支援・在宅療養支援への取り組み

旭川医科大学病院 ○浅野 弘恵¹⁾、稲場 幸子²⁾、長澤 由香²⁾、辻崎ゆり子²⁾

1) 地域医療連携室継続ケア 2) 入退院センター

【はじめに】

平成26年の診療報酬改定では病床機能分化、病院完結型から地域完結型医療へ移行が求められ、その結果在院日数の短縮と療養の場の変化がおり、入院早期から在宅療養をイメージした退院支援が重視されている。

A病院の地域医療連携室継続ケア看護師(以下継続ケア)は、平成20年に入退院センターが設立されて以降、入院前から患者の情報提供を受け、退院支援を必要とする患者の早期把握・対応を効率的に行う仕組みを作り、看護連携を図ってきた。

連携開始時は一定の条件に該当する患者の情報提供を受けていたが、平成25年度からは継続ケア看護師から退院支援が必要となる患者の背景を伝え、入退院センターが情報提供をする際の判断基準を作っていた。情報提供の精度を高めるために、情報提供を受けた患者の支援状況や内容の共有も開始している。

今回、入退院センターから情報提供を受けた患者数と情報提供の基準、継続ケアの支援状況の推移を明らかにし、連携における取り組みの効果を検討したので報告する。

【研究方法】

- 平成20～25年度に継続ケアが入退院センターから情報提供を受けた患者の年次推移、情報提供の基準、平成23～25年度に継続ケアが支援対象とした患者(以降継続ケア対象患者)の支援状況を、診療記録から情報収集して数値化する。
- 情報提供数と情報提供の基準、継続ケア対象患者の支援状況の年次推移より、効率的な連携について検討する。

【倫理的配慮】

本研究は、研究者の所属する施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

1. 入退院センターからの情報提供の基準の推移

(表1)

平成24年度 まで	平成25年度から	
	(平成25年4月)	(平成26年1月)
I	II	III
1. ADL・IADLの低下で患者・家族が在宅ケアを希望している 2. 社会資源を利用している 3. 75歳以上の高齢世帯又は独居である	1. 病名・治療・ADL・社会資源の活用・家族の支援状況などを総合的にアセスメントし、退院支援が必要と判断した 2. 患者・家族が退院後の状況について不安がある	1. 今回の入院中に退院支援が必要と予測される ①認知症、精神疾患があり社会資源の調整が困難である ②訪問看護を利用中で支援内容の変更の可能性がある ③ADLが低下し介護体制や環境が整っていない ④ターミナル期でADL低下傾向の悪性腫瘍(定期的な治療、検査目的は除外)である 2. 入院予約の時点で社会資源の活用が必要な状態であるが、自力で調整することができない

2. 入退院センターからの情報提供数と、継続ケア対象患者数の推移 (表2)

年度	H20	H21	H22	H23	H24	H25	
情報提供の基準	I					II	III
入退院センター利用者数	880	1979	2270	2429	3710	4588	
情報提供数	24(3%)	129(7%)	186(8%)	312(13%)	391(11%)	146(3%)	
継続ケア対象患者数				74	45	35	

3. 継続ケア対象患者の支援状況 (表3)

年度	H23	H24	H25	
情報提供の基準	I		II	III
退院調整を実施した ※1	24(32.4%)	13(28.9%)	26(74.3%)	
ケアマネジャー等との情報交換のみ ※2	36(48.6%)	27(60%)	5(14.3%)	
入院中の経過確認のみ ※3	14(18.9%)	5(11.1%)	4(11.4%)	
合計件数	74	45	35	

※1 退院調整を実施：社会資源につなぐための説明や調整を実際に行った患者。

※2 情報交換のみ：ケアマネジャーや施設担当者へ入院前の情報収集を行い、病棟看護師へ伝達したが、退院調整は実施しなかった患者。

※3 入院中の経過確認のみ：診療記録等で入院経過を確認していたが、退院調整を必要とせずに入退院した患者。

【考察】

継続ケアでは、入退院センターから情報提供を受けた場合、診療記録から入院後の退院支援の必要性が高い患者を判断して継続ケア対象患者と位置づけ、これらの患者については入院中の経過を確認し、必要時に退院調整を実施している。

平成 24 年度までは、情報提供の基準Ⅰ、すなわち入退院センター利用時に一定（本人や家族の希望、社会支援を利用、高齢世帯や独居であること）の条件に該当する患者について一律に情報提供を受ける形であった。入退院センターから継続ケアへの情報提供数(表 2)は利用者数の増加に伴い年々増加し、平成 24 年度には 391 件であり、継続ケア対象患者を特定することに困難があった。

平成 25 年 4 月からは情報提供の基準Ⅱとし、病名や治療などから入院後の経過をアセスメントした結果により情報提供を受ける形に改変した(表 1)。その結果、平成 25 年度の情報提供数は 146 件と減少していた(表 2)。一方、継続ケア対象患者のうち実際に退院調整を実施した割合は、平成 24 年度までは 3 割程度であったが、情報提供の基準をⅡへ改変した平成 25 年度は 74.3% (26 件)であった(表 3)。入退院センターでのアセスメントに基づいた情報提供により、継続ケアの業務が効率化され、退院支援を必要とする患者の早期把握・対応の効率化にもつながっていると考える。

平成 26 年 1 月からは情報提供の基準Ⅲとし、継続ケアで退院調整をした患者の状況をもとに話し合っ

て基準を改変した。基準Ⅲでは支援を必要とする時期と背景に着目し、今回の入院で退院支援を必要とする患者（社会資源の調整が自力では困難、現在利用している支援内容を変更する可能性がある等）の他に、入院予約の時点で社会資源の活用が必要な状

態であるが自力で調整ができない患者とした。退院支援だけではなく、入院までに在宅療養支援を要する患者も情報提供の基準として位置付けた。

情報提供を受けた患者の支援状況や内容の共有を行う事が、退院支援のイメージ化につながると考え、現在は継続ケア対象患者の支援状況を入退院センターへフィードバックしている。入院予約当日に継続ケアにつながり、すぐに社会資源の調整が受けられたことで安心して帰宅された事例もあり、連携への取り組みが早期支援につながり始めている。しかし支援が必要な患者を効果的に把握できているかという面については十分な検討ができていない。今後は新たな連携方法による支援結果をより詳細に分析して、効果的な連携につなげていきたいと考えている。

【まとめ】

1. 入退院センターから継続ケア看護師への看護連携は、継続ケア看護師が一定の条件に該当した患者の情報提供を受けるという形から、入退院センターの判断に基づいた情報提供へと改変した。
2. 情報提供の基準を変えた結果、入退院センターから継続ケアへの情報提供数は厳選され、退院調整実施の割合は高まっており、連携の効率化が図られた。

【参考文献】

- 1) 日本看護協会編：平成 26 年度版看護白書，日本看護協会出版会，2014.
- 2) 宇都宮宏子：病院から地域への療養移行期の看護マネジメントを体系化する—地域包括ケアの推進に向けた現状と課題，看護管理，23(12)，986-995，2013.