

入退院センター

【人員体制】

- センター長：1名
- 副センター長：1名
- 看護師：5名
- 保健師：2名
- 事務：8名
- 社会福祉士：7名
- *薬剤師 栄養士 手術室看護師
各領域の認定看護師

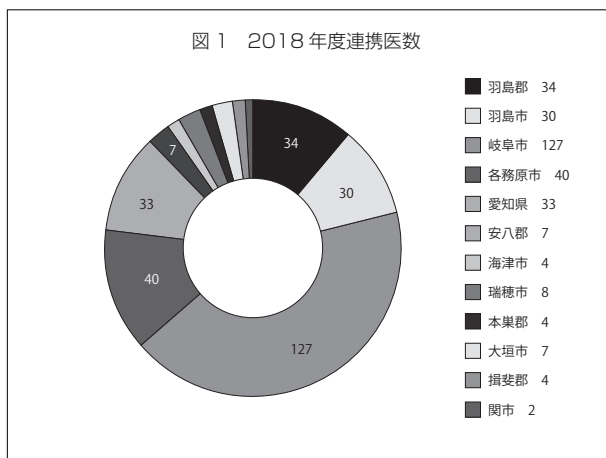
(* 応援体制)

【概要】

当院では複数機能の病棟を運用すると同時に、法人内の訪問看護ステーション、介護老人保健施設と連携して運用することを踏まえ、「患者の入院から退院までの流れをスムーズにかつ効率的にする」目的で2014年7月に入退院センターを開設。2017年に退院調整室、2018年に地域連携室と統合。現在は①入退院支援②病床コントロール③地域連携の3つの役割を職種横断的に担っている。

当院は、羽島郡（笠松町、岐南町）にあり、岐阜市、各務原市、羽島市と隣接し、更に木曾川を隔てて愛知県一宮市とも接している。このため、連携医も主に5市町村に亘り、合計300診療所となっている。2018年度は新たに5診療所（岐阜市1、一宮市3、揖斐郡1）が加入し、連携のネットワークが拡大している。（図1）

2018年度の取り組みと結果を報告する。



【2018年度の取り組み】

地域連携室と統合したことにより、前方支援から後方支援まで患者の情報が一元化された。また、2019年2月に地域連携室は入退院センター内へ移動し、転院や受診の情報がスムーズに行えるようになったことで、患者の受け入れまでの時間の短縮になった。

○病床コントロールについて

2018年度の診療報酬改定で地域包括ケア病棟の在宅復帰の変更に伴い、これまで地域包括ケア病棟への移床の対象を一部変更した。また、ICUが特定集中治療室管理料1を算定、N5東病棟が無菌治療室管理加算を算定することにより、より専門性を考慮した病床コントロールを必要とする。

○入退院支援について

2018年度の診療報酬改定により、入院時支援加算が算定可能となったため、CSSの中のPFMsysを進化させ、入院前のスクリーニングやアセスメント内容を入力し情報共有できるよう可視化した。（図2,3）

図2 褥創に関する危険因子の評価

入院前褥創に関する危険因子の評価

患者ID: 000042 性別: 女性 年齢: 44 年 身長: 150 cm

入院予定日: 2019/04/20 印刷日: 2019/04/20

医師: 20190402 印刷: 印刷

▼危険因子の評価

日常生活自立	○全立 ○半立 ○歩行 ○歩行 ○歩行 ○歩行 ○歩行 ○歩行	できる	できない
全身移動力(ベッド上、自力体位変換)	○全立 ○半立 ○歩行 ○歩行 ○歩行 ○歩行 ○歩行 ○歩行	できる	できない
褥創予防処置(クッション、体位変換の頻度、回数)		なし	あり
関節可動域		なし	あり
栄養状態低下 (Albumin < 3.5mg/dL以下または栄養スクリーニング中(リスクあり))		なし	あり
皮膚感覚(触覚、痛覚、温度覚、振動覚)		なし	あり
皮膚の乾燥(掻痒感)		なし	あり
皮膚の脆弱性(シネンテアの評価、状態)		なし	あり

▼褥創の危険

現在: 無し あり 理由: 仙骨部 骨盤部 腰背部 肩背部 大転子部 踵部 その他 骨盤部 骨盤部 骨盤部 大転子部 踵部

過去: 無し あり 理由: 仙骨部 骨盤部 腰背部 肩背部 大転子部 踵部 その他 骨盤部 骨盤部 骨盤部 大転子部 踵部

■入院前褥創スクリーニング

実施日時	褥創リスク	褥創	褥創	褥創
2019/04/20	褥創リスク	褥創	褥創	褥創
2018/11/01	褥創リスク	褥創	褥創	褥創
2018/10/02	褥創リスク	褥創	褥創	褥創
2018/09/03	褥創リスク	褥創	褥創	褥創
2018/07/04	褥創リスク	褥創	褥創	褥創

図3 栄養スクリーニング

栄養スクリーニング (MARS)

患者ID/氏名: 000042 性別: 女性 年齢: 44 年 身長: 150 cm

体重: 44 kg BMI: 19.8

記録日: 2019/04/20 印刷: 印刷

医師: 20190402 印刷: 印刷

印刷日時: 印刷

ステップ1 BMRスコア

ステップ2 体重減少スコア

ステップ3 急性疾患の重症スコア

■体重計算ツール

体重減少目安: 1kg = 5%

体重減少量: 1kg

体重減少量(%)

ステップ4 栄養不足リスクの診断

ステップ5 栄養管理の存在判定

さらに、退院支援パスを作成し、入退院支援に必要な情報を一括で確認できるようにし、入院前からケアマネと情報共有した。(図4)

図4 退院支援パス

○地域連携について

連携医との信頼向上に向けて、在宅療養時の急変に備え、後方支援病院として病床確保に努めている。また、紹介患者様は、一切断らない。特に入院依頼については、全て受け入れることを目標にしている。そして、紹介患者様は、必ず紹介元へ帰っていただくようにしており、返書管理によってチェックを行っている。積極的に連携医を訪問し、情報収集を行い、院内へフィードバックを行い、要望（改善点）があった場合は即対応し、その結果を逐次報告している。同様に、定期的に各救急隊を訪問し、情報交換を行い、当院の救急担当医師、看護師へ内容をつないでいる。

連携医、救急隊への広報活動としては、毎月、月初に「月刊 まつなみ」を、各医療機関、介護施設等に配布。診療情報、また、法人全体から介護施設、介護サービスの案内も網羅した。

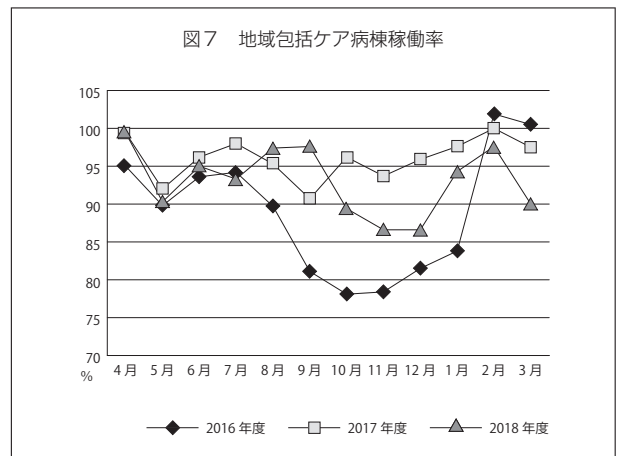
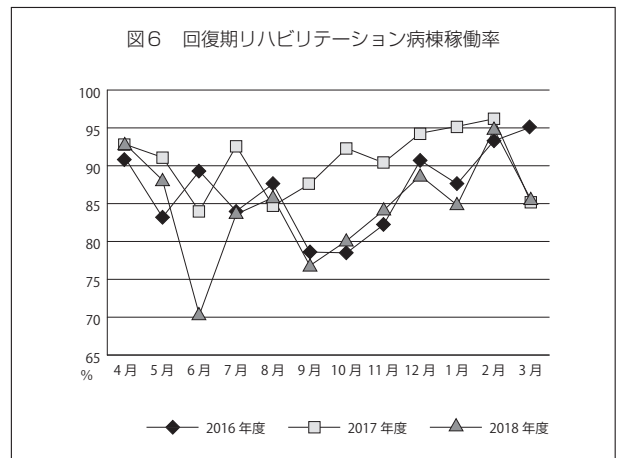
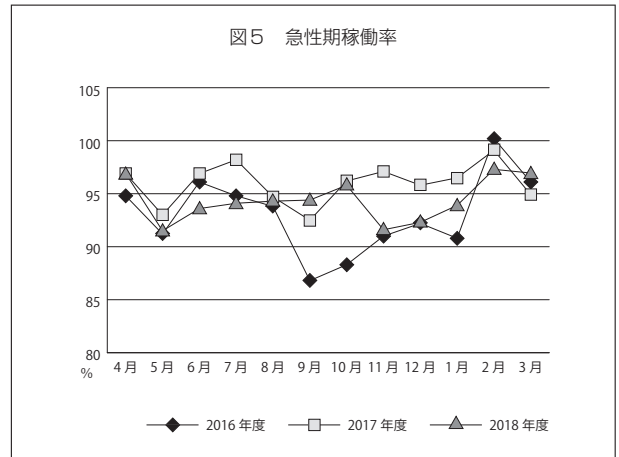
返書管理については、当院に紹介された（連携医に限らず全ての医療機関から紹介状を持参した）患者について、「紹介患者管理システム」に入力。また、医師が作成したすべての診療情報提供書（返書）を内容に不備がないか、確認している。返書には作成日が記載されるようになっており、その日付を専用システムに入力し、データ上記記載日が入力されていないものが未返書として扱われる。書かれていない場合は、診察した医師に確認し、返書作成を依頼した。

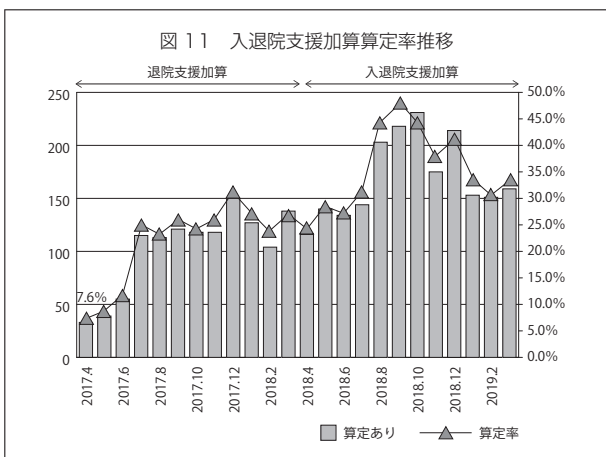
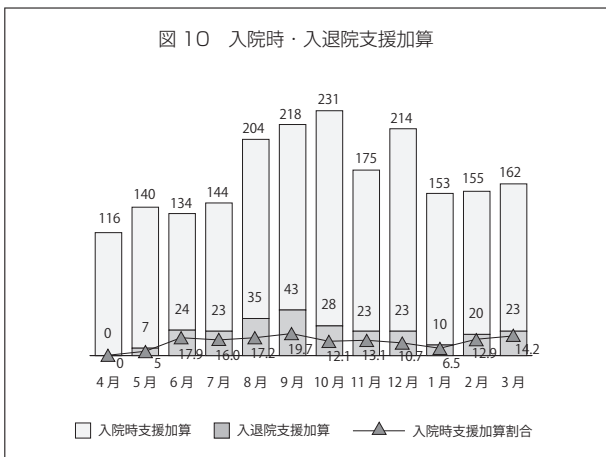
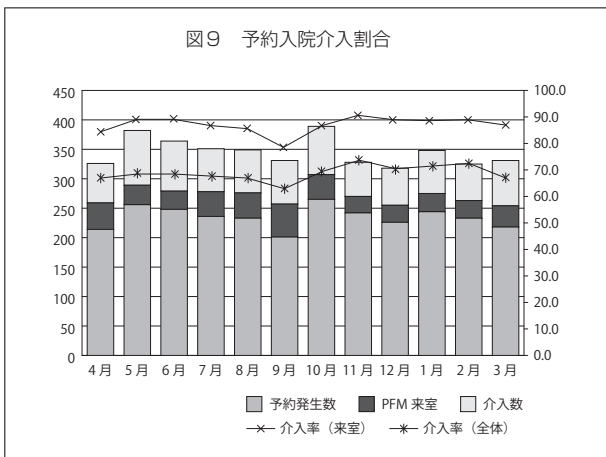
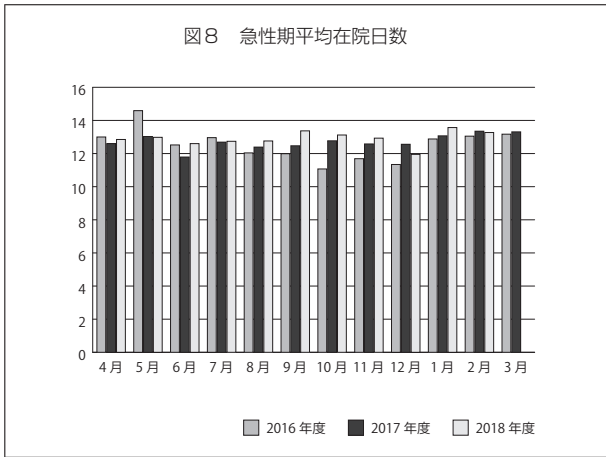
【2018年度の実績】

一般急性期平均稼働率 94.1%、地域包括ケア病棟 92.8%、回復期リハビリテーション病棟 84%、平均在院日数は 13 日、1 日平均入院患者数は 25.1 人、重症度・医療看護必要度 34%。

(図5,6,7,8)

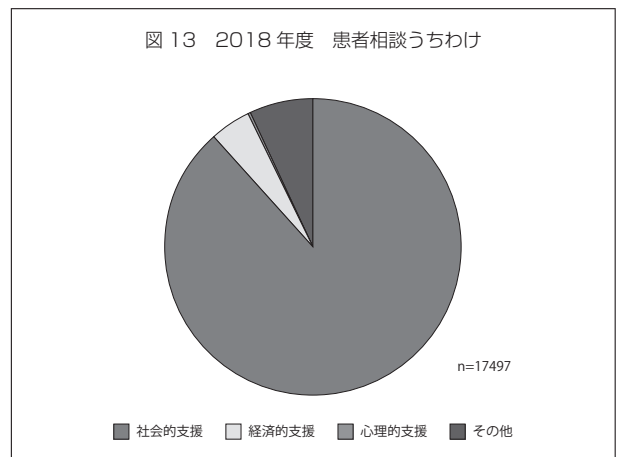
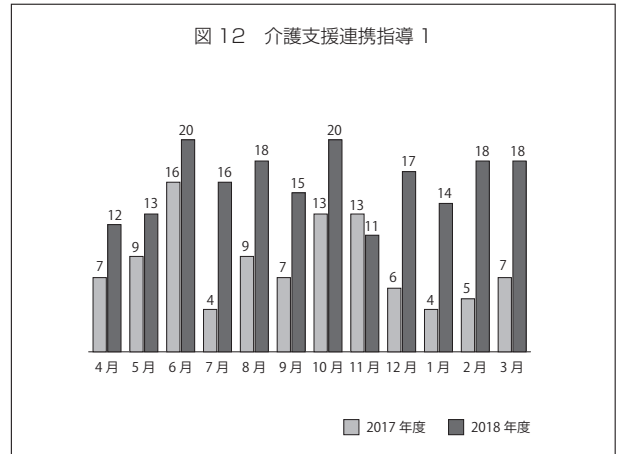
予約入院患者の入退院センターでの介入率は前予約入院の 68%、入院時支援加算 259 件/年、入退院支援加算 2,046 件/年(図9,10,11)。2017 年に比べ入退院支援加算算定割合も高くなった。





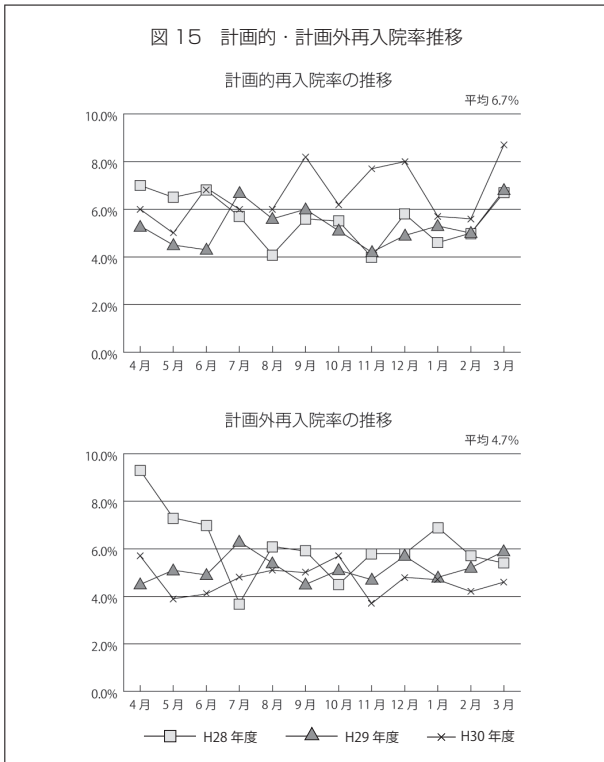
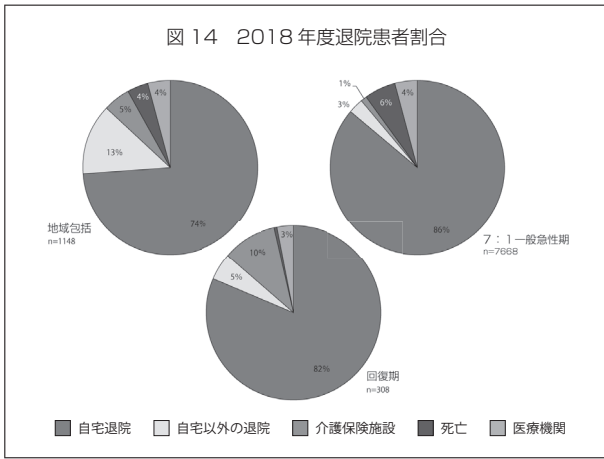
予約入院のみならず、緊急入院患者に対しても入院前の情報をケアマネと共有し、退院支援を行った。結果として、介護支援連携指導料1の算定件数増加につながった。(図12)

患者相談件数は17,497件/年、転院等の社会的支援は15,471件/年、経済的支援797件/年、心理的支援55件/年、がん相談窓口での相談件数は43件/年。(図13)



退院先としては急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟において自宅が80%以上であり、地域包括ケア病棟においては70%以上が自宅退院であった。(図14)

再入院に関しては、全体の再入院率として大きな変動はないものの、計画外再入院は平均4.7%へと減少し、計画的再入院が平均6.7%へと増加している。(図15)



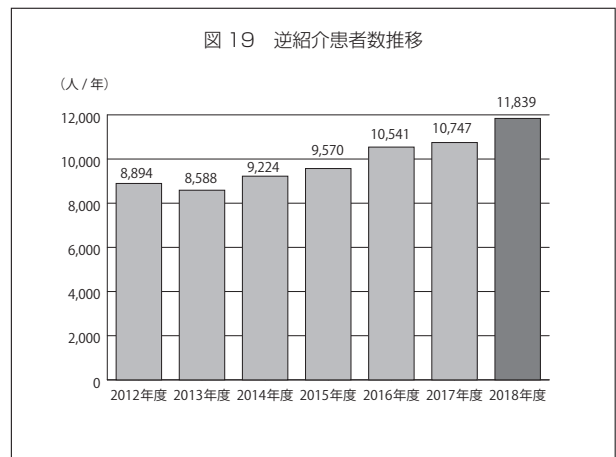
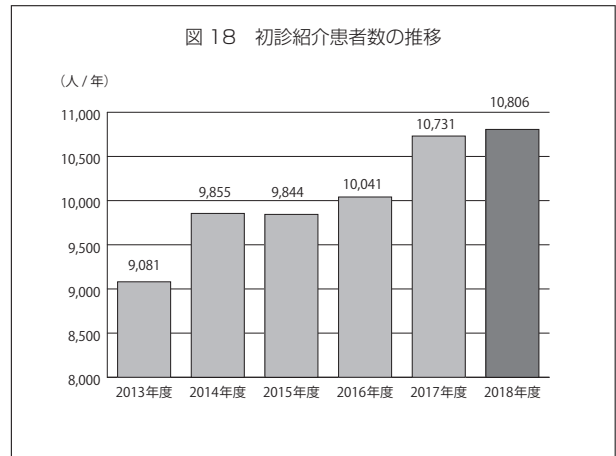
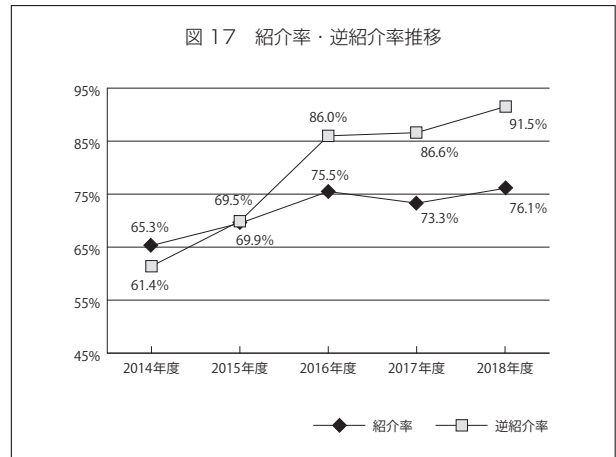
濃尾地域包括ケアセミナー（主に医師を対象）1回/年、すこやかネットワーク（主にコメディカルを対象）3回/年、羽島救急カンファランス（地域の救急隊員を対象）1回/年実施。

返書としては返書作成を徹底し、外来、入院、退院時いずれの返書も90%以上の返書率を維持した。

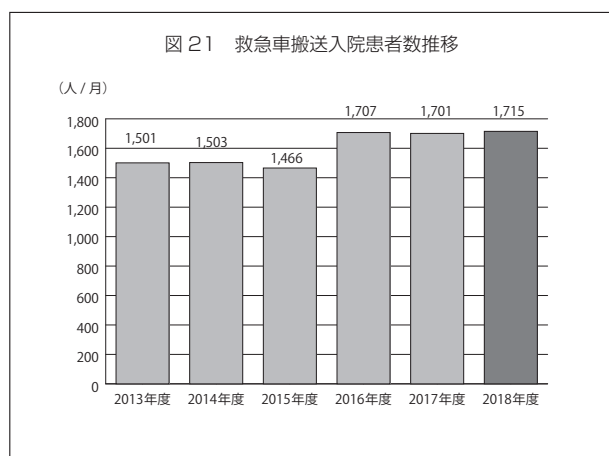
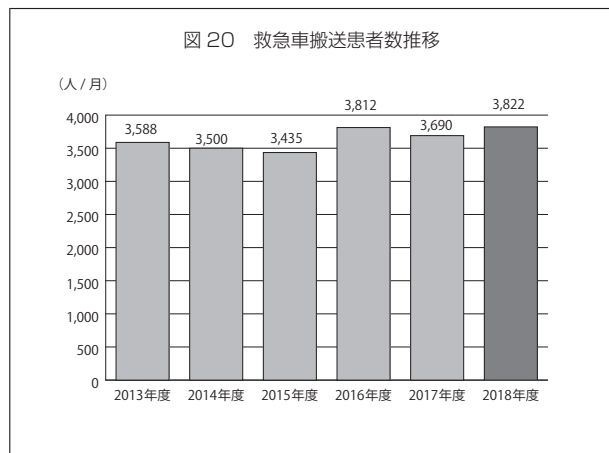
2018年度は、地域医療支援病院委員会を当院にて4回開催。委員総数は17名で、院外11名、院内4名から成る。委員会では、業務・実績報告を参考に、当院に対して各分野からご要望や知見を賜る貴重な場となっている。これらのご意見を地域医療の向上に生かすべく、院内各部署へフィードバックし、施策に反映させている。紹介率・逆紹介率共に基準を満たした。地域の医療機関との良好な関係を裏付けている。(図16,17,18,19)

図 16

	紹介率	逆紹介率
2013年度	63.4%	50.0%
2014年度	65.3%	61.4%
2015年度	69.5%	69.9%
2016年度	75.5%	86.0%
2017年度	73.3%	86.6%
2018年度	76.1%	91.5%



救急医療の提供では、救急車搬送人数は増加。(図20,21) 外部に向けた研修会・セミナーは、合わせて16回開催し、外部から162名の参加者があった。



【おわりに】

2018年度は診療報酬改定により入院前の支援を強化し、多職種の間も増加した。しかし、既存のシステムでの情報共有は不十分であり、退院支援パス活用も不十分な現状である。また、病床コントロールにおいても診療報酬の影響を受けており、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟の稼働率低下や急性期病棟の在院日数延長につながった。

今後は前方・後方連携を強化するのはもちろんのこと、現状・過去のデータから分析を行い、効率的な病床運用を目指していく必要がある。

また、「当院の医療+介護体制」を十分に地域へ啓発し、切れ目のないサービスの提供が持続するよう、地域連携業務は構築されなければならない。現状では、地域の医療、介護機関や行政サービスなどの社会資源を包括して情報共有することが課題である。地域連携は、お互いの信頼関係の上に成り立っているものであるから、今後も「顔の見える関係」づくりを実現すべく、院内・外に対して積極的に行動していく。在宅医療への医療、介護サービスの提供といった課題を念頭に置き、医療と介護が密接に連携し、安心して暮らせる地域づくりに貢献するために患者、利用者のニーズを個別化し、最適なサービスを地域で創出、継続提供していく、この蓄積こそが安心・安全な社会の形成につながっており、これからの病院のあり方でもある。

[文責：西川哲史 松浦郁恵]