

3 階東・地域包括ケア病棟

松崎八重子¹⁾

要 旨：地域包括ケア病棟は、地域包括ケアシステムを支えるため 2014 年に新設され、当院でも同年内科病棟から転換（43 床）、2018 年新本館棟移転し 48 床となった。その機能には、①サブアキュート（在宅や介護施設で療養中患者の急性増悪の受け入れ）、②ポストアキュート（急性期治療後の在宅復帰支援）、③看取り、④周辺機能（緊急時・医療依存患者のレスパイトなど）、がある。当院では②③が主で、自院内転棟が 8 割を占める。在宅復帰率 70%以上、リハビリ対象患者へ 1 日平均 2 単位以上提供、入院料算定可能期限 60 日、看護必要度 A または C 項目 1 点以上が 10%以上、在宅復帰支援担当者とリハビリスタッフの配属が要件となっている。当病棟では、毎日多職種カンファレンスを行い、入院前のケアマネージャーの情報提供から早期に退院後生活のゴール設定し、退院前ケース会議で連携を強化している。摂食嚥下と認知症看護の認定看護師が在籍し、高齢者の退院を支援している。感染症病床 2 床があり、感染症患者様や新型コロナウイルス患者を受け入れている。

キーワード：地域包括ケアシステム；感染病床；高齢化

（雲南市立病院医学雑誌 2020；17(1)：印刷中

病棟の特殊性と役割

地域包括ケア病棟は、地域包括ケアシステムを支えるため、平成 26 年（2014 年）の診療報酬改定で新設された。当院では、同年 9 月より、旧棟 4 階西病棟で感染症病床 2 床を含む 43 床で、内科病棟から転換した。その後、平成 30 年（2018 年）3 月、新本館棟移転で現在の 3 階東病棟・感染症病床 2 床を含む 48 床となった。

地域包括ケア病棟の主な役割

地域包括ケア病棟の役割には、以下の 4 つがある（図 1, 2）。

① サブアキュート：在宅や介護施設で療養している患者の急性増悪を受け入れる

② ポストアキュート：急性期治療を終えた患者の継続的治療やリハビリテーションを中心に行う在宅復帰支援

③ 看取り

④ 周辺機能（緊急時・医療依存度の高い患者のレスパイト入院などの予定入院）上記の主な役割のうち、現在②③が主な機能となっており、自院急性期病棟からの転棟患者が約 8 割を占めている。急性期治療を終え状態が安定しているとはいえ、高齢者が多く急変するケースも多いため、多方面の知識や技術、また、退院後の生活まで視野に入れ、疾患だけではなく全人的に捉えていく力も必要とされる。

①については、現時点では多くないが今後、増加していくと予測される。

④については、短期滞在手術や化学療法、糖尿病教育入院などの予定入院の受け入れは 2 割程度あるが、在宅介護中で呼吸器使用など医療処置のある患者家族の介護負担軽減目的の一時入院（レスパイト）については少なく、在宅介護を支える意味で、今後、積極的に受け入れしていく必要があると思われる。

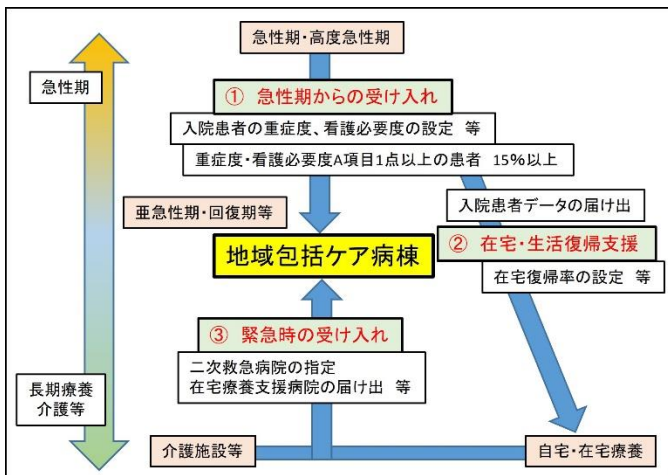
1) 雲南市立病院看護部

著者連絡先：松崎八重子 雲南市立病院看護科[〒699-1221 雲南市大東町飯田 96-1]

E-Mail: kangobu@hotaru.yoitoko.jp

電話：0854-47-7500/ FAX：0854-47-7501

（受付日：2020 年 3 月 31 日、受理日：2020 年 3 月 31 日）



＊厚生労働省：第 24 回社会保障ワーキンググループ 骨太方針 2017、改革工程表の事項の取り組み状況について(参考資料) から改変

図 1：地域包括ケア病棟の概観

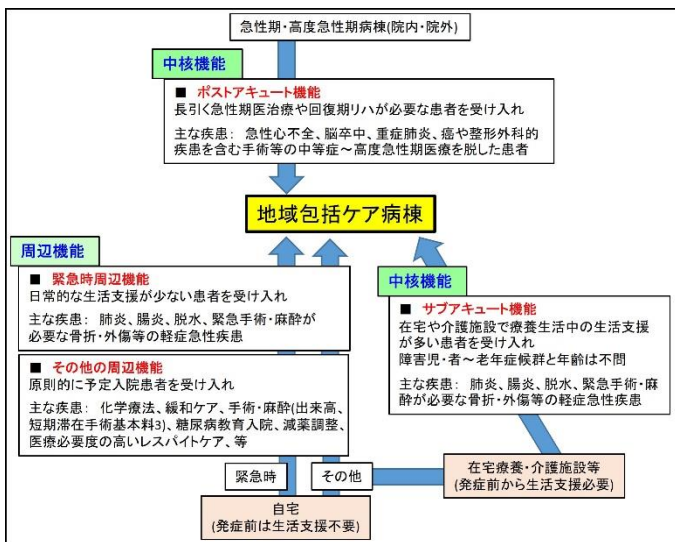


図 2：地域包括ケア病棟の機能

入棟に際しての留意点

診療報酬上の特徴：

- ① 在宅復帰率：70%以上
- ② リハビリ対象患者への 1 日平均提供単位：2 単位以上
- ③ 地域包括ケア病棟入院料算定可能期限：入棟後 60 日（入院料は、基本的には包括金額である）
- ④ 看護必要度：A または C 項目、1 点以上が、10%以上

※以上の要件を念頭に、

- ① 方向性
- ② リハビリ対象患者は、安定して 2 単位/日以上リハビリが行える
- ③ 高額な検査、治療（手術を除く）の予定がなく、60 日以内に退院見込み
- ④ 看護必要度を確認し、入棟に際しては、元病棟、リハビリスタッフ、情報管理課とも検討している。

他院では、入棟判定会を開催しているところも多いが、病床利用率の高い当院では、現場でタイムリーに

対応している。

現状と課題

平成 30 年度（2018 年）実績

平均在院日数：30.7 日

病床利用率：89.5%

在宅復帰率：88.8%

入院患者の主病名（中分類）：

- ① 腸のその他疾患（大腸ポリープ）、
- ② 腰椎及び骨盤骨折
- ③ 肋骨、胸骨及び胸椎骨折、
- ④ 固形物及び液状物による肺臓炎（誤嚥生肺炎）
- ⑤ 大腿骨骨折
- ⑥ 細菌性肺炎、他分類されないもの

当病棟の基本的役割と課題

今後、ますます高齢化が進むこの雲南地域で、住民が安心して住み慣れた自宅や地域で生活できるよう、国が推進している「地域包括ケアシステム～時々入院、ほぼ在宅（施設）」において当病棟は、介護福祉分野と医療分野の連携強化において重要な役割があると考えられる。

人員配置基準に、在宅復帰支援担当者（専従）、リハビリスタッフ（専任、1 名以上）が要件となっているが、これは、患者が住み慣れた自宅や地域に早期に安心して退院できるよう、多職種協働で効率的に退院支援を行うためのものである。

当病棟では、毎日多職種で患者カンファレンスを行っており、リハビリからは単に身体機能向上だけではなく、退院後の日常生活を見据えた提案、看護補助者からもケアの中で得た情報提供などもあり、個々の患者の現状と課題、方向性の情報共有している。また、地域のケアマネージャーからの医療介護連携シートで入院前の情報提供があり、退院後の生活を早期にイメージしゴール設定に役立っており、退院前には、積極的にケース会議を行い連携を強化している。

しかしながら、ケース会議直前に退院後の課題（食事形態、内服管理方法、介護力など）に気づくこともあり、今後、プライマリーナースの早期からの退院支援への役割が重要と考える。

認定看護師の活動

現在、当病棟には、摂嚥嚥下と認知症看護の認定看護師が在籍し（図 3, 4）、特に高齢者の退院支援において大きな存在となっている。

他の病棟から、3 階東にかわれば、「食事について見てもらえる」「今は、身体拘束してるが関わりでやめてもらえるかもしれない」などの、うれしい言葉をいただくこともある。

今後も、病棟として認定看護師の院内外での活動を理解・支援することで、当病棟の強みとなると考える。



図 3 : 認定看護師による出前講座

感染症病床

当病棟には、院内 4 床の感染症病床のうち 2 床がある。これまでも、感染症患者様を優先して受け入れていたが、このたびの新型コロナウイルスの流行により、



図 4 : 認定看護師による院内ラウンド

当病棟の感染症病床が第一優先となった。それに伴い、疑い症例の入院を受け入れており、適切な感染防止対策をしていれば大丈夫と思いつつも、実際のケアに当たるスタッフは、不安を持ちながら対応している現状がある。

今後、感染症病床がある当病棟として、スタッフ全員が正しい対応が常時、自信をもってできるよう感染防止対策の意識、知識を高めていきたいと考える。

スタッフに聞いてみました 「こんなこと、頑張ってます」

- ・転棟時、私達が迎えに行きます。持ち物の点検、記名をきちんとします。
- ・早期から、看護サマリーを作成し、随時変更しています。問題点がとらえやすい！
- ・休日は、看護師がリハビリをしています。
- ・定期患者カンファレンスを多職種で毎日しています。
- ・この身体拘束本当に必要？と、考えて必要最低限にする努力をしています。
- ・シャワーなど清潔面を充実させています。基本的に週 2 回です。
- ・患者様の「できること」を大切にします。
- ・退院準備を、落ちなく確実にすすめます。
- ・日中の離床をすすめています。
- ・身近に認定看護師がいるので、すぐに相談できて、アドバイスがもらえます。
- ・次の患者様のために、退院後のベッド等の清掃を徹底しています。ピカピカです。見に来て下さい。

The east third floor ward; the community-based integrated care ward

Yaeko Matsuzaki¹⁾

Abstract: The community-based integrated care ward was established in 2014 to support the community-based integrated care system. Our hospital opened the ward in 2018 with 43 beds and it was later moved to the new building where it has 48 beds. The functions of community-based integrated care wards are as follows: 1) subacute care (acceptance of acutely worsening patients living in their homes or nursing homes), 2) post-acute care (support of patients transitioning to home care after acute medical in-hospital care), 3) terminal care, 4) peripheral functions (patients requiring complex medical support in emergencies and in case their families are exhausted and require urgent respite). The main functions of our ward are 2) and 3), and 80% of patients come from in-hospital acute care wards. The community-based integrated care ward must meet the following requirements: over 70% of patients are discharged to their homes, patients receive over two courses of rehabilitation per day, hospitalization should not be longer than 60 days, over 10% of severely sick patients fulfil more than one of nursing needs A or C category and have exclusive medical social worker for discharge to home and a rehabilitation technician. In our ward, we hold multi-disciplinary conferences every day. We also set the goals of the patients' daily lives after discharge using the information on the daily life of the patients before admission from their care manager and aggressively collaborate with many concerned persons and organizations through pre-discharge meetings. Two certified nurses in dementia and dysphagia nursing are working in our ward to support the discharge of aged patients. We have two beds in the private room for patients with infectious diseases; these enabled us to admit many patients with COVID-19 and other infectious diseases.

Keywords: the Community-based Integrated Care System; Infectious disease hospital beds; ageing problem

¹⁾ Nursing department, Unnan City Hospital

Correspondence:

Yaeko Matsuzaki, Nursing department, Unnan City Hospital [96-1 Daito-cho Iida, Unnan, Shimane 699-1221, JAPAN]

E-Mail: kangobu@hotaru.yoitoko.jp

Telephone: 0854-47-7500 / Fax: 0854-47-7501