
特集：トータルケア病棟開設

**トータルケア病棟（地域包括ケア病棟）運用における
地域連携・相談支援センターの役割と課題****“Total Care Ward” — from the department of the Regional Cooperation and
Consultation Support Center —**

長岡 敦子

Atsuko NAGAOKA

要 旨

2014年厚労省は、地域包括ケアシステムの構築を推進し、2025年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立支援の目的のもとで可能な限り住みなれた地域で療養し、自分らしい生活を人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援、サービス提供体制の構築を推進した。2016年4月の診療報酬改定では、在宅復帰への更なる取り組みとし、退院支援に関する評価が大きく見直された。当病院においては、2015年度より在宅復帰に向けた支援病棟の必要性を考え、病棟再編について議論を重ねてきた。更にごん患者の増加や高齢者のごん患者が増えると予測されるなか、ごんの急性期治療から緩和医療、在宅への支援を行う地域包括ケア病棟開設への検討が行われた。その結果、2016年10月1日「トータルケア病棟」とし地域包括ケアを支える役割を担う病棟が開設した。これら病棟再編の準備に地域連携・相談支援センター（レインボープラザ）も委員として参加したことで、有意義な意見交換を行うことができた。

レインボープラザにおいては、ごんの専門的治療を行う高度急性期医療をより充実させる一方で、ごんのトータルサポートの充実を図ることが大切であることから、院内多職種との連携や地域の医療、介護施設、訪問介護事業者の枠を超えた様々な人々との連携を行うコーディネーターとしての役割を担う必要がある。

患者や家族が安心して在宅療養を送るためには、院内外の多職種との連携と協働が必要である。トータルケア病棟（地域包括ケア病棟）の円滑な運用が求められるなか、今回の具体的な取り組みから課題を明らかにする。

はじめに

県立がんセンター新潟病院は、2016年10月1日にトータルケア病棟（地域包括ケア病棟）として2つの病棟を開設した。

高度急性期医療を行う病院における地域包括ケア病棟の開設は、高度急性期・急性期医療から緩和医療・在宅療養支援・在宅療養・介護までの切れ目のない医療および介護サービスの実現に向けた検討が必要である。レインボープラザにおいては、地域連携担当者や退院調整看護師を中心に、がん相談支援スタッフと共にトータルケア病棟における多職種間

の連携や調整は勿論のこと、急性期治療患者においても患者や家族が安心して在宅での療養生活を送れる支援を今まで以上に行っていく必要があった。また、「トータルケア病棟」は地域包括ケア病棟としての役割を担っているため、地域包括ケア病棟入院料の算定ができる。算定のための条件として、入院日数60日以内で在宅復帰率70%以上などを目指す必要からレインボープラザにおける地域連携室の果たす役割は大きいと考える。

それと同時に、全ての入院患者には、「退院支援加算1」の算定も含め在宅支援へのアセスメントが求められる。入院直後より退院後の生活に向けた患

新潟県立がんセンター新潟病院 地域連携・相談支援センター**Key words** : トータルケア病棟 (Total care ward), レインボープラザ (Rainbow plaza), アセスメントシート (Assessment sheet), 退院支援 (Discharge support)

者や家族との面談や医療スタッフとのカンファレンス、連携医療機関や介護事業所との情報共有が必須となる。

今回、レインボープラザの病棟編成に向けた取り組みとトータルケア病棟開設後の課題を明らかにすることにより、業務の効率化と期待される役割を考察したい。

I. レインボープラザのトータルケア病棟開設に向けての取り組み

県立がんセンター新潟病院においてレインボープラザは2つの役割を担っている。1つめは病診連携を含む地域の医療機関、介護事業所との連携および在宅療養支援を行う地域連携業である。2つめは都道

◆センター長	(医師)	1名
◆副センター長	(看護師長)	1名
◆連携担当	退院調整看護師	3名
	BSNアイネット職員	4名
◆相談支援担当	がん相談看護師	1名
	臨床心理士	1名
	医療ソーシャルワーカー	4名
◆事務		1名

図1 レインボープラザの配置人数

府県がん診療連携拠点病院の指定要件である、がん患者・家族の相談支援、就労支援、専門的治療に関する情報提供や患者会のサポート及び意見要望等の相談支援業務である。(図1)

1. レインボープラザの役割

病棟編成準備委員会で各部門の取り組みを検討した結果、レインボープラザの当面の役割として3つがあげられた。

1) トータルケア病棟の運用について、地域の医療機関へ広報を行う。

医療機関向けのパンフレット作成。(図2)

2) 患者の在宅復帰・在宅支援の意向及び状況について入院直後より把握し情報共有を行う。

(例：急性期一般病棟からトータルケア病棟への転棟患者を決める情報を各病棟師長と共有した。また、幹事会で転棟に必要な情報を提供した。)

3) 患者や家族が安心できる在宅療養環境を早期に整える。

患者、家族の意向を知ること、早期から在宅復帰への準備を進めることができる取り組みを行う。

役割の2・3については「患者さんやご家族が安心して住み慣れた地域で在宅療養生活が行える」と言う大きな課題が含まれていることから、それを達成するための目標を設定した。



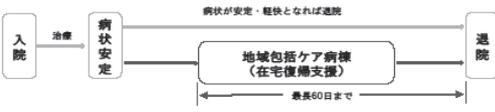
トータルケア(地域包括ケア)病棟開設のご案内

平成28年10月より、当院の東西6階病棟をトータルサポートの充実を図るトータルケア病棟(地域包括ケア病棟)として運用することになりました。【トータルケア病棟】に入院された患者さんには、在宅復帰をスムーズに行うために『在宅復帰支援計画』を作成し、主治医・看護師・専門スタッフ・退院支援部門担当者(医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師)等が協力して、効率的に患者さまの在宅支援を行ってまいります。

がんの専門病院でトータルケア(地域包括ケア)病棟を設置する意味はがんのトータルサポートを行うことにあると考えます。トータルケア病棟を開設することで一般病床の円滑な運用をすすめ、患者さまや地域の皆様のニーズに迅速に対応できるよう努めてまいります。

***トータルケア病棟とは**

急性期治療を經過し病状が安定した患者さんが、引き続き在宅復帰等に向けて治療・症状コントロール・各部門の専門スタッフによる支援を行い、安心して退院していただけるための準備病棟として位置づけています。ご自宅等への退院準備をしっかりと整え、地域に復帰できるようお手伝いすることを目的としています。



ご不明な点は、地域連携・相談支援センターまでお気軽にお問い合わせ頂きますようお願いいたします。
【レインボープラザ(地域連携・相談支援センター)】: TEL025-266-5161 FAX025-266-5162
 電話対応時間: 平日9:00~17:00(土日祝日を除きます)

トータルケア(地域包括ケア)病棟のご案内

当院では、急性期治療後に在宅復帰の準備を行う病棟とし、東西6階病棟を、平成28年10月1日より、【トータルケア病棟】とし開設いたします。

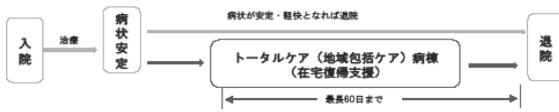
***トータルケア病棟とは**

急性期治療を經過し病状が安定した患者さんが、引き続き在宅復帰等に向けて治療・症状コントロールや地域でその人らしい暮らしを行うための準備病棟とし、医師や看護師、専門スタッフが支援をおこない、安心して地域に復帰できるようお手伝いすることを目的としています。また、退院調整看護師、医療ソーシャルワーカーが退院後の生活やケアについてサポートさせていただきます。

***トータルケア病棟の対象となる患者さん**

- ◇急性期治療を終了したが、もう少し医療的に経過観察が必要な方。
- ◇急性期治療で病状が安定したが、在宅への復帰に向けて専門スタッフの支援が必要な方
- ◇在宅復帰や福祉施設への入所に向けて準備の必要な方

※ 地域包括ケア病棟の入院日数は、状態に応じて調整いたしますが、60日を限度しております。



ご不明な点は、地域連携・相談支援センターまでお気軽にお問い合わせ頂きますようお願いいたします。
【レインボープラザ(地域連携・相談支援センター)】: TEL025-266-5161 FAX025-266-5162
 電話対応時間: 平日9:00~17:00(土日祝日を除きます)

図2 地域医療機関へのお知らせとホームページの掲載パンフレット

2. 役割の2.3達成のための目標

- 1) 入院直後より院内医療スタッフ間との連携のもと、患者と家族が退院後の在宅療養生活について一緒に検討することができる。
- 2) 地域の医療機関、在宅支援スタッフとの情報共有による連携強化が行える。
- 3) 退院後の患者が地域のかかりつけ医・在宅支援スタッフとの支援のもと、安心して生活が送れる様に地域包括ケアの一端を担う。

これらの目標を達成するには、入院から退院に向けての流れをシステム化する事が必要であると考えた。システム化に向けての重要な点は、情報の共有とアセスメントシートの活用である。入院した全ての患者さんが退院後に必要と思われる医療・介護・福祉サービスを知るためには、アセスメントシートを作成するか、また、現在使用中のアセスメントシートを活用するか検討する必要があった。

3. アセスメントシートについて

- 在宅支援が必要な患者さんをトリアージすることができる。
 - 患者や家族が、地域で安心して生活ができるよう、必要な支援内容が記されている。
 - 院内外の医療スタッフ間と情報共有ができる。
 - 地域の在宅支援スタッフが書きやすいこと。
 - カンファレンスに活用できる。
 - 患者・家族も記載できる。
- これら5つが網羅できるものはないかと考えた。

全ての入院患者に使用する入院時アセスメントシートは、記入が簡単で在宅支援に必要な内容が含まれており、他職種との情報共有やカンファレンスに使えるものであることが重要と考えている。さらに、地域の在宅支援スタッフとの必要な支援がわかることを考慮すると、今現在使用している「退院支援スクリーニングシート」が入院時のアセスメントシートとして適切だと考えた。また、一部の項目を追加し署名欄を見直すことで退院支援加算1の算定にも可能なシートとなった。(図3)

次に、退院後に在宅支援を必要とする患者に使用

するシートとして、2015年8月1に作成した「退院後スクリーニングシート」は退院後の患者の状態の変化や生活状況を知ることができ、在宅、地域、病院を繋ぐことに役だっていることから、退院後のアセスメントシートとしての活用を決めた。(図4) この2枚のスクリーニングシートを活用することで、入院患者の退院後に必要とする福祉や在宅療養に必要なサービスの準備が入院直後から行え、退院後には、情報提供用紙としての活用から情報共有や状態変化時の早期対応に役立つシートであると結論付けた。

4. 2つのスクリーニングシートの使用開始

「退院支援スクリーニングシート」については、2016年4月より各病棟を訪問し、目的と記入方法についての説明を繰り返し行った。4月下旬までに2つのスクリーニングシートの使用について各病棟の了解を得た事で、5月より新たな退院支援スクリーニングシート」の使用を開始することができた。(図5)

II. 退院支援加算1算定の取り組み

「退院支援加算1」の算定には、トータルケア病棟を含め2つの病棟に1名の看護師または社会福祉士の配属が必要となった。レインボープラザにおいては、病診・地域連携とがん相談支援の役割を持った2つのチームで業務を行っているが、今まで以上に枠を越えた協力が必要となり、がん相談支援担当の医療ソーシャルワーカー3名のうち2名を退院調整、地域連携を行う病棟専任担当として配置した。これらの取り組みにより6月より、「退院支援加算1」を算定できるようになった。退院調整加算状況は表で示されたように昨年の実績と比較すると2016年4月～11月の時点で3倍となる1,498件の算定ができた。(表1)

III. 実践の中で見えたもの

トータルケア病棟の運営を円滑に行う役割として、レインボープラザは患者や家族が安心して在宅療養に移行できるよう、入院直後から患者や家族の意向を訊ね医療スタッフ間と連携して在宅復帰の取り組みを行った。

表1 退院調整関連加算状況 (件)

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年 (4～11月)
急性期退院調整加算	357	359	530	1498
介護支援連携指導料加算	39	97	80	68
退院時共同指導料加算	50	39	48	38

トータル病棟においては介護支援連携指導料加算が取れない

退院支援スクリーニングシート

I D _____ 氏名 _____ (歳) 病棟 _____
 病名 _____ 入院日 _____

該当する項目に✓を入れ、入院日を含め9日以内にスクリーニングを行ってください。

ア 65歳以上である → 総合機能評価加算シートの記入

イ 緊急入院である

ウ 病状が不安定で、入退院を繰り返している

エ 介護保険制度の利用が必要な状態であるが、未申請である

オ 入院前に比べADLの低下がある

カ 排泄・食事・入浴など生活支援が必要である

キ 介護者が必要だが、独居あるいは家族の介護力不足がある

ク 退院後に医療処置・管理(麻薬の管理や胃腸、CV、ストーマ、酸素吸入等)が必要である

ケ 認知機能の低下がある

コ 退院後の療養先についての検討が必要である

サ その他()

シ 該当なし(計画不要)

スクリーニング日： 月 日

いずれでも1個でも✓があれば入院時退院支援計画書を立案してください。

入院時退院支援計画書 2016年5月版
 《入院7日以内に退院支援計画を行う》

患者以外の相談者	家族() ・ その他の関係者()
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居者あり() <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()
退院へ向けた目標	<input type="checkbox"/> 介護保険の手続きなど在宅ケアの準備 <input type="checkbox"/> 医療処置・管理の指導() <input type="checkbox"/> 退院後の療養先の選定 <input type="checkbox"/> その他()
予測される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 施設()
退院後に利用が予想される福祉サービス	(制度) <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他() (介護) <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の利用() (その他) <input type="checkbox"/> その他()
退院後に利用が予想される担当者	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー() <input type="checkbox"/> 訪問看護師() <input type="checkbox"/> その他()

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態変化等に応じて変わり得るものである。

面談日： 月 日 患者 家族() 病棟専任担当者()
 カンファレンス日： 月 日 参加者 病棟看護師 病棟専任担当者
 退院調整看護師 _____

患者氏名(家族)署名 _____
 病棟専任担当者 _____
 退院支援部担当者 _____

図3 退院スクリーニングシート

I D 退院後スクリーニングシート

氏名 _____
 生年月日 T. S. H 年 月 日 H 年 月 日 記入

1 退院時と比べ精神的・身体的な変化はない。 ⇒ 4へ

退院時と比べ精神的・身体的に悪い。(該当するものをチェックしてください。)

痛みが強くなった (部位)
 [鎮痛剤の使用で落ち着く 鎮痛剤の使用回数が増えた 鎮痛剤が効かない]

食事摂取量が減った 嘔気・嘔吐の回数が増えた 倦怠感がある

呼吸苦がある 尿量が少ない 不安が強い(患者・家族)

その他 _____]

1個でもチェックがあった場合 ⇒ 2へ

2 ①いつから 月 日

②どのように対応しましたか

経過観察している
 (様子を見て良い状態であった 相談するところがない
 病院・開業医に様子を見るよう指示を受けた)

受診または往診依頼をした (薬の処方や処置があった)
 ()

入院した 病院名 _____)

3 2.以外で病院に確認や相談したいことがありますか。

あり _____]

なし

4 病院との連携について、ご意見がありましたら記入をお願いします。

図4 退院後スクリーニングシート

- 「退院支援スクリーニングシート」は全入院患者に使用する
- 多職種との情報提供と共有できる。
- 退院時に必要な支援の把握ができ、早期から地域の在宅支援スタッフや医療機関との連携に役立つ。
- 退院後の患者の状態の把握と情報共有を院内外の医療、在宅支援スタッフ間で行える。(カンファレンス時の活用)

図5 退院スクリーニングシートの活用

1. 多職種の医療スタッフへ情報の提供と共有

「退院支援加算1」算定の条件もあり、入院患者の第1目のカンファレンスを病棟スタッフや多職種の協力により入院後3～7日までに実施できた。また、在宅復帰を必要とする患者の情報提供は、各病棟の受け持ち看護師やチームリーダーまたは看護師長から得ることで情報の共有が図れた。

火曜日に行われる幹事会では、急性期病棟からトータルケア病棟に移動する患者の選出が行われるため、レインボープラザのスタッフ間で退院や施設入所待ちの患者の情報交換を行っている。しかし、トータルケア病棟に転棟する患者のなかには、退院支援が必要な患者であっても退院先が決まっていな

いことから、必要とする支援が遅れてしまうことなどの問題がある。

2. 退院支援スクリーニングシートの使用状況

5月2日から退院支援スクリーニング活用を開始することができた。退院スクリーニングシートの記載を、入院後1～2日を目安に行い、直ちに支援センターに提出を依頼した。実際には提出が遅くなってしまふ事による面会の時期や支援の遅れを防ぐため、レインボープラザの病棟専任担当者が入院の前日または当日の朝に各病棟の入院予定者の把握に努め、早期から在宅への支援が行われよう努めている。なかには、記載漏れや何も記入のない退院支援スクリーニングシートが提出される事はあるが、病棟ス

タッフの協力により徐々に本シートの活用、提出が定着してきた。

3. 地域の在宅支援スタッフとの円滑な連携

退院後スクリーニングシートについては、昨年度に地域の在宅支援スタッフ、訪問看護スタッフから協力を得て活用を開始した。更なる連携強化のための退院カンファレンス時や在宅事業所に訪問し、退院後スクリーニングシート活用の依頼を行った。それにより患者の状態を知ること、状態変化時には症状や状態を医師に報告し対応の指示を受けることができた。

また、患者の急変には電話連絡を促し対応を行っている。情報の共有を行う上で状況に応じた対応が必要である。

退院後の患者の不安軽減は、入院中より地域の在宅支援スタッフに必要な情報を的確に伝えられることが重要である。そのひとつとして、在宅支援スタッフを交えた退院前カンファレンスは効果的であった。また、退院後の患者の状態変化などが生じた場合どのように対処して良いか、患者ばかりではなく在宅支援スタッフの不安も大きいことが推測される。そのためには、在宅支援スタッフの相談対応窓口を明確にしておくことも大切である。レインボープラザでは、在宅支援スタッフの相談支援窓口として退院調整看護師を中心とした相談支援を行っている。

IV. 今後の課題

今回、トータルケア病棟運用におけるレインボープラザの役割についてまとめた。

患者や家族が安心して住み慣れた地域で在宅療養生活が行えるために、私たちは、看護・福祉・地域連携業務において、各職種が連携した取り組みを行った。そのなかで、病棟スタッフ間や多職種との情報共有が図られることが、円滑な退院支援に繋が

ることを再認識できた。

そして、トータルケア病棟に転棟したことにより、退院に必要な情報が途絶えてしまうための退院支援の遅れ、転棟の数日後に退院する患者の在宅事業所や転院先へ提出する看護サマリーを誰が記載するかなどの問題から、看護サマリーがすぐに送られないことがあった。看護部や病棟間での解決策が必要である。さらに、トータルケア病棟へ転棟が決まっても、退院後の行き先が決まっていないことも問題である。

トータルケア病棟は退院の準備病棟ではあるが、早期から退院に向けての準備ができない場合には、退院までの時間がないため希望する転院先での受け入れができない事がある。また、在宅支援を必要とする場合に介護サービスを整えるまでの時間が足りないなどの問題もある。

以上より、トータルケア病棟の患者が安心して在宅療養や転院を行うには、入院時より退院に向けて、患者や家族の意向を確認し多職種間で問題を共有することで解決策への取り組みを行う。そのためには、連携を行うコーディネーターとしての役割をレインボープラザが担う必要がある。

参考文献

- 1) 独立行政法人地域医療推進機構：医療機関が地域包括ケアに取り組むための事例集 [引用2017-1-10]
http://www.jcho.go.jp/wp-content/uploads/2016/04/20160413chiiki_jireisyu.pdf
- 2) 株式会社麻生病院コンサルティング事業部：平成28年度診療報酬改正を読む(4) [引用2017-1-3]
<http://e-byoin.net/blog/column/2016/03/28-3.html>
- 3) ナースフルマガジン：退院後の療養生活環境を整える退院調整看護師 [参考2017-1-3]
<https://nurseful.jp/career/article/magazine/>
- 4) 日本医療社会福祉協会：平成28年度診療報酬改定疑義解釈について(2) [参考2017-1-3]
http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/246_Img_PDF.pdf?id=0613191908