

シンポジウム 13（公募）：在宅療養を支援する病床

演題名	「地域連携」型の在宅療養支援病床運営には、良質な前方と後方連携のネットワークと在宅医師増が必要です -東京・西東京市在宅療養後方支援病院連携モデル事業の報告より-
-----	--

概要

事業病床 2、入院目的は病状増悪受入・器材交換等、看取り、家族支援。療養継続・居宅復帰、在院 14 日が原則、急変受入は在宅医が「数日待機可能な状態」とする患者、多職種（医師間、看護師間、介護職）連携促進、を約束事に「在宅療養後方支援病院連携モデル事業」（12/3/1~13/1/31）を実施しました。

【方法】Ⅰ 事業は(1) 医師と患者を登録し“情報共有”、(2) 病院連携部が“流れの管理(ペット・患者・介護)”、(3) 作業部会で施設間運営“調整”、事業評価。Ⅱ 効果を (1) 待機時間短縮、(2) 迅速な病床調整、(3) 在院期間短縮、(4) 医療・介護の意思疎通向上、(5) 在宅療養復帰・維持の向上、(6) 適切な事業病床利用、(7) 在宅死の増加、7 項目、9 指標で評価。

【結果】1. 登録医療機関数 11、医師会 A 会員の 9.5%。登録患者数 57 (表 1)。

表 1. 年齢分布						
		40~49	60~69	70~79	80~89	90~
男性	N	1	2	8	11	6
	%	3.6	7.1	28.6	39.3	21.4
女性	N	0	1	4	13	11
	%	0.0	3.4	13.8	44.8	37.9
計	N	1	3	12	24	17
	%	1.8	5.3	21.1	42.1	29.8

2. 効果実績：本報告は先の項目の 9 評価指標結果の一部を表等で示した。

- (1) 病状の急変に迅速対応入院の待機日数は中央値 1 日、3 日以内入院は 8 割超（表 2）。
- (2) 「在院 14 日以内目標」の遂行割合は 8 割超、事業病床は効率的に運用（表 3）。
- (3) 退院前カファース（医療・介護の意思疎通）は 8 割弱に実施。「役に立った」と 61% で評価。
- (4) 在宅療養復帰・維持は、退院先「居宅」18 (78.4%)、退院 1 ヶ月後「居宅」12 (57.1%)。
- (5) 入院歴ある患者で「在宅死」4、入院歴ある患者の 16.7%、「病院死」（事業内は 1）3、同 12.5%。
- (6) 病床利用は、平均在院日数 13.6 日、病床利用率 67.7% でした (表 4)。

表 2. 「治療・精査」入院の待機日数・緊急入院割合

	N(回)	中央値	最短値	最長値	緊急入院割合
男性	8	1.0	0.0	6.0	87.5%
女性	8	1.0	0.0	11.0	75.0%
男女計	16	1.0	0.0	11.0	81.3%

(注)緊急入院割合=入院依頼から入院まで 3 日以内の割合

表 3. 入院期間と目標遂行割合

	N(回)	中央値	最短値	最長値	目標遂行割合
男性	16	13.0	5.0	38.0	80.0%
女性	17	14.0	3.0	29.0	82.4%
男女計	33	14.0	5.0	38.0	81.5%

(注)①目標遂行割合=入院期間 14 日以内の人数割合

表4. 平均在院日数、病床利用率

	モデル事業	参考値
平均在院日数	13.6日	28.5日
病床利用率	67.70%	82.5%
参考値:平成23年病院運営実態分析調査		

【考察・結論】(1) 待機日数、待機3日以内割合は連携の緊密さ、迅速な病床調整を示すが、事前の約束事(プロトコル)と情報共有が寄与。(2) 在院14日以内割合は、病床の効率的運用を示す。(3) カンファレンス6割で「満足」だが、短時間、内容充実に工夫要す。(4) 在宅死増加はこれからの課題。(5) 適切な病床利用には、良質なネットワーク形成と在宅医増が並行した課題です。