

中規模病院としての取り組み

—山積する問題をいかに解決すればいいのか?—

石本 武男

第59回国立病院総合医学会
(平成17年10月15日 於広島)

IRYO Vol. 61 No. 4 (242-246) 2007

要旨

急性期病床を有する中規模病院として、退院計画を進めるにあたり何が重要か、どこに問題点があるか、患者および看護師へのアンケートをもとに検討した。その結果、当院での治療が終了したと判断される病態、退院時期などに関する到達目標である「退院時のゴール」について、患者側と医療側との間で認識に大きなずれが存在することが判明した。ゴールの認識のずれをなくすには、入院時から、退院時のゴールを設定することが重要である。さらに、退院計画を立てるにあたっては、医療機関との連携をとりながら、患者を中心に、家族、医師、看護師、連携室スタッフが一丸となって取り組む姿勢が大切であると結論した。

キーワード 医療連携、退院計画、ゴールの設定

はじめに

平成14年8月に厚生労働省医政局から提案された医療提供体制改革の基本的方向の1つに、急性期病床における地域医療連携の強化として、適切な退院計画・退院調整の実施があげられている。150の急性期病床を有する当院でも、その方針に従って医療連携を進めてきたが、実際には患者・家族、開業医、院内の職員から、不平、不満、苦情、悩みなどを打ち明けられることも多く、種々の問題を抱えているのが現実である。さらに、中規模病院である当院は、総合病院からも病病連携として亜急性期患者、慢性期患者の受け入れを積極的に要望されてきた。このような狭間のなかで、当院が直面した退院計画と地域医療連携に関する問題を洗い出し、いかに解決するべきか、その方向性を探ることにした。

当院の地域特性と病院特性

当院は、徳島県の北東部田園地帯に位置し、病床数360（一般150、結核50、重心160）、常勤医師18名（内科9、外科5、小児科2、放射線科2）の少数診療科の地域密着型、中規模病院である。平成17年10月1日の時点において、平均在院日数は18.3日、紹介率43.7%、逆紹介率48.1%である。現在、地元医師会との共同診療の登録は76施設（医師86名）にのぼっている。当院は、昭和61年6月、開放型病院の指定を受け、その後、開業医との高額医療機器の共同利用、委託検査、病床の共同利用など公私連携（病診連携）を進めてきた。しかし、これまで患者の紹介・逆紹介など、開業医との病診連携は、ほとんどが医師と医師の個人的な繋がりで行われていたため、十分に機能しているとはいえなかった。

国立病院機構東徳島病院 循環器科

別刷請求先：石本武男 国立病院機構東徳島病院 循環器科 〒779-0193 徳島県板野郡板野町大寺字大向北1-1
(平成18年3月29日受付、平成18年6月16日受理)

Approach to the Many Problems about Discharge Plans and Medical Network at a Middle Scale Hospital Takeo Ishimoto

Key Words: medical network, discharge plan

入院時の医療連携に関しては、半径5 km 以内の診療圏には総合病院がないため、近隣の開業医からは疾病を選択することなく、ほとんどすべての急性期患者を受け入れてきた。その結果、時に退院調整が難しくなる状況が生じた。開業医からの紹介の他に、救急で入院してきた患者や、総合病院からの病病連携で受け入れた患者を、療養型病院・介護施設などへの転院を勧めるにあたっては、かなり困難をきわめる。3 カ月を超える入院患者も10%以上みられ、その内訳は人工呼吸器装着患者、脳梗塞後遺症のある慢性維持透析患者、呼吸器感染を反復する呼吸不全患者、寝たきりの MRSA 陽性呼吸器感染合併患者などである。そのほとんどは、受け入れ先の病院、施設がみつからず長期入院を余儀なくされている。日常生活自立度（寝たきり度）については、ベッド上寝たきりの患者が多く、介護の必要な患者の占める割合が大きい。医師や看護師は、高度化する医療と、煩雑な業務を安全にこなすことにほとんどの時間を費やし、退院調整に十分な時間を割くことができなかった。さらに、多くの疾患を合併する高齢の患者は、本人および家族のいずれも安心を求めて病院への入院依存度が高く、医師との間の退院時期に関して認識の相違がある。このことは、患者のニーズに対応した適切な退院計画・調整を進める上で大きな障害となっている。

医療連携の問題点

患者からは①どんな病気でも診て欲しい、②納得するまで入院させて欲しい、③自宅療養は不安である、③病院の方が介護施設よりも費用がかからない、⑤急性期病院に介護主体の療養を望む、などの要望がある。

一方、近隣の診療所・療養型病院の医師11名に、病病連携に関する要望を聞いてみた。開業医からは①急性増悪時のスムーズな受け入れ、休日・時間外のスムーズな受け入れ、②困った場合、急患の場合などの迅速な受け入れ、③逆紹介の際には治療内容だけでなく、病状説明内容、増悪時の対処方法などについて詳細に記した診療情報提供書を持参して欲しい、あるいは事前連絡して欲しい、④開業医側でできること（機能）をもっとよく知ってもらいたいなど、病院に対して多くの意見をもらった。病院に勤務する医師からすれば、開業医中心的な要求である部分もあるが、立場が変われば当然考慮され

るべきことであろう。

開業医と病病連携がスムーズに進んでいる場合には次のような利点がある。かつて、当院で勤務していたある開業医は、当院でできること、できないこと（機能）をよく知っている（たとえば脳外科的疾患、整形外科的救急疾患には対応困難である）。当院の医師・看護師はじめ職員のことをよく知っている。医療に前向きで共同診療や研修会に積極的に参加している。逆に、当院の職員も、その開業医のことをよく知っているなど、お互いの顔と顔がみえる良好な関係が築かれているところに、スムーズな連携の重要な意味があると思われる。

一方、病病連携について一例を提示する。敗血症性ショックから意識障害、脳梗塞を合併した57歳女性。総合病院に入院中、人工呼吸管理から回復し、気管切開チューブを挿入された状態で、胃管チューブから栄養摂取を続けている。下肢筋力低下のため歩行訓練を開始した矢先、病院から入院期間が長くなったので転院して欲しいとの要望があった。まず、診療情報提供書をもとに総合病院の連携室と当院の連携室の間で話を進め、次いで、当院の受け入れ医師と夫を交えて相談の場を持った。その中で、患者の夫の意向が総合病院側の主治医に十分伝わっていないことが強く疑われたため、総合病院側に要望を伝えた。夫とは、当院に入院するにあたっての治療方針の確認と退院時における到達目標（ゴール：どのような状況になれば退院とするか）の設定を行った。患者側と医療側がお互いにゴールを共有することは、退院計画・退院調整を進める上で最重要課題であると判断したからである。とくに、治癒しない病気や繰り返すおそれの大きい疾患については、退院時期に関して、医療側と患者側の認識のずれが往々にして生じる。入院時に退院時のゴールを設定すれば、認識のずれは最小限に食い止めることができるとされる。患者はその後、当院へ転院し、気管切開チューブを抜去し、経口摂取が可能となり順調な経過をたどった。

退院調整における問題点と今後の取り組み

入院から退院までの間に、実際に、患者側と医療側の認識のずれが、どこに、どのように存在するかを明らかにするために、内科病棟入院患者58名に対して聞き取り調査と、内科病棟勤務の看護師35名に対してアンケートを実施した。調査時における患者

表1 患者あるいは看護師からみた東徳島の病院機能イメージ

どのような役割を持った病院ですか？	患 者	看護師
急性期治療中心の病院	73%	9%
療養型の病院	2%	26%
両者の中間の役割を持った病院	18%	65%
わからない	7%	0%
どのくらいの期間入院できると思いますか？	患 者	看護師
患者が望めば何カ月でも	7%	11%
3カ月以内	29%	37%
主治医の意向による	61%	52%
わからない	3%	0%

表2 退院時期に関する患者側と医療側の認識について

退院許可が出る時期はいつと思いますか？	患 者	看護師
患者が退院したいと思ったとき	10%	0%
主治医が治療終了と判断したとき	29%	60%
患者と主治医の意見が一致したとき	61%	40%

表3 患者からみたゴール（退院時における到達目標の基準）

ゴールに到達したと思う基準は何か？	
自分が以前の元気な状態に戻ったと思うとき	23%
主治医から治療が終了したと言われたとき	77%

表4 患者あるいは看護師からみた退院時期に関する認識について

退院許可が出る時期はいつと思いますか？	患 者	看護師
患者が退院したいと思ったとき	10%	0%
主治医が治療終了と判断したとき	29%	60%
患者と主治医の意見が一致したとき	61%	40%

（男34名，女24名）の平均年齢は73歳，在院日数は約半数が14日以内であったが，4カ月以上の患者も16%みられた．患者の病院内での日常生活自立度（寝たきり度）は，ベッド上寝たきりの患者が約4割を占め，治療だけでなく介護の必要な高齢患者の占める割合が高かった．

①病院機能に対する認識（当院がどんな役割を持った病院であるのか．急性期治療重視の病院，療養型病院，両者の中間的な役割を持った病院など）（表1），②入院期間の認識（どのくらいの期間入院が許されると思うか）（表2），③病気の治癒のイメージ（当院での治療が終了したと思う基準と治癒と思う基準は一致するか）（表3），④退院のイメージ，退院許可の出る基準（医師が判断するか，患者が判断するか．退院に不服の場合どうするか）（表4），⑤退院に関して患者に対する主治医の関わり

（主治医は患者にどのくらい関わってきたか），⑥退院に関して患者に対する看護スタッフの関わり（看護スタッフは患者にどのくらい関わってきたか），⑦患者に対する相談援助の内容（患者はどのような援助を希望されるか，患者からはどのような相談を受けたか），⑧退院問題に関する悩みの内容，悩みに対する対応，相談相手はだれが適任か，⑨退院調整の時期（退院調整はいつから始めるのが適当か），⑩退院時の患者の様子（退院時に患者は満足して退院したかどうか）（図1），などについて，患者および看護師にそれぞれ質問した．⑨，⑩の2つは看護師のみに対して設定した（質問内容の詳細は省略する）．今回のアンケートおよび聞き取り調査から，患者側と医療側の認識のずれはいたるところに存在し，微妙なずれを矯正できないまま，退院を進めている現実があることがわかった．また，個々

〈退院時の患者の様子はどのようにみえましたか?〉

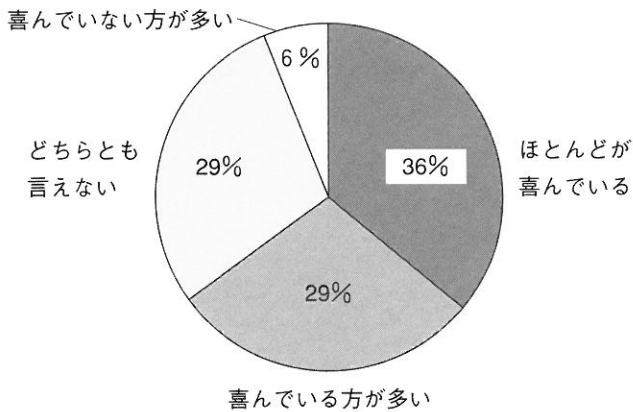


図1 看護師からみた退院時の患者の反応

の医療スタッフは、退院計画を進めていくにあたって、患者に関わる時間があまりにも少なく、効率よく意思の疎通ができる手段、方法を持っていないのも問題である。その点において、退院調整看護師の導入や退院調整チェックシートの活用などは、今後、検討すべき課題と思われる。

入院患者の退院調整を困難にしている最も大きな要因は、患者側と医療側の間に退院時の到達目標(当院での治療の終了:ゴール)の認識に大きなずれのあることがわかった。医師が病気をみてゴールを決めても、患者にとっては満足するゴールではないことが往々にしてある。病気には治癒する病気と治癒しない病気があるからである(表5)。とくに、内

表5 病気の治癒とゴール

治癒する病気は・・・治癒=退院時の到達目標(ゴール)
退院時に治癒していれば目標に到達しており、退院調整の問題は少ない。
しかし、社会的問題、生活、環境なども関与してくる場合がある。

治癒しない病気は・・・治癒≠退院時の到達目標(ゴール)
退院調整に問題が生じる可能性が高い。

科疾患ではそのような疾病特性を有している。治癒しない病気、重症の病気を有する患者は、医療面だけでなく生活面での援助、心的援助も求めている。ゆえに、ゴールの設定には、入院時から患者を中心に、家族、医師、看護師、薬剤師、栄養士など医療スタッフが密に関わり、患者と医療側にずれを生じないように細かな変更、調整を行っていく必要性のあることを痛感した。さらに、ゴールの設定だけでなく、退院調整にも受け入れ時から退院後のことまで見据えて手間と時間をかける必要があり、患者とともに同じ目線で考えていく心遣いが大切であると思われる。そうすることで、入院から退院までの一連の流れの中に患者の人生がみえ、初めてお互いに満足すべきゴールの設定が可能となる。

一方、退院後にどのような医療を希望するかは、患者により様々である。患者はいろいろな悩みを持っており、退院後の目途が立たず、途方に暮れている家族も少なくない。地域医療連携室の関わりは重

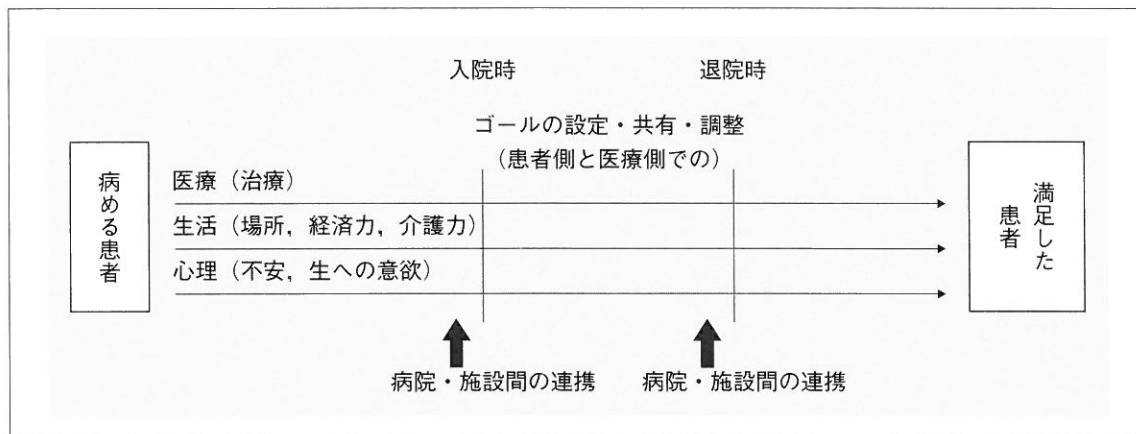


図2 退院調整と医療連携

医療側と患者側との間で、ゴール(退院時の到達目標)について認識のずれをなくすために、あらゆる手を尽くして設定する。

病気になったことで、人生(生活の質)が大きく変わることがないように、患者の満足を考えた退院調整・退院支援を行う。

要である。すなわち、家族を中心にして、医療（かかりつけ医，病院，中核病院），福祉（町村役場，福祉事務所），保健（保健所，保健センター），介護関連施設，地域住民（民生委員，隣人）との連携を図り，1人の患者が地域の中で間断なく療養できる

ように情報を提供し，退院計画・退院支援を進めていく上で連携室の果たす役割は大きい。1人の患者が病気になったことで，人生の質が大きく変わることがないように，病院をあげて支援したいものである（図2）。