

在宅支援と退院調整の現状と課題

山田 文恵

第62回国立病院総合医学会
(平成20年11月12日 於東京)

IRYO Vol. 64 No. 3 (193-196) 2010

要 旨

退院調整を入院時から行うために院内連携システムを整えたことで、患者・家族が求める退院先への支援が計画的に考えられるようになった。退院調整の件数は年々増える一方で、在宅への退院支援もそれにともない多くなっている。自宅に近い施設のサービスや福祉サービスを利用することで住み慣れた自分の家での療養が可能となるような退院調整を目指し、地域医療連携を強化するために地域の医療機関や介護事業所との交流を考え活動した。医療・看護・介護の知識と技術に関する研修会の開催や、病院の診療・検査に関する新情報の発信、副院長など幹部との挨拶回り、地域医療連携各関連機関との会議などは退院先の確保に繋がり退院先の選択の幅も拡大している。地域に根ざした連携室の取り組みで一定の成果を得ることができた。

キーワード 地域医療連携, 在宅支援, 退院調整, 院内連携システム

はじめに

地域医療連携室に専任看護師が1名配置され、退院調整を行えるようになって3年目を迎えた。退院調整件数が年々増加している中、退院調整のスクリーニングのため「退院調整リスクアセスメント票」を作成し、地域連携室に退院調整が必要な患者情報を一元化することで、早期から積極的に退院調整ができるような取り組みを行った。

また、地域の医療機関・施設の職員へ学習支援を行ったり、「愛媛病院地域医療連携室便り」を定期的に発行するなどの広報活動を継続して行っている。

また、在宅・地域に退院していく患者の受け入れとなる医療機関・施設との連携を強化し、医療・介護サービスの維持向上が図れるように取り組んだ実践を報告する。

病院の概要

病床数459床（一般250床・重症児病棟160床・結核49床）、中国四国ブロックの呼吸器疾患基幹医療施設・循環器疾患・重症心身障害児（者）の専門医療施設・神経筋難病愛媛県拠点病院（平成19年6月-）として、とくに慢性期の高度専門的医療を担っている。

地域医療連携室の現状と 退院調整の院内連携システムの確立

地域医療連携室は、平成16年事務2名（併任）が前方支援のみでスタートし、平成18年に看護師1名と看護師長（併任）が配置され、前方（病診連携）と後方（退院支援）の支援が可能になった。現在は、事務1名（非常勤務）、看護師2名（専任1名・非常勤務で難病専門1名）、社会福祉士1名、看護師

国立病院機構愛媛病院 看護部

(平成21年4月30日受付, 平成22年3月12日受理)

Current Situations and Issues of Home Medical Support and Adjustment of Discharge Support

Fumie Yamada, NHO Ehime Hospital

Key Words: Local healthcare network, home medical support, discharge support, network system with in hospital

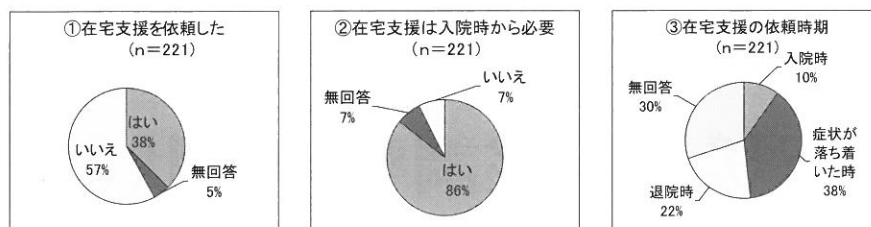


図1 在宅支援について職員の意識調査結果

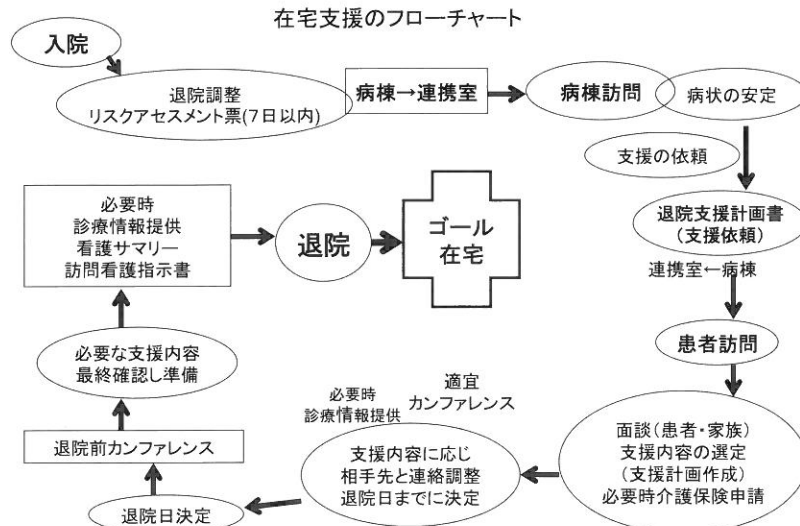


図2 院内連携システム（在宅支援）

長（併任）が役割分担し機能している。

退院調整については退院が決まってから支援の依頼がくるため、退院先の検討が不十分で患者・家族の希望される退院先への調整が困難だったり、調整に時間がかかり入院が延長され平均在院日数の目標達成にも影響するという現状がある。このような状況を改善するには早期に退院調整に入ることが重要で、院内連携のシステムを確立する必要性を感じた。平成20年1月に、当院の職員は連携室の業務をどのように理解しているのかを調査したところ、図1の②に示すように86%の職員が「在宅支援は入院時から必要」と思っていることがわかった。しかし、図1の③が示すように支援計画を出すのは「入院時」と答えた職員はわずか10%だった。

そこで、全職員が連携室の役割を理解し、連携室を活用できるようになることを目標に院内での啓蒙活動を計画し実施した。まず、連携室の業務内容についてプレゼンテーションを行った。各部署の管理者へは管理会議で、全職員へ向けては院内研究会など折々の機会を利用した。また、連携室がかかわることによって得られる診療報酬（退院調整加算など）や在宅指導管理料などの診療点数に関する説明や指導を、

病棟会などを利用し病棟ごとに実施した。

その結果、医師や病棟から院外受診や検査、転院や施設入所に関する問い合わせが多くなった。こうして地域医療連携室の業務が職員へ浸透していき、図2のような院内の連携システムが構築された。

「退院調整リスクアセスメント票」の活用方法と効果

入院早期に退院調整に入れるように、退院調整の必要の有無を判断するものとして「退院調整リスクアセスメント票」（図3）を作成した。

「退院調整リスクアセスメント票」の必要性と使用方法について、看護師長会議の中で各病棟の看護師長に説明し理解を求めた上で、各病棟のスタッフへ伝達し周知を依頼した。「退院調整リスクアセスメント票」は、1カ月の試行を経て入院時の必要書類として位置づけられたことで提出することを義務付けることができた。

入院早期から退院の調整にかかわることができるようになり退院調整にかかわる時間は、「退院調整リスクアセスメント票」を作成前の平成19年度と比

10 退院調整リスク・アセスメント票

入院日	H 年 月 日		
希望退院先	☐ 自宅	☐ 施設	☐ 転院
退院予定日	H 年 月 日 頃		
主治医			
受け持ち看護師			

※対象者
 ・検査入院
 ・胃ろう交換目的入院
 ・入院前(元)への施設入所・転院
 ・レスパイト入院
) 以外の入院患者！

I. 病棟で記入

※ 1～5の項目に、一つでもチェックがある場合は連携室へFAX(270)、又は提出
 ※ チェックがない場合は、提出不要

項目	チェック
1 認知症	☐ あり
2 定期的医療処置 (退院後の可能性も含む)	☐ あり 気管吸引・経管栄養 人工呼吸器・在宅酸素療法 その他()
3 介護力と家族関係	☐ 介護者がいない ☐ 家族はいるが、介護に協力してくれる人がい ☐ 本人・家族が不安を表出している
4 介護保険認定状況	☐ 要介護 (2 3 4 5) ☐ 必要だが未申請
5 その他	☐ 上記項目に該当しないが、介入必要

II. 地域医療連携室で記入

地域連携室の介入 ☐ 必要 ☐ 必要なし	難病支援の介入 ☐ 必要 ☐ 必要なし
---	--

図3 退院調整リスクアセスメント票

べると約4日短縮した。「退院調整リスクアセスメント票」の提出群と未提出群では、提出群で2.5日短縮した。また、退院調整の必要性の把握が容易となり、地域医療連携室スタッフが計画的に動けるようになった。

退院調整リスクアセスメント票は、入院後7日以内に1項目でも該当すれば連携室へ提出する。連携室は退院調整の必要性の有無をスクリーニングし、退院先を予測しながら適宜主治医・病棟看護師長など関係各部署と連携し退院調整を段取る。ある程度病状が安定すれば「退院支援計画書」が提出され本格的に調整・支援に入る。患者や家族と面談しながら退院支援計画書を作成し、支援内容に応じいろいろな連携先と連絡調整（カンファレンス・訪問）し希望に沿えるように退院後に必要なサービスを整えていく。退院前カンファレンスの開催や、退院後に必要となる各種サービス、必要に応じて診療情報提供書・看護サマリー・訪問看護指示書などを提供、連携機関と情報を共有し医療や介護を繋いでいる。

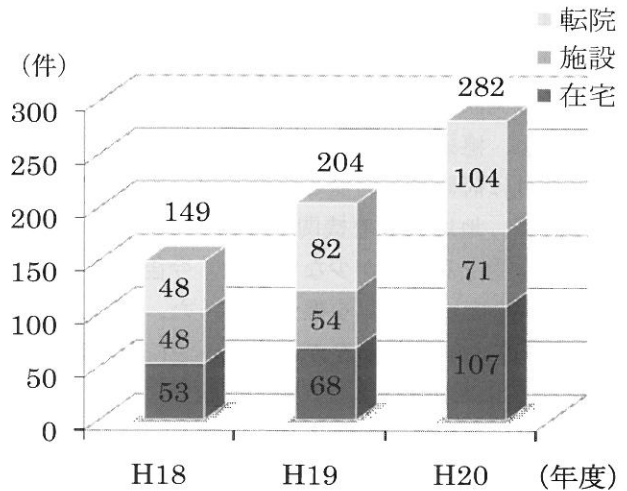


図4 退院調整件数

退院調整の課題 (増える在宅支援の現状と限界)

退院調整の件数は図4のように年々増えている。中でも在宅支援の件数の増加が目立つ。また、在宅支援をした患者の約4割がかかりつけ医を持っており、約6割は訪問看護を必要としていることから、患者は退院後も継続して医療・処置を必要としていることがわかった。また、患者の高齢化、介護者の高齢化、核家族化による老々介護・独居世帯が増加し介護者がいないなどの問題もあり、介護療養型病床・長期療養型病床は減少しているのに、施設入所希望者は増加している。その結果、入所の待機期間が長期化する。退院後はどこで療養しながら入所の機会を待てばよいのか？という問題の発生、利用限度内での介護保険サービスの限界など現状はなかなか厳しい。在宅でやっとな療養の環境（訪問診療・看護・介護・その他サービス）を整えて退院しても、施設への入所を待っている間に病状の悪化で入退院を繰り返す事例も少なくない。このような時、地域医療連携室としての役割に限界を感じる。

そこで、当院と地域の医療機関・施設での看護・介護の温度差をなくすことができればもう少し在宅で安心して療養ができるのではないかと思いますその方策を考えた。

地域医療連携の強化のために 実施していること

1. 地域の医療機関・介護事業所などへ教育・研修の機会を提供する

「MRSA・ノロウイルスなど感染症が発生したが、予防対策はどのようにすればよいのか？」等の相談が地域の施設の看護師や介護士などから寄せられたことから、感染管理認定看護師に相談し平成20年2月と3月に研修会を開催したところ、研修後の反響は大きく、地域の医療機関や施設では、「このような研修を受ける機会が少ないため、今後是非続けて欲しい」という意見を多くもらった。

医療・処置を継続しながら在宅へ退院しなければならない事例が多くなっている現状から、患者が住み慣れた地域で安心して生活するためには、地域の介護・看護の質を確保し、知識・技術・情報の共有を図らなければならないと考えた。

地域の中核病院である当院が中心に研修を開催しなければならないという使命感もあり、平成20年度からは年間計画として「褥瘡予防と管理」「認知症」「循環器疾患と治療・看護」「メタボリック症候群」「胃腸の管理」など年間5-6回の研修会を企画し実施している。講師はボランティアで当院の各専門分野の医師や認定看護師、および地域の東温市医師会の専門医の協力を得ることができた。また、地域の方が参加しやすい時間18時-19時30分に開催したことで、毎回70-90名の参加がある。

医療機器や周辺機器の取り扱い説明、実際に機器や物品に触れられる研修はとくに好評で、今後も対象者のニーズにあったテーマで研修を計画し実施していく予定である。

2. 広報活動で地域と密着

広報活動として、「地域医療連携室便り」を定期的に年間4回発行し、病院の診療や検査に関する新しい情報発信や、年賀状や書中見舞いなど季節の挨拶状を送付している。これらの活動により病院のよさを理解し利用してもらえるように励んでいる。また、地域医療連携ネットワークづくりのための会議を地域の医療機関と協働して定期的に開催したり、地域の医療機関・施設への挨拶回りや地域の医師会・市役所などとの共催で市民のための「健康フォーラム」を実施している。そのほかにも、地域へ出かけての健康相談や健康測定などを行い、住民と親睦を図り絆を深めている。このように地域に密着した活動や地域の医療・介護のネットワークを広げることは、在宅療養者の受け入れや福祉サービスの選択肢が広がることに繋がると考えるので、今後も地道に実施して行きたい。

ま と め

職員への度重なる啓蒙活動で院内の連携システムは軌道に乗り動き出した。

退院調整の件数は前年度比38%増となっている。これは、退院調整リスクアセスメントの導入で、退院支援の介入が入院早期から可能となったことで退院調整にかかる日数が短縮されたことや院内の連携システムが整ったことが関与していると考ええる。また、研修会の開催や病院のホットな情報をタイムリーに発信すること、幹部職員と一緒に医療機関・施設への挨拶回り、地域密着型の退院支援を考えた近隣の病院との定期的な連携会議の開催などは、各施設から利用状況や空床などの情報をもらえるようになったことから、地域医療連携の強化に繋がっていると考えられる。

療養型病院が縮小し施設の数も限られた現状では、在宅療養へ移行する患者の支援の必要が今後ますます増えてくることは明らかである。在宅療養者を介護する家族の介護力には限界があり、地域の人々の支え・地域医療・介護施設など社会福祉・医療サービスを提供する事業所との連携は欠かせないものである。

在宅療養に必要な医療・看護・介護の知識と技術を、病院から在宅へ、在宅から病院へと繋げられ、在宅療養者と家族が住み慣れた地域で安心して望む生活を送るための支援、たとえば訪問看護も介護も受けられない療養者の安否の確認などを、地域の行政を巻き込み、考えていくことは地域医療連携室の課題である。

〔文献〕

- 1) 日野原重明・小山真理子監修。早期退院マネジメント-巧みな継続ケアを支える技術・教育・システム-。東京：日本看護協会出版会；2001。
- 2) 入村瑠美子ほか編。大内尉義・村嶋幸代監修。退院支援-東大病院医療社会福祉部の実践から-。東京：杏林書院；2002。
- 3) 宇都宮宏子。病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例。東京：日本看護協会出版会；2009。