

早期介入に向けた退院支援への取り組み 相談支援センターと早期に連携ができる体制づくり

秋田大学医学部附属病院 今野 笑子

【概要】

秋田大学医学部附属病院（以下当院）は、県内唯一の特定機能病院であり、最先端医療の提供、研究、教育といった使命を持ちながら、地域医療施設との連携・協働も強化していくことが求められている。病院内で完結する医療ではなく、途切れのない医療、ケアを生活の延長上に組み込める体制が不可欠であり、医療・福祉・介護のチーム体制を推進していく必要がある。そこで当院は、入院時から患者・家族の退院後の生活を見据えた支援を行うため、相談支援センターに退院調整看護師を配置している。しかし、退院調整看護師へ部署の看護師からの情報提供が遅く退院調整のタイミングが効果的に行われていない現状が続いている。その原因としては、急性期病院での医療ケアが在宅でどのように対応されていくか、その対応をだれがどのように支援していくか等の社会資源に関する知識不足、医師からの退院許可が出てから退院調整部門へ依頼している、そのため一般病棟の退院調整加算は、約5%に留まっている。また、入院予約となった時点で、患者・家族へ入院中のことや退院後の生活に対する説明を外来でほとんどできていない現状もある。そこで相談支援センターと各部署が早期から連携をとり退院調整を進めていく体制を整える必要がある。

【背景】

秋田大学医学部附属病院（以下当院）は、県内唯一の特定機能病院であり、最先端医療の提供、研究、教育といった使命を持ちながら、地域医療施設との連携・協働も強化していくことが求められている。病院内で完結する医療ではなく、途切れのない医療、ケアを生活の延長上に組み込める体制が不可欠であり、医療・福祉・介護のチーム体制を推進していく必要がある。チーム医療の推進のためには、多職種連携が重要であり、看護師はそれぞれの職種間に位置し、繋ぐ重要な役割を担っている。そこで当院は、入院時から患者・家族の退院後の生活を見据えた支援を行うため、相談支援センターに退院調整看護師を配置し活動している。相談支援センターが設置されてから、退院患者数は、微増しているのに対し、退院支援件数は着実に増加している。しかし、在院日数は、ほぼ横ばいで17.7日～18.3日、退院調整加算の算定は、約5%前後で推移している。相談支援センターは、スクリーニングシートの導入や退院調整に必要な情報等を提供する研修会を実施してきたが、相談支援センターの退院調整看護師へ部署の看護師からの情報提供が遅く退院調整のタイミングが効果的に行われていない現状が続いている。

その原因としては、急性期病院での医療ケアが在宅でどのように対応されていくか、その対応をだれがどのように支援していくか等の社会資源に関する知識不足、医師からの退院許可が出てから退院調整部門へ依頼している、「退院支援不要」と判断され退院支援されていない場合等が考えられる。そのため一般病棟の退院調整加算1（特に退院調整14日以内）は、約5%に留まっている。そこで退院困難な要因を有する患者の抽出と退院困難な要因の明確化ができ、早期に退院調整担当部門へ繋ぐことを役割として果たすことを目的に各部署に退院調整の中心となる担当者（リンクナース）を配置すること。また、入院予約となった時点で、患者・家族へ入院中のことや退院後の生活に対する説明を外来でほとんどできていない現状もある。今年度、看護部の品質目標の一つに、患者さん個々の生活を重視した退院支援を行うことがあげられ、それに伴い各部署も退院支援の強化に向け活動することを目標とした。また今年度から業務担当副部長となり、業務改善を行うことも一つの使命であったこと、相談支援センターでの師長経験があったことから相談支援センターと各部署が早期から連携を

とり退院調整を進めていく体制を整えることは、患者・家族が安心して入院生活及び退院後の生活の準備ができることに繋がり、さらには在院日数の短縮とその結果多くの患者さんを受け入れ病院の収益にも繋がると考えたことから今回の課題に取り組んだ。

【実践計画】

1. 各部署と相談支援センターとの連携が早期から開始できるために退院支援プロセスファイルの改定。特に、入院時のスクリーニング及び1週間以内の再評価を100%実施及び退院支援が必要な場合は、1週間以内に退院支援計画書作成に着手できる体制の整備
2. 外来から退院支援が必要な患者を把握するための体制の整備
3. 患者・家族の意思決定支援、退院支援について受け持ち看護師に対して助言ができること。病棟患者の退院支援の状況が把握でき、早期に相談支援センターと連携ができる退院調整の中心となる担当者（リンクナース）を部署に配置できる体制の整備

【結果】

早期に退院支援に取り組むことができるように、従来の退院支援のプロセスを段階別実践できるようフロー図化、スクリーニングや計画書等必要なシートの運用と使用方法、退院支援に関わる診療報酬一覧等をまとめ改訂した。改訂した退院支援プロセスファイルを業務委員、師長会で説明。また退院調整の中心となる担当者を業務委員へ依頼した結果、スクリーニング及び1週間以内の再評価が95.08%の実施、退院支援計画書作成に着手できるようになった。スクリーニングシート実施と退院調整加算算定の増加がみられた。また退院支援の必要な患者に外来から介入するため、外来担当者へ入院予約の説明する用紙に「入院中や退院後の生活について疑問なこと、不安なことがありましたら、相談支援センターが対応します」と追記することを説明し協力を依頼した結果、外来からの介入もあった。また各部署に退院調整の中心となる担当者を、業務委員へ依頼したことで、やらされ感を懸念していたが、「入院時スクリーニングシート実施がほぼ定着してきた実感がある」「週1回程度退院支援に関するカンファレンスが実施されるようになった」「患者の治療・今後の経過・退院のめやす等を記載した一覧表を作成した」「定期的に週1回再評価するようになった」等のまとめがあったことから各部署の退院支援に対する意識の高まり、各部署の特殊性を生かした更なる取組をする等各部署の退院支援に対する取り組みの目標を達成可能とした。

退院調整部門と関係部署との連携やリンクナースへの教育体制について学ぶことを目的に他施設訪問をした結果、退院支援への介入は、スクリーニングシートの使用、各部署での定期カンファレンスからであった。スクリーニングシートは全部署同じシートと限らず、その診療科の特殊性を活かしたシートの使用も可能としていた。また全部署の約8割が定期カンファレンスを実施していた。カンファレンスは、担当者の他に、部署の看護師、外来看護師、医師、薬剤師等のコメディカル一同を介しての体制になっていることから、それぞれの視点で退院支援の必要性について意見交換ができる機会となっており、情報の共有、早期介入、退院後の継続看護に繋がっていた。またカンファレンスの時間を利用し、スクリーニングの再評価、退院支援計画書の記載等の確認ができる機会となっていることから退院調整加算取得に繋がっていることがわかった。また副看護部長、師長、副看護師長、後方支援担当師長の8名で構成されている後方支援委員会が、リンクナースの育成に携わっていた。このような取り組みは、当院でも実施可能と判断できた。

【評価及び課題】

プロセスの改訂と数回、退院調整の必要性を師長会、業務委員会等で説明したこと、業務委員が退院調整の中心となる担当者の役割を果たしたことで、スクリーニングシートの提出や、再評価の実施

が4月と比較し、確実に増加していた。更には、部署の特殊性をいかし、チームで共有できるツールの作成やカンファレンスの活用等早期介入に向けた退院支援への取り組みに工夫がみられる等、部署の看護師が、退院支援の必要性を理解したのではないかと考える。その結果、退院調整加算の算定件数も増加できたことは、病院の収益にも繋がったと考える。しかし、各部署の退院支援に対する温度差はあるのも事実である。医師や他職種との連携をなくしては、効果的な退院調整は不可欠である。他施設で実施していたカンファレンスの体制は当院でも実施可能と考えることから実施にむけ、働きかけていく。また、退院調整の中心となるリンクナースの教育も必要であり、退院支援リンクナース（病棟における退院支援のリーダーとなるナース）の養成プログラムを構築し展開していくこと、そして、平成26年度（1月まで）の在院日数は、17.4日であり短縮には至らなかったことから、県内病院間で退院支援（意思決定支援）に関して共通理解をし、各病院の退院支援や受け入れ体制に関するニーズの把握、在宅での医療資源の把握等地域の医療関係機関との連携ができる体制を構築していきたいと考える。

【参考文献】

- ・宇都宮宏子 退院支援実践ナビ 医学書院 2011
- ・宇都宮宏子他 退院支援・退院調整ステップアップ Q&A 日本看護協会 2014