

## 「入退院支援体制の整備と円滑な退院支援・退院調整に向けた取り組み」

施設名：富山大学附属病院 氏名：瀬川 美香子

### 【概要】

日本は諸外国と比較しても類をみないスピードで超高齢社会に突入している。いわゆる 2025 年問題に向け、国は 2018 年度診療報酬改定において、病院・病床の機能分化・連携強化と地域包括ケアの推進を改定の柱としている。

自施設においても、医療福祉サポートセンターに 2017 年 10 月より設置された入退院支援室が注目され、円滑な入退院支援を進めることが命題である。

しかし、入退院支援における看護師の人材育成に課題があること、社会構造の変化や支援側の多層化等から支援が複雑になっていることで、退院支援・退院調整がスムーズに進まないケースも多い。

そこで、患者及び家族が安心・納得できる退院や転院となることを目的に、入院前支援体制の整備、医療連携協定病院との連携体制の定着、退院支援における看護師教育に取り組んだ。その結果、平均在院日数の変化や、看護師の入退院支援における行動変容がみられた。

### 【背景】

自施設では、2016 年度から「退院支援加算 1」を算定しており退院支援業務の流れは定着している。しかし、退院支援においては病棟専任退院支援職員が主導し、病棟看護師の退院支援における実践能力が不十分な部署も見受けられ、患者の退院後の生活を見据えた視点での退院支援の質向上に取り組んできた。また、今年度の診療報酬改定で新設された「入院時支援加算」の算定に向けた入院前支援の体制整備が急務となった。経営戦略として在院日数の短縮化と DPCⅡ期以内の退院が掲げられ、入退院支援室は円滑な退院調整を求められている。しかし、医療の高度化に伴い多くの医療処置を必要とする患者や、大学病院での治療継続を希望する患者の転院調整に難渋するケースがみられる。患者の円滑な在宅復帰に向けて、地域病院との医療連携協定を締結したが転院調整日数に時間がかかる現状もある。このような背景から、医療福祉サポート担当副看護部長であり、医療福祉サポートセンターの副センター長（入退院支援室室長）の立場として、患者・家族が安心して納得のいく入退院支援体制の整備について取り組みを行った。

### 【実践計画】

- <目標>
1. 入退院支援体制の整備を行うことで、患者・家族に入院生活と退院に関するイメージを持ってもらい早期退院につなげる
  2. 医療連携協定病院との連携体制を定着させることで、患者・家族が病院の機能分化について理解し、患者の望む生活に向け納得のできる転院となる
  3. 入退院支援における看護師教育を行うことで、社会動向を理解した上で退院後の生活に合った療養指導を含む入退院支援が実施できる

#### 1. 入院前支援体制の整備を行う

- 1) 外来で行う患者説明ツールの標準化を目的に、入院予約時から入院当日までの流れを明記した入院前患者説明用紙の素案を入院前支援担当看護師に提示し、入院前支援担当看護師が外来看護師と検討する。入院前支援の必要性和意義を外来看護師に説明した上で、外科系 3 診療科から先行導入する（9 月上旬開始予定。）

- 2) 患者・家族が入院生活のイメージが出来るようにクリニカルパス等の説明開始に向け、院内の使用状況調査と入退院支援室で説明可能なクリニカルパス等の選択を病棟に依頼する（病棟看護師長・病棟医長）。同時進行で外来との運用方法を検討する（9月下旬開始予定）。
- 3) 入院前支援の効果の有無を病棟看護師にアンケート調査を行い評価する（12月）。

## 2. 医療連携協定病院との連携体制の定着を図る

- 1) 各医療連携協定病院との運用基準を作成する（医療連携協定締結後、双方で協議し合意を得る）。
- 2) 退院後の生活や、大学病院の機能及び医療連携協定病院を案内するための患者用リーフレットを医療福祉サポートセンター副センター長が中心になって作成する（10月中）。  
素案は経営改善会議で提示し承諾を得る。
- 3) 医療連携協定病院との連携カンファレンスの継続と多職種での医療連携合同会議を開催する（10月～11月に開催予定）。

## 3. 入退院支援における看護師教育を行う

- 1) 看護部プロジェクトグループの入退院支援グループで退院支援マネジメントフロー図及び運用基準を作成する。
- 2) 看護師のクリニカルラダーの段階別に合わせた入退院支援研修を行い（副看護部長は卒後3年目看護師を担当）、研修前後のアンケートを実施し研修効果を評価する。
- 3) 全職員対象の入退院支援に関する退院支援セミナーを企画・実施する。

## 【結果】

### 1. 入院前支援体制の整備

- 1) 3診療科で入院前患者説明用紙の運用を8月30日より先行導入した。各診療科に特化（手術の必要物品・入院前の自己血輸血等）した内容があり、診療科を拡大することは出来なかった。今後は入院前患者説明用紙を入院患者基本情報用紙に加えることを検討する予定である。入院前支援を行った結果、退院時支援加算（6月～1月）は151件算定できた。
- 2) 7診療科46疾患のクリニカルパス等の説明を9月25日より入院前支援業務に加えた。今年度1月までの入院前支援患者数は2,562名であり、入院予約患者の約41%の支援を行った。病棟看護師へのアンケートから、「クリニカルパスの説明は、患者が入院前から手術の流れをイメージでき、病棟での説明に対し患者の理解がスムーズであり患者にとって利益がある」との意見があり、入院前の説明は効果があったと考える。
- 3) 入院前支援の評価目的で病棟看護師業務にアンケート調査（12月）を実施した。10病棟326名を対象にアンケート用紙を配布し、298名より回答があった（回収率91%）。その結果から、事前情報はアレルギー情報、家族（キーパーソン・連絡先）、主訴・現病歴、既往歴の順位で活用されていた。入院前支援の導入は、病棟看護師にとって記録時間の短縮や他の業務に時間をとれる等、業務負担軽減効果があった。また、「入院後の確認事項や食事形態、住環境について記載があり活用している」等、入院前支援が退院支援に活かされていると94%の看護師が効果を実感していた。

### 2. 医療連携協定病院との連携体制の定着

- 1) 2018年3月までに医療連携協定を締結した4病院の他に、今年度2病院と締結し、各病院の特徴を生かした運用基準を作成した。また、転院調整の目標値を7日間としたことで、転院調整日数が平均3.4日短縮できた。自施設の平均在院日数は、4月～1月までは前年度比0.88日短縮されていた。また、DPCⅡ期以内退院率は、4月～1月まで、前年度比6.3%上昇していた。

2) 入院前支援で医療連携リーフレットを用い、円滑な退院に向けての情報提供を行った。リーフレットは医療連携協定病院にも配布し、院内で掲示されている。

医療連携協定病院への転院件数（4月～1月）は、全体の転院件数の35%を占めていた。

3) 各医療連携協定病院（6病院）との連携合同会議を病院毎に開催した。双方の退院調整における情報をプレゼンテーションし、連携における意見交換を行った。また、連携カンファレンスは定期的（2回/月）に行い、自施設から医療連携協定病院に出向くときは、転院された患者の病室訪問を行った。

### 3. 入退院支援における看護師教育

1) 退院支援マネジメントフロー図と運用基準を作成した。病棟看護師と退院調整部門の双方が退院支援の進捗状況を確認するツールとして定着しつつある。

2) 退院支援に関する研修（新人研修、卒後3年目研修、ラダー2志向者研修、ラダー3志向者研修）を退院支援グループで担当した。特に担当した卒後3年目研修で講義（7月）や事例報告（1月・2月）の一連の研修前後でのアンケート結果では、受講した看護師45名は病棟看護師の退院支援の役割を答える設問に対し、研修後は84%が正解であった。また、病棟退院支援マニュアルや、今年度から発行している入退院支援だよりも研修後は周知され活用していた。そして、退院支援の理解度、退院支援の必要性の設問では、95%以上が「理解できた」「ある程度理解できた」と答えていた。また、退院支援を行うことへの意欲に対する設問では、97%が「意欲が出た」「ある程度意欲が出た」と答えていた。事例報告会の発表や意見交換より、受講生からは、「研修前は入院中の患者の病態を一番に考えていたが、研修後は入院前の在宅の様子や退院後のことを考えて支援ができるようになった」との意見があり、退院支援における行動変容がみられた。

3) 2月に外部講師を招き「地域の力を最大限に活かす！患者支援のコツ」と題し、全職員と医療連携協定病院を対象に退院支援セミナーを開催し、96名の参加があった。アンケートでは、98%が退院支援の必要性を理解できたと答えていた。

### 【評価及び今後の課題】

1. 入院前支援体制の整備（入院前患者説明用紙の作成・クリニカルパスの説明導入・入院時支援加算算定における整備）は、患者への情報提供や、病棟看護師等医療スタッフの情報共有に活用され、患者の退院支援につながった。今後は外来通院中に入退院を繰り返す患者や、医療処置・管理を継続しながら暮らしている患者を地域につなげることで入院後の支援のシンプル化を考えていきたい。そのためには、外来看護師の在宅療養支援ができる時間の確保が課題である。

2. 医療連携協定病院との連携体制（各病院の連携における業務基準作成、連携カンファレンスや医療連携合同会議の年間計画、転院調整における目標値の設定）が定着できた。医療連携協定リーフレットでの説明を行うことで大学病院の機能を理解する患者及び家族が増え、転院調整が円滑になったとの印象があるが、患者へのアンケート調査を行い、入退院支援における患者への効果を明らかにしたい。そして、これからも連携体制の継続と人事交流を活用した連携体制を構築させていきたい。

3. 看護師教育においては、卒後3年目看護師は、社会の動向を理解した上で退院後の生活に見合った療養指導を行っており、事例発表会の内容も生活の視点で捉えた発表が多く、研修効果があった。今後も病棟・外来のジェネラリスト看護師の入退院支援における人材育成を継続していく。