

## 退院調整の現状と今後の課題

## The Present Status and Problems of Discharge Management

佐野 カンナ

Kanna SANO

## 要 旨

国は在宅医療の推進のための様々な施策を策定してきたが、当院においても退院支援を重要な課題として、2008年4月「在宅患者支援窓口」を開設した。開設より1年半が経過し、地域医療連携、院内退院支援システムの構築、退院困難者の退院調整などの業務に取り組んできたが、課題は山積みである。今後はさらに在宅患者支援窓口の活動を院内に周知し、共に地域医療連携を広めていきたい。

## はじめに

わが国の人口は、少子化に伴って急速な高齢化が進行し、団塊の世代が高齢者枠となる2015年には、高齢化率がさらに高まり、少子多死時代を迎える。現在、わが国の死亡者の約80%は病院や診療所等の医療機関で最期を迎えている。これから迎える多死時代に対応してゆくためには、現在の病床を有効利用するとともに、在宅療養体制の充実を目指していかなければならない。

このような状況を踏まえて、2006年の医療制度改革においては、医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、質の高い医療を安心して受けられる体制を構築することを改正の趣旨としている<sup>1)</sup>。また、2007年4月に施行されたがん対策基本法の中では、がん患者の意向を踏まえて、住み慣れた自宅や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、退院時の地域との連携や在宅医療と介護が適切に提供される体制整備が必要となっている。

地域において切れ目のない医療の提供を実現するためには、地域側だけでなく病院側もコーディネーター機能の充実が求められている。当院では、2008年4月より開設された「在宅患者支援窓口」が地域との調整役を担っている。本稿では、退院調整にかかわる制度の概要、当院における在宅患者支援窓口の

活動について述べる。

## I 早期退院に関する国の取り組み

## 1 医療法改正

2006年6月に国会にて可決・成立した「良質な医療を提供する体制の確立を図るため医療法の一部を改正する法律」では、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制構築として、①医療情報の提供による適切な医療の選択支援、②医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供、③在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上という3つの柱を持って、これからの医療提供体制を確保する考え方を示している<sup>2)</sup>。急性期病院においては、急性期医療に特化したサービス提供が期待され、急性期を脱した患者の医療は、地域にある医療や介護、福祉などの社会資源との連携を強化し、必要な医療や介護をつなぎ、地域全体との連携システムを形作っていくことが重要と考える。

## 2 退院調整と診療報酬

国は在院日数の短縮のため、診療報酬改定で早期退院や在宅療養を支える「在宅療養支援診療所」に診療報酬を高く設定している。2008年度の診療報酬改定では、後期高齢者退院調整加算、退院時共同指導料が新設され、退院前に病院と地域の医師や看護師が話し合いをもち退院調整を行うことが評価された。内容は以下枠内のものである。(抜粋)

### 1) 後期高齢者退院調整加算<sup>3)</sup> (100点/退院時1回)

退院困難な要因を有する後期高齢者に対して、患者の同意を得て退院支援のための計画書を策定し、当該計画に基づき退院した場合に限り1回算定することができる。退院調整部門に2年以上退院調整にかかわる業務の経験を有する専従の看護師または社会福祉士が1人以上いること、多職種協働で作成した退院支援計画を作成すること、などいくつかの算定要件がある。

当院では、入院早期からスクリーニングを行い、退院困難患者の早期把握、早期介入を行うよう周知している状況である。

### 2) 退院時共同指導料<sup>4)</sup> (300点)

- 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。
- 2 1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、3の加算を算定する場合は、算定できない。
- 3 1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に200点を加算する。

これについては、退院前合同カンファレンス（以下、合同カンファレンスと略す）の必要性を説明し、院内外の関係者の参加を積極的に呼びかけており、少しずつではあるが件数は増加傾向である。

## II 退院支援と退院調整

退院支援と退院調整は混同されやすいが、いずれも退院を実現するために必要なものであるため、ここで概要を説明する。なお、在宅患者支援窓口が主として担当するのは退院調整である。

退院支援とは、患者および家族が、生活の場をかえて療養を継続するという選択肢があることを理解し、どこでどのような療養生活を送ればよいのかを自ら選ぶことができるように関わることである。これは、入院の決定から始まり、退院まで医療者と患者・家族との十分なインフォームドコンセントを図り支援していくことが必要である。患者の目標である退院のために、病院内の全ての組織が支援に関わることになる（図1）。

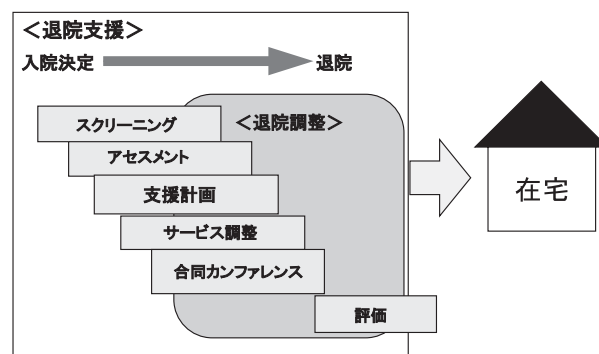


図1 退院支援と退院調整

一方、退院調整とは、患者が居宅などの環境においても必要な医療が継続していくよう、居宅サービス利用、療養環境整備、必要物品の調達、療養費の試算といった多方面からの調整を行うことであり、安心な退院に向けて直接的援助を担うチームメンバーを調整することである<sup>5)</sup>。在宅患者支援窓口は、この退院調整を担っている。

退院支援をすることなく退院調整のみ行っても、患者や家族の意思がかたまらないなど円滑な退院にはつながらない可能性がある。また、患者が退院したいと強く希望していても、それを支える調整が難航すれば、患者の希望が叶わない場合もある。したがって退院支援と退院調整の両者の機能がバランスよく提供されていくことが重要である。

## III 当院の退院調整の現状

### 1 「在宅患者支援窓口」開設の経緯

当院では、1994年に訪問看護部署が開設され、在宅療養患者の訪問看護を行っていたが、地域の訪問看護ステーションの開設や利用できる社会資源の増

加などを受け、徐々に当院の訪問看護の対象患者は減少した。また、院外機関からの在宅療養患者に関する問合せが増加し、これらには各外来での個別対応をしている状況であった。加えて、地域との連携も十分とはいえず、院内でも在宅療養に関して支援の必要性を分かっているながらも退院調整を担当する部署はなかった。

2005年より在宅療養患者の支援についての取り組みを検討する動きがあり、2008年4月に在宅療養の支援を必要とする患者の退院調整担当部署として「在宅患者支援窓口」が開設された。同年6月に訪問看護は終了となり、病院として在宅療養への支援に力を入れることになった。

## 2 在宅患者支援窓口の役割

在宅患者支援窓口は、(1) 退院支援が必要な患者・家族を早期に把握し、必要な援助を提供する、(2) 入院から在宅へ切れ目のない支援を行う、(3) 院内関係部署及び院外施設と連携を図り、顔の見える連携を実現することを目標としている。具体的な活動内容は、①在宅への退院に関する退院困難者の退院

調整、②院外機関からの在宅患者に関する問合せに対応し必要時当該部署へ連絡、相談、③退院調整者の退院後の継続支援、④退院支援に関しての教育である。

## 3 退院調整の実際

### 1) 依頼内容および依頼者

在宅患者支援窓口では、入院患者の退院調整の他に、入院患者の退院に関する問い合わせ、退院調整を行った患者に関する退院後の問い合わせ、外来患者の在宅医療に関する相談なども行っている(図2)。外来患者の問い合わせ・相談は訪問看護師、ケアマネージャーからが多く(図3)、内容は事務的なことから、療養に関することまで多岐にわたる(図4)。

入院中患者の退院調整の依頼者は、ほとんどが病棟看護師であり、その他は医療ソーシャルワーカー、専門看護師、患者の家族、訪問看護師やケアマネージャーなどである。患者の年齢や疾病、居住地等は様々であり、調整は個別的な対応が必要となる(図5、図6)。

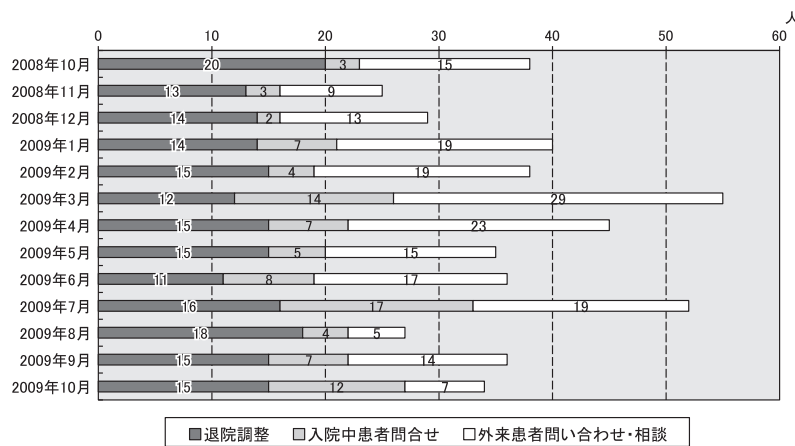


図2 在宅患者支援窓口活動の内容

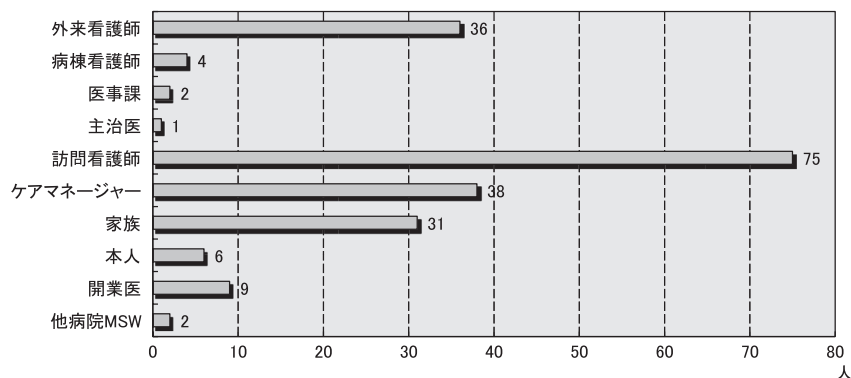


図3 外来患者問い合わせ・相談依頼者 (2008.10 ~ 2009.10)

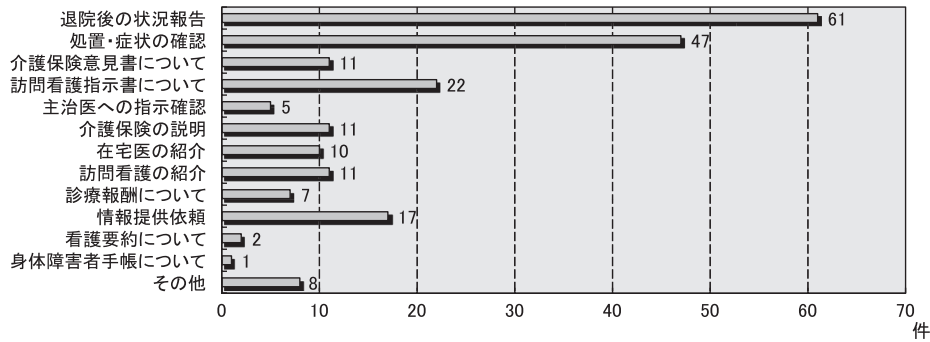


図4 外来患者問い合わせ・相談内容  
(2008.10～2009.10)

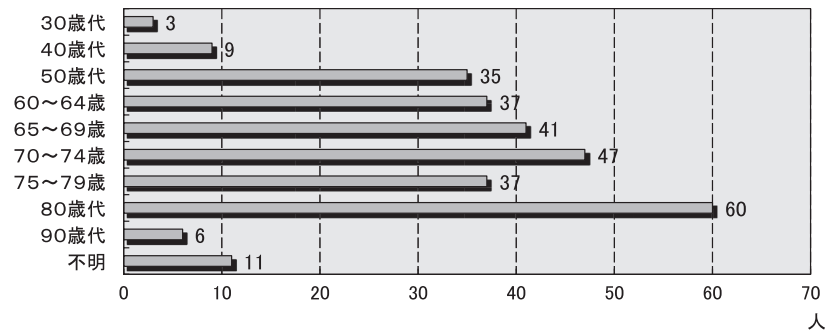


図5 患者年齢別の入院中退院調整・問い合わせ件数  
(2008.10～2009.10)

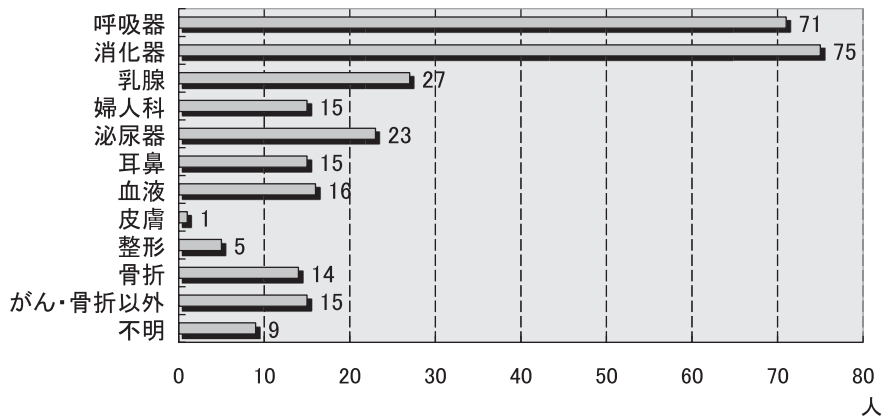


図6 患者疾患別の入院中退院調整・問い合わせ件数  
(2008.10～2009.10)

2) 退院調整の流れ

退院調整の依頼をうけ、まず患者・家族の状況、背景、退院への意向など情報収集を行い、退院の目標を確認する。次に医療上と生活介護上の検討課題と分け、退院に際しての問題点や調整部分をアセスメントし、患者・家族、院内外関係者に働きかけ、退院に向け調整を図っていく。

医療の継続については、退院後必要となる処置、薬剤、医療機器などをできるだけシンプルで在宅利用可能なものに検討、変更する。また、医療の継続

を患者や家族ができるかどうか判断し、困難な場合や不安が大きい場合は、訪問診療や訪問看護の導入の必要性を検討する。介護の継続には、患者の身の回りのケアと家事が含まれそれらも継続できるように生活に配慮して調整を行っている。医療と介護の調整を退院調整の2本柱とし、その患者特有の在宅ネットワークをつくりあげていくことが退院調整の役割となる。

3) 合同カンファレンス

依頼のほとんどは終末期がん患者であり、退院後



の医療処置や管理が必要な患者が多いため、継続的に医療や介護支援が受けられるよう院外関係者とも積極的に合同カンファレンスを行っている(図7)。参加者は、主治医や病棟看護師、外来看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士などの院内関係者の他、開業医や訪問看護師、調剤薬局薬剤師、ケアマネージャー、ヘルパーなど、退院後の支援に関わる院外関係者と患者・家族が含まれる。

目的は、参加者と共に①治療方針を確認する、②患者・家族の病状理解や療養についての希望を確認する、③医療やケアの内容を共有し、必要に応じて在宅で継続可能な形にアレンジする、④各職種・機関の役割分担を明確にし、確認を行う、⑤患者・家族・院内外関係者との顔の合わせをすることである。合同カンファレンスの実施により、患者・家族は、退院後支援してもらうスタッフと顔を合わせ、実際に何をしてもらえるのか話をし、在宅での療養生活のイメージを持てることで、安心につながるとされる。また、院内外の関係者が同じ目標を持ち、各々の役割を確認し、直接話し合うことで、さらに連携を深めることができる。

現状としては、看護師の参加がほとんどで、主治医の参加は少ないが、徐々には増えている。合同カンファレンスの目的や診療報酬に反映されること、さらに患者・家族の安心感につながるなど理解をしてもらい、参加を働きかけていきたい。

#### 4 当院における退院調整の問題点

がん患者の退院調整を困難としている背景には以下の5点があげられる。

①高齢化に伴って退院調整を必要とするがん患者が増えているが、在院日数の短縮のため、十分な退院調整を行うための余裕がない。当院では平均在院日数が13日を切り、外来や病棟での在宅療養の支援を必要とする患者の早期把握、早期介入が必要とさ

れている。②がん治療の進歩により、患者・家族自らが自宅で医療的処置・管理を行う機会が増えている。しかし、短期間の入院中に習熟することは難しく、退院後も継続的な支援が必要となる。現在では、輸液や酸素療法、膀胱カテーテル留置、創処置などを在宅で行なうことはまれではなくなっているが、患者・家族にとっては初めての経験であり、手技や知識が完全ではない状態で退院することへの不安や心配は大きい。③患者の配偶者の高齢化や核家族化によって、家族の介護力が弱まっており、退院の受け入れが困難となっている。独居や高齢世帯、若い世帯と暮らしていても、日中は仕事で不在となり家族の協力を得ることが難しい日中独居の患者も多い。④院内において、退院調整の必要性を判断するタイミングが遅れがちである。これは、医師から患者・家族に退院を告げられた後に、慌てて退院調整を開始することが1つの要因と思われる。また、患者・家族は急に退院許可が出て戸惑いが大きく、自宅準備や気持ちの整理などが不十分なまま退院を迎えることもある。さらに、終末期患者では状態が変化しやすく、調整のタイミングが在宅移行の可否を分ける。⑤他職種との情報の共有が不十分であり、患者・家族の参加も含めて退院調整に関するカンファレンスの必要性の理解が低い。

また、退院調整をしていると、医療者側と患者・家族の退院に対する認識のズレに気づくことがある。患者・家族は「退院」=良くなった時、医療処置が必要なくなった時と考えていることが多い。現実的には患者の病状が入院適応ではなくなり、地域での療養が可能になった時に医療者側から退院の話を切り出されており、患者や家族のイメージとはかけ離れた状況での退院となる場合もある。患者や家族は、「こんな状態では帰れない」「追い出される」「見離された」と感じることも少なくない。このズレを少

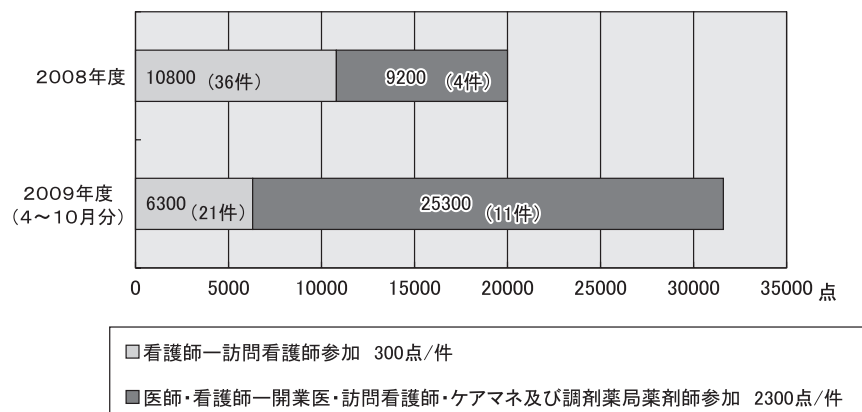


図7 合同カンファレンスと退院時共同指導料2算定状況

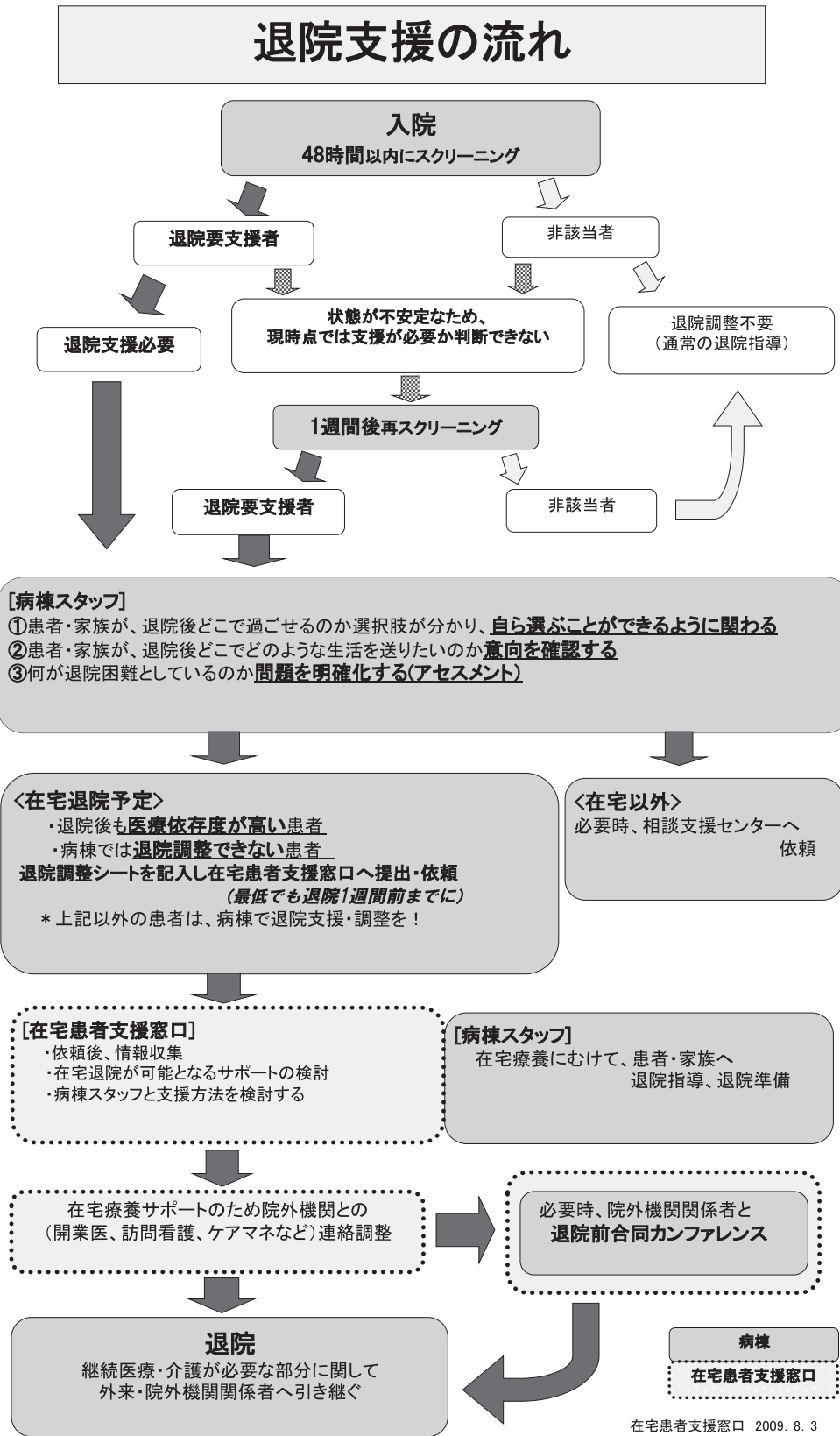


図8 退院調整の流れ

なくするためには、入院決定時より、医療者と患者・家族で治療方針、退院の目標や退院後予測される状況について十分なインフォームドコンセントを図っていく必要があると考える。

当院は、都道府県がん診療連携拠点病院であり、専門的な急性期治療に力を入れている一方、一定の割合で積極的な治療が困難と判断された患者も存在する。緩和ケア病棟をもたない当院では、症状のコントロールができれば入院適応ではなくなり、緩和ケア施設への転院を勧められることが多い。しかし、受け皿になる緩和ケア施設も、場合によっては申し込み後数月待機しなくてはならない現状がある。病院側としても待機期間を病院で過ごすことは難しく、在宅療養を選択せざるをえない状況の患者や家族もいる。また、緩和ケア施設を希望されず、住み慣れた我が家で過ごしたいと在宅療養を希望される方もいる。終末期患者は、介護上・医療上の様々な問題を抱え在宅療養へ移行する場合が多く、地域の関係機関との連携は必須である。また、状態が変化しやすいため、患者・家族の意向を踏まえた上で、地域の関連機関との素早い綿密な調整が必要となる。

## 5 これからの課題

### 1) 地域医療連携システムの構築

開設当初からしばらくは、地域医療機関などの情報も乏しく、患者の居住地近くの開業医や訪問看護ステーションを検索し直接連絡をとることで、地域医療機関の情報収集を行い、訪問診療や訪問看護の依頼をする状況であった。近隣の訪問看護ステーションより「がんセンターは敷居が高いと感じていた」「入りにくかった」「どこへ連絡していいのかわからなかった」、開業医からは「突然、知らない患者の紹介状が来て退院後のフォローを依頼されても、対応できないこともある」「退院前にどんな患者であるのか、患者情報が分かるとありがたい」と様々な声を耳にしたことから、今までの地域連携が十分に円滑に進んでいたとは言いがたい。現在では、在宅患者支援窓口ができ、「問い合わせしやすくなった」などの声も聞かれている。しかし、地域関係機関とのネットワーク作りは十分とはいえず、病院全体での取り組みをしていくことが課題である。

### 2) 教育・啓蒙活動

院内では退院支援や退院調整の理解が乏しく、在宅患者支援窓口をうまく活用できていない現状がある。これに関しては、院内のサポートケア委員のワーキンググループメンバーと共に学習を重ね、スタッフへ退院支援に関する教育を行い、退院支援の必要性と流れ(図8)、在宅患者支援窓口の役割を周知していくことに努めたい。

現在は退院調整のほか、院内外からの問合せ・相談に対応しているが、将来的には、病院内での組織的な退院支援システムの構築を図り、円滑な退院支援、退院調整が行われるよう基盤づくりをすすめていきたい。

## おわりに

退院支援とは、患者や家族が退院と告げられた日から行うのではなく、入院時から退院を見越して退院後の支援を考えていくことである。医療者が一方的にすすめていくのではなく、患者や家族と共に、退院後何が必要であるのか、どんな生活を送りたいのか話し合い、患者・家族のQOLに合わせたサポート体制を今後も提供していきたいと思う。また、活動を通して、退院支援・退院調整に関しての院内外での理解者が増えていくことに期待したい。

## 文献

- 1) 社団法人全国訪問看護事業協会(監修)篠田道子(編集): ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり. P4-7. 日本看護協会出版会. 2008.
- 2) 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. P7. 日本看護協会出版会. 2009.
- 3) 社団法人全国訪問看護事業協会(監修)篠田道子(編集): ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり. P111. 日本看護協会出版会. 2008.
- 4) 厚生労働省: 第2章 特掲診療料第1部 医学管理等 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1ab.pdf> accessed.2009/11/31
- 5) 厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」班: 緩和ケアのための地域連携ガイド. P45-49. 青海社. 2008.
- 6) 嶺岸秀子他: 事例で学ぶがん患者の退院調整～困難事例の“解決”を探る～. がん看護. Vol13 No.6: 593, 2008.