

退院支援加算1への取り組みで地域との連携が深まり、 早期の転院や在宅療養移行の基盤が整う

奈良県の大和高田市立病院(320床)は、2016年5月から退院支援加算1の算定を開始し、退院調整加算を算定していた時期に比べて、2倍近い数の患者さんに退院支援を行うようになった。スクリーニングフローを作成して業務手順と役割分担を明確化し、円滑な退院支援の実現に向けてさまざまな工夫を行うとともに、病棟看護師による在宅訪問などさらに進んだ動きも始まっている。岡村隆仁院長にこれまでの取り組みや今後の展望取材した。

スクリーニングフローで退院支援の流れや役割分担を明確化

大和高田市立病院は奈良県中和地域(人口約22万人)の救急、がん、周産期、老年医療を含めた急性期医療全般を担う中核病院である。「地域医療構想調整会議では、中和地域は救急医療と在宅医療支援を病棟連携のネットワークで推進していく方向が示され、当院はその中心となるための準備を進めています」と岡村院長は話す。

同院では以前から円滑な退院支援を進め、退院調整加算を算定していた。地域の医療機関や施設との連携を担当する地域医療連携センターには、看護師5人、社会福祉士4人の計9人が配置されている。

2016年度の診療報酬改定で新設された退院支援加算1は同年5月から算定開始した。

「それが実現できた大きな理由は、地域医療連携センターに豊富な人材がそろっていたことです」

退院調整加算と退院支援加算1では、地域医療連携センターの関わり方が大きく変わった。退院調整加算の時代は、対象患者のスクリーニングは病棟看護師と共に地域医療連携センターが行っていたが、入院時から主体的に関わることはなく、病棟から依頼があった時だけ介入し、具体的な介入は主に病棟看護師が行うという形だった。退院支援加算1になってからは、地域医療連携センターが入院直後から動き出す形になっている。

退院支援加算1の算定に向けて同院はいくつかの準備を行った。まず、施設基準に定められた病棟への退院支援専任職員配置は、6病棟に対して3人の看護師を配置。いずれもそれまで地域医療連携センターで退院支援業務を行っていた看護師である。地域医療連携センターのスタッフと合わせて計12人が退院支援職員として関わる体制が築かれた。

同時に、退院支援加算1のスクリーニングフロー(病

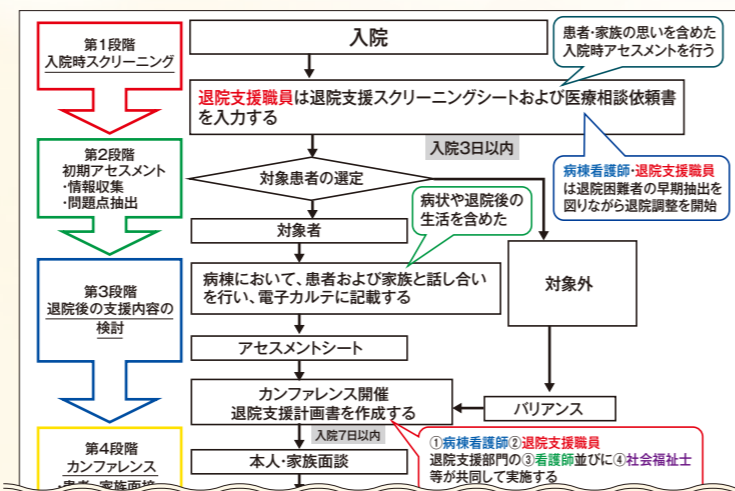
棟編・地域医療連携センター編)を作成した(図)。これは対象患者のスクリーニングだけでなく、その後のカンファレンス開催、退院支援計画書の作成、患者さん・家族との面談、退院調整、退院後の在宅訪問などまで含めた一連の業務に対し、各部門のスタッフがどう動くかを定めたものだ。

「病棟に退院支援職員を置いたことで責任の所在が明確になり、フローを作成したことによって入院から退院までの支援業務の流れが円滑になりました」

また、20以上の施設との連携という基準に対しては、市立病院であることから公益性の高い医療機関や訪問看護ステーション、介護事業所と連携を図ることとし、地域医療連携センターのスタッフが16年4月中に30カ所の施設を訪問し、各施設と入院・転院体制を協議した。さらに、退院支援職員のスキルアップが必要と判断し、院外研修会への参加や訪問看護ステーションの看護師に同行する在宅訪問、院内での症例検討会の開催といった取り組みを行った。

「これらの取り組みにより、退院支援が重要な仕事であることが改めてスタッフに理解されました。また、地域の医療関係者

図 大和高田市立病院の退院支援加算1スクリーニングフロー(病棟編)



スクリーニングフローは病棟編と地域医療連携センター編の2つあり、病棟編は6段階に分けてフローが整理されている。2つのスクリーニングフローの全体はWEB NEOSYSで掲載。

やケアマネジャーに地域医療連携センターが窓口であることが認識され、スムーズな退院支援が行えるようになりました」

病棟看護師の在宅訪問を実施 退院支援の延長で退院後もフォロー

病棟編と地域医療連携センター編の各スクリーニングフローには、入院から退院までの退院支援業務の流れが示されている。まず、病棟の退院支援職員が入院時にスクリーニングシートと医療相談依頼書を用いてアセスメントを行い、3日以内に退院困難要因を持つ患者さんを抽出して退院調整を開始する。

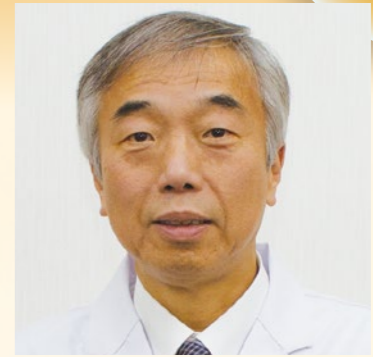
下記の各項目を1~2点で点数化して2項目以上かつ合計4点以上、もしくは現在の医療処置が退院後も必要と予測されれば、退院支援の候補者として抽出する。

- 65歳以上の独居または65歳以上の夫婦である。
- 介護者がいない。
- ADLが要介護である。
- 入院治療によりADL低下が予測される。
- 認知症、理解力の低下がある。
- 利用している社会資源がある。
- 医療処置が必要である。

合計点数のデータなどを電子カルテに入力することで自動的に抽出され、全スタッフが情報共有できるようになっている。この段階では入院患者の約40%に当たる200人強が候補者に該当するという。この中から、より手厚い支援が必要な患者さんを判断し、退院支援対象患者を決定する。

病棟ではこの対象患者および家族と病状や退院後の生活などを話し合い、アセスメントシートに記入。それを基に病棟と地域医療連携センターの看護師、社会福祉士などが7日以内にカンファレンスを行い、退院支援計画書を作成する。さらに、患者さん・家族との面談で方針を決定して必要な支援を行い、退院前カンファレンスを経て退院となる。対象患者には必ずこの流れを踏んで退院支援加算1を算定しているが、その数は月に70~100人となっている。退院調整加算時代は月に50人前後であったから2倍近くに増えた。そして、一般病床の在宅復帰率も90%台後半を維持できるようになった。「退院支援計画を立てるまでに、患者さんご家族の希望をしっかりと聞き、できるだけ希望に沿うようにすることが重要です」

病状によっては必ずしも希望に沿えないことや治療後に状況が変わる場合もあるが、その際にも患者さん・家族と方針をすり



大和高田市立病院

院長 岡村 隆仁 先生
Ryuji Okamura

1981年京都大学医学部卒業後、同大第二外科入局。一般財団法人 日本バプテスト連盟医療団 日本バプテスト病院、京都市立病院で外科医長を務めた後、1999年大和高田市立病院に外科医長として赴任。副院長を経て、2016年4月から院長に就任し、現在に至る。京都大学医学部消化器外科臨床教授を兼任。

合わせ、退院支援計画書を作成・変更することになっている。

岡村院長は活動の成果として、地域の医療・介護関係者との連携が深まったことを挙げる。多数のケアマネジャーと顔の見える関係を築いたことにより、患者さんが在宅でどのような生活を送っているかなどの情報を電話1本で入手できるようになり、退院後のフォローがしやすくなったという。

中和地域の地域医療構想では在宅療養の支援が重要課題とされている。在宅療養患者は担当病院を登録しておき、緊急時はいったん輪番制の救急病院で引き受けてから転院するというアイデアも出ている。早期の在宅移行では不安定な状態の患者さんもいるため、大和高田市立病院では退院後1カ月以内に病棟の担当看護師による在宅訪問を開始した。この活動を評価する退院後訪問指導料、訪問看護同行加算の算定も16年4月から行っている。現在のところ、十数例に実施した程度だが、今後、皮膚・排泄ケアや緩和ケアなどの認定看護師が同行するなど、システム化を図ろうという意見も出ているという。一方、退院支援加算1に関する課題の1つは対象者の選定範囲だ。1次スクリーニングで該当した候補者に対し、支援対象を現在のように絞るのか、もう少し広げていくのかを検討したいとしている。

同院では「歩いて入院した患者さんは、歩いて退院させよう」をスローガンに、17年4月から「リハビリテーション強化プロジェクト」をスタートさせる予定だ。リハビリを重点的に実施する患者さんを早期に抽出して介入する活動である。「おそらく退院支援加算1の対象患者と重なる場合が多く、退院支援業務と連動させることになるでしょう」と、岡村院長は今後の方向性を語る。

そのためにリハビリ専門職を8人から10人に増員した。リハビリ対象患者の早期抽出に診療報酬上の評価があるわけではないが、少しでもADLを改善してから在宅復帰させる方針で、退院支援業務の新たな展開として注目される。