

# 患者・家族を支える入退院支援

座長 萬谷和広<sup>†</sup> 瀬田公一<sup>\*</sup>第74回国立病院総合医学会  
(2020年10月17日～11月14日  
WEB開催)

IRYO Vol. 76 No. 3 (179-182) 2022

## 要旨

現在の医療機関体制は、機能分化、DPC（包括評価制度）による入院期間の考え方、「入退院支援加算」「入院時支援加算」「介護支援等連携指導料」「退院時共同指導料」などの入退院支援、地域の支援者との連携といった診療報酬上の評価の影響を受け、在院日数が減少する傾向となっている。この状況下では、入院前の外来受診の段階から、あるいは入院間もない時期から退院に向けた支援が開始され、その患者の状態に応じた機能を有する医療機関への転院、あるいは施設や在宅生活へ円滑に移行することが求められることになる。

しかしながら、医療関係者は、単に退院の促進を行っているわけではない。それぞれの専門職が、専門性を発揮して、その短い在院日数の中で質の高い支援を行い、退院後も引き続き安心して療養生活が継続していくための支援を展開しているのである。また、そこでは、各専門職が単独で支援を展開するだけでなく、他職種と連携や協働を行い、チームとして取り組むことも多く、それらの取り組みが、結果的に患者・家族を支えることに繋がっている。

本シンポジウムでは、管理栄養士、看護師、作業療法士、ソーシャルワーカーという多職種がシンポジストとなり、異なる立場から日常業務として取り組んでいる入退院支援の現状や、他職種、他機関との連携や協働等についての報告と、その報告に基づき総合討論を実施した。そこで本論では、各シンポジストの報告の概要と、ポイントとなる内容を示した上で、総合討論等で明らかになった、明日からの入退院支援のヒントになりうる要因について整理していく。

キーワード 入退院支援, 連携, 協働

## 「入退院支援に対する栄養士の関わりと今後の課題について」

(国立病院機構南京都病院：山地聡子主任栄養士)

本報告では、「入院時支援加算」、「入退院支援加

算」、「退院時共同指導料」といった診療報酬に関連した管理栄養士の関わりについて、結核病棟における管理栄養士の介入について、そして、国立病院機構近畿グループの栄養士における入退院支援への関わりに関する実態調査についての報告があった。

国立病院機構大阪南医療センター 地域医療連携室、\*国立病院機構京都医療センター 地域医療部 腎臓内科  
<sup>†</sup>医療ソーシャルワーカー著者連絡先：萬谷和広 国立病院機構大阪南医療センター 主任医療社会事業専門職  
〒586-8521 大阪府河内長野市木戸東町2-1

e-mail: mantani.kazuhiro.wk@mail.hosp.go.jp

瀬田公一 国立病院機構京都医療センター 地域医療部長

〒612-8555 京都府京都市伏見区深草向畑町1-1

e-mail: kseta@yahoo.co.jp

(2021年1月15日受付, 2021年10月15日受理)

Hospitalization and Discharge Support for Patients and Their Families

Kazuhiro Mantani and Kouichi Seta\*, NHO Osakaminami Medical Center, \*NHO Kyoto Medical Center

(Received Jan. 15, 2021, Accepted Oct. 15, 2021)

Key Words: hospitalization and discharge support, cooperation, collaboration

報告の中での重要な内容として、「入院時支援加算」への取り組みにおける、効果的な介入方法に関する報告があった。それは、入院前の外来の時点で食物アレルギー、食事摂取量、体重増減、むせなどを看護師が聞き取り、問題があると判断した場合、栄養士が介入する仕組みである。これは、全患者に介入するマンパワーの不足といった問題などを抱える栄養士にとって、この連携による取り組みが、ニーズの高い患者に効果的に介入できる方法となっていた。

また、「入退院支援加算」、「退院時共同指導料」におけるカンファレンスへ栄養士の介入することにより、支援に広がりが見られるといった、支援効果に関する報告があった。多くの医療機関では、このカンファレンスには医師や看護師、ソーシャルワーカーが構成員となるのが一般的である。しかし、南京都病院では、栄養士が積極的にチームの一員として介入しており、そのことによって他職種からの情報を得ることにつながり、患者の全体像をより正確に把握することが可能となっている。結果として、そこで掴んだ患者の全体像が、さらに踏み込んだ栄養士の支援につながっていた。

このように他職種との連携や協働は、円滑で効果的な支援につながるということが示されたが、近畿グループにおける入退院支援における管理栄養士の関わりについての実態調査（n=16）では、入退院支援加算、入院時支援加算、退院時共同指導料、退院に向けた院内カンファレンス等において関わりが低い現状が明らかになり、今後の課題として示された。

---

### 「患者登録事業を活用した地域医療支援病院の在宅療養後方支援について」

（北海道医療センター：有馬祐子地域医療連携室副室長・看護師長）

本報告では、在宅療養後方支援病院における「在宅患者緊急入院診療加算」において、算定要件に適さない患者に対する取り組みとして、在宅医療患者登録事業と施設入所患者登録事業の2つの事業の実施に関する報告があった。この在宅患者緊急入院診療加算は、「15歳未満の人工呼吸を実施している患者もしくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者または神経難病等の患者」が対象となっているため、緊急入院の支援を

行った場合、この対象以外の患者もニーズを抱えており、対応が求められるということが明らかになっている。

在宅医療患者登録事業においては、北海道医療センターの退院患者または、地域の在宅が担当する患者で、事前に北海道医療センターに登録した者に対して、必要な時に、迅速に、安心して入院サービスが受けられる事業である。2015年度より始まった本事業は、2019年までの5年間において8施設、49例の患者登録、28例の受け入れ実績となっている。

一方、施設入所患者登録事業では、地域の特別養護老人ホームの入所者で、北海道医療センターに登録を希望する患者を、事前に北海道医療センターの診療看護師が訪問しカルテを作成した上で、登録しておくことにより、必要な時に安心して入院・受診サービスが受けられる事業である。2018年度より開始され、2018年、2019年の2年間で3施設、22例の患者登録となっており、受け入れ実績は21件となっていた。

これらの取り組みでは、算定に適さないから実施しないのではなく、地域で生活する患者が、安心して在宅生活を継続させたいという生活ニーズと、それを支える地域の医療者のバックアップとなる医療ニーズを充足するといった、地域への貢献度の高い事業である。当該地域一体となったこの協働事業は、地域全体の医療を支える要のシステムであり、病院の立場から考えても、円滑な入退院につながる仕組みとなっている。

---

### 「希望に合わせた隊員支援－作業療法に関わりー」

（東京病院：川島英之作業療法主任）

本報告では、作業療法士の全体的な支援の紹介とその特性、地域で共通して利用できるリハビリ手帳の紹介、支援例、そしてCOVID-19の業務への影響とその支援の工夫についての報告があった。

この報告では、まず、IADL（手段的日常生活動作）関連支援である復職支援について紹介したい。復職するためには、「自身の障害を他者に説明できる、自身の能力を発揮しやすい環境や手段を選択する」ことが求められる。そこで、自身の障害を説明できること、退院後、事業者へ状況報告ができることなど、入院中の身体面のIADLの拡大だけでなく、退院後、障害を持って生活を送るということを視野に入れた支援が展開されているのが特徴的である。

さらに、特徴的な取り組みとしてリハビリ手帳の報告があり、地域におけるリハビリテーションの普及と支援を目的に、院内外が多職種が協働し、当該地域で実施されるリハビリ情報を共有できる手帳を作成していた。病院でのリハビリに対する実施記録に加え、退院後の療養の場である転院先、施設、在宅、それぞれの場におけるリハビリの記録を継続的に行うことにより、経過が把握でき、継続的な評価につながり、その患者にとってより効果的なリハビリを展開していくツールとなっている。

これらの作業療法士の支援では、入院中のADLの拡大だけに焦点を当てているのではなく、現在のADLが退院後にどのように影響があるか、退院後の生活を考えるとどのような準備を現時点から進める必要があるかという視点に立った支援が展開されていた。

---

#### 「両立支援に主眼をおいた入退院支援」 (別府医療センター：井上祥明医療社会事業専門職)

---

本報告では、両立支援に主眼を置いた入退院支援として、治療と職業生活を取り巻く社会的な現状の紹介、実際の相談の概要と課題の紹介、両立支援の取り組み例についての報告が行われた。

両立支援に主眼を置いた入退院支援では、病棟看護師による患者への就業状況の聴取内容を退院支援カンファレンスにて共有し、就労されている患者のもとへ、ソーシャルワーカー、看護師が訪室することから始まる。そこで行われる面談では、業務内容や職場の理解、就業規則、今後の意向を確認することになる。その面談によって、課題を見だし、必要な情報提供を行う支援を展開されていた。

これらの支援を通して、患者の中から、「他の当事者の声が聞きたい」という意見があり、患者団体とともに立ち上げたのが「働く女性のためのサロン『Idobata』」である。今回、この報告の中で、このIdobataが、特筆すべき特徴的な取り組みの一つである。両立支援を行う中で活用されるIdobataは、当事者の声の共有だけでなく、就労のために充足すべきニーズとして、オペ後の体力低下に対応する早期のリハビリ、ストレスケアに対するヨガの実施、ソーシャルワーカーによるマインドフルネスの提供といった、ほかにはない試みが実施されている。

ソーシャルワーカーの専門分野である生活支援の視点から、その人の退院後も継続していく「生活す

る」「生きていく」ための両立支援に焦点を当てた取り組みが展開されていた。また、患者団体や、ヨガ療法士協会など、さまざまな他団体とコラボレーションしていることが特徴的で、より効果的に退院後のニーズを充足する取り組みが展開されていた。

---

#### 報告ならびに総合討論による重要要因の整理

---

本シンポジウムでは、入退院支援に関して重要と考えられる、(1)重視すべき視点、(2)早期介入のための連携、(3)連携・協働するための方法の3つの要因が見いだされた。

1点目の重視すべき視点では、支援が入院中のみ視点で当てられるのではなく、退院しても続く療養生活の改善においても焦点を当てる、「継続性」の視点で支援が展開されている点、そして、一般化された業務ではなく、患者・家族のニーズに沿った「個別性」を重視した支援であるという特徴があった。これらの視点を持って、各専門職の専門性を発揮させ展開されていた。

2点目は、早期介入のための連携である。支援を効果的に展開するには、早期介入が重要になる。しかし、多くの患者へ介入するためのマンパワー不足、介入体制が十分成熟していないなどの理由により、早期介入が困難である。そこで、この課題を「連携」という方法を持って解消する提言があった。この早期介入のための連携は、「連携先」と、「連携する職種」に分けて整理することができた。

「連携先」では、院内と、院外（地域）がある。院内の例としては、入院前に手続きや情報収集等で携わるスタッフと連携し、介入が必要な患者に対して連絡を受け、早期介入を行うということである。院外の例では、在宅で支援をする在宅医、ケアマネジャー、あるいは転入元である医療機関などと連携することで、入院前から状態の把握ができ、受診もない段階から支援の展開することにつながるものがあげられた。

「連携の職種」では、同職種、他職種がある。同職種では、他機関に所属する同職種からの情報により、幅広い生活場面での状況を把握が可能となる。また、他職種では、他職種からの専門的なアセスメントから知りえない新たな患者の背景を把握することも可能とする。そのことで、より専門性を生かした支援が早期に展開できるメリットにつながる。

3点目は、この連携、協働を進めていく効果的な

方法である。連携や協働は、医療の中では重要な要因として言及されることが多いが、実際に実施することは容易ではない。本シンポジウムでは、その連携や協働の効果的な方法が示された。連携や協働を進めるには、他職種の専門性や業務内容を理解することが前提となる。カンファレンスなどの機会を利用しながら、知り合い、分かち合う。そこでは、専門用語ではなく、共通言語を使って、お互いを理解し合う。その上で、ひとつの目標を共有し、チーム

として、目的に向かっていくことになる。さらには、その取り組みは時間をかけ、そのチーム独自の協働の形や文化を醸成していくことにつながる。これが、連携、協働を行う上での工夫であり、明日から取り組むべき知見となった。

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。