

障害福祉分野のPFM (Patient Flow Management) の構築について

吉浦里香[†]2021年10月23日～
11月20日Web開催

IRYO Vol. 77 No. 2 (86-90) 2023

要旨

平成27年12月の社会保障審議会障害者部会では、地域での暮らしが可能な障害者等が安心して地域生活を開始・継続できるよう地域生活を支援する拠点の整備の推進が示された。さらに令和3年度に、第6期障害福祉計画および第2期障害福祉計画の作成に係る基本指針の見直しがなされ、令和5年度末までに成果目標の設定を行うこととされた。このような動向は、「病院ができることは何か」を改めて考える機会となった。

国立病院機構箱根病院（神経筋・難病医療センター）は、障害者総合支援法に基づく療養介護病棟と一般病床としての障害者病棟を有する199床の病院である。

難病を発症した患者は確定診断を受けるまで、受けてからも評価・治療入院、在宅療養を繰り返しながらやがて在宅療養が困難となり、長期入院となる。疾患の病態変化は患者個々で異なる。患者は各時期で意思決定が必要となり、私たち医療・看護職は、その意思決定の支援をしていくことが重要となる。

通常、Patient Flow Management (PFM) は、入退院に関する部門が統合され患者の身体的・社会的・精神的側面すべてを捉え、入院から退院までの流れを一貫して管理する入退院支援システム（病院/ショートスパン）とされている。これを、障害福祉サービスの領域で難病患者への支援へ置きかえると、看護のフィールドは病院だけではなく地域（在宅）も含まれ、患者の療養生活全般を管理すること（在宅/ロングスパン）つまり、「在宅」と「病院」間の循環型患者支援システムが難病患者へのPFMと考えた。そこで、看護部内では、PFMチームを立ち上げリンクナースを中心に、患者支援スクリーニングシート等を活用し、入院中の看護支援の評価と継続を図った。病院全体では、患者支援体制（地域医療連携室・外来・病棟・訪問看護室）の協働・連携のシステムの見直しを実施した。今後の課題も含め、第1段階の取り組みを報告する。

キーワード 意思決定支援、入退院支援システム、障がい福祉サービス

はじめに

平成27年12月の社会保障審議会障害者部会では、地域での暮らしが可能な障害者等が安心して地域生活を開始・継続できるよう地域生活を支援する拠点

の整備の推進が示された。その後、令和3年度を初年度とする第6期障害福祉計画および第2期障害福祉計画の作成に係る基本指針の見直しがなされ、令和5年度末までに成果目標の設定を行うこととなった。このような動向は、「病院ができることは何か」

国立病院機構箱根病院（現所属 国立病院機構まつもと医療センター）看護部 †看護師

著者連絡先：吉浦里香 国立病院機構まつもと医療センター 看護部 〒399-8701 長野県松本市村井町南2-20-30

e-mail : yoshiura.rika.np@mail.hosp.go.jp

(2022年3月7日受付, 2022年12月2日受理)

Establishment of Patient Flow Management (PFM) System in the Field of Disability Welfare

Rika Yoshiura, NHO Hakone Hospital (Current affiliation : NHO Matsumoto Medical Center)

(Received Mar. 7, 2022, Accepted Dec. 2, 2022)

Key Words : decision making support, patient flow management system, welfare service for persons with disabilities

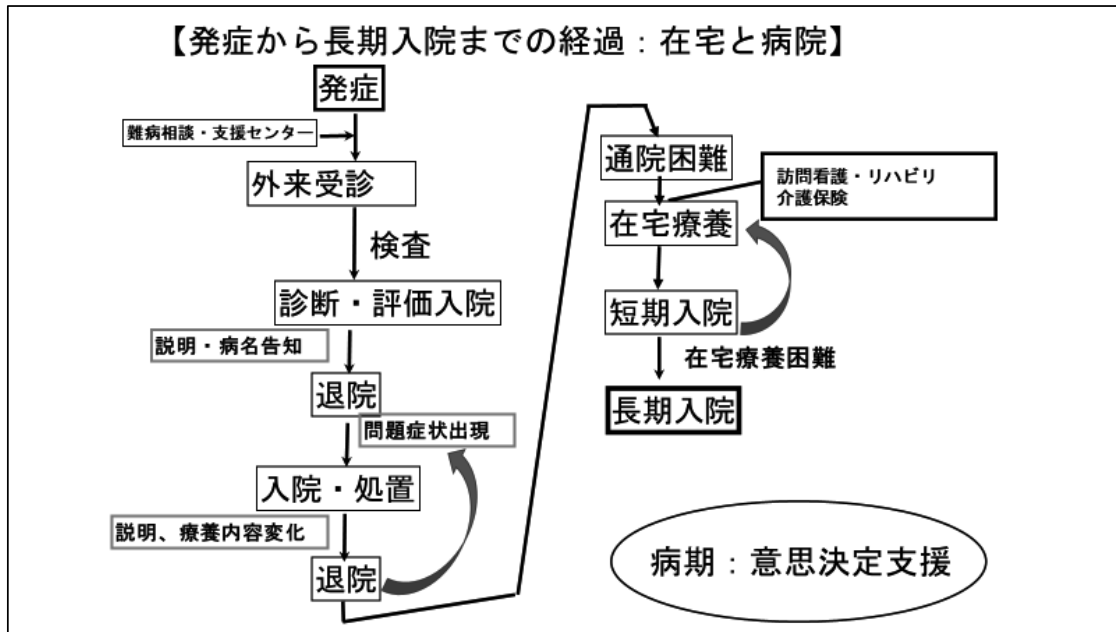


図1 神経筋・難病患者の病態の進行のイメージ

を改めて考える機会となり神経・筋、難病支援センターである国立病院機構箱根病院（当院）は、患者の療養生活を長期スパンで支援していく必要があると考えた。

神奈川県難病医療提供体制と当院の機能

かながわ難病相談支援センターは神奈川県難病連が運営していたが、2017年度に神奈川県より当院が受託された。その後、2018年度から、保健師1名、ソーシャルワーカー1名、事務職1名（週4日）と保健師3名（週1日）で運用開始。ハローワークと協働での就労支援準備をしている。2019年度から、難病就労サポーターと保健師（看護師）＋ソーシャルワーカーでの定期的就労支援を月2回開始。「かながわ難病情報連携センター」も併設しており、2020年度から、「かながわ移行期医療支援センター」も併設して活動をしている。

当院のコンセプトは、「いのち輝く、癒しの病院」である。看護部の理念は、「私たち看護職員は、患者に寄り添い、疾患と共生する人生の支援に努めます。」となっている。「疾患と共生する人生の支援」この部分を、より具体的に考えた取り組みが「箱根病院版 Patient Flow Management (PFM)」となる。

神経筋・難病の患者の発症時期は個々に異なるが、確定診断を受けるまでの検査入院、確定診断を受け

てからの評価・治療入院が繰り返される（図1）。この間は、何年にも及び、在宅療養を継続しながら社会とのつながりを保持されるが、やがて在宅療養が困難になり、長期入院となる。この流れのスパンも、患者個々で異なる。疾患の病態変化、これを『病期：病いの時期』と表現するが、患者の意思決定が必要となり、私たち医療・看護職は、その意思決定の支援をしていくことが重要となる。

令和2年度に難病相談支援センターへ寄せられた相談事項の内訳と相談者の地域別内訳を提示する（図2）。相談者の約6割が、神奈川県在住者である。相談内容は、①医療機関、医師の選択②病気に対する不安・混乱と、なっている。この内容からも、初診時や検査入院時など、初期の介入を考えていく必要があると考える。

通常、「PFM」は、Patient（患者の）Flow（流れ/動き）Management（管理する）の略である。

患者の入院から退院までの流れを一貫して管理することとして、「入退院支援センター」というような名称で、仕組み・体制が整備される。箱根病院では、入院期間だけではなく、在宅生活と病院での療養生活を循環させる支援をPFMと総称すると考えた。それは、看護のフィールドは、病院だけではなく、地域（在宅）も含まれるということである。

そこで、仕組みづくりのフレームワークを大きく1) 患者の入院から退院までの流れを一貫して管理すること（病院内で展開する活動 / ショートス

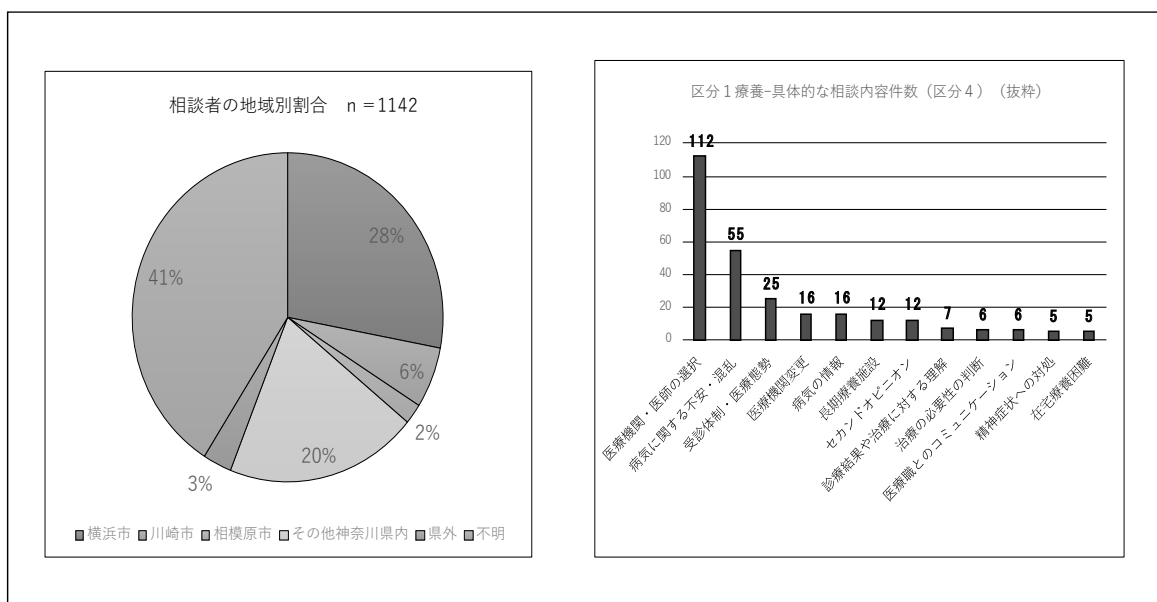


図2 令和2年度難病相談支援センターへの相談(抜粋)

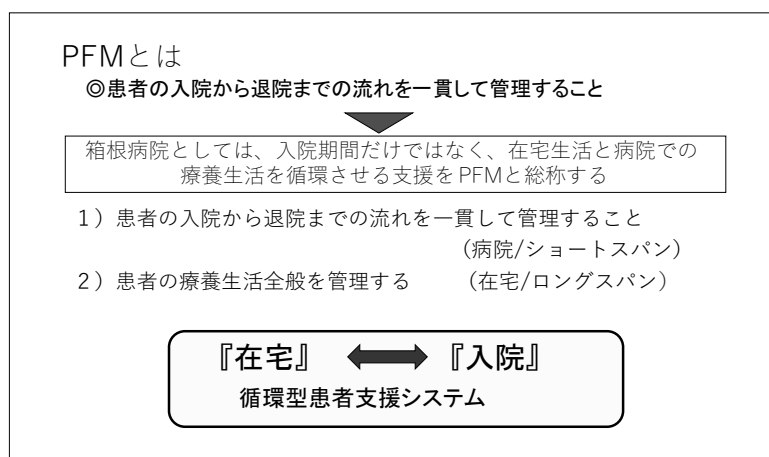


図3 箱根病院版PFMの考え方

パン) 2) 患者の療養生活全般を管理すること(在宅も含めて展開する活動 / ロングスパン)の2点とした。そして、「在宅」と「入院」の循環型患者支援システムとして構築していくこととした(図3)。

現状と課題

1) 患者の入院から退院までの流れを一貫して管理することについて

現在は、入退院の窓口は、地域医療連携室となっており、入院までの当該病棟との情報交換・共有のフローが不明確であり、患者情報の共有ができていない。また、受け持ち看護師の役割が明確に周知されていないため、退院に向けた継続看護(看護師間、多職種介入)が不十分な現状であった。そこで、

PFMチームを立ち上げリンクナースの育成に取り組んだ。

2) 患者の療養生活全般を管理することについて在宅での患者支援は、「外来」「訪問看護室」が介入しているが「病棟」を含む一元化にはなっていない。ここでも、患者情報の共有ができていないという問題が生じている。そのために、患者の入退院に対する「病棟側」の不安と抵抗感が表出していた。変化する病期を踏まえて、入退院を繰り返す患者情報を共有し、患者の流れをスムーズにし、病院と在宅とを結ぶ仕組みが必要となる。

院内での取り組み

1) 看護部内でのPFMチームの組織化

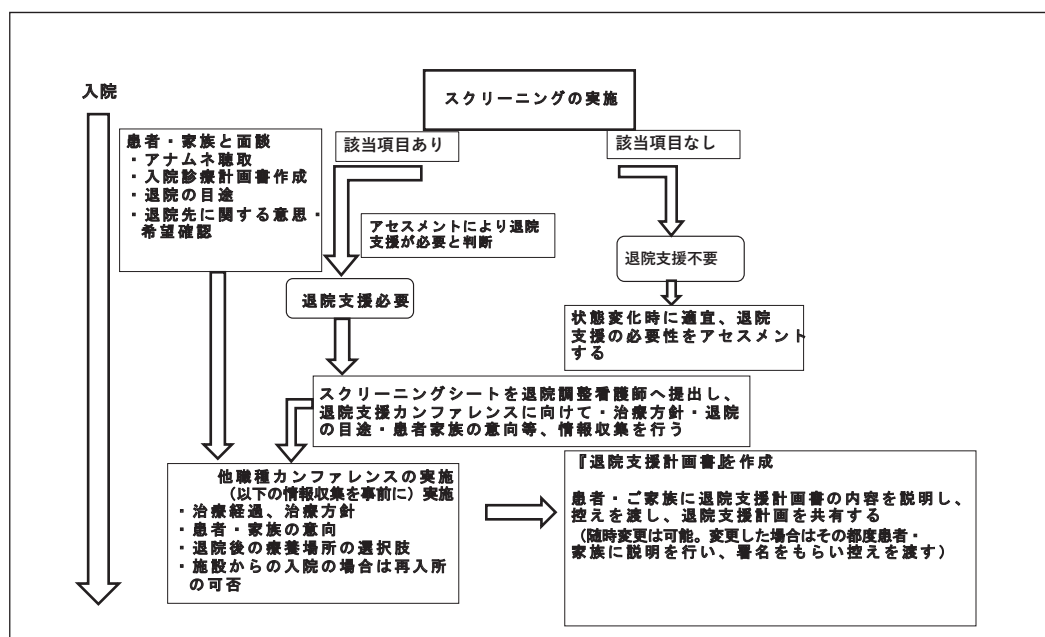


図4 退院支援システムフロー図

リンクナースの育成として、月1回の会議を開催し、ミニレクチャー、症例検討会、研修会を実施した。患者支援の「見える化」として、退院支援システムフローの作成と運用スクリーニングシートの作成・活用・評価・修正を行った。

2) 病院内での周知・認知へのアプローチ

幹部会議、管理診療会議での定期的な活動報告を実施した。

今回は、「患者支援の見える化」として実施した退院支援システムフローの作成と運用スクリーニングシートの作成・活用について、紹介する。

「患者支援の見える化」の第1段階として、患者の情報の整理と行政も含めた、必要な看護介入を、誰にでもわかるよう、「退院支援システムフロー」を作成し、活用した(図4)。運用は、「一般病棟」で開始した。フローに沿って、「退院支援計画書」を作成する。「退院支援計画書」を作成後、患者の状況に応じ、①治療に関すること②看護に関すること③院内外の多職種との連携に係ること④家族との調整⑤他の医療機関、行政との連携と進め、退院となる。スクリーニングシートの活用は、必要性や運用について、リンクナース会で検討し、病棟の看護職員へレクチャーを繰り返し実施した。活用状況については、リンクナース会で評価しフィードバックしていった。次に、退院支援シート(スケジュール)の活用を紹介する(図5)。表側に、確認事項、介入に必要な職種を提示し、表頭にはそれぞれ時間的

な「目安」を付けるような運用となっている。実際の運用期間は、1-3カ月となっている。合同カンファレンスで、退院日が決定しても、退院指導の進捗が遅延していたり、多職種との連絡調整が滞りたりの現状があった。コアとなる受け持ち看護師の関わりには個人差があり、看護師長が仲介・支援しながら進めていった。

まとめ

PFMを、展開していくことは、入院中から退院後の生活を見据えた支援の調整や対処が可能となる。患者に必要な障害福祉サービス制度の活用を支援し、訪問看護・訪問診療医と情報交換を実施し、在宅療養をサポートしていくことができる。退院前訪問については、コロナ禍で、思うように実施できない時もあったが、ご家族の協力で、家屋状況の写真をを見せていただいたり、問取りの計測をしてもらう等協力いただき、理学療法士や作業療法士とも情報共有し退院指導に活かしている。退院後の支援はまだ定着していないが、外来との連携にて患者の外来受診時に病棟の受け持ち看護師が患者と関わることも少しずつ実施している。また、地域の訪問看護ステーションとの情報交換を実施し訪問看護室との連携にて、退院後訪問を実施し、入院中の看護支援の評価と継続を図っている。

神経筋・難病患者の疾患の進行は、長期にわたる。

手順項目	日時	めやす		打合せ / () :	めやす		めやす	退院 カンファレンス / ()	めやす	退院日 / ()	在宅 カンファレンス / ()	
		退院 / ()頃	日前 ~		退院 / ()頃~	退院 / ()頃~						退院 / ()頃~
① 療養者の基本情報の収集 (フェイスシートの作成)	担当者 病棟看護師	① (/)		④ 打合せ				退院 カンファレンス		退院日	在宅 カンファレンス	
② 在宅人工呼吸療法(HMV) の条件確認	退院調整看護師	② (/)										
③ 利用できる制度の確認	MSW 退院調整看護師	③ (/)										
④ 退院調整に向けての打ち合わせ	MSW 病棟看護師 退院調整看護師											
⑤ 在宅療養支援ネットワークの構築 (ケアプラン案の作成)	ケアマネージャー MSW 退院調整看護師		⑤ (/)									
⑥ 病棟看護師による家族への 介護技術指導	病棟看護師		⑥ (/)									
⑦ 療養環境の確認	保健師 ケアマネージャー					⑦ (/)						
⑧ 必要な医療機器や衛生材料の 準備	病棟看護師					⑧ (/)						
⑨ 退院カンファレンス	病棟看護師 退院調整看護師								⑨ (/)			
⑩ 退院に向けての準備	病棟看護師								⑩ (/)			

図5 退院支援シート

繰り返される入院，そして，在宅での生活，このそれぞれの「病いの時期」に，どのように寄り添い支援していくのか。

どの期間においても，「切れ目ない療養支援」を展開していかなければならない。

当院で始めた，「PFM患者支援」は，まだ病院内での仕組みを軌道に乗せることが課題である。

今後の展望

院内の組織の強化として「個」のスキルを上げるための，受け持ち看護師の役割の確立と見える化を図る。そして，仕組みの整備と運用の拡大のための，スクリーニングシートの修正と活用の定着（現在，Ver 3 使用）を継続していく。また，多職種カンファレンスの開催の定着が挙げられる。現在は看護部内での「PFM」の活動となっているため，院内認知を図るとともに多職種との連携・協同活動にしていくことも重要である。

次に，地域との連携については，難病相談支援センターとの連携による新規患者への早期介入をしていく。そして，退院支援シートの汎用性を高め，訪問看護ステーション・往診医・ケアマネージャーなどの情報提供・情報交換のツールとして活用していく。また，地域の看護師等連絡会にも参加し，地域とのネットワークを整備していく。そして，数年後

には，「患者支援」を繋げるキーパーソンとして病院職員が訪問看護ステーション等へも出向く（アウトリーチ）等，これが，今後の目標（人材育成）となると考える。

今回は，1 病院で取り組んだPFMの仕組み作りではあるが，今後は同様の診療機能を持つ機構病間でネットワークを構築していくことも必要ではないかと考える。その中でも人材育成は重要な要素であると考え，協働・連携できる体制作りが必要であると考え。

〈本論文は，第75回国立病院総合医学会シンポジウム「地域に根差した障害福祉サービスの取組」において「障害福祉分野のPFMの構築について」として発表した内容に加筆したものである。〉

利益相反自己申告：申告すべきものなし。

【文献】

- 1) 難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成27年9月15日）厚生労働省告示375号
- 2) 第6期障害福祉計画に係る基本指針について（令和2年3月9日）障害福祉関係主管課長会議資料（一部抜粋）厚生労働省