

退院支援計画作成システムの構築 —紙媒体から電子カルテシステムへ—

(早期退院支援/退院支援計画書/退院調整加算/電子カルテ)

澤田範子^{1,2)}・森川貴志子^{1,2)}・日原千恵²⁾・小笹美子³⁾

Construction of the Discharge Support Program Planning System : From a Paper Medium to an Electronic Chart System

(early discharge support / discharge support plan / discharge adjustment addition / electronic medical records)

Noriko SAWADA, Kishiko MORIKAWA, Chie HIBARA, Yoshiko OZASA

【要旨】入院患者の早期退院を支援する体制を作ることを目指し、入院時の患者データベースを退院支援計画書に連動させ、電子カルテ上で運用するシステムを構築した。その結果、「退院支援依頼患者」の退院支援計画書着手率・退院調整加算件数の割合が上昇した。電子カルテシステムの構築により、病棟看護師は、退院支援計画書の着手が早期に行えるようになったと考えられた。今後も病棟看護師と地域医療連携センターの看護師・医療ソーシャルワーカーは、入院患者の早期退院に向けて密に連携し、効果的な退院支援・退院調整を行うことが必要である。

I. はじめに

患者の退院後の療養生活をより良くするためには、病棟で患者の退院後の在宅療養生活の課題を予測し、早期に患者に適した退院支援に取り組むことが求められている¹⁾。看護職に求められていることは、暮らしの場への療養移行・継続を支援する看護ケアのマネジメントであり²⁾、今後、退院支援・退院調整はますます必要になってくると考える。

入院患者の早期退院を支援するために、病棟看護師は入院時から退院に向けて患者の状態をアセスメントすること、在宅への退院支援の問題点を明確にすることが必要である。しかし、当院の状況を見ると病棟看護師の退院支援に対する意識の低さ、退院支援が必要な患者の見極めの困難さ、診療報酬にも関係する入院

7日以内の退院支援計画に着手できていない、早期退院支援の必要性について病棟の受持ち看護師が十分認識していないという退院支援の実施内容に課題が見られた。

そこで、入院時に聴取する患者データベースと退院支援計画作成を連動させることにより看護師が早期退院支援を開始できると考え、退院支援計画作成システムを構築した。その結果、退院支援計画着手率と退院調整加算算定割合が上昇し、入院患者の早期退院に向けて、退院調整を行っている地域医療連携センターと適切な時期に連携し、効果的な退院支援・退院調整に繋げることができたので報告する。

II. 目的

本調査の目的は、患者データベースと退院支援計画作成システムを連動させた退院支援計画作成システムの効果を検証することである。

III. 用語の定義

1. 退院支援

患者が自分の障害や病気を理解し、自分はどういう生活を送りたいのか、どこで療養生活を送りたいの

¹⁾ 島根大学医学部附属病院地域医療連携センター
Community Medicine Cooperation Center, Shimane University Hospital

²⁾ 島根大学医学部附属病院看護部
Department of Nursing, Shimane University Hospital

³⁾ 島根大学医学部地域・老年看護学講座
Department of Community Health and Gerontological Nursing,
Shimane University Faculty of Medicine

か、患者自身の生き方を理解し、患者が自己決定できるように支援していくこと。

2. 退院調整

患者・家族の意向をふまえ、患者の自己決定の実現に向けて、医療上の課題、生活上の課題を明確にし、社会保障制度や社会資源などを活用できるようにマネジメントし、地域につなげていくこと。

3. 退院調整看護師

地域医療連携センターに専従・専任で配属され、看護介入の必要な患者を特定し、患者と家族が安心して退院または転院できるよう、医療と福祉をつなぐ役割を担う看護師。

IV. システム構築に至った経緯と課題

1. 当院での退院支援の流れ

特定機能病院である当院では、入院患者の在宅への退院調整を、病棟看護師と地域医療連携センター看護師（以下退院調整看護師とする）・医療ソーシャル・ワーカー（以下MSWとする）が協働し、退院先との退院調整を行っている。在宅による療養生活の継続・ADLの拡大を目指した転院先の確保など地域包括ケアシステムの推進と医療機能の連携により、積極的な退院支援に取り組んでいる。

当院での退院支援の流れは、図1の通りである。

入院が決定すると、外来担当医師は入院予約時に退院支援の必要性の有無を検討し、入院予約システムの「早期退院支援」に関して「要」「不要」の指示を出す。患者は、入院が決定すると、入退院管理センターで、入院の説明を受ける。入退院管理センター看護師は問診表に沿って、入院に必要なことと合わせて退院にむけた問題も聞き取り、患者データベースに入力する。

入院時には、病棟看護師が退院困難な要因（悪性腫瘍・認知症・急性呼吸器感染・緊急入院・介護保険無し・入院前に比べてADL低下・排泄に介助を要する・十分な介護力がない・医療処置が継続する・入退院を繰り返す・その他）について、患者の状態をアセスメントし、患者データベースに入力する。病棟受持ち看護師は入院7日以内に退院支援計画に着手する。そして、退院調整が必要であると判断した主治医や病棟看護師は、地域医療連携センターに退院支援を依頼する。

退院支援依頼を受け取った退院調整看護師・MSWは、病棟看護師・医師・薬剤師・栄養士・リハビリテーション部等の関係する多職種とともにカンファレンスを開

催する。そこで退院支援計画を作成し、退院調整を行う。さらに、退院調整看護師・MSWは患者家族と面接し、患者家族の介護力・思い・気がかりなどを確認する。「医療上の課題」「生活介護上の課題」を明確にし、適切な時期に適切な療養先に退院できるよう調整する。

在宅支援が必要になった場合、退院調整看護師やMSWは、介護保険の申請を行ない、介護支援専門員（以後ケアマネジャーとする）や訪問看護師・在宅医等と連携を図る。ケアマネジャーとのカンファレンス（介護支援連携指導）や、ケアマネジャー・訪問看護師や在宅医等とのカンファレンス（退院時共同指導）を行う。カンファレンスでは、患者家族の自立を助け、QOLの向上や安心して在宅生活が送れるように、地域支援者と入院中の医療情報・看護情報・リハビリ・栄養指導・今後起こりうること・対処方法等を確認し、情報共有を行う。

転院の場合は、転院先を患者及び家族と調整し、患者が安心して転院ができるよう、退院調整看護師・MSWは患者の療養状況を転院先の病院と情報共有し、転院後の療養が継続するように調整する。

2. 地域医療連携センターの役割

地域医療連携センターは看護師・MSW・事務職員で構成されており、患者サービス、退院調整、医療福祉相談の役割を担い、地域医療機関や行政機関等との連携を図っている。中でも、退院調整看護師・MSWは、入院患者の退院調整、通院患者の外来での在宅調整・転院相談・療養相談に関することなど多岐にわたり地域との連携や患者サポートを行っている。

3. 退院支援の課題

1) 在宅復帰率を高めること

2014年度診療報酬改定で、急性期病院は自宅等への在宅復帰率を75%以上にするという方針が出された³⁾。特定機能病院である当院でも自宅等への在宅復帰率を高めるため、積極的な退院支援に取り組む必要性があった。在宅復帰率をさらに向上させるためには「退院困難な要因」を有する患者を入院早期から把握し、早期に退院支援を開始することが重要である。

2) 早期に退院支援を開始できないこと

「退院困難な要因」を抱える患者については関係職種と連携し、患者のニーズに添った療養先に退院できるよう、病院全体で退院支援・退院調整に取り組む必要がある。システム構築前は紙媒体の退院支援計画書を使用していた。受持ち看護師が、患者データベースに入力されている「退院困難な要因」を手書きで転記し

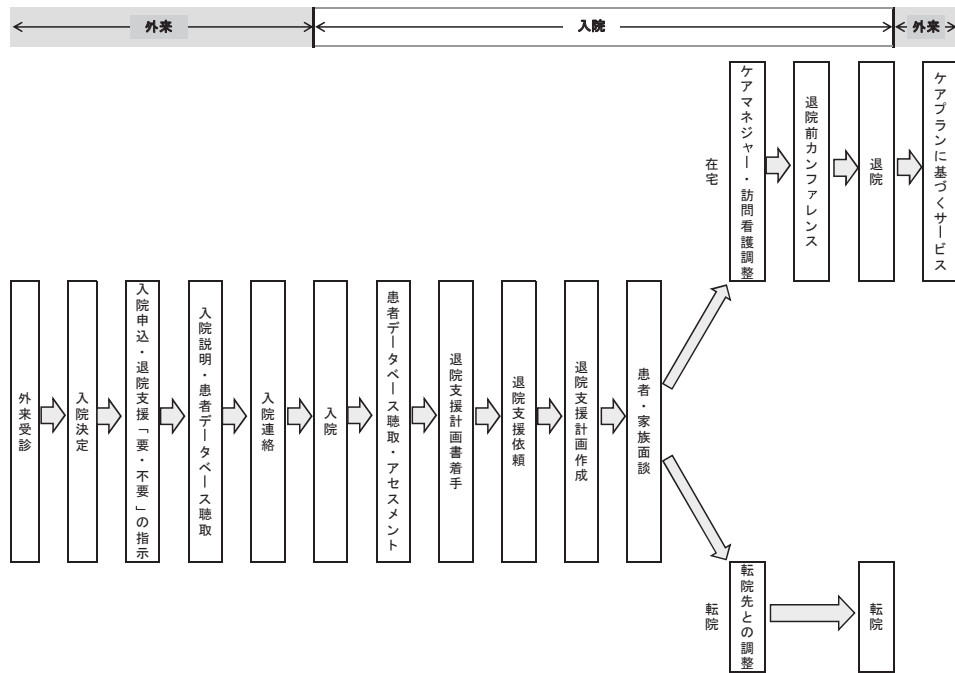


図1 当院での退院支援の流れ

ていた。情報の記入漏れが多く、業務の効率が悪いいため、診療報酬の退院調整加算の要件である退院支援計画の着手が入院7日以内にできず、退院支援加算が算定できない状況があった。また、受持ち看護師は、入院患者の退院後の在宅療養生活を想像し、入院時から退院についてアセスメントを行う必要があるが、問題点の抽出や退院支援の必要性について十分認識できていなかった。医師が入力している入院予約システムの「早期退院支援」指示も受持ち看護師は十分活用できていなかった。

V. 新しく構築された退院支援計画作成システムの概要

1. システムの構築で目指したこと
 - 1) 医師が入力した「早期退院支援」の「要」「不要」の指示を確実に受ける。
 - 2) 退院支援計画書の記入漏れによって退院困難な要因を見落とすことなく早期に退院支援に取り組むことができる。
 - 3) 退院支援計画を入院7日以内に着手する。
2. 構築されたシステムの概要
 - 1) 医師がデータベースに入力した入院予約システムの「早期退院支援」欄の「要」「不要」指示を退院支援計画書に表示することができ、入院時から早期に退院支援が必要な患者であることを把握することができる。

2) 患者データベースの情報を退院支援計画書に連動させることで、「退院困難な要因」の記入漏れがなくなる。退院支援計画書を紙媒体から電子カルテシステムへ変更することで受持ち看護師が聴取し、患者データベースに入力した情報が退院支援計画書に連動し、転記される。

3) 退院調整加算の要件である入院7日以内の退院支援計画の着手が容易にでき、受持ち看護師は早期に退院支援に取り組むことができる。

VI. 方法

1. 分析データ

「医療支援室、地域医療連携センター」の端末内の支援一覧表に基づく、2014年10月～2015年4月の入院患者の退院支援に関する月ごとに集計されたデータ。ただし2015年1月15日よりシステムを変更したため1月のデータは除外した。

2. 分析内容

評価項目は、全入院患者に対する退院支援計画着手率、退院支援依頼件数、退院支援依頼のあった退院患者の退院調整加算件数の割合（死亡退院を除く）とした。システムの構築前後3ヶ月を比較検討した。

3. 分析方法

システム構築前（2014年10月～12月）と構築後（2015

年2月～4月)のデータを単純集計した。

4. 倫理的配慮

本研究に用いたデータは、管理者に抽出を依頼し、個人特定につながる項目を削除した状態で受取った。受取ったデータは、日常業務で集計された統計処理後のデータであり、個人情報に含まれていない。

VII. 結 果

システム構築により全入院患者の退院支援計画書への記載の有無の状況がシステム上で確認できるようになった。このことによって、退院支援の課題が次のように改善された。

1. 全入院患者に対する退院支援計画着手率の変化

システム構築前は、入院患者の何割に退院支援計画が着手されているか把握できていなかった。システム構築後の退院支援計画の着手率は、2月が82.2%、3月が84.3%、4月が92.6%で徐々に上昇していた。

2. 退院支援依頼件数の変化(表1)

システム構築前3ヶ月と、システム構築後3ヶ月の新規退院支援依頼件数は、それぞれ427件で同件数であった。継続退院支援依頼件数を合わせた退院支援件数の合計は、システム構築前が689件、システム構築後が758件であった。

3. 退院調整加算算定件数とその割合の変化(表1)

システム構築前は、退院支援依頼があった380件の患者件数に対し、退院調整加算は305件算定されており、退院調整加算の算定割合は80.3%であった。システム構築後は、退院支援依頼があった386件の患者件数に対し、

退院調整加算は335件算定されており、退院調整加算算定の割合は86.8%であった。退院調整加算の割合はシステム構築後増加していた。このことから、退院調整加算の算定要件にある入院7日以内の退院支援計画の着手率が増加しているといえる。

VIII. 考 察

当院では、病棟で患者の退院後の在宅療養生活の課題を予測し、入院時から退院に向けた問題点の抽出が十分に行われていないという課題があった。そこで、患者データベースと退院支援計画書が連動する退院支援計画書作成システムを構築した。

退院支援計画書に医師の指示(早期退院支援指示「要」「不要」)が連動できたため、「要」の場合は、早期退院支援が必要な患者である事が把握できるようになった。そのため、データベースに基づき情報収集した情報から、どのような退院支援や退院調整が必要か、病棟で対応できることなのか、地域医療連携センターへ依頼が必要なのかを、病棟看護師がアセスメントできるようになったと考える。

患者データベースの「退院困難な要因」が退院支援計画書に連動できたことより、入力漏れがなく、必要な情報が網羅でき、入院7日以内の退院支援計画が着手しやすくなった。その結果、病棟看護師は早期退院支援の必要性が意識でき、早期に退院支援計画に取り組むことができるようになったと考える。

患者データベースに入力した情報「退院困難な要因」が退院支援計画書に連動することで、退院を困難にしている患者の背景を明らかにすることができる。これは、患者への必要な医療・看護の提供、在宅療養への移行の体制作りにつながっていると考える。田中ら⁴⁾の

表1 退院支援依頼件数・退院調整加算のシステム構築前後の比較

	2014年				2015年			
	システム構築前				システム構築後			
	10月	11月	12月	合計	2月	3月	4月	合計
退院支援依頼件数								
新規退院支援依頼件数	153	119	155	427	136	144	147	427
継続退院支援依頼件数	83	88	91	262	122	110	99	331
退院支援依頼件数合計	236	207	246	689	258	254	246	758
退院支援依頼があった退院患者件数の退院調整加算算定割合(死亡退院を除く)								
退院支援依頼の退院患者件数	130	105	145	380	117	140	129	386
退院調整加算算定件数	97	83	125	305	108	121	106	335
退院調整加算算定割合(%)	74.6	79	86.2	80.3	92.3	86.4	82.2	86.8

研究では退院支援を患者家族に円滑に提供していくためには退院支援を必要とする対象の入院早期からのアセスメントが必要であり、入院中の変化にも合わせたアセスメントが必要になると述べている。入院早期から円滑な退院支援を行うためには、病棟看護師は患者が生活者であるという視点で、入院時から患者・家族のために入院前の患者の生活状況を把握し、退院後の生活を予測する必要がある。患者データベースを充実させ、患者個々に退院後の生活を見据えた看護計画を立案したことは、患者のQOL向上に向けた継続看護の実践につながると考えられる。

システムの稼働により、全入院患者に対する退院支援計画着手率が月ごとに増加し、退院支援計画の着手ができていない患者の把握も可能になった。入院7日以内に退院支援計画に着手できるようになったことにより、退院支援依頼のあった患者の退院調整加算算定件数割合も増加した。病棟看護師に、退院支援計画を着手する必要性を指導することで、退院支援計画着手率が上昇したと考える。退院調整看護師は、退院支援計画着手率のデータを週単位で収集し、退院支援計画が未着手の患者を把握したうえで、病棟看護師に退院支援計画の着手の必要性について指導を行ない、退院支援を促していく必要があると考える。

さらに、退院支援計画書が紙媒体から電子カルテシステムに移行できたことにより、多職種も退院支援に関して情報共有ができるようになった。在宅への退院支援の問題点を明確にし、退院後もその人らしい生活が続けられるよう、多職種や地域の支援者と連携して退院調整を行う必要がある。

今後は、病棟看護師への退院支援に関する意識向上アンケートを行い、状況を把握し、患者に必要な在宅を見据えた医療・看護が継続して行えるよう、地域医療連携センターと病棟のさらなる連携が必要であると考える。

IX. まとめ

1. 退院支援計画作成システムを構築したことで早期退院支援の必要性が意識でき、早期に退院支援計画に取りかかることができるようになった。
2. 入院時から、患者データベースの退院困難な要因や医師の早期退院支援の指示が確認できるようになり、必要なケアの提供、在宅療養への移行の体制作りにつながった。
3. 病棟看護師は入院患者の早期退院に向けて、地域医療連携センターと適切な時期に連携し、効果的な退院支援・退院調整を行うことが必要である。

謝 辞

今回のシステム構築に協力頂きました島根大学医学部附属病院の皆様へ深く感謝いたします。

文 献

- 1) 川添恵理子. 我が国における1999～2009年の退院計画に関する文献の概観. 日本在宅ケア学会誌 2011; 14 (2) : 18-25.
- 2) 宇都宮宏子, 他編集; 看護がつながる在宅療養移行支援. 東京: 日本看護協会出版; 2014 : 6-11.
- 3) 川上雪彦. 看護関連施設基準・食餌療法棟の実際. 東京: 社会保険研究所; 2014 : 38-39.
- 4) 田中宏子, 伊藤綾子, 間野響子. 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保健大学紀要 2012; 6 (1) : 65-71.

(受付 2016年8月8日)

