

## 地域包括ケアシステム時代に病院経営に貢献できる退院支援体制の改善

福井赤十字病院  
西向秀代・青柳芳重・小松和人

Reconstruction of the discharge support system can contribute to the hospital management  
in the era of integrated community care system

Hideyo NISHIMUKAI, Yoshie AOYAGI, Kazuto KOMATU

Japanese Red Cross Fukui Hospital

Key Words : The integrated community care system, Hospital management, Discharge support system  
(地域包括ケアシステム、病院経営、退院支援体制)

### 【はじめに】

人口減少、超高齢社会に耐え得る医療提供体制構築が急務とされている。本院は、福井県嶺北地方の地域医療支援病院で、許可病床（一般・結核・感染）600床の急性期病院である。当該施設が立地する福井県は、人口減少拡大県であり、平成27年高齢化率は28.6%（全国平均26.6%）、高齢者のいる世帯は50.8%（全国平均44.7%）と全国平均より高い傾向にある。高齢者との同居率が高いにも関わらず、世帯の共働き率は57.5%と全国2位という地域の特徴<sup>1)</sup>から、退院後の家族支援が期待できない症例にしばしば遭遇し、高齢患者の自宅での生活再編を阻害する要因となっている。このため福井県においては、急性期病院入院中から医療と介護が連携して、在宅復帰後の療養生活支援を想定した退院支援実施体制が地域ニーズとして強く求められている。

本院の全入院患者の60.2%から、退院困難な要因が抽出される。平成27年度の全入院患者の平均在院日数12.3日に対して、退院困難な要因があり退院支援を実施した患者の平均在院日数は21.8日と長い傾向にある。退院困難な要因を有する患者に対して適切な退院支援を実施できない場合は、平均在院日数の延長、DPC入院期間Ⅱ・Ⅲ越えの割合が増加することとなり、自院の診療効率に影響を与える。入院期間延長のために重症度、医療・看護必要度該当患者の割合が7対1一般病棟入院基本料の基準値に満たない場合は、自院の医療提供機能や病棟編成を見直す必要がある。また、転院先や在宅サービスを提供する事業所など地域の医

療資源との有効な連携体制を築けない場合は、入院基本料の算定要件となる在宅復帰率を低下させる。以上のように、病院の退院支援のあり方は、病院経営に係る指標に悪影響を及ぼすことになる<sup>2)</sup>。

平成28年度診療報酬改定で新設された退院支援加算1は、改定の基本方針「地域包括ケアシステム推進のための取り組み強化」に対する、退院支援充実の評価である。退院支援加算1の要件に従った退院支援体制への態勢強化の取り組みは、急性期病院に入院する患者に対して安心できる支援の提供と早期復帰を可能にするだけでなく、退院支援加算算定件数や長期入院の是正など病院経営に貢献できるかもしれないと考えた。地域医療連携課退院支援部門が中心となり、退院支援加算1体制を定着させるための改善の取り組みと結果を報告する。

### 【方 法】

1. 研究期間：平成27年4月～平成29年3月
2. 研究方法

退院支援加算Ⅰの態勢強化の取り組みは、施設基準と算定要件をクリアするだけでなく、筒井<sup>3)</sup>のintegrated careを実現するフレームワークとしての10の実践方法を参考にして改善活動をおこなった。改善活動は、大きく3つに分けて実施した。

- 1) 社会保障制度等に強い職種を中心に、全組織で取り組む退院支援の院内体制改善への取り組み。
- 2) 地域への復帰を見据え、入院早期からの医療と介護の連携による在宅復帰支援体制強化への取り組み

み。

3) 退院支援の受益者となる患者や家族（介護を担うと考えられる）が、退院支援のフローの中に積極的に関与できる体制への取り組み。

### 3. 分析方法

取り組みに対する評価として、平成27年度の退院調整加算体制と28年度の退院支援加算1体制の退院支援に関する指標を比較した。指標は、退院支援着手数、退院支援（調整）加算、退院時共同指導料2、保険医共同指導加算、退院時共同指導3者以上、地域連携診療計画加算、介護支援連携指導料など退院支援に関連する算定状況、退院支援実施結果による平均在院日数と在宅復帰率とした。

## 【倫理的配慮】

本研究は、福井赤十字病院倫理委員会の承認を得たうえで行った。取り扱うデータは院内規定に従って処理した。

## 【改善内容と結果】

### 1) 社会保障制度に強い院内体制改善への取り組みと結果

本院は、平成14年度より、医療上の課題解決は看護師が行い、社会保障制度の説明、制度利用の手続き、在宅介護の課題解決や院外保険医療機関等との転院調整は医療ソーシャルワーカー（MSW）が中心となり支援をすすめる協働体制をとっていた。より高齢患者の相談支援機能を入院早期より充実させるため、退院支援加算1の人員配置には、MSWを各病棟の退院支援専任者とした。入院3日以内の退院困難とする要因抽出の確実な実施と要因抽出の漏れを削減するために、受け持ち看護師と病棟専任MSWが協働でスクリーニングを実施、その抽出結果を退院支援部門専任看護師が確認することで、確実に退院支援に着手できる体制をとった。また、高齢患者の場合、治療過程や入院という環境変化により、ADLや認知機能低下など、入院時には確認できなかった退院を困難にする新たな要因が発生する場合がある。入院時に要因がない場合であっても、毎週1回の要因抽出のスクリーニングを継続する体制とした。その結果、全退院患者に対する退院支援着手率は、平成27年度30.6%から平成28年度50.8%（表1参照）となり20.2ポイント増加した。

退院支援着手後は退院支援が円滑に進むように、地域医療連携課退院支援係がフォローアップする体制をとった。地域医療連携課退院支援係の専任MSWと専

従看護師、各病棟配置の専任MSWが毎週1回全病棟を対象に、退院支援（DCP）ラウンドを実施した。このラウンドでは、各患者の退院支援の進捗状況と退院支援計画の評価を行っている。支援が滞っている症例に関しては、主治医に本院での退院基準や退院支援の方向性を確認し、カンファレンス開催を企画した。また、退院支援計画の見直しを行い、予定入院期間に退院できるように連携課退院支援係がバックアップした。

高齢患者の在宅復帰への問題点を解決できるように、医療と介護の総合的知識と退院支援の実践能力を併せ持つ看護師の育成に取り組んだ。育成カリキュラムは、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、地域医療連携課の実習とケースマネジメントなど、実践面を重視した構成とした。教育終了後は、退院支援院内認定看護師として病院より承認され、病棟専任MSWと協働して病棟の退院支援困難症例に取り組む体制とした。以上院内体制の改善により、退院支援の実施率が向上し、退院支援加算算定件数は、平成27年度2,442件から平成28年度は4,848件（表1参照）と1.99倍となった。

### 2) 入院早期の医療と介護連携による在宅復帰支援体制強化への取り組みと結果

本院は、平成22年より在宅復帰支援と介護支援専門員との連携を目的に、診療圏内の在宅サービス事業所（包括支援センターと居宅介護支援事業所等、訪問看護ステーション）との情報交換会を毎年1回定期に開催している<sup>4)</sup>。第1回目の情報交換会開催年度より、入院当日に介護サービス利用を確認し、担当介護支援専門員に電話で入院報告のみ行う入院時連携体制を開始した。介護支援連携指導料は入院中、2回は算定可能である。しかし、退院前カンファレンスでは介護支援連携指導は実施できていたが、初回の介護支援連携指導は平成26年度までは全く実施できていなかった。高齢患者の場合、がん・認知症・生活習慣病などの慢性疾患を抱えており、退院後も継続して医学的管理と介護や生活支援サービスを同時に受ける必要のある者が多い。そこで、入院7日以内の早期に、在宅での詳細な生活状況を確認し、在宅復帰のための条件を明確にしたうえで退院支援計画の立案とケアプラン検討を目的とした初回の介護支援連携指導をカンファレンス形式で開催する仕組みを、退院支援フローの中に組み込んだ。その結果、初回の介護支援連携指導件数は平成27年度0件が、平成28年度は200件となり、介護支援連携指導料総算定件数は、平成27年度347件が、平成28年度587件（表1参照）と約1.7倍に増加した。

初回介護支援連携指導のカンファレンスの場では、安全で安心な在宅移行を支援する目的で退院時共同指

導や退院前の介護支援連携指導を行う退院前カンファレンス開催の必要性を患者家族に説明し、開催の同意を得るようにした。その結果、退院時共同指導2の算定件数は、平成27年度55件が平成28年度122件（表1参照）となった。保険医共同指導加算と3者以上加算は、開催要件が難しく大きな増件はなかった。

高齢患者の場合、自宅退院を希望していても継続する医療処置や要介護状態の場合、主たる介護者の協力が得られない場合は在宅復帰が困難となる。本院は回復期リハビリ病床と地域包括ケア病床を持たないため、急性期治療の終了後は地域の連携保険医療機関への速やかな転院が必要となる。各施設の連携当事者が顔の見える関係を構築するために、平成21年度より地域連携保険医療機関との連携実務担当者による情報交換会を定期開催していた。平成28年度より、情報交換会の場を利用し、患者家族が希望する施設設備情報や条件（病室条件、室料差額、レンタル寝衣、売店等）や病状・継続する医療処置の受け入れ可能条件など逆紹介データベースの登録を開始した。入院早期（7日以内）の初回介護支援連携指導カンファレンスの場で、在宅復帰困難となった場合を想定し、患者家族に転院等を含めた療養先選択に必要な情報についてデータベースを参考に説明し、療養先選択の意思決定支援を行った。患者家族の希望を入院早期に確認できるため、在宅復帰率対象施設となる地域包括ケア病床と回復期リハビリテーション病床（地域連携パス利用も含めた）への円滑な転院調整が可能となった。その結果、全退院支援患者の平均在院日数は、平成27年度21.8日から平成28年度17日へ、在宅復帰率は平成27年度78.1%から88.6%（表1参照）に改善した。

### 3) 退院支援フローへの患者・家族の積極的関与への取り組みと結果

筒井は、地域包括ケアシステムの臨床の問題として、その利用者（患者）と家族にとっての不満は、サービス提供計画の策定や管理を担う専門職からの情報の少なさであると指摘している<sup>5)</sup>。この問題を改善するために、本院では患者用退院支援フローパンフレットを作成し、入院時に退院支援を困難にする要因があった場合、担当看護師が退院支援フローを説明し支援開始の同意を得、各カンファレンスの目的と参加協力をお願いしている。特に介護保険サービスを利用している患者には、入院早期（7日以内）の初回介護支援連携指導カンファレンスの場には、医療者と介護支援専門員だけでなく、患者とキーパーソンとなる家族に参加を求めている。そのカンファレンスでは、治療方針と予定入院期間、現在の状態や今後必要となる処置やケアを具体的に説明している。さらに、患者・家族が

考える自宅に帰るための条件や退院後も継続する処置ケアや習得が必要な介護手技などを説明したうえで、当院でのゴールを参加者全員で共有、ケアプランの検討と入院中の退院支援計画を患者・家族と協働で立案している。現時点では、退院支援に対する患者・家族の関与による不安の軽減や満足度について、客観的評価はできていない。しかし、受益者となる患者家族にとって、退院までに家族が取り組むべきことが明確となり、在宅で利用するサービスの準備や家族の手技指導など退院支援フローに沿って円滑にすすむ傾向がある。

取り組み1) 2) と取り組み3) の総合的な結果として、退院支援に関する算定実績は改善し、退院支援稼働総額は3.6倍となった。また、早期在宅復帰を促すことで、病院経営に貢献できるかもしれないという仮説を裏づける結果が得られたと考える。

表1 平成27年度と28年度 退院支援に関連する実績比較

	平成27年度	平成28年度
退院患者数	13,618	13,517
退院支援着手数	4,176	6,848
退院支援（調整）加算件数	2,442	4,848
介護支援連携指導料件数	347	587
退院時共同指導料2件数	55	122
保険医共同指導加算件数	9	17
3者以上件数	23	29
地域連携診療計画加算件数	209	206
退院支援実施患者の平均在院日数	21.8日	17日
退院支援実施患者の在宅復帰率	78.1%	88.6%

## 【考察と今後の課題】

退院支援加算Iの態勢強化の取り組みの中で、病院経営にとって良い効果があると思われる実績データが得られたのは、「社会保障制度に強い院内体制改善への取り組み」と「入院早期の医療と介護連携による在宅復帰支援体制強化への取り組み」である。

高齢患者の中には困窮、虐待、独居、身元保証人不在など社会的弱者となるものがおり、後見人制度の利用や行政との連携を必要とする症例が増加する傾向がみられる。しかし、医療職は、介護や福祉制度に関する知識不足や苦手意識があるため、社会福祉制度の活用が遅れがちとなる。MSWの配置により、早期相談や制度手続きの早期着手を可能にしたと考える。また、入院当日から退院までの退院支援フローを看護師とMSWの協働体制で進める退院支援体制は、双方の弱みを補うことで確実な退院支援着手を高め、退院支

援加算1算定率向上に有効であった。

高齢患者の中には、退院後も継続して医学的管理と介護や生活支援サービスを同時に受ける必要のある者が増加している。入院早期の医療と介護連携による在宅復帰支援体制強化への取り組みは、本院での退院のゴールを早期に共有することで在宅側のサービス調整と家族の受け入れ準備が早期に整い、平均在院日数や在宅復帰率改善に有効となる。しかし、医療と介護の連携を実現するための臨床上の課題として、筒井は<sup>6)</sup>介護支援専門員は高齢者の日常生活を把握しているが、入院中の支援に対する介護報酬は低い。介護支援専門員からの情報提供に対して病院側からのフィードバックはなく、医療と介護の連携に対するモチベーションが向上していく要因はほとんどないと指摘している。初回の介護支援連携指導をカンファレンス形式で開催する仕組みは、介護支援専門員が確認したい医療情報の収集、退院支援計画への介護支援専門員からの意見の反映、患者家族の希望を反映したケアプラン立案、介護報酬の算定と介護支援専門員にとって、連携をとることにより期待する効果が得られる場となる<sup>7)</sup>。介護支援専門員から、カンファレンスのための来院協力が得られるようになり、介護支援連携指導料の件数向上に繋がった。連携のための仕組みを考える場合、双方の利害関係を踏まえた体制改善への取り組みが、連携を推進させる効果がある。

急性期病院の経営に貢献できる退院支援体制としては、DPC入院期間Ⅱ以内での退院が可能のように、急性期以降の機能を持つ医療機関だけでなく各種施設との連携や施設情報の共有も今後不可欠である。各医療機関には一定の診療密度（医療区分）が求められていることを理解し、高齢患者の診療密度を把握したうえで、転院か介護系施設や居住系施設入所を選択するべきかの早期判断と調整能力が退院支援担当者には求められる。また、退院支援は、単なる退院促進ではなく、在宅診療チームとの連携や生活再編のための退院支援の質を上げ、慢性疾患等を抱える高齢患者の再入院率を低下させることで、病院の診療効率を高める役割を果たすことが求められる。さらに、福井県の地域情勢を鑑み、地域医療支援病院として退院困難な要因を合わせ持つ救急入院患者を受入れ、地域の社会資源やサービスを統合し、患者個々に応じた地域連携支援ネットワークを構築できる退院支援を行っていくことが地域医療連携課退院支援係の大きな課題であると考えられる。

## 【結 論】

退院支援加算Ⅰの態勢強化の取り組みの中で、病院経営にとって良い効果があり、経営に貢献できると示唆されたものは、「社会保障制度に強い院内体制改善への取り組み」と「入院早期の医療と介護連携による在宅復帰支援体制強化への取り組み」である。

## 引用文献

- 1) 総務省統計局 WEB サイト e-stat 平成27年度国勢調査
- 2) 中山和則：診療報酬改定，地域包括ケア，地域医療構想を見据えた病院経営戦略と地域連携～急性期病院の視点から～，地域連携 入退院と在宅支援 第9巻第1号，pp11-17，2016
- 3) 筒井孝子：地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略 integrated care の理論とその応用，初版第3刷，中央法規出版株式会社，2014，pp108-118
- 4) 西向秀代，山崎雪代：急性期病院の退院支援実務者と在宅サービス担当者との情報交換会の評価，第47回日本看護学会—在宅看護—学術集会抄録集，p141，2016
- 5) 筒井孝子：前掲書 p117
- 6) 筒井孝子：地域包括ケアシステムにおける病院看護部門の今後のあり方，病院74号5号，pp326-331，2015
- 7) 西向秀代，山崎雪代，他：入院早期の医療・介護連携による退院支援計画協働立案システムの構築，第48回日本看護学会—看護管理—学術集会抄録集，p446，2017