

## 佐渡において理想の入退院支援を実現するための提言書 1

### 緒言

さまざまな社会的資源、とりわけ人的資源に乏しい佐渡において、医療介護福祉その他多職種による連携体制の構築は、市民の健康的な生活を支えるうえで喫緊の課題である。

市民は健康な状態から、加齢や疾病の罹患などに伴い、いわゆるフレイルの状態、要介護状態等へ、その状況を変化させていく。その際に、居宅、病院、さまざまな施設などへ、生活の場を移動していくことも多い。

市民がどのような場へ移動しても健康的で充実した生活を送るためには、以前の生活における諸状況の情報が、次の生活の場へと伝達されることが必須である。

在宅医療部会・入退院ワーキンググループでは、中立的かつ俯瞰的な立場から、1年以上にわたり関係者へのヒアリングを重ね、佐渡における入退院支援の現状・他地域での入退院支援の取り組み状況等について討議し、この「佐渡において理想の入退院支援を実現するための提言書 1」をまとめた。本提言書では、入退院支援、すなわち主として市民が居宅と病院を行き来する場合において、居宅での情報を病院へ、病院入院中の情報を居宅へとスムーズに伝達し、市民の良好な生活を支援するための改善策について提言されている。

これらの提言が実現されることによる効果は、入退院支援が充実し、市民の健康的な生活が守られることだけではない。医療介護福祉その他の職種による連携がさらに強化され、入退院支援以外のさまざまなサービスにおいてもその充実が期待できる。また、情報が円滑に伝達されることで市民の生活の質が維持され、病院への再入院や施設入所が減少すれば、人的資源の不足に対しても効果が見込まれる。入退院支援の効率的なシステム化によって、病棟看護師などの業務量が軽減される。さらに、島外の人々ととりわけ専門職種に佐渡の先進的な地域連携をアピールし、佐渡で研修したい、佐渡で働いてみたいという動機づけにも役立つであろう。

本提言書において強調しなければならないことは、個々の病院、個々のケアマネジャー等の努力だけで佐渡において理想の入退院支援を実現することは不可能だということである。本提言の内容はいずれも関係者の努力次第で実現可能なものばかりであるが、そのためには個々の組織や個人の努力だけでなく、全佐渡的なルール作り、システム作りが必須となる。そのため、入退院ワーキンググループでは、本提言書をまとめたのち、それぞれの立場において全佐渡的な視点からその改革に取り組んでいる、病院部会ならびに介護サービス部会等の担当部会に、本提言書の検討と、すみやかな実現を依頼したい。

本提言書が「絵に描いた餅」にならず、市民の健康的な生活を支え、医療介護福祉その他の持続的な維持発展に寄与することを心底から望むものである。

【提言 1】佐渡における在宅（施設を含む）と病院の間の入退院支援に関しては、佐渡市で策定された「佐渡地域入退院調整ルールガイドライン」を遵守して行う

- 従来から、佐渡では入退院支援についての取り組みがなされており、現在は佐渡市により「佐渡地域入退院調整ルールガイドライン」が策定されている。
- 現在もケアマネジャー等の担当者が決まっている患者については、ほぼすべての患者に入院時情報提供書の提供が行われてきたが、今後はさらにガイドラインに従って入退院支援を徹底していく。
- 一方、ケアマネジャー等が作成した入院時情報提供書が、入院後に十分活用されていない可能性がある。入院後のカンファレンス等での基礎資料として、また入院直後から開始される退院支援の資料として、入院時情報提供書を院内スタッフで共有する体制を構築する。
- 入院時情報提供書の情報の取り扱いについて、「佐渡地域入退院調整ルールガイドライン」には記載がないが、その情報の活用と院内での共有についてガイドラインに明記すべきである。
- 退院時支援については、各病院内での事情により体制が整わず、十分に行われていない状況がみとめられる。特に退院支援の専門部署（MSW等の職種）を経ず、病棟看護師等が主体となってすすめられるの退院時に、ケアマネ等への連絡がないケースの多いことが指摘されている。「佐渡地域入退院調整ルールガイドライン」を遵守し、病院からケアマネジャー等への情報の引継ぎを行う体制を構築する。

【提言 2】「佐渡地域入退院調整ルールガイドライン」のさらなる徹底のため、ひまわりネットやその他の ICT を活用した情報提供体制を確立する

- 入院時情報提供書の病院への提供により、ケアマネジャー等は入院時情報連携加算を算定できる。この情報提供については、どのような手段でも可となっている。
- 顔の見える連携のためには、原則的には入院時情報提供書は病院へ持参することが望ましいが、迅速な情報提供のためには、ひまわりネットやメール、F a x などを活用すべき場面も多い。
- 病院は、ひまわりネットやメール、F a x などでも入院時情報提供書を確実に受け取れる体制を構築する。
- 一方で、ケアマネジャー等は、医療機関側の担当者が入院時情報提供書を受け取ったことを確認し、その旨を居宅サービス計画などに記録する。

【提言3】佐渡市内の全病院に入退院支援の専従職員を配置する。

- 各病院の（主として人的資源の）事情により、入退院支援を専門に行う部署（地域連携室等）の設置は一部の病院でしか実現しておらず、その他の病院においては病棟の看護師長等が激務の中で入退院調整を兼務している。このことにより、各病院での入退院支援を充実させていくことが極めて困難となっている。
- 十分な入退院支援が行われることで、患者の入院日数の減少や適切な医療処置、また円滑な退院が促されることから、人員不足により入退院支援がままならない上記の状況は、結局医療現場を疲弊させ、さらなる人的資源の枯渇を招く悪循環を呈していると言わざるを得ない。
- 佐渡市立病院においては、厳しい財政状況ではあるが、専門職である医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）、もしくは入退院支援に専従する看護師1名を各病院に配置し、入退院支援に専従させることで、入退院支援を充実させ、多職種への負担を減らし、（後述する）入退院支援加算の算定により医院経営へ貢献させるべきである。
- 各病院に入退院支援の専門部署（地域連携室等）が設置されれば、病院内外における入退院についての情報のやり取りが格段にスムーズになるだけでなく、各病院の地域連携室間での連携も可能となり、空きベッドの有効活用（受け入れ態勢の共有化）も可能となる。
- 病院外の職種からみても、情報伝達の窓口が明瞭となり、連携がとりやすいメリットがある。

【提言4】各病院において、入退院支援スクリーニング、退院支援計画の策定、退院前合同カンファレンスなど入退院支援のシステムを整備し、全病院で入退院支援加算を算定できる体制を目指す

- 現在、各病院でバラバラに行われている入退院支援について、各病院の事情を十分に勘案しつつ、もっとも充実した体制を構築していると判断される佐渡総合病院の取り組みをモデルに、使用する書類の書式や項目、支援のタイミングなどの基本的なシステムを全病院で統一する。
- 上記の体制を構築し、将来的に、佐渡市内の全病院で入退院支援加算の算定を目指す。

【提言5】入院時に入院時情報提供書および各病院における退院支援スクリーニング等で、多職種による支援が必要と判断される対象者については、入院中から適切な職種が対象者の療養に寄与できる体制を構築する。

- 例として、医科の専門科、歯科やリハビリの早期からの関りが考えられるが、特に同一病院内に該当する職種が在籍しない場に、患者が適切な職種からの支援を受けられ

ない現状がある。

- 退院支援スクリーニングシートに、該当する専門職の支援が必要であるかの項目を設け、必要と判断された場合には、自動的に、入院中でも支援を依頼し、退院前合同カンファレンスへの招集を行うシステムを構築する。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医などの情報について、入院時情報提供書や退院支援スクリーニングシートに記載する欄を設け、連絡の際に活用する。
- 入院中の訪問診療や訪問リハビリの可否について、制度上からも検討し、また医師会・歯科医師会等の各専門職団体等へ相談窓口の整備を求め、容易に連携が取れる体制を構築する。
- 退院前合同カンファレンスにおいて、退院後の介入が必要と考えられる多職種を招集する体制を構築する。一方で、招集された職種がカンファレンスに関与できるよう、各専門職団体等へ協力を依頼する。

【提言6】退院調整情報提供書の内容等が、介護の現場職員まで周知されていない問題がある。解決のためにケアマネ等から介護職員等への情報伝達の体制づくりを求める。

- 入院時情報提供書の内容が、病院入院後に活用されていない問題と同様、退院調整情報提供書の情報が、退院後に現場の介護職員等へ十分に伝達されていない場合がある。
- 退院調整情報提供書の情報の取り扱いについて、「佐渡地域入退院調整ルールガイドライン」には記載がないが、その情報の活用と多職種での共有についてガイドラインにも明記すべきである。

【提言7】退院調整の際に大きな問題になっているのが、退院できる患者であるにもかかわらず、退院先がなく社会的入院を継続せざるを得ない問題である。退院先の調整をスムーズにするため、病院や施設の空き状況等を一元管理するとともに、急性期・回復期・慢性期に対する市内各病院の機能の整理を行う。また老健など、本来は退院後のリハビリの場となるはずの施設において受け入れが困難となっている問題の解決を目指す。

(注：佐渡市における要介護者数は、今後10年程度は増加すると見込まれている)

- 上述の提言における各病院での入退院支援体制の整備・専門員の設置に加え、現在本協議会で議論されている資源管理システム・連携センターの実現が必要と考えられる

## 【附】入退院 WG における過去の議論

入退院 WG では、心身に何らかの問題を抱えた市民が病院へ入退院する際に、途切れなく（シームレスに）医療・介護・福祉等のサービスを提供できる体制について議論を重ねている。

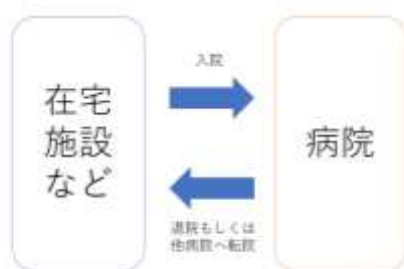
2018年第2回～第4回入退院 WG では、病院看護師、ケアマネジャー、介護施設担当者等から現在の佐渡市における入退院支援の問題点をヒアリングした（「2. 佐渡市における入退院支援の問題点について」を参照）。

2018年第5回～第6回入退院 WG では、佐渡以外の地域における入退院支援のシステムについて比較検討した。

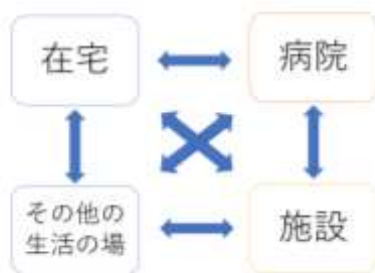
これまでの議論から、佐渡における入退院支援を、①狭義の入退院支援と、②広義の入退院支援とに分け、それぞれについて理想的と思われるシステムを提言することにした（「3. 狭義の入退院支援システムについて」「4. 広義の入退院支援システムについて」を参照）。ここでいう①狭義の入退院支援とは、在宅（施設等を含む）から病院への入退院についての支援であり、主として病院内で行われる。②広義の入退院支援とは、在宅、施設、病院、その他の場へ市民が生活の場を移す際の支援であり、地域の様々な場面で生じるものである。

狭義の入退院支援に関する提言を「佐渡において理想の入退院支援を実現するための提言書1」、広義のそれを「佐渡において理想の入退院支援を実現するための提言書2」とし、必要な他部会等へ提言することとした。

### ①狭義の入退院支援



## ②広義の入退院支援



入退院 WG では、狭義・広義の入退院支援体制を早急に構築することにより、入院から退院までシームレスな情報のやり取りが可能となり、入院日数の短縮化、不要な医療処置の回避、スムーズな退院・転院、さらには生活の場における健康維持増進による再入院の減少を狙っている。また退院後の生活をゆるやかに見守ることにより、心身に何らかの不安を抱える市民が安心して穏やかな生活を継続できると考える

### 佐渡市における入退院支援の問題点について

- 狭義の入退院支援に関して
  - 2018年第2回、2019年第3回(参加者:各病院看護師長、地域連携室の方々)
    - 入退院支援についての取り組みは、各病院の事情に応じてバラバラである
    - 支援にあたっている職種、使用されている書類、行われるタイミングなども病院によって異なっている
    - 佐渡総合病院には入退院支援を専門に行う部署があり、人員数と幅広い職種が支援にあたっているが、相川病院・両津病院・羽茂病院・佐和田病院などでは患者の病棟看護師(多くは師長)がその任を負い、業務負担が大きくなっている
    - 問題点として、マンパワーの不足により支援内容の充実が難しいこと、院内のシステムとして入退院支援が確立していないこと、在宅等からの情報が支援に活かされているとは言い難い場合もあること、退院先の確保が難しいことなどが挙げられた
    - また、患者家族が遠方在住のため話を聞けない、死亡に伴う退院の際に独居などで引き取り手がいない、などの困難点もあった
    - 今後の課題:提言書を現実のものにするためには
      - ◇ そもそも、なぜ入退院支援が必要なのかという意義が、医療の現場で理

解されていないのではないか

- ◇ 患者（市民）のためだけでなく、若い医師や看護師にとって魅力的な病院であるためにも、入退院支援で地域と密接に連携がとれていることは強みになる
- ◇ WG として各病院の内情にタッチし、改革を促すことには限界がある。各病院のトップもしくは責任者が入退院支援について共通認識を持ち、組織の意識改革を行うための場が必要ではないか
- ◇ 佐渡市として、市立病院に SW など入退院支援や地域連携の専門職を置くことが必須と考えられる。

- 2018年第3回、2019年第4回（参加者：在宅ケアマネジャーCM、地域包括の方々）

- 在宅での利用者が入院する際には、統一書式の入院時情報提供書を入院後3日以内に病院へ届ける仕組みがあり、これを行うことで介護保険の加算が得られる
- 情報提供書は病院へ持参、もしくは郵送となる。ひまわりネット経由では確実性に欠けるとの意見もあり
- 病棟主体の入退院支援を行っている場合（地域連携室などが機能していない場合）各病院からCMに連絡なく入退院が行われる例がある

- 2018年第4回、2019年第5回（参加者：施設相談員、管理者、ケアマネジャーの方々）

- 退院時に、在宅は無理だが施設にも入れない、という人が多い
- 退院時に病院から聞いていた話と、実際の利用者の状況が違うことがある
- 各病院で入退院支援の窓口がバラバラであったり、病院内での担当者が不明確なことがある。病院での窓口や担当者を一本化してもらいたい

- 広義の入退院支援について

- 2018年第3回（参加者：在宅ケアマネジャーCM、地域包括の方々）

- CMがついていない市民が圧倒的に多い。その人々の健康を守れなければ、効果的な取り組みにはならない

- 2018年第4回、2019年第5回（参加者：施設相談員、管理者、ケアマネジャーの方々）

- 各施設により利用者の状況が異なり、抱えている問題も異なる

- 入院できないがADLの低下している人、への支援が必要
- 経済的困窮者が多く、在宅では生活できない人がいる
- 身元引受人がない、介護放棄、虐待などの問題がある
- 老健などは、緊急の受け入れなどをすべき施設なのかもしれないが、マンパワー等の問題で手いっぱい
- 延命処置への希望など、その場で判断できないこともある
- 入退院支援のルールが、居宅—病院と施設—病院とで異なる部分があり、統一されていない
- とにかく空いている施設に入所させる、という市民の意識が強く、各施設が持つ本来の機能・専門性を発揮できない状況がある。必要なケアを必要な施設で受ける、という意識を市民に持ってもらうべきである