

連携なくして
明日はなし第16回
多職種協働のPFM導入による入退院支援
～地域医療連携室に理学療法士を配置した効果～

社会医療法人寿人会 木村病院（以下、当院）は福井県鯖江市にあり、急性期から慢性期、回復期リハビリテーション・地域包括ケア病棟等を持つ病床数233床の病院である。法人内では介護医療院をはじめ居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリセンター、通所リハビリテーション等の在宅介護サービスも運営し、医療・介護・予防の連携で地域に貢献している。

当院の地域医療連携室は2011年に看護師（以下、Ns）1人から始まり、現在はNs 2人、社会福祉士（以下、MSW）3人、理学療法士（以下、PT）1人、事務1人で入退院支援・地域連携部（以下、地域連携部）として運営している。地域連携部の主な役割は、入転院相談・面談、入退院支援、ベッドコントロールで、なかでも病病連携としての「顔の見える連携」を心がけている。当部門では2018年5月よりPTを配置し、多職種協働による入退院支援の体制づくりを行った。

入退院支援にPatient Flow Management (以下、PFM) の導入

PFMとは、患者が入院する前に基本情報を収集し、それをベッドコントロールや入退院支援等のために組織的に活用していく仕組みといわれ、その導入と仕組みはそれぞれの医療機関で特色がある¹⁾。

当院の特徴は、緩和医療や在宅復帰を目

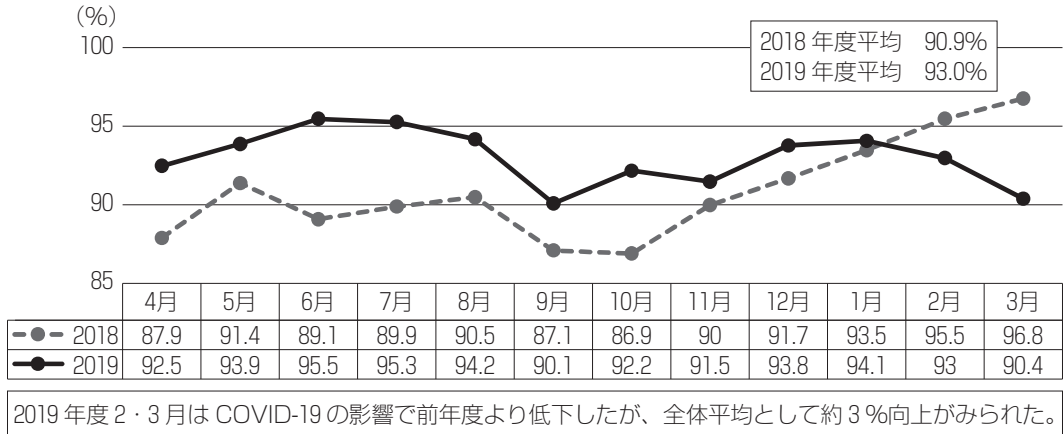
的として、急性期医療機関からの転院依頼が多い。地域連携部は急性期治療後の早い段階での転院調整・前方連携を行い、患者の在宅療養・社会復帰に向けた適切な医療・看護ケア・リハビリテーションの提供と退院支援を行えるように、各医療機関と連携をとっている。

患者の在宅療養・社会復帰を目標とした退院支援を行うためには、患者の病前の生活背景、退院後の生活環境などの患者情報が必要不可欠である。また、急性期医療で受けていた医療、看護ケア、リハビリテーションの効果が当院転院後の回復期においても持続できるように、専門職同士の直接的連携も重要である。

病院概要

名称	社会医療法人寿人会 木村病院
所在地	福井県鯖江市旭町4丁目4番9号
電話	0778-51-0478
病床数	233床（急性期一般病棟36床、障害者施設等一般病棟40床、回復期リハビリテーション病棟55床、療養病棟90床、地域包括ケア病棟12床）
H P	https://www.jujinkai.or.jp/kimura-hp/

図表 1 病院全体の稼働率



入退院支援・病院稼働率の実績の変化

2018年5月～2020年3月の新規入院患者数の合計は1,407人、うち転院481人、即日入院926人であった。地域連携部が実施した転院前面談件数は321件で、うちPTが同行した面談は220件であった。

当院は2019年4月より「入退院支援加算1」の算定を開始し、これ以降に入院したケースで死亡退院等を除き、ほぼ100%算定できている。病院全体の稼働率は、2018年度実績値90.9%だったのが、2019年度実績値93.0%と増加傾向を示した(図表1)。2019年度2月、3月は新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19)の影響を受けたが、全体の平均としては約3%向上する結果を残せた。

地域連携部の入退院支援体制

当院の入退院支援体制は、前方支援と後方支援に分化している(図表2)。前方支援にNs・PT、後方支援に病棟部門専任者の

Ns・MSWと役割を分け、常に地域連携部内で双方の情報共有がしやすい環境にある。

当院入院相談から入院までの流れは、ファーストコンタクトとして地域連携部Nsが他医療機関からの患者紹介を受け、相談で得た情報と診療情報提供書をもとに担当医師に相談して入院調整を行う。そこで前方支援として、NsとPTが転院前の医療機関を訪問し、患者家族と面談を行う(転院前訪問)。転院前訪問で得た情報は電子カルテへの入力や共有シートの作成、MSWや病棟スタッフに内容を直接伝達する。

入院時、MSWが患者面談、IC内容確認(同席)、カンファレンスの調整実施、患者家族への社会保障制度等の説明、退院に向けて関係機関との連絡調整を行う。後方支援としてMSWは、医師、病棟担当Ns、リハビリスタッフ、管理栄養士、薬剤師が協働して在宅療養や社会復帰、施設などの療養場の選択等に向けた退院支援を行っている。

(1) 前方支援・転院前訪問

転院前訪問では、入院中の患者および家

図表2 入退院支援・地域連携部の役割業務

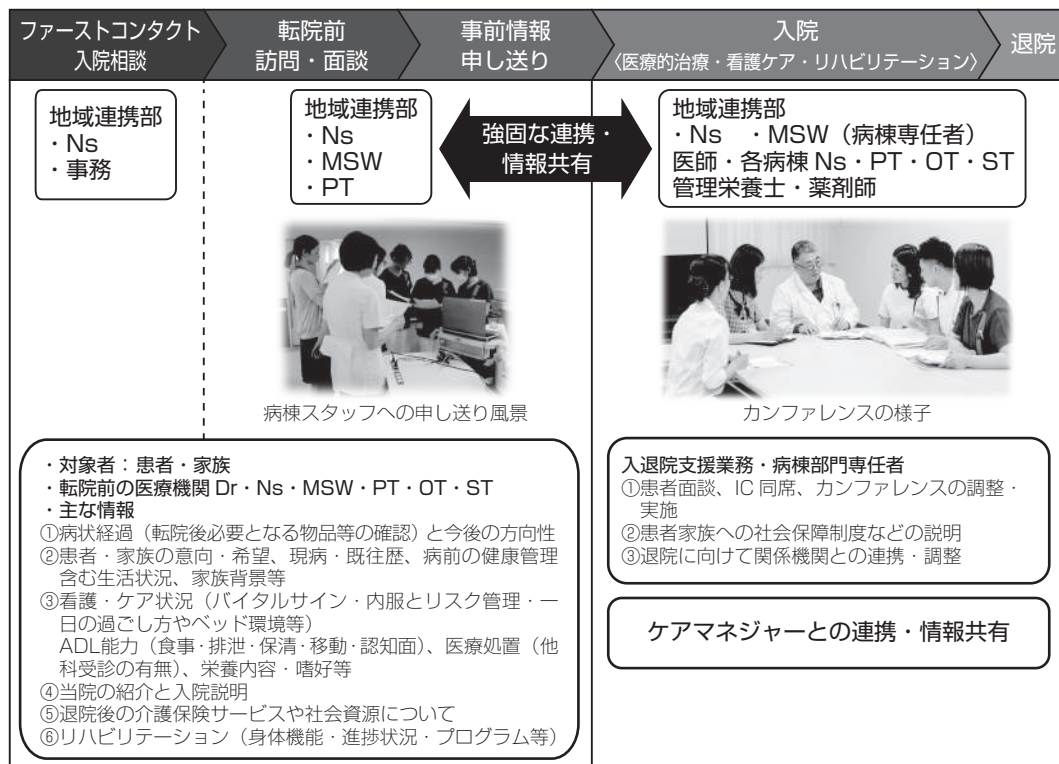


写真1 転院前訪問の様子

族と直接面談を行う。面談では、患者・家族、転院前の医療機関の各担当スタッフより情報提供を受ける（写真1）。

主な情報として、①病状経過（転院後必要となる物品等）と今後の方向性（医師からのICの状況や医療的治療、リハビリテーションへの患者・家族の思いや障害受容等）、

②患者・家族の意向や希望、現病・既往歴、病前の健康管理を含む生活状況、家屋環境、家族背景等、③看護・ケア状況（バイタルサインの変化、内服内容とリスク管理情報、一日の過ごし方やベッド周囲の環境）、ADL能力（食事・排泄・保清・移動・認知面）、医療処置（他科受診の有無）、栄養内容・嗜好等の確認、④当院の紹介と入院説明、⑤退院後の介護保険サービスや社会資源についての対応、である。

担当リハビリスタッフからは、⑥全体の身体機能や機能の回復状況、予後予測、具体的プログラムおよび進捗状況、看護ケアおよびリハビリテーションに必要な環境、福祉用具、物理療法等の併用治療の有無の申し送りを受ける。口頭での申し送り以外

でも、実際にリハビリを行っている場面を見学しながら、より詳しい申し送りを受けることもある。

(2) 後方支援

入院当日、患者は医師の診察や必要な検査を行い、病棟へ入棟する。患者家族への入院の諸手続き、必要書類の説明・確認、MSWと病棟Nsによる患者家族面談を行い、前方支援の情報等を合わせて入院3日以内に退院困難者を抽出する。

入院より7日以内に多職種カンファレンスを設定し、入院生活・退院支援に向けた目標設定と計画を進めていく。ケアマネジャーがいる場合、入院の報告と今後の方向性について連絡・調整を行う。入院生活や自宅退院に不安のある患者家族には、思いを傾聴し、安心して医療的治療やリハビリテーションを受けられるように対応する。

地域連携部でのPTの役割

地域連携部に配属されるPTの役割は、主に次の3つである。

- ①入院前・入院時の各情報（生活情報、医療情報）を把握する。
- ②急性期リハビリテーションの進捗状況をリハビリ担当者より直接、情報提供を受ける。
- ③回復期～生活期の状況を予測・考慮し、必要な情報をリハビリスタッフだけでなく多職種（Ns、MSW等）にも伝える。

入院中のリハビリテーションでは身体機

能の向上や退院に向けた目標を設定するために、患者の入院時の身体評価だけでなく、既往歴から入院前の生活背景を含む幅広い情報を把握し、リハビリテーションプログラムの立案や目標設定を行う。また、リハビリテーションの一環として、自宅退院を目標とする場合、退院前に居宅を訪問し、実際に自宅での生活環境の評価やADL動作の確認を行う。

前方支援の家族面談の中で、家族の希望により患者宅で対応することもあった。家族から退院に必要な自宅環境の準備や意向を受けることもあり、家屋状況を踏まえた情報を事前にリハビリスタッフと共有することで、後方支援の居宅訪問業務もスムーズに行うことができる。退院前後で一貫したリハビリテーションを提供するために、入院前の各情報をもとにした退院後の生活イメージやゴール、目標設定が求められている²⁾。

急性期リハビリテーションを担当するリハビリスタッフから直接情報を受ける際、職種をPTと限定せずに作業療法士（OT）・言語聴覚士（ST）からも情報を得る。身体機能そのものだけでなく、ADL動作がどこまで改善しているのか、言語障害、認知機能障害、高次脳機能障害、嚥下障害のある場合は、治療に加えどのように看護ケアをしているのか等、具体的な進捗状況はリハビリテーションだけでなく、看護ケアにも必要な情報である。

身体の回復段階でも、特に回復期リハにおける退院時期の決定要因には患者家族の意向や思い、リハ目標の達成状況が挙げら

れる³⁾。急性期リハビリテーションの段階でのプログラムの進捗状況、回復状況はその後の退院状況を予測するために重要なポイントになっている。

入院紹介の際の診療情報提供書や看護サマリー、リハビリテーションの詳細な評価結果だけでも患者状態を把握することは可能である。しかし、実際の看護ケアやリハビリテーションの場面設定、進捗状況を見学することで、環境の異なる当院での看護ケアやリハビリテーションの場面設定、自宅退院を希望されている場合は今後必要となる事柄についての予測を立てることができる。これらの事前情報はリハビリテーションを提供するリハビリスタッフだけでなく、NsやMSW、退院支援にかかわる多職種が役立てるように伝達を行う。

多職種が協働することによる 入退院支援体制への影響

当院は2019年4月より「入退院支援加算1」を算定しており、早期カンファレンスを設定して対応している。カンファレンスの基本的な流れとして、関連情報の事前収集を行ったうえで、①全体像の確認、②課題の整理、③解決策の検討・協議、④目標設定（長期・短期）、⑤介入計画の立案について協議する。

結果の記録と周知では、カンファレンスに参加していないスタッフへの周知が非常に重要である⁴⁾。多忙な現場スタッフの限られた業務時間の中で、いかに事前情報等の情報共有やコミュニケーションを図るかが、カンファレンスで情報を報告し合う場



写真2 医療と介護の勉強会の様子

ではなく、目標に向けて協議する場へと昇格させるカギである。

当院は医療と介護との連携、退院支援のための各部門との話し合いや勉強会を開催している（写真2）。

当法人は医療だけでなく、在宅介護サービス部門、介護予防事業なども持ち合わせ、リハビリスタッフは部署を異動することで医療から介護まで経験を積むこともできる。院内に退院後の在宅生活をイメージできるスタッフが入院患者にリハビリテーションを提供していることも、退院に向けた目標設定と在宅サービスとの連携につながっていると考える。

前方支援を担当しているPTは、病院配属から始まり、在宅介護サービス（通所リハビリ・訪問リハビリ）を経験し、介護予防事業のかかわりもある。当院が一人の患者に対し、多職種がそれぞれの高い専門性を持ちながら同じ方向を向いた支援や目標達成へのプロセスに向かうことができているのは、職員間の連携に対する意識の高さ、退院支援を協力して行う互いの積極的な姿勢が基盤にあるためと考える。

当院スタッフへのアンケート調査

地域連携部の入退院支援について、より現場に必要な情報収集に努め、現場スタッフの声を業務に生かすことを目的に、病棟Nsとリハビリスタッフにアンケート調査を行った。

1. 前方支援・転院前訪問についての意見

- ・リハビリ視点での事前情報は、リハビリに入る前に患者全体の把握ができる。
- ・退院後の生活など具体的にあり、退院後のイメージ、家族の思いが知り得てよい。
- ・病前の生活状況も詳しくあるため、リハビリのゴールが見えてくる。退院の目安にする。
- ・入院時に病棟で直接、情報共有の場があることもよい。
- ・入院時の説明およびデータベースへの入力などは、業務時間の短縮になりとても助かっている。
- ・食事内容、食事姿勢、介助状況、病前の食生活についての情報があると助かる。

2. 後方支援・入院～退院支援についての意見

- ・MSWの対応が早いのでとても助かっている。
- ・患者、家族の気持ちもきちんと聞いて支援してくれている。
- ・退院後のサービス調整、施設への連絡調整がとても細かく、早い。
- ・入院後早期からMSWが患者家族とも密にかかわってくれるので看護師も安心できる。

以上の結果より、現場スタッフは患者の全体像の把握、目標や退院時期を設定するうえでの在宅環境・家族の意向、食事・栄養状態、排泄、看護ケアを行ううえでの病室環境、ポジショニングの情報を重要としていることが明確になった。

また、患者家族への十分な説明、退院に向けた患者家族の思いを聞いて支援する業務やこれらの情報を集約・伝達・共有する業務は、各専門職の業務負担軽減につながっていると考える。

情報共有の手段として、電子カルテと紙媒体の共有シートを使用している。共有シートは随時変化する状況の経緯も含み、その場で詳細に記載できる利点があり、転院前の看護ケア状況、病歴、既往歴、入院前の生活状況、家屋環境、手すりやベッド、福祉用具などの使用状況の詳細を記入している。

また、入院当日の情報を多職種間で共有することで、電子カルテや紙媒体での伝達内容の確認と患者イメージの統一を図ることができる。情報には医学的用語や専門用語が含まれるため、内容の理解の統一は多職種で同じ目標に向かってアプローチするうえで重要である。

まとめと今後の課題

当院では専門職の視点を取り入れ、技術の直接的連携を図ることで「顔の見える連携」を重視した入退院支援体制を構築している。そういった体制が可能となった背景には、多職種による入退院支援への高い意識づけと協力があつたこと、そしてリハビ

リテーション診療や看護など、各専門分野の業務に配慮しながら多様な技術をおのおのが勉強し、実務の中でよりQOLを高めるための連携を模索してきたことが考えられる。

今後の課題としては、PFM機能を活用するにあたり、「患者自身が望む今後の将来を見据えた治療やケア」に必要な患者情報をどれだけ多く収集・準備できるかに尽きる。しかし、入院前の治療やケアの経過情報を多職種間で共有する体制が整えば、容体変化への素早い対応や患者・家族の意向に沿った退院支援が可能となり、ベッドコントロールの大きな一助ともなるため、今後一層の研鑽^{けんさん}と努力を重ねて入退院支援体制をより強固にしていきたい。

2020年3月ごろよりCOVID-19対策のため、一部で転院前訪問を制限した。しかし、リスクを含めた患者情報は必要なため、電話での情報収集を行った。今後は感染予防対策を講じながら「顔の見える連携づくり」を確立するために、オンライン会議等を駆

使うことも課題の一つとして取り組んでいく必要がある。

追記・参考

日頃から当院の転院前訪問にご協力くださる急性期医療機関の地域連携および専門職の皆さまには心より謝意を表す。本稿は、第61回全日本病院学会の報告に若干の内容追記し、写真は2018年5月～2019年9月の期間に撮影し、使用目的および引用の許可を得て掲載している。

【引用・参考文献】

- 1) 平井三重子：病院の組織体制を再構築PFM導入で入退院支援を強化『Nursing BUSINESS』Vol.12. no.11, 20-25, 2018. メディカ出版
- 2) 川越雅弘：リハビリテーション職に期待される役割と課題（同一職種間連携、多職種連携の視点から）。『総合リハビリテーション』第47巻4号. 305-311, 2019. 医学書院
- 3) 大高洋平：回復期リハビリテーション病棟の退院プロセス再考『JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION』第23巻7号, 624-628, 2014. 医歯薬出版株式会社
- 4) 三橋尚志：回復期リハビリテーションに求められるもの 現状の課題と展望『総合リハビリテーション』第48巻2号, 143-149, 2020. 医学書院