

「コマネジメント」

■特集の背景と目的

それは内科医の新しい働き方

コマネジメントとは、内科系のジェネラリストが、専門科の患者の診療のうち内科部分を受け持ち、専門科と診療の責任や権利を共有するケアモデルのことを指します。一般的なコンサルテーションモデルと異なり、入院から退院まで、内科系のジェネラリストと専門科が密にコミュニケーションをとりながら伴走する診療スタイルです。これまでのエビデンスの蓄積、米国での広がりもあり、日本でも少しずつ注目され、導入する医療機関がみられるようになっていきます。

コマネジメントを始めるにあたり、特別な技能や特別なスタッフが必要とされるわけではありません。必要なスキルは、ホスピタリストに求められる基本的なスキルにほかならないといえます。加えて、開始時の入念な準備、科の垣根を超えたよりオープンなコミュニケーション、多職種連携が必要とされますが、それによりさまざまなメリットをもたらすことができるのです。

今回の特集では、コマネジメントの“幹”と“枝”になぞらえてPart分けをしています。前半では、そもそもコマネジメントとは何なのか、背景となるエビデンス、日本での実践例を紹介し、後半では、実践への移行のために必要とされる主な知識やスキルを解説します。かかわる他科、他職種の視点も織り交ぜて、より深い学びができるような構成となっています。

今回の特集がきっかけになり、コマネジメントの輪が少しずつ広がり、その先で患者ケアの改善につながることにできれば望外の喜びです。

はじめに | コマネジメント、それは内科医の新しい働き方

- 山田 悠史 Brookdale Department of Geriatrics and Palliative Medicine, Icahn School of Medicine at Mount Sinai

Part 1 コマネジメントの“幹”

1 コマネジメントとは何か？：患者のケアを劇的に変える仕組み

- 山田 悠史

<ダイジェスト>

88歳の女性。2型糖尿病でインスリン使用中、心筋梗塞でステント留置後。そのほかに高血圧、軽度認知障害の既往がある。自宅でトイレ歩行中に転倒、その後から右股関節痛が出現し、搬入された。来院時、血糖値は350mg/dL、クレアチニン値は1.8mg/dLと上昇していた。X線で右大腿骨頸部骨折が認められ、入院の方針となった…

さてこの症例、あなたの医療機関では整形外科に入院となるだろうか。その場合は、整形外科で血糖管理も行われるだろうか。あるいは内分泌内科（糖尿病内科）にコンサルテーションとなるだろうか。いや、そもそも整形外科ではなく、内科または内分泌内科に入院となり、整形外科にコンサルテーションとなるだろうか。

そして、こうした判断は、症例ごとに相談のうえで行われるだろうか。あるいは、医療機関として何らかの基準が設けられていて、その後の動きもプロトコル化されているだろうか。

2 なぜコマネジメントが必要なのか、そのエビデンス：コマネジメント導入のベネフィットとリスクを吟味する

- 原田 洸 Department of Medicine, Mount Sinai Beth Israel

<ダイジェスト>

第1章で紹介したように、米国を中心に過去数十年間で、ホスピタリストや老年内科医が手術患者を外科医とともに管理するコマネジメントモデルが普及してきた。本稿では、コマネジメントのベネフィットとリスクに関するエビデンスを紹介する。

3 日本におけるコマネジメント

Case 1：愛仁会高槻病院：大腿骨近位部骨折のほとんどの症例で手術以外の管理を総合内科が行う

- 恒光 綾子 愛仁会高槻病院 総合内科

<ダイジェスト>

本稿では、日本における整形外科医と内科医のコマネジメントとその現状について述べる。また、Case 1～3では、股関節骨折患者に対するコマネジメントを実施している施設におけるモデルを紹介していく。

これらを参照し、自施設におけるこれまでの文化・風土や各診療科の充足度合いなどを考慮したうえで、診療科間の十分な協議を行い、適切な形にして導入することをぜひ検討いただきたい。

Case 2：板橋中央総合病院：ポリファーマシー改善の可能性、整形外科医1人当たりの手術件数の増加が示された

- 友田 義崇 板橋中央総合病院 総合診療内科

<ダイジェスト>

高齢化が急速に進むなか、大腿骨近位部骨折患者は増加しており、2040年には32万人まで増加することが予想さ

れている。高齢者の大腿骨近位部骨折例では併存症を有していることが多く、術後は高齢者特有の合併症への対応だけでなく、骨折の二次予防を含めたトータルケアが求められている。

海外においては、老年科が整形外科と共同して診療にあたるorthogeriatric care model, ホスピタリストがコマネジメントを行うorthopedic co-management modelが取り入れられている。日本においてはこれらのモデルを取り入れている施設は少ないが、日本整形外科学会でも大腿骨近位部骨折に対する老年内科医の役割が演題に挙げられるなど、注目されてきている。

一方、二次予防については2022年4月の診療報酬改定により、大腿骨近位部骨折に対する二次骨折予防継続管理料が新設され、その要件として骨折リエゾンサービスによるクリニカルスタンダードにのっとった評価・治療が挙げられており、今後は整形外科医だけでなく多職種、特に内科医においても役割が拡大してくることが予想される。

Case 3 : 飯塚病院 : Fix and Relay (FR) システムで早期手術からすみやかに引き継ぐ

- 松永 諭 飯塚病院 総合診療科

<ダイジェスト>

令和4年度の診療報酬改定で、年間60件以上の大腿骨近位部骨折の手術実績があり、すみやかな術前評価を目的とした院内の内科受診基準など、定められた施設基準を満たす場合に、75歳以上の大腿骨近位部骨折患者への骨折48時間以内の早期手術に対し、4,000点の診療報酬加算が新設された。

これまでの骨折の診療は、手術の緊急性を判断する整形外科医と、術前評価として周術期リスクを評価する麻酔科医との間で行われてきたと思われる。そこに、内科医の積極的な関与を求めることを評価する新たな動きである。内科医としてすみやかな術前評価を行い、必要な治療などを実施した場合に、追加で加算が算定できる仕組みであり、内科医以外にもリハビリも含めた多職種連携を行うことを強調している。

これらが、当院でも整形外科とのコマネジメントの追い風となったことはいうまでもない。

Part 2 コマネジメントの“枝”

4 服薬管理：安全で効果的な管理のポイント：薬剤師の視点、医師の視点

- 榎本 貴一 練馬光が丘病院 薬剤室
- 原田 拓 練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門

<ダイジェスト>

コマネジメント、特に外科系の診療科とのコマネジメントにおいて、内科医に求められる大きな仕事の1つに周術期の服薬管理がある。手術を受ける患者の多くは、1種類以上の薬剤を服用しており、服薬数は年齢とともに増加傾向となる。複数の合併症および服薬内容をもつ患者の周術期服薬管理は、時に悩ましい。長期的な有用性を考えて投与されている薬剤も、周術期には有害である可能性があるため、担当医は自宅で服用されていた各薬剤を継続するか中止すべきかを慎重に判断する必要がある。

本稿では、入院時・退院時の服薬管理、周術期を見据えた服薬管理、頓用薬の使い方について解説する。

5 ケアのゴール設定：SDMに基づくGoals of Care Discussionsのガイド

- 植村健司 Brookdale Department of Geriatrics and Palliative Medicine, Icahn School of Medicine at Mount Sinai

<ダイジェスト>

コマネジメントにおいて、ケアのゴール設定（Goals of Care）を明らかにするという点も内科医に依頼されることが多いと考えられる。本稿では、Goals of Care を決定するプロセスとともに、主科とどのように協働するかについて解説する。

はじめに、本稿に記載されている内容は私が米国で教わり、実際の臨床で実践している内容である。しかし、倫理・法は国や地域によって異なるため、本稿の内容が読者の皆さんが臨床を行っている場所で法的・倫理的に正しいという保証はない。そのため必ず、現地の法を順守して、臨床的判断を行ってほしい。

【コラム①】コマネジメントをする内科医に知ってほしい：整形外科手術：大工の言葉を、大工の視点から、大工自ら説明する

- 井上 三四郎 飯塚病院 総合診療科

<ダイジェスト>

日本整形外科学会は、2019年7月10日に、『タスク・シフティング推進に関するヒアリング』を作成した。このなかで、同学会が、時間外で侵襲的な専門処置の必要性のない入院患者の初期対応について、その業務内容をホスピタリスト（病院総合医）に移管する提案をしていることを、読者の皆様はご存じであろうか？ 理由として、骨折などがあっても当日に緊急で侵襲的な処置が必要なければ、患部の固定・全身管理・手術に備えた検査の指示などを行えば専門医を呼び出す必要はないこと、総合診療部と救急部のユニット化などで予定外入院経路を確立し、ホスピタリストの養成・適正配置・勤務形態の調整などを行えば移管可能であることが挙げられている。そのポリシーは予定外入院の半数とされており、それなりの仕事量である。

大腿骨頸部骨折は、この提言で想定されている骨折の1つであろう。この提言が実現すれば、ホスピタリストが大腿骨頸部骨折の診断を行い、耐術性と手術のタイミングを評価し、緊急手術が必要な場合には整形外科医や麻酔科医を呼び出す判断を下すことになる。

私は1999年に鹿児島大学を卒業し、九州大学整形外科に入局した。以来、九州大学整形外科の関連病院で整形外科医として勤務した。2022年4月から飯塚病院に異動し、現在は総合診療科内の整形外科業務に携わっている。約1年間、総合診療科の釜の飯を食った現在、令和の整形外科医のベストパートナーはホスピタリストであると確信している。

本稿では、大腿骨頸部骨折に関して、整形外科医の視点から、コマネジメントを行うホスピタリストや内科医に

伝えたいメッセージをまとめる。ガイドラインや文献にある形式知のほか、経験知も加えて、整形外科医の肉声をお伝えしたい。

【コラム②】コマネジメントをする内科医に知ってほしい：腹部手術：ドレーンやストーマの管理，術後合併症へのアプローチ

- 小澤 尚弥 東京ベイ・浦安市川医療センター 外科
<ダイジェスト>

腹部手術の術後管理は外科医が担当する施設がほとんどだが，多くの患者が複数の内科的併存疾患をもつ現代では，内科医がそこにかかわる機会も増えると思われる。本稿では，一般外科医の視点で，内科医にも知ってほしい術後管理について解説する。腹部手術で留置されるドレーンやストーマ，そして消化管手術の代表的な合併症について，外科医がどのように考えて管理を行っているか知っていただきたい。

6 Frailtyの評価と臨床での活用：多様かつ複雑な高齢者の標準治療に組み込まれるべき概念

- 百武 美沙 慶應義塾大学医学部 医学教育統轄センター
<ダイジェスト>

患者の重症化・死亡リスクなど，さまざまなアウトカムを見定める際，患者の年齢のみではなく，Frailty assessmentを含む老年医学的評価を用いて，より適切な治療選択，そして意志決定を後押しする動きが近年主流になりつつある。本稿では，そもそもFrailty（フレイル）とは何か，なぜFrailtyを加味することが大切なのか，そして，どのようにFrailtyを評価し臨床で活用していくのかについて述べる。

7 術前心評価：非心臓手術における実践的な評価のステップとエビデンス

- 杉崎 陽一郎 Cardiovascular Research Foundation/Columbia University Irving Medical Center
<ダイジェスト>

日本において，術前心評価は依然として「コンサルテーション」であることが多い。筆者自身も手術前に「術前心評価をお願いします」という依頼を受け，対応することが多かったため，他施設の多くの場面でも同様ではないかと思う。一方で，心不全パンデミックや高齢化に伴い，手術を要する患者が心不全や冠動脈疾患，大動脈弁狭窄症（AS）などの併存疾患を有する頻度は増えている。そのため「コンサルテーション」ではなく，本特集のテーマである「コマネジメント」が重要になる場面も増えている。そのような理由から，術前心評価は「どのような対象に」「どのように行われ」，「どのような介入を行う/介入は必要ない」と判断するかについて，コマネジメントの主体となるホスピタリストやジェネラリストが，循環器内科医と共通言語をもち，ともに実践していくことが重要である。

とかく術前検査では，「評価のために」と検査過剰になることが多い。冠動脈疾患があるから，ASがあるからと，検査過剰になってはいないだろうか？

このこともふまえ，本稿では非心臓手術における心臓リスク評価について，最新の国内/海外のガイドラインを紐解きつつ，実践的な観点から解説する。

8 術前肺評価：術後肺合併症を念頭においたリスク評価とマネジメント：アップデート版

- 片岡 惇 練馬光が丘病院 総合救急診療科 集中治療部門/呼吸器内科
<ダイジェスト>

本稿は，2016年のHospitalist「周術期マネジメント」特集に掲載された「術後肺合併症（PPCs）のリスクと周術期マネジメント」をアップデートしたものである。「現在の肺の状態で手術したならばどうなるか？」「肺合併症が起こる可能性が高いのであればそれを防ぐ手立てはないのか？」という外科医・麻酔科医の疑問に適切に答えるために，コマネジメントを行う内科医やホスピタリストが知っておくべき，術後肺合併症のリスク評価とマネジメントについて，実際の症例の流れに沿って述べる。

2016年から術前肺評価の原則は大きく変わることはない。まずは，呼吸器の周術期リスク評価とマネジメントの大原則を表1に示す。

術後肺合併症は，心臓合併症と比較しても頻度は少なくなく，また，その他の臓器の合併症と同等か，それ以上に臨床で重要なアウトカムに影響し得る。例えば，股関節部骨折の術後患者を調べた大規模後向きコホート研究では，全8,930人の患者のうち，重大な心臓合併症は178人（2.0%）に発症したのに対し，重大な肺合併症は229人（2.6%）に発症したと報告されている。また，70歳以上の非心臓手術後において，肺と腎臓の合併症だけが長期死亡率に影響したという報告や，食道がんに対する食道手術後の術後肺炎は，食道がんそのものの病期に次いで長期死亡率に影響を与える因子であったという報告がある。よって，心臓と同様に，肺についても適切にリスク評価とマネジメントを行う必要がある。

非心臓外科術後の肺合併症のリスク評価とマネジメントについては，2006年にACPがガイドラインを発表している（かなり古いものではあるが更新されていない）。本稿では同ガイドラインを中心に述べていく。

9 周術期，侵襲的処置時の抗血小板薬，抗凝固薬：リスク評価，中止/再開のマネジメント：アップデート版

- 野木 真将 The Queen's Medical Center Hospitalist Group/亀田総合病院 総合内科
<ダイジェスト>

発患者層の高齢化と検出技術の向上に伴い，心房細動からの心原性脳梗塞予防，深部静脈血栓症（DVT）の治療，心臓弁置換術後の血栓予防などに抗凝固薬を内服している患者は増えてきた印象がある。急性出血の際に抗凝固薬を中止することに異論の余地はないにしても，拮抗の方法に関しては施設間での方針に違いがあるかもしれない。また，予定手術では術前にいつから中止し，術後はいつから再開するのか，などは主科と関係診療科と要相談である。

本稿では、日米のガイドラインをふまえ、現状入手可能なエビデンスを吟味して解説したい。

【コラム③】 コマネジメントをする内科医に知ってほしい：麻酔管理と術後の注意点：麻酔科医が濃厚に関与している部分を中心に

- 谷 真規子 岡山大学学術研究院医歯薬学域 麻酔・蘇生学

<ダイジェスト>

麻酔科医とは何者か？「麻酔の技術を用いて患者管理にかかわる、外科的処置と周術期管理に最も詳しい内科医」（ここでの「内科医」は非外科医の意）であると筆者は考える。その観点から、手術室を主戦場としながらも唯一手術を行わず、患者管理に徹する医師である麻酔科医と、コマネジメントを行う内科医の思考過程は、基本的には類似していると推測する。両者で大きく異なるのは、思考や診療におけるタイムスパンと手術室内処置（麻酔と手術）に関する知識・情報量であろう。

本稿では、コマネジメントを行う内科医に、周術期管理に関して知っていただきたい事柄について、麻酔科医の立場から述べる。

【コラム④】 コマネジメントをする内科医に知ってほしい：周術期のデバイス管理：ペースメーカー、ICDなど：電磁干渉について把握し、デバイスごとの対応法を学ぼう

- 松井 優子 横浜医療センター 循環器内科

<ダイジェスト>

心臓植込み型デバイスはペースメーカー、植込み型除細動器（ICD）、両心室ペースメーカー（CRTP）、両心室ペーシング機能付き植込み型除細動器（CRTD）など多岐にわたり（表1）、適応の拡大や高齢化のためにその植え込み症例数は増加している。日本では2022年時点で、ペースメーカー69,221例、ICD 6,440例、CRTP 1,815例、CRTD 3,748例の植え込みが実施されており、症例数の増加に伴い、非循環器疾患の診察中にもデバイス植え込み患者に接する機会は増えている。

デバイス植え込み患者は原則的に数か月～1年おきの循環器外来、または遠隔モニタリングによるフォローが行われており、非心疾患の診療はデバイスの存在を意識せずとも問題なく進むことが多い。しかし、電磁干渉が発生する処置・手術を行う際には、デバイスの誤作動や故障のリスクがあるため注意が必要である。

本稿では、電磁干渉が発生する処置・手術の種類、起こり得る影響について述べ、術中の手技内容の工夫による予防、患者のデバイス手術や心疾患に応じた周術期のデバイス設定の適切な変更についてまとめる。

10 せん妄：せん妄は内科疾患であり、予防には多職種協働・コマネジメントが鍵となる

- 田川 哲也・関口 健二 市立大町総合病院 内科/信州大学医学部附属病院 総合診療科

<ダイジェスト>

せん妄は、どの診療科の誰もが遭遇する代表的な入院合併症である。その対策には、リスク評価、予防、診断、管理のすべてに包括的なアプローチを要するがゆえに、外科領域の専門科と内科医やホスピタリストとのコマネジメントにおいて、欠かすことのできないトピックである。

そしてせん妄の対策において重要であるのは、「せん妄が精神疾患ではなく、内科疾患である」という認識である。今日、超高齢社会により外科病棟やICUにおいても高齢者の割合が高くなり、血圧や血糖値の異常と同じ頻度でせん妄が発症する可能性がある。せん妄の発症率低減、診断率の向上をはかるには包括的な周術期管理が必要である。特に手術は、高齢者にとってせん妄を引き起こす可能性が高く、術後せん妄の発症は状態悪化や死亡率の大幅な上昇、医療資源支出の増加と関連している。

せん妄の予防は大切だが、外科などの専門科は多忙であり、そこに時間を費やすことが困難な可能性もある。とはいえ、現状は待たなしである。せん妄の予防に多職種協働・コマネジメントが鍵となることが、いくつかの観察研究データで示されている。本稿では、せん妄のリスク評価、予防、早期診断、発症した場合の対応について、外科などの専門科や、看護師、リハビリテーションスタッフ、薬剤師などの多職種と、どのような認識、対策を共有すべきかについて解説する。

11 周術期VTE予防：外科領域では内科領域と異なる点も多い

- 鈴木 康大・安部 涼平 埼玉医科大学病院 血液内科

<ダイジェスト>

整形外科手術や一般・消化器外科における開腹手術において、静脈血栓塞栓症（VTE）は重要な合併症の1つである。VTEのなかでも肺血栓塞栓症（PTE）は周術期の死因として頻度が高く、発症を防ぐために適切な予防を行えるかどうかは鍵となる。日本でも、2004年の複数学会合同での予防ガイドラインの発表や、診療報酬改定における「肺血栓塞栓症予防管理料」の保険収載により、周術期VTE予防の重要性が認知されてきたが、依然として不十分な管理による致死的なVTEの発症が散見される。内科医が診療チームに加わることで、適切な予防介入が多く行われるようになることが望まれる。

本稿では、整形外科手術や腹部手術症例の、コマネジメントにおけるVTE予防について概説する。

12 転倒患者の評価と介入：転倒した高齢者は、将来的に転倒を繰り返すリスクが高い

- 世戸 博之 ひのでクリニック

<ダイジェスト>

高齢者の転倒は単なる事故ではなく、複数の要因により生じる症候群である。また、転倒を生じた高齢者は複数の慢性疾患を抱えていることが多く、外傷治療のみならず併存疾患管理、合併症の予防・治療や将来の転倒予防など、内科医やホスピタリストがコマネジメントにおいて担う役割は大きい。

本稿では、転倒患者の評価・介入について、再転倒予防や合併症予防の視点から解説する。

13 コマネジメントにおけるケア移行：情報の継続性を保つアプローチとそのポイント

- 本橋 健史 板橋中央総合病院 総合診療内科

<ダイジェスト>

人口の高齢化と医療の高度化に伴い、提供されるケア内容の細分化が進んでいる。そのため、患者は急性期病院、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅医療、居住系施設など、さまざまな場を移行することが多くなった。こうした社会背景もあり、1人の患者に複数のサービス提供者が関与し、連携を調整・統合して治療にあたるのが医師の重要な役割とみなされている。

コマネジメントは、欧米を中心に整形外科領域において普及しているが、今後は日本でも、内科医が整形外科を含めた外科領域において、コマネジメントにかかわる機会が増えることが予想される。そのため、整形外科・一般外科入院患者の手術前後における身体機能の変化や、薬剤変更に対する入院管理を実施し、スムーズな退院につなげることが内科医の重要な課題となる。

本稿では、これらの患者におけるケア移行の重要性、内科医の役割、そして有効な退院時のケア移行を行うためのポイントについて述べる。

【コラム⑤】コマネジメントをする内科医に知ってほしい：術後リハビリテーション：ケア移行の全体像のなかで内科医が実践できるポイント

- 木村 泰 練馬光が丘病院 医療技術部 リハビリテーション室

<ダイジェスト>

大腿骨近位部骨折で入院し、手術は無事に成功したが、「せん妄や誤嚥性肺炎を併発した」「認知症、慢性呼吸器疾患、Parkinson病などの併存症を有しており、リハビリテーションが思うように進まない」「退院後の自己管理が難しく併存疾患の悪化が懸念される」、我々リハビリテーション療法士は、このような診療上の問題や臨床的有害事象によく遭遇することがある。このような場合、主治医やリハビリテーション科医に報告し、さらに専門科へのコンサルテーションが行われ、追加の検査や治療、処置が施行されるのを待つことがある。コマネジメントを行う内科医やホスピタリストが、適時にこのような問題に対処していくことは、リハビリテーション療法士にとっても心強く、患者の機能的転帰にもかかわると考えられる。

また、高齢の大腿骨近位部骨折患者の転倒の背景には、老年症候群や他の併存疾患が影響していることもあり、受傷前の身体機能レベルを再獲得するには、高度な退院計画と長期的なフォローアップが必要になる。患者の旅路（Patient Journey）を考え、今現在の問題だけではなく、上流や下流にある問題に対しても目を向け、多職種で協働しリハビリテーションを実践していくことは、患者中心の医療実践の第一歩であり、患者経験（Patient Experience）価値の向上につながると考えられる。

本稿では、リハビリテーション療法士の視点から、コマネジメントを行う内科医に知っておいてほしいリハビリテーションの知識について、近年コマネジメントの有益性が報告されている、大腿骨近位部骨折の領域を中心にとめる。

【コラム⑥】コマネジメントをする内科医に知ってほしい：術後の嚥下機能評価：術後患者の予後を変えるインパクトがある

- 松本 朋弘 練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門

<ダイジェスト>

超高齢社会を迎え、多疾患を併存したフレイルをもつ高齢者が入院し、手術を受ける頻度が増えている。患者の高齢化は術後に合併症を生じるリスクを上昇させることが指摘されている。

本稿では術後患者の摂食・嚥下障害について、リスク因子、高リスク患者同定のためのスクリーニング方法、周術期の介入に関して述べる。

【コラム⑦】コマネジメントをする内科医に知ってほしい：術後の退院先：患者は不安のカタマリ：個々の患者に合わせた介入を

- 若井 博之 練馬光が丘病院 地域連携相談センター

- 松本 朋弘

<ダイジェスト>

医療ソーシャルワーカーは、患者、家族の問題（不安）について、患者、家族とともに解決をはかる役割を担っている。ソーシャルワーカーという立場から、医師に知ってもらいたいことは、当然のことと思われるかもしれないが、突然の病気や怪我により患者、家族は不安な状態にあるということである。医師から説明を受けることにより一時的に不安が和らぐことが多いものの、その内容を断片的にしか覚えていないこともある。

入院した患者からこんな話をよく耳にする。「少し具合が悪いから受診した。検査の結果をみたら、急に入院が必要と言われた。だから入院した」。あるいは「数日前に転倒してしまっただけけれど、痛みがひかないから受診した。レントゲンをとってもらったら骨折していたと先生から言われた」。おそらくどちらのケースも、患者自身もなんとなく具合が悪いと自覚していたかもしれない。ただ、実際の診断を聞かされた途端に、患者、家族は当然不安になる。どんな病気なのだろう、今後どうなってしまうのか、病気を治療してもどこまで改善するのか、同じ生活が送れるのか…。ベッド上で過ごす時間がほとんどの入院生活では、患者は不安を膨らますばかりである（表1）。退院先を検討する前に、そのことをまず肝に銘じておきたい。

本稿では、退院先の特徴、ならびに個々の患者に合わせた介入について述べる。