

# 医療機関と地域をつなぐ ～入院前から始まる退院支援～

医療法人社団 緑成会

地域医療総合支援センター センター長代理

退院支援部門 乙坂 佳代

# 目次

1. 退院支援とは
2. 退院支援の実際
3. 訪問看護と退院支援
4. 退院支援関連の加算
5. 医療機関における地域との連携

# 1. 退院支援とは

# 退院支援にかかる用語について

## 退院支援

病気や障がいを抱える患者・家族を包括的に支援するプロセス

## 退院調整

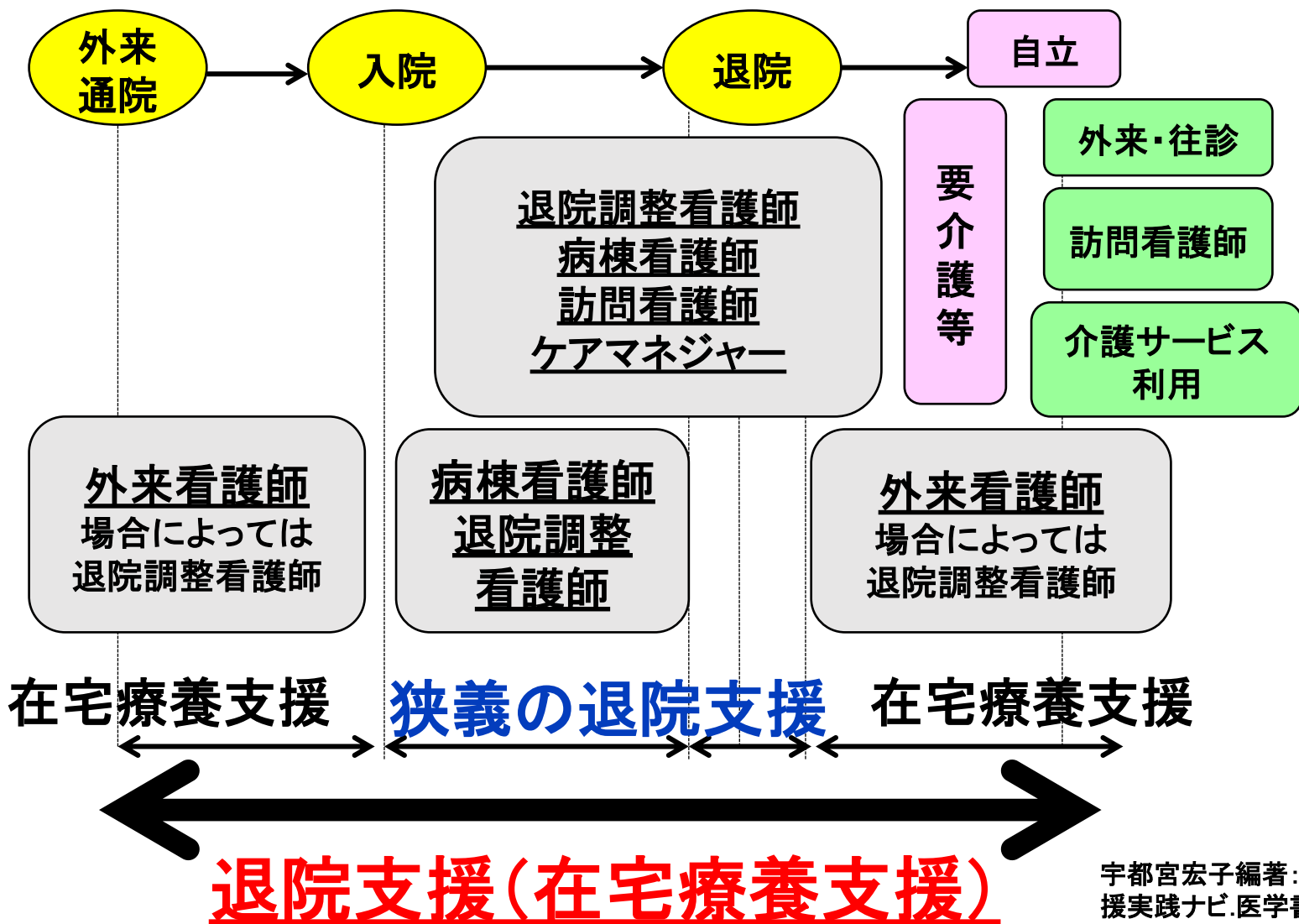
方向性が決まった際に具体的な社会資源につなぐ

## 退院支援の目標

患者・家族の意向の尊重と自立支援

# 退院支援の概念図

## 外来も病院外の地域も含めた継続看護



# 退院支援の3つのプロセス

## STEP1 (第1段階)

### スクリーニングと アセスメント

(外来～入院後48時間以内)

- ・退院支援が必要な患者のスクリーニング
- ・アセスメント
- ・支援の必要性を患者・家族と共有し、動機づけする

## STEP2 (第2段階)

### 受容支援と自立支援

(入院3日目～退院まで)

- ・継続的にアセスメントチームで支援
- ・患者・家族の疾患理解・受容を支援
- ・患者・家族の自己決定を支援
- ・退院後の生活を患者・家族とともに相談し、構築

## STEP3 (第3段階)

### サービス調整

(必要となった時点～退院まで)

- ・退院を可能とするための制度・社会資源の調整
- ・地域サービス・社会資源との連携・調整

## 2. 退院支援の実際

# 当院での退院支援の流れ

- ・スクリーニング・アセスメント(病棟看護師)
  - ・入院後48時間以内にシートを用いてスクリーニング
  - ・アセスメントをシートに記載、「退院困難な要因を有する患者」を抽出
- ・退院支援計画書作成(病棟看護師)
- ・患者家族との面談(病棟看護師、退院支援専任看護師)
- ・退院支援カンファレンス(週1回)  
(病棟看護師、退院支援専任看護師、社会福祉士、リハ職、医師等)
- ・退院に向けての支援(病状に応じた生活指導、介護指導等)  
多職種が情報交換をしながら協働
- ・退院前カンファレンス  
ケアマネジャー、訪問看護など支援チームのメンバーで情報共有



# 事例 1

50代 男性 脳梗塞 軽度右麻痺

既往：不明

発症：当日朝不調あり、母親のケアマネに電話  
アドバイスを受け、自分で救急に電話  
搬送時意識レベル低下あり

⇒保険証など確認できず。

入院当初から生活保護へ連絡

# 入院後の経過

- ・急性期の治療を終了
  - ・リハビリテーションを実施
    - 軽度の右麻痺残存、杖なしで歩行可能
    - 高次脳機能障害
  - ・経済：母親の年金で生活、自宅は母親の持ち家
  - ・家族：母親と2人⇒数か月前母親は入所
    - 入院当初は独居、1年前に離婚、子供あり
  - ・仕事：母親の介護で退職
  - ・家屋状況：本人からの聞き取りのみ
    - ⇒本人が母親の面倒をみながら生活面をやりくり
1. 独居での在宅生活が可能か？  
(心身機能・経済)
  2. 入院前と同様に母親の支援が可能か？

# 課題の検討

## ・母親の現状の評価

認知症は重度で意思決定は困難⇒**後見人の申請**が必要

## ・本人の機能評価

**家屋調査、屋外訓練**の実施(OT、ケアマネ、包括)

⇒電車、バスの利用に付き添い必要(危険回避出来ない)

ATMの扱い、番号の記憶が困難(付き添い、声かけ必要)

## ・今後の方向性の検討(本人・医師・看護師・MSW)

①母親と同居:生活保護受給困難、介護サービスの調整など必要

②本人のみ単独:自宅か別な住居で、生活保護の受給対象

⇒**本人単独での自宅を選択、退院を支援**(MSWと協働)

## ・退院へのプラン作成(要介護1)

退院目標:●月20日前後、カンファレンスは2週前の週に実施、

退院前に自宅の掃除、片付け

# 退院前カンファレンス

## ・参加者

ケアマネジャー、地域包括支援センター、区保健師、生活支援事業担当者、医師、看護師、OT、MSW

ADLほぼ自立、内服、健康管理、危険回避必要  
「本人の理解者が一人でもいれば頑張れると思う」

## ・自宅の掃除(本人立会い)

ケアマネジャー、地域包括支援センター、区保健師

## ・退院当日

自宅でケアマネジャー待機、ヘルパー支援開始  
週1回: デイサービス、訪問介護    毎日: 配食

## 事例 2

### 70代 女性 多発性骨髄腫

家族: 70代夫(就労)との2人家族

長女、長男は近所に居住、孫と頻繁に来訪

既往: なし

発症: 60代後半 下半身麻痺で受診、入院

第7胸椎圧壊に伴う脊椎損傷、免疫低下による硬膜外膿瘍で手術

病的骨折を疑い精査

多発性骨髄腫の診断、告知

# 退院支援の関わりまで

- ・手術後リハビリの上、サービス調整し退院  
要介護5 介護保険、障害サービスを併用
- ・訪問介護：1日3回
- ・訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリ：週1回
- ・電動ベッド、車椅子、スロープなどレンタル  
⇒徐々に機能向上し、立位や歩行器の歩行可能  
抗がん剤治療を外来にて継続
- ・1年後  
要介護1  
電動ベッドを返却、訪問リハをデイサービスに変更  
要介護・要支援等区分変更を繰り返し、要介護2

# 退院支援の介入

## 2年後 4月末～6月中旬入院(退院支援に依頼)

### ・医師の説明(夫、ケアマネ、病棟師長、退院支援)

診断時にはすでに末期状態、治療を続けるか、話し合いが必要。  
今年いっぱい大丈夫という保証はない。なるべくいい状態の時に家に帰らせたい。

夫:考えます・・を繰り返す

### ・夫:「もう少し動けないと・・・」

病気の理解、今後の意向が明確につかめず退院に向けての話が進まない状況

### ・本人:「ギャッジベッドはいらない」

ベッド上でギャッジUP使用、現状と判断が一致せず、希望が先行

### ・ケアマネ:「退院してやってみて、考えましょう」

# その後

## 3年後 1月

仙骨部に発赤出現、訪問看護、デイサービスで情報共有  
入院の前の週までデイサービス利用

### デイサービスの対応(特養併設、小規模デイサービス)

座位30分が限界⇒入浴直前に起き上がりを介助、  
状態を見て清拭、半身浴、座位での入浴、機械浴を選択  
「家で一人の時は不安、皆の声を聞いていると気がまぎ  
れる」

⇒介護職の不安を看護師が細やかに対応、支援を継続

## 2月

・呼吸困難にて入院、病院にて逝去



## 事例のまとめ

- 様々な生活課題を抱えている対象者  
⇒ 看護の知識、技術だけでは支援できない  
⇒ 多職種の協働が必要
- 地域の生活状況、環境（人間関係も含む）、  
生活の状況に合わせた支援が必要  
⇒ 地域との情報交換、協働が必要
- 困難な事例ほど、選択肢は「在宅」  
専門職が効果的に連携・協働する必要性

# 協働のために

## 1. 情報共有

客観的な情報、評価の共有

⇒必要な支援を検討

⇒病院、地域それぞれが持つ情報を交換し検討

### ◆事例1

高次脳機能障害の評価を伝え、支援の必要性を共有

### ◆事例2

「一人は不安、皆の声を聞いて気がまぎれる」

意向を尊重し、安全にケアできるように情報共有

⇒本人に関わる支援者に細かな情報提供

# 協働のために

## 2. 予後予測

### 今後の変化と対応策の検討

◆事例1 介護保険に該当しなくなる場合を想定  
行政とのつながりが継続的に必要

- ・本人が感情的な言動で誤解されやすい
- ・高次脳機能障害は目に見えず、周囲の誤解を生みやすい  
⇒ケアマネに本人の理解者になれるよう、声かけ

◆事例2

- ・本人の「デイに行きたい」「頑張る」を支える
- ・末期の状態を理解し、今後の変化を予測した上で対応  
本人の機能が低下し、症状が出現しても現状に合わせた  
ケアを行う事でデイサービスを継続

### 3. 訪問看護と退院支援

# 訪問看護の事例紹介

50代 女性

- ・秋頃から年末にかけて言葉がはっきりしなくなる
  - ・年明け、話し方がおかしく数箇所<sup>〇</sup>の医療機関を受診
  - ・翌春にALSと診断。セカンドオピニオンで大学病院受診、簡単な診察の後、間違いないと言われる
  - ・発病のために本人は気落ちし、自殺企図数回
  - ・症状の進行(頸部の保持困難、嚥下困難など)から自殺もできないと悲観、うつ状態に
    - ・子供達が協力、交代で介護、心をほぐす努力
- 「今は家族で」「わからないながら何とか」

# 介護の実際

- 食事・・飲み込みやすい食事をつくり、介助
- 移動・・昇降機能つき座椅子(介護保険レンタル)
- 起き上がり困難・・電動ベッド(介護保険レンタル)
- 歩行は自立
- 排泄・・トイレにて自立
- 入浴・・シャワー浴、洗髪、洗体は介助
- コミュニケーション・・何とか可能
- 痛み・・マッサージ、湿布などで対処
- 不眠・・少量のアルコールで対処

# その後

- 訪問看護、往診医の導入
- 経口摂取の低下、脱水、呼吸苦
  - ⇒ 医療機関入院、経管栄養(胃ろう)の説明で家族が混乱
  - ⇒ 医療機関との連携: 噛み砕いた情報提供
- 医療機関でのカンファレンス、準備
- 退院: 再度のケア体制構築
- 在宅療養: 娘さんの負担大、家族で看たい...
- いよいよの状態で救急搬送、呼吸停止
- 葬儀の挨拶

# 訪問看護からみた退院支援

## 早期から切れ目のない有機的な連携

- ・利用者の入院時：電話、サマリーでの情報提供
- ・利用者、家族の意思決定支援に積極的にかかわる
- ・相談時には速やかに対応

退院のタイミングを逃さない⇒看護の継続

## 本人・家族がのぞむ生活の実現と継続

- ・在宅生活継続のための支援  
(本人、家族、サービス担当者)
- ・意思決定の支援



## 4. 退院支援関連の加算

# 退院支援加算1イ 600点

(平成28年4月新設)

## 施設基準：退院調整加算の要件に加え、

- ・退院支援、地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が各病棟に専任で配置(一人につき2病棟 計120床までに限る)
- ・退院支援部門に専従の看護師、もしくは社会福祉士  
→専従の看護師又は専従の社会福祉士の配置
- ・20以上の医療機関、又は介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携をはかっていること
- ・連携している医療機関、介護サービス事業所などの職員と退院支援、地域連携職員が、年3回以上の頻度で面会し、転院、退院体制についての情報の共有を図っていること
- ・過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が入院基本料の算定病床数に0.15(療養病床は0.1)を乗じた数の合計を上回る
- ・病棟に病棟専任の退院支援担当者と業務内容を掲示

# 退院支援加算1イ 600点

(平成28年4月新設)

## 算定要件

- (1) 入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画を立案し、計画に基づき退院した場合に算定
- (2) 現行の退院調整加算における退院調整に加え、以下の支援を行っていること

# 退院支援加算1イ 600点

(平成28年4月新設)

- ①退院支援職員が、他の医療機関や介護サービス事業所に出向くなどして担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有を行う
- ②各病棟に専任で配置された退院支援職員が、病棟で原則として入院後3日以内に新規入院患者の把握、及び退院困難な要因を有している患者の抽出を行う
- ③退院困難な要因を有している患者について、原則として入院後7日以内に患者および家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行う
- ④入院後7日以内に病棟の看護師、病棟専任の退院支援職員、退院支援部門の職員が共同してカンファレンスを行った上で退院調整にあたる

# 退院支援加算2イ 190点 (平成28年4月新設)

## 施設基準: 退院調整加算の施設基準に準じる

- ・退院支援部門に専従の看護師と社会福祉士の配置
- ・退院支援員会の設置など

## 算定要件

- ・入院後**7日以内**に患者の入院している病棟において退院困難な要因を有している患者を抽出する
- ・退院困難な要因を有している患者に対しては出来るだけ早期に患者および家族と話し合い、入院後**7日以内に退院支援計画書の立案に着手**する

# 退院支援加算2イ 190点 (平成28年4月新設)

## 算定要件

- ・退院支援計画に基づき、退院調整を行うにあたっては、病棟及び退院調整部門の看護師並びに社会福祉士などの関係職種が共同してカンファレンスを行った上で計画を実施する

「退院支援加算」は

死亡退院については算定できない

(転院の場合は算定できる)

# 退院支援関連の加算

☆は改定 ★は新設

☆介護支援連携指導料 400点(300点)

☆退院時共同指導料2 400点(300点)

☆退院前訪問指導料 580点

★退院後訪問指導料 580点

退院後1か月以内 5回が限度

①特別管理加算の対象者

②認知症または認知症の症状を有し、日常生活で介助が必要

★訪問看護同行加算 20点

## 5. 医療機関における 地域との連携



# 地域への発信と活動参加

～第6回～

## 青葉区看護職連絡会

日時：平成28年4月15日（金）  
18：30～20：00

場所：横浜市  
〇〇地域ケアプラザ  
多目的ホール

内 容：事例検討

様々な立場の看護職が関わった  
ケースを通し、それぞれの立場  
でのつながり方やつながるため  
の課題を考えましょう

年4回実施  
世話人として  
企画から参加

- ・事例検討
- ・情報交換
- ・情報共有のツール  
作成
- ・災害時の在宅で  
の対応の検討

緑成会 グループ

横浜総合病院・横浜シルバープラザ・緑の郷 提供！

11月14日(土) 14:00~15:30

脳梗塞で入院！

突然**介護**はやって来る・・・そのとき

**あなたは どうしますか？**



ある日突然、脳梗塞で入院。その後、治療を終えるも介護が必要な状態になってしまう。自宅に戻れるのかな？いったいこれからどうすれば良いの？

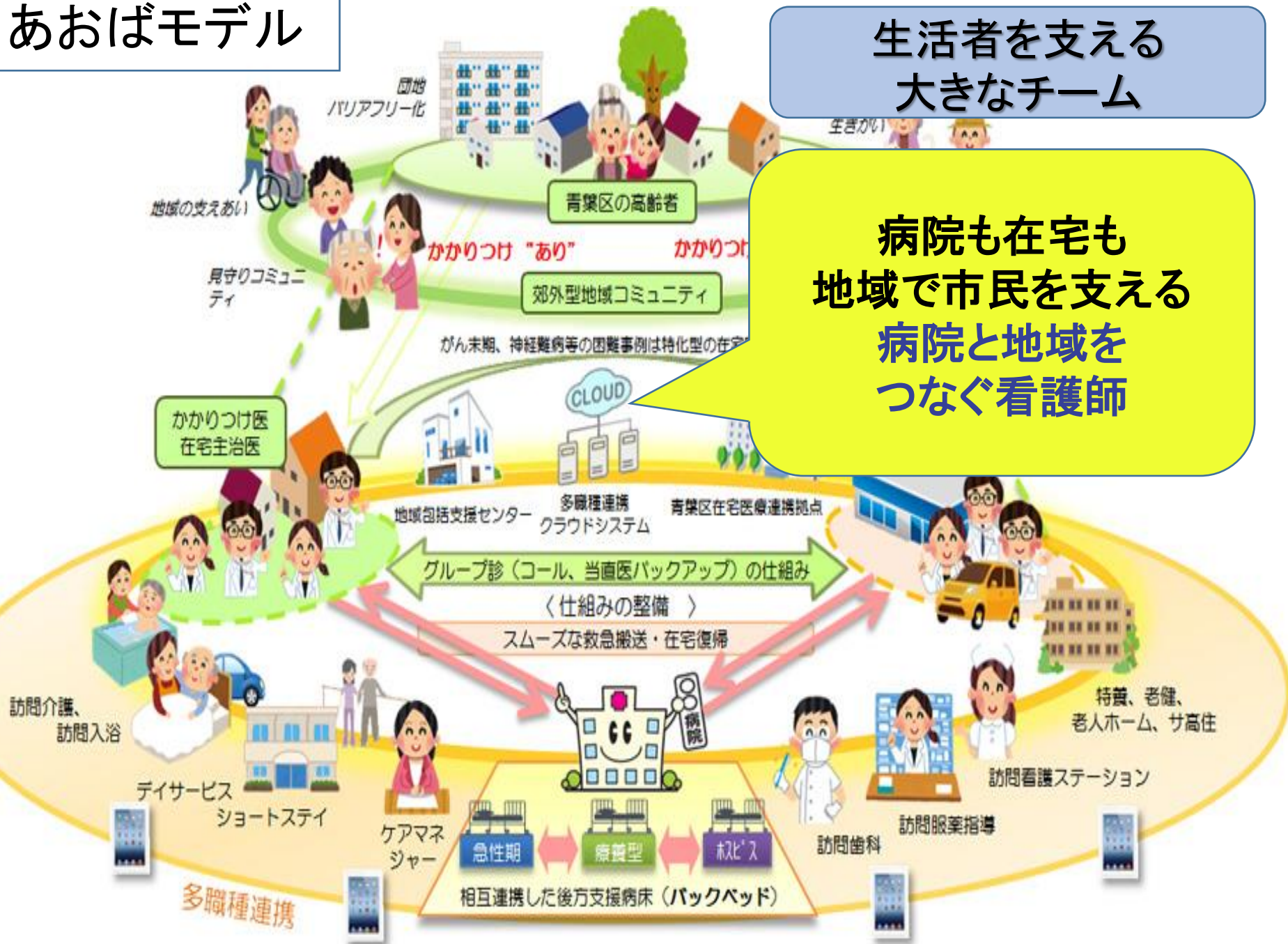
寸劇 キャスト

- |            |              |
|------------|--------------|
| ・青葉一郎(主人公) | ・担当医師        |
| ・青葉花子(妻)   | ・退院支援看護師     |
|            | ・病棟看護師       |
|            | ・医療ソーシャルワーカー |

# あおばモデル

生活者を支える  
大きなチーム

病院も在宅も  
地域で市民を支える  
病院と地域を  
つなぐ看護師



# まとめ

## 退院支援の意義

患者・家族が望む場所で  
望む生活ができるように、  
早期から意思を確認し、  
スムーズに移行できるように支援する  
＝看護のプロセスそのもの、看護の質の向上

- 患者の「意思」を尊重するための課題
- 地域の多職種、多機関との協働
- 立場の違いを埋めて生かし合う