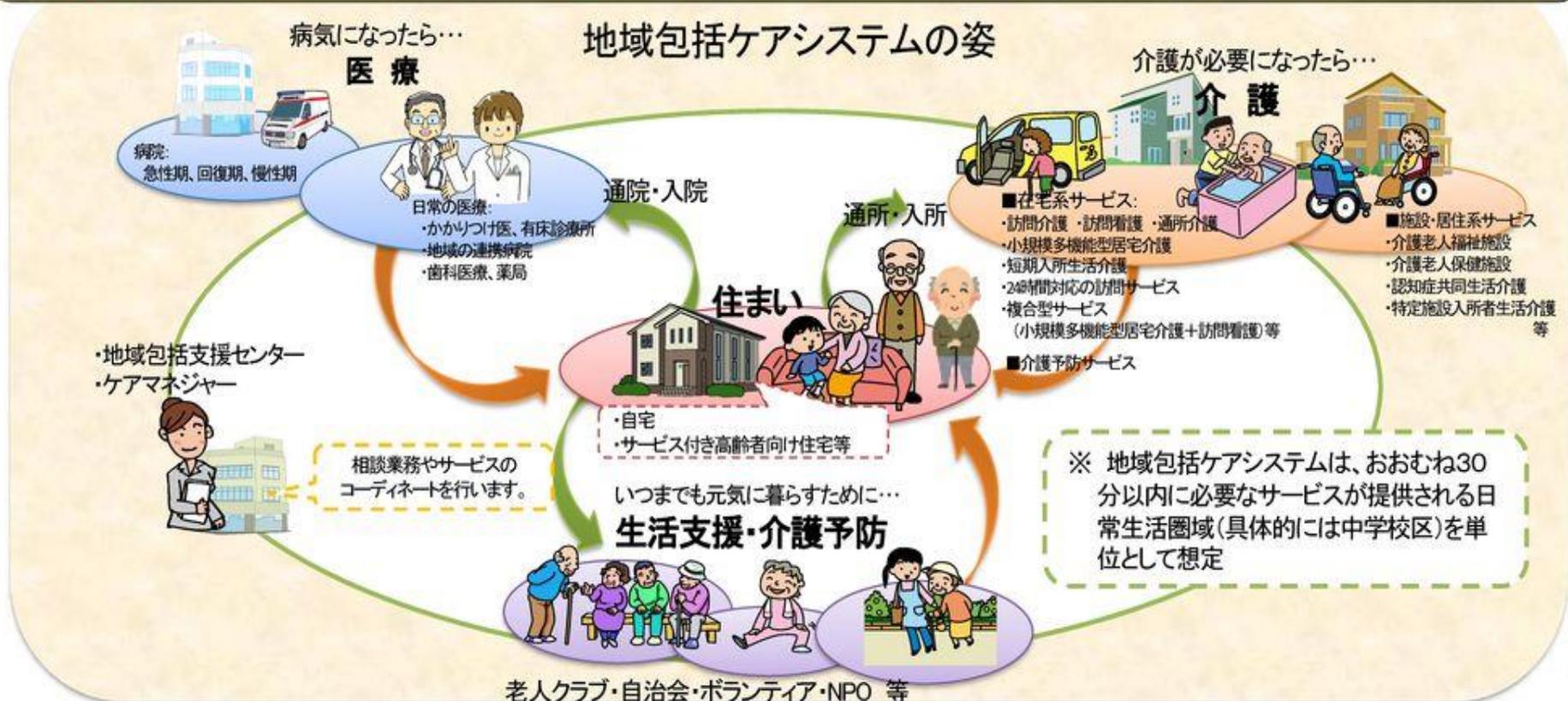


急性期病院における入退院支援に必要な 情報共有の内容やタイミングについて

函館中央病院 退院支援室
看護師 奥山 ちどり

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



急性期病院とは

急性疾患や慢性疾患の急性増悪などで緊急・重症な状態にある患者に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する病院

函館市の二次救急医療を担う主な急性期病院

・市立函館病院

・共愛会病院

・函館五稜郭病院

・函館市医師会病院

・函館中央病院

・函館脳神経外科病院

・国立函館病院

・函館新都市病院

急性期病院に入退院支援が必要な背景

医療の分野では、医療の質を低下させる可能性がある長期の入院を防ぐ観点から、長年、入院医療においては「在院日数の短縮」が常に求められているのが現状です。

急性期入院医療においては入院日数が長期になると国で定められた「入院料の逓減」による収益の鈍化が起きてしまうため、日々在院日数を細かく管理しているが、これからは単に在院日数を短くするのではなく、入院前後の患者・家族の意向に則した最適な支援を院内・外・地域と協働し、効率的で質の高い入退院支援マネジメントが欠かせない。

入退院支援に関する加算

入退院支援に関する加算

「入院早期から支援を行うことで退院に向けた問題の早期把握と退院後の療養へ向けて本人、家族の安心へ繋げる」ということへの評価として「**退院支援加算**」が前回2016年度に設定。

2018年度には医療・介護連携推進を重要視した、国が推進している「地域包括ケアシステム」構築へ導くため算定要件を若干追加し、入院前からの支援評価も絡めた「**入退院支援加算**」と名称を変え改定され、更に入院前からの支援を評価する「**入院時支援加算**」を新設。

入院時支援加算 【算定対象】

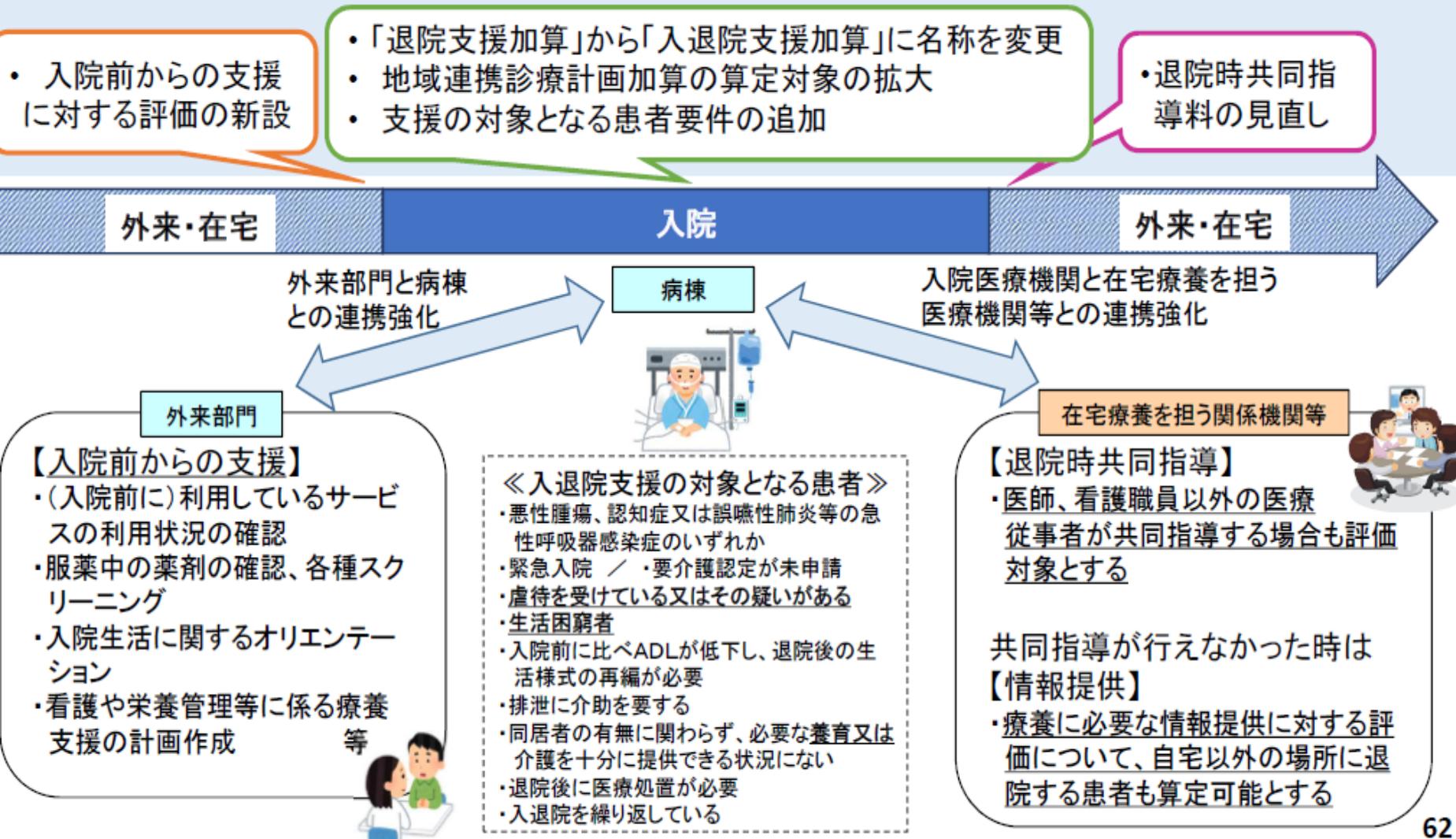
- 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- 入退院支援加算を算定する患者であること。

入院時支援加算 【施設基準】

- 入退院支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置すること。
- 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す



入院前からの支援の機能強化(イメージ)

従来

外来

- 治療方針の説明

入院

検査・治療

- 検査・治療内容の説明
- ✓ 持参薬の確認

療養の支援

- 入院生活の説明
- ✓ 患者情報(入院前のサービス利用等)の確認
- ✓ 療養上のリスクアセスメント(転倒・転落、褥瘡、認知症等)

退院調整

- ✓ 退院支援スクリーニング

外来(地域、在宅)

治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいた、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、

入院前からの支援の機能強化

外来

入院

外来(地域、在宅)

検査・治療

療養の支援

退院調整

外来において、

- ・入院生活のオリエンテーション
- ・患者情報(入院前のサービス利用等)や服薬中の薬剤の確認
- ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。

病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。

入院時支援加算の実践内容

入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有することが求められます。

①身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握

②褥瘡に関する危険因子の評価

③栄養状態の評価

④持参薬の確認

⑤入院中に行われる治療・検査の説明

⑥入院生活の説明

⑦退院困難な要因の有無の評価

**医療はもちろん、
介護・地域と
連携、協働出来ない
医療機関は評価しない**

入退院支援の現状

入退院支援の実践内容

外来

入院

退院

①

入院前の情報収集と共有及び
入院中の療養計画の立案



入院

②

退院支援スクリーニングを実施

3日
以内

③

病棟で退院支援カンファを実施

7日
以内

④

患者及び家族との面談を実施

7日
以内

⑤

退院支援計画書を手渡し支援開

7日
以内

⑥

退院カンファレンスの開始



退院

⑦

退院後のフォロー、情報共有

スクリーニングシート

患者氏名: テスト 坂	作成者: 奥山 ちどり
患者番号: 0007300011	性別: 男 生年月日: 昭和40年01月01日 年齢: 54歳5ヶ月
入院日: 平成22年03月22日	病棟: 診療科: 耳鼻咽喉科

基本情報

主な疾病名	
-------	--

スクリーニング内容 (医療情報)

1	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍による入院のうち、ターミナルの状態・緩和する症状がある
2	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎等呼吸器疾患
3	<input type="checkbox"/> 化学療法以外での再入院: 心不全 糖尿病でコントロール不良 など
4	<input type="checkbox"/> 病態により身体機能が低下する可能性がある
5	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患による緊急入院 <input type="checkbox"/> 大腿骨骨折による緊急入院
6	<input type="checkbox"/> 退院後に【支援を必要】とする医療処置が生じる
6 (医療処置内容)	<input type="checkbox"/> 栄養 (経鼻・PEG・腸ろう) <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> ポット <input type="checkbox"/> 創処置 (褥創・潰瘍等) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿路系管理 (ウロストーマ・自己導尿・留置カテーテル・腹膜透析) <input type="checkbox"/> H O T <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ドレーン管理 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他

スクリーニング内容 (生活・介護面でのサポート体制の必要性)

1	<input type="checkbox"/> 認知症があり、【今後支援】が必要
2	<input type="checkbox"/> 同居者の有無に関わらず、必要な介護又は養育が十分に受けられる状態にない
3	<input type="checkbox"/> 心理・社会的な問題で支援が必要
3 (問題内容)	<input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> 生活が困窮している <input type="checkbox"/> 虐待を受けている又はその疑いがある <input type="checkbox"/> 身寄りなし <input type="checkbox"/> キーパーソン不在 <input type="checkbox"/> がんサロン <input type="checkbox"/> その他

スクリーニング内容 (その他)

1	<input type="checkbox"/> その他の状況により、退院、転院の調整が必要である
1 (その他状況)	<input type="checkbox"/> 介護保険が必要 <input type="checkbox"/> その他
1 (その他状況備考)	

入院前の生活情報・介護保険情報

①自宅以外での居住: 施設名	
①自宅以外での居住: 相談員	
②他病院からの入院: 病院名	
③介護保険情報	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
ケアマネジャー氏名	
連絡先	

備考

備考	
----	--

結果

ハイリスク群チェック個数	0個	<input type="checkbox"/> 退院支援必要あり <input checked="" type="checkbox"/> 退院支援必要なし
--------------	----	---

実施日 令和01年06月29日

スクリーニングシート

患者氏名: テスト 坂		作成者: 奥山 ちどり	
患者番号: 0007300011	性別: 男	生年月日: 昭和40年01月01日	年齢: 54歳5ヶ月
入院日: 平成22年03月22日	病棟:	診療科: 耳鼻咽喉科	

基本情報

主な疾病名	
-------	--

スクリーニング内容 (医療情報)

1	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍による入院のうち、ターミナルの状態・緩和する症状がある
2	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎等呼吸器疾患
3	<input type="checkbox"/> 化学療法以外での再入院: 心不全 糖尿病でコントロール不良 など
4	<input type="checkbox"/> 病態により身体機能が低下する可能性がある
5	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患による緊急入院 <input type="checkbox"/> 大腿骨骨折による緊急入院
6	<input type="checkbox"/> 退院後に【支援を必要】とする医療処置が生じる
6 (医療処置内容)	<input type="checkbox"/> 栄養 (経鼻・PEG・腸ろう) <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 創処置 (褥創・潰瘍等) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿路系管理 (ウロストーマ・自己導尿・留置カテーテル・腹膜透析) <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ドレーン管理 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他

スクリーニング内容 (生活・介護面でのサポート体制の必要性)

1	<input type="checkbox"/> 認知症があり、【今後支援】が必要
2	<input type="checkbox"/> 同居者の有無に関わらず、必要な介護又は養育が十分に受けられる状態にない
3	<input type="checkbox"/> 心理・社会的な問題で支援が必要
3 (問題内容)	<input type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> 生活が困窮している <input type="checkbox"/> 虐待を受けている又はその疑いがある <input type="checkbox"/> 身寄りなし <input type="checkbox"/> キーパーソン不在 <input type="checkbox"/> がんサロン <input type="checkbox"/> その他

スクリーニング内容 (その他)

1	<input type="checkbox"/> その他の状況により、退院、転院の調整が必要である
1 (その他状況)	<input type="checkbox"/> 介護保険が必要 <input type="checkbox"/> その他
1 (その他状況備考)	

スクリーニング内容（その他）

1	<input type="checkbox"/> その他の状況により、退院、転院の調整が必要である
1（その他状況）	<input type="checkbox"/> 介護保険が必要 <input type="checkbox"/> その他
1（その他状況備考）	

入院前の生活情報・介護保険情報

①自宅以外での居住：施設名	
①自宅以外での居住：相談員	
②他病院からの入院：病院名	
③介護保険情報	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
ケアマネジャー氏名	
連絡先	

備考

備考	
----	--

結果

ハイリスク群チェック個数	0個	<input type="checkbox"/> 退院支援必要あり <input checked="" type="checkbox"/> 退院支援必要なし
--------------	----	---

導入～在宅準備期

- ①外来・病棟看護師による退院支援スクリーニングの実施
(3日以内)
- ②退院支援看護師・MSWにて全入院患者の
スクリーニングの確認、未実施がないか確認
- ③病棟と退院支援カンファレンス（ラウンド）の実施
退院支援計画作成の着手
 - ・退院支援部門として退院支援の必要性を確認
 - ・病棟看護師、退院支援部門NS・MSWが共同して
カンファレンスを実施

退院移行期～在宅移行期

④退院支援計画の遂行

- ・ラウンド時に本人と面接

今までのADL、IADLなどのセルフケアの状況、健康状態
介護状況、家族等のインフォーマルな支援の有無
現在の心理状況と今後の希望 などなど・・・

- ・退院支援に向けた院内調整開始
- ・本人、家族の意向確認
- ・退院支援計画書の手直し

在宅移行期

⑤ 具体的支援の展開

- ・本人家族と面談（より詳細なアセスメントと支援目標の共有）
- ・家庭訪問の実施
- ・ケアマネージャー、事業所等との情報共有
- ・退院時カンファレンスの実施



退院～療養生活

⑥退院

⑦退院後のフォロー

認知症高齢者の増加

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)



※有病者数で見ると2025年には**約700万人**
(65歳以上の5人に1人)

独居・夫婦のみ世帯の増加

(1,000世帯)

(%)

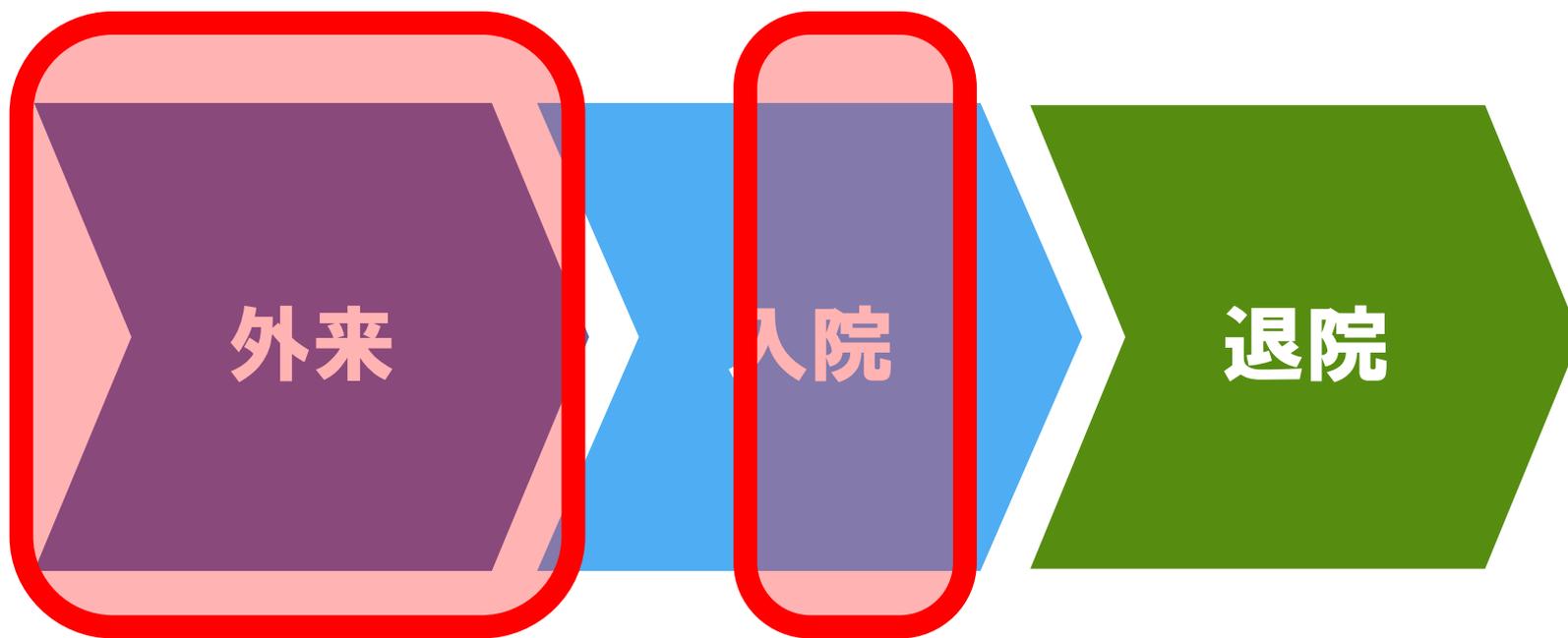


■ 世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数

■ 世帯主が65歳以上の単独世帯数

▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合

「入退院支援」の鍵は



各病院は「入退院支援」を標準化させてしっかりやる

- ・ 患者様への質の高い「退院(在宅)支援」の提供
- ・ 医療、介護連携強化による、在宅支援の強化
- ・ 地域医療機関との強固な連携関係の継続
- ・ 組織としての入退院支援の標準化に向けた、情報収集、共有の強化
- ・ 多職種連携マネジメント積極的な実施



地域の入退院連携システムの構築

在宅医療の充実としての通達

医政地発 0129 第 1 号
老介発 0129 第 1 号
老老発 0129 第 1 号
平成 31 年 1 月 29 日

衛生主管部(局)長
各都道府県 介護保険主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
厚生労働省老健局介護保険計画課長
厚生労働省老健局老人保健課長
(公 印 省 略)

在宅医療の充実に向けた取組の進め方について

在宅医療の提供体制については、自分らしい暮らしを続けながら、住み慣れた生活の場において療養を行うことを可能とするため、その確保が重要であり、高齢化や地域医療構想による病床の機能分化・連携により生じる医療ニーズの受け皿としても大きな役割を担うものとされている。

今後、厚生労働省において、都道府県が作成すべき医療計画の内容や在宅医療の充実に向けた進め方等について検討を行い、在宅医療の推進については、地域医師会等との連携や、かかりつけ医を中心とした多職種連携体制の構築が重要である。また、従前より市町村が主体的に取り組んでいる在宅医療・介護連携推進事業等に加えて、都道府県が広域的な観点から市町村への支援を行うことにより、更なる充実を図ることが必要であるとしたところである。そこで、在宅医療の充実に向けて都道府県において取り組むべき事項について下記のとおり整理したので、御知の上、在宅医療の充実に向けて検討を進めるとともに、貴管内市町村、関係団体、関係機関等に周知願いたい。

記

1. 在宅医療の充実に向けた進め方について

(1) 第7次医療計画の改善について

都道府県は、医療計画において在宅医療の目指す方向性を明らかにした上で、原則として設定することとしている「訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標」を設定していない都道府県においては、第7次医療計画の中間見直しに当たって、当該目標を設定すること。また、追加的需要における在宅医療の整備目標及び介護のサービス量の見込みについて設定できていない都道府県においては、第7次医療計画の中間見直しに当たって、整備目標とサービス量の見込みについて按分の上、第7次医療計画と第8期介護保険事業(支援)計画に反映すること。

厚生労働省より平成31年1月29日に各都道府県に対して、在宅医療の充実に向けて取り組むように通知が出されました。

①第7次医療計画の改善

(在宅医療の方向性の明示、訪問診療実施機関の数値目標)

②都道府県全体の体制の整備

(医療政策と介護保険の連携強化、在宅医療充実への市町村支援)

③在宅医療の取組状況の見える化(データ分析)

④在宅医療への円滑な移行

(在宅医療圏ごとの必要な入退院ルールの策定)

⑤在宅医療に関する人材確保・育成に係る研修や会議の支援

⑥住民への普及・啓発

(人生会議(ACP)等についての普及啓発)

最後に…

急性期病院としても今後は、生命を守る医療のみならず『生活の場を支える医療』へ、地域から期待されている役割も変化してきており、患者・家族・地域のニーズに迅速に反応・対応出来る柔軟な“動き”が重要です。

今後も、地域の医療・介護の連携実務者の皆様と、患者様やそのご家族、又は地域と融合・協力・『協働』(collaboration)して「生活の場を支援する、シームレスな医療」の提供を目指したいと思っています。