

横浜総合病院地域医療総合支援センターセンター長代理  
乙坂 佳代

### 到達目標

入院前から退院を見据えた連携を理解し、訪問看護の役割や医療機関との連携を考えることができる。

### 概要

- 学ぶ内容
  - ・医療機関の現状
  - ・退院支援のあり方
  - ・医療機関における地域連携
  - ・具体的な退院支援の実際
  - ・退院支援の必要性
- 地域において伝達する内容
  - ・退院支援に訪問看護が効果的に関わる必要性

# 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

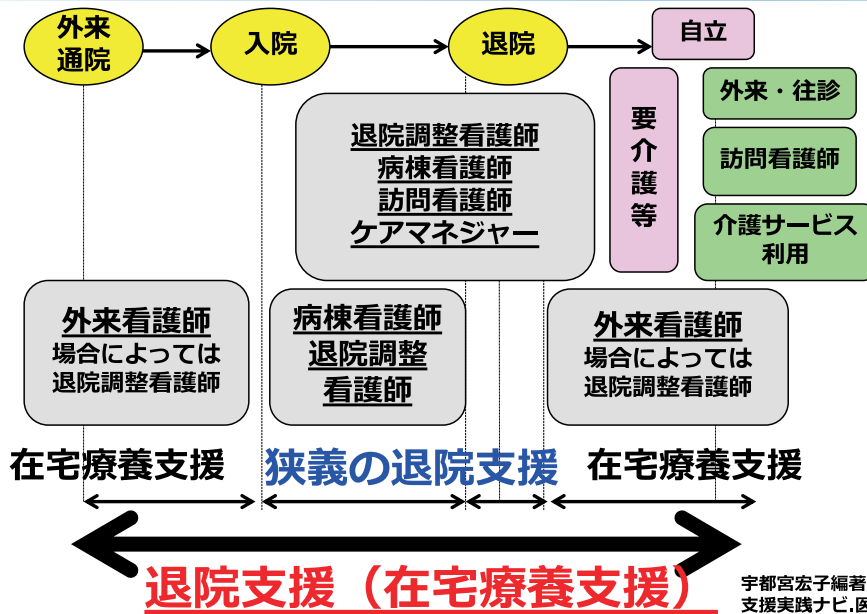
患者・家族の意向の尊重と自立支援

宇都宮宏子他：退院支援・退院調整ステップアップQ&A、日本看護協会出版会より一部改変

退院支援にかかる用語を整理する。

退院支援は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であり、退院調整は方向性が決まった際に具体的な社会資源につなぐことである。退院支援は「患者・家族の意向の尊重と自立支援」が最終的な目標になる。

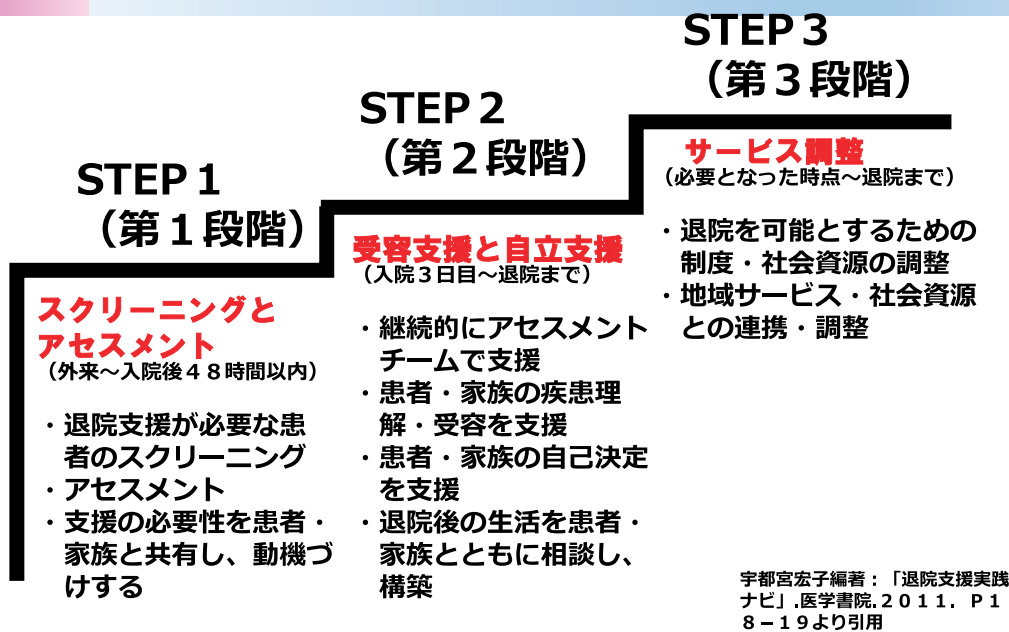
## 退院支援の概念図 外来も病院外の地域も含めた継続看護



宇都宮宏子編著：退院支援実践ナビ. 医学書院. 2011. P13を改変

退院支援は外来も地域も含めた継続看護と言い換えることができる。  
狭義の退院支援は主に入院中の支援を言うが、今後は広義の退院支援として、外来通院中から入院時の支援も含め、広く退院支援と考え、在宅療養支援とも言えると宇都宮氏は整理している。

## 退院支援の3つのプロセス



退院支援のプロセスは、第1段階が入院後48時間以内に動機づけをし、第2段階が入院3日目からの今後に向けた疾患理解や自己決定支援、第3段階が具体的な社会資源との連携・調整に分けられる。このプロセスは後に示す退院支援関連の加算の要件にも関連している。

## 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

当院での退院支援の流れである。

それぞれ病棟看護師と、退院支援専任の看護師とが分担、協働して行う。

また、カンファレンスや入院中の支援は多職種と協働して行い、退院前のカンファレンスでは地域の支援チームと情報交換を行っている。

## 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

退院支援の事例を紹介する。

救急搬送された際には意識レベルの低下で、情報がほとんどないまま入院となった。

## 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？

入院後、急性期の治療をしながら、このような情報がわかった。そこで、今後、心身機能・経済・独居での在宅生活が可能か？ また、入院前と同様に母親の支援が可能か？ が検討課題となった。

## 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

まず、母親の状況と本人の機能評価を行い、今後の方向性を検討した。  
母親には後見人が必要、本人は自宅での生活を希望したため、経済的な面を整理しながら退院支援を行うこととした。

## 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

退院前のカンファレンスは、あらかじめ退院の目標を決め、逆算して日程を調整した。地域の担当者と家計の収支をサポートする生活支援事業の担当者にも参加してもらい、目に見えない高次脳機能障害による生活上の支援の必要性などを共有した。退院後、サービスを利用しながら通院を継続している。

## 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

次は入退院を繰り返した事例を紹介する。  
発症から時間がたってから受診し、診断を受けた。

### 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

当初は要介護5でサービスを構築。この時には退院支援部門がなく、病棟看護師と在宅の担当者が連絡を取り合い、退院支援をしていた。

1年後に要介護1となり、大幅なケアプランの変更を行った。要介護・要支援等区分変更を繰り返し、要介護2となった。



## 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」

退院支援部門としては2年後にかかわりを開始した。夫や本人が、自宅で今までより動けないという具体的なイメージができず、準備が進まない中、ケアマネジャーに相談したところ、「病院に来て話をし、帰ってから考えましょう。」と話してくれ、ようやく退院に向けて動くことができた。

## 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

その後、2月に入院して亡くなるぎりぎりまで、自宅でデイサービスを利用して生活していた。看護師が介護職の不安に対応したことで、デイサービスの継続利用が実現できた。

## 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

2つの事例をまとめる。

様々な生活課題を抱えている対象者に対して、看護の知識、技術だけでは支援できないため、多職種の協働が必要と言える。

さらに、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で、そのためには地域との情報交換、協働が必要である。

経済的な余裕がない等、困難な事例ほど、選択肢は「在宅」になることが多い。専門職が効果的に連携・協働することが必要である。

## 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

協働のために必要なことの一つは、情報共有である。

事例1、2のように、それぞれの客観的な情報や評価を共有することで、必要な支援を検討し、地域や病院それぞれがもつ情報から、最善の選択をすることもできる。

## 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

2つ目は予後予測である。

今後の変化と対応策の検討の際に、例えば高次脳機能障害など目に見えない障害は継続して介護保険の対象になるかどうかも含め、予後を予測した対応が必要になる。

### 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」

訪問看護の立場から病院と連携した事例を紹介する。

ALSを発症、本人がうつ状態になっており、家族で頑張って支援している事例である。

## 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

サービスを導入する前の状況。下肢機能が比較的良好のため、歩くことはできたが、コミュニケーションがやや困難で、食事などは介助が必要な状態であった。

## 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

訪問看護と往診を導入したのち、経口摂取が困難となり、家族は入院を選択した。病状が進んでもう帰れないかも、と覚悟しての入院であった。幸い、呼吸機能の低下がなかったため、病院から「経管栄養など栄養摂取の方法を検討して在宅へ」という説明がされた。その際、家族が混乱したため、病院から訪問看護ステーションに連絡が来た。病院で家族や本人と話し、家族で検討する時間を設けることとした。検討に必要な資料を届け、数回電話でやり取りして、胃瘻にして在宅で介護する決定をした。

## 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

退院支援を訪問看護の視点からみると、早期から切れ目のない有機的な連携のためには、

- 利用者の入院時:速やかに電話、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し、退院のタイミングを逃さず、看護を継続することが重要である。

そして、本人・家族がのぞむ生活の実現と継続するためには、

- 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
- が重要と言える。

## 4. 退院支援関連の加算

退院支援関連の加算を紹介する。

### 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イは、平成28年4月に新設された加算である。それまでは、退院調整加算として入院日数により3段階の診療報酬で評価されていたが、新たに施設基準と算定要件が定められた。

## 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

算定要件としては、以前の退院調整加算に加えて、次のスライドの要件が定められた。

## 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

要件のポイントは、以下の通りである。

- ・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（スクリーニングとアセスメント）を行うこと
- ・抽出した患者について、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こと
- ・入院後7日以内に多職種協働のカンファレンスを行うこと

## 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
- ・退院支援委員会の設置など

### 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は、前述の要件を満たさない場合に、病棟専任でなく、退院支援専従の職員の配置などで算定できる。スクリーニングは7日以内に行うことが要件となっている。

## 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)

加算2でも、多職種とのカンファレンスが要件になっている。  
また、退院支援加算は死亡退院の場合は算定できないが、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

退院支援関連の加算について、今回の改定で新設されたのは、退院後訪問指導料（580点）と訪問看護同行加算（20点）である。訪問看護ステーションやケアマネジャーと医療機関の連携を評価し、看護の継続を推進している。

## 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

当院の地域との連携の一例である。

看護職連絡会は年4回開催し、当院から世話人としても参加。事例2については担当した看護職が登壇して事例を紹介し、意見交換を行った。

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

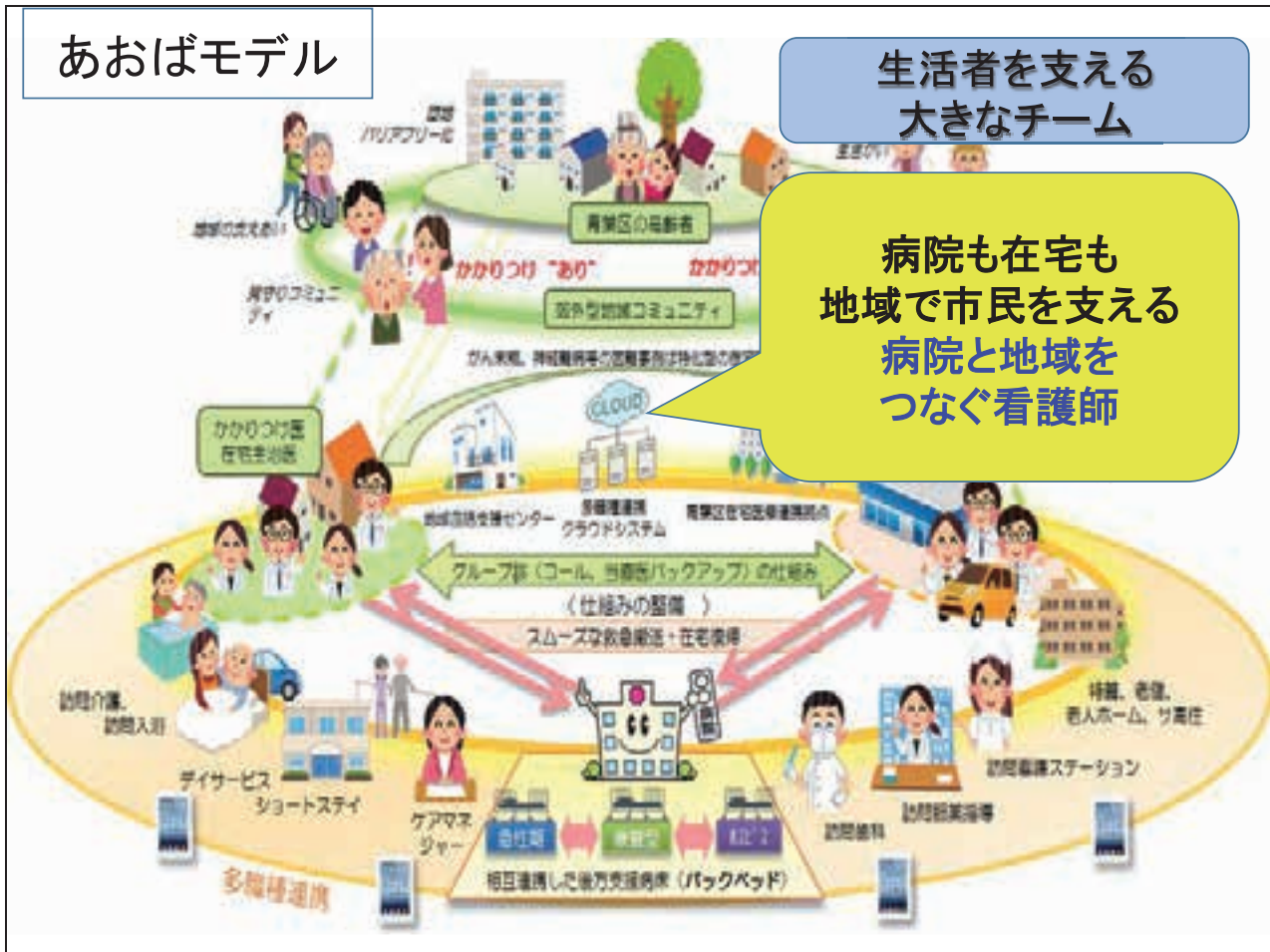
- |            |              |
|------------|--------------|
| ・青葉一郎(主人公) | ・担当医師        |
| ・青葉花子(妻)   | ・退院支援看護師     |
|            | ・病棟看護師       |
|            | ・医療ソーシャルワーカー |

医療法人社団の当院と老人保健施設、福祉法人の老人福祉施設と共催で、地域向けの講演会などを年1回企画している。平成27年度は主に退院支援について寸劇で紹介した。その他にも市民向け健康講座などを年1～2回行っている。

## 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



当院のある青葉区は、「青葉モデル」と言われている取り組みがある。病気や障がいとつきあいながら、長く地域で過ごせるように生活を支え、様々な医療・介護などの多くの職種が顔の見える関係を作るための取り組みである。当院の地域へのかかわりは、一病院としてだけではなく、地域のバックベッドとして求められる役割を果たせるよう、協働や連携を図りながら行っている。

## 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

退院支援の意義は、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ことである。これは看護のプロセスそのものであり、退院支援の充実には看護の質の向上につながると言える。

そのためには、患者の「意思」を尊重するために意思決定支援をどのようにするか、地域の多職種や多機関との協働をどう推進していくかを考え、看護職も多職種も立場の違いを埋めて生かし合うことが重要と言える。

# 推薦文献・Webサイト等

## 書籍・文献

書籍・文献等名 : 退院調整・退院支援ステップアップ Q&A  
著 者 名 : 宇都宮宏子 長江弘子 山田雅子 吉田千文  
出 版 社 : 日本看護協会出版会  
お 勧 め の 一 言 : 退院支援の基本から、実践的に学べる。退院調整で何が大切なのかを、根底に置きながら実践に役立つよう工夫されている。

書籍・文献等名 : 看護がつながる在宅療養移行支援  
著 者 名 : 宇都宮宏子 山田雅子  
出 版 社 : 日本看護協会出版会  
お 勧 め の 一 言 : 病院・在宅の事例を通して退院支援を学ぶことができる。疾患や状態に応じた退院支援が具体的に学べる

書籍・文献等名 : 退院支援実践ナビ  
著 者 名 : 宇都宮宏子  
出 版 社 : 医学書院  
お 勧 め の 一 言 : 退院支援に初めてかかわる人に入門書としてわかりやすい。特に病院では在宅のことがわからず、右往左往するときに、まず概要を知るには適切な本である。

## 関連 Web サイト等

関連 Web サイト : 東京都保健福祉局  
サ イ ト 名 : 東京都退院支援マニュアル 平成 28 年 3 月改訂版  
U R L : <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/sonota/zaitakuryouyou/taiinnshienn.html>  
お 勧 め の 一 言 : 東京都で作成された退院支援のマニュアルで、医療機関からも、地域からも活用できるマニュアル。実践的で細かな項目にわたった内容で、利用する病院や地域の支援体制等に応じて、カスタマイズできます。