

第9回千葉県脳卒中等連携の会

東京歯科大学市川総合病院における 退院支援の取り組みと今後の課題

平成30年2月18日（日）
東京歯科大学市川総合病院
地域医療連携室
市野 由香



東京歯科大学市川総合病院



病院理念「愛と科学で済生を」

診療科26科 専門センター8 病床数570床 DPC対象病院

一般病床7対1入院基本料 日本病院機能評価機構認定

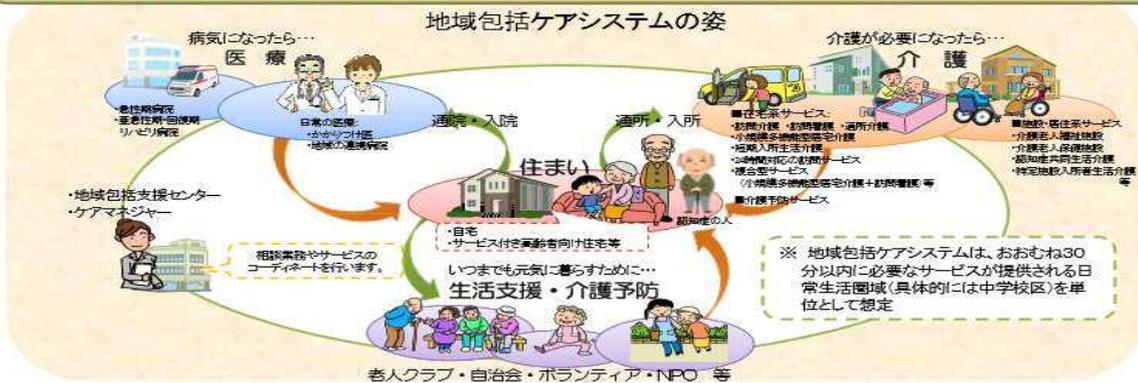
地域医療支援病院

地域がん診療連携拠点病院 災害拠点病院

地域完結型医療の拠点を目指します

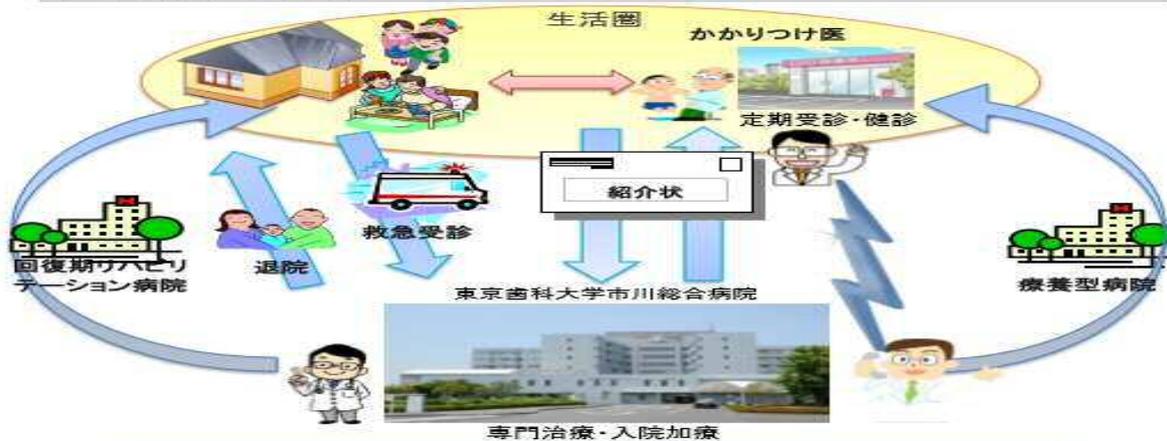
地域包括ケアシステム

- 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、**住まい・医療・介護・予防・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**していきます。
- 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です。
- 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が生じています。**
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**です。



地域のみなさまへのお知らせ

国は急速な高齢化に対応する地域医療体制を構築するため、地域の診療所、病院の機能を分化させ、患者さまの病状や状態に合わせて、各病院が連携を取りながら対応するような仕組みを作っています。その中で、東京歯科大学市川総合病院は、専門的な治療、救急医療・入院加療が必要な患者さまに重点を置いて診療を行っております。



東京歯科大学市川総合病院は「かかりつけ医」制度を推進いたします。

「病院完結型から地域完結型」へ当院の方向性を明確化した

平成26年度



平成29年度



増員を繰り返し

センター長1名(医師)
センター長補佐2名
室長1名 看護師5名
MSW5名 事務員3名

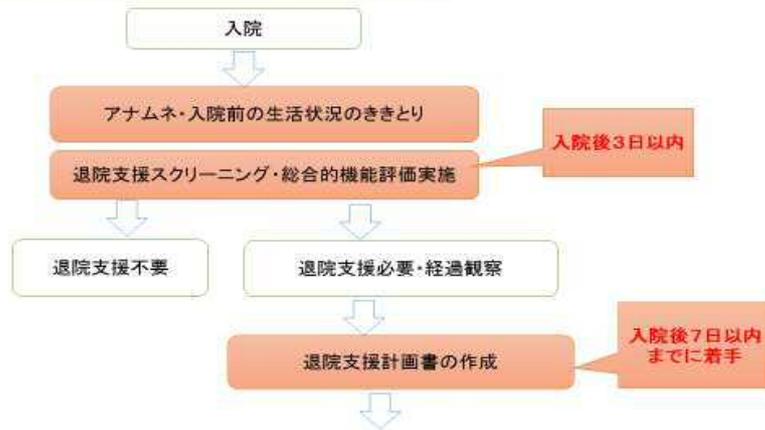
当院における退院支援の取り組み

- ▶ 1.退院支援システムの構築
- ▶ 2.「在宅療養支援看護師」の育成
- ▶ 3.「市川総合病院在宅療養支援ネットワーク協議会」
の立ち上げ

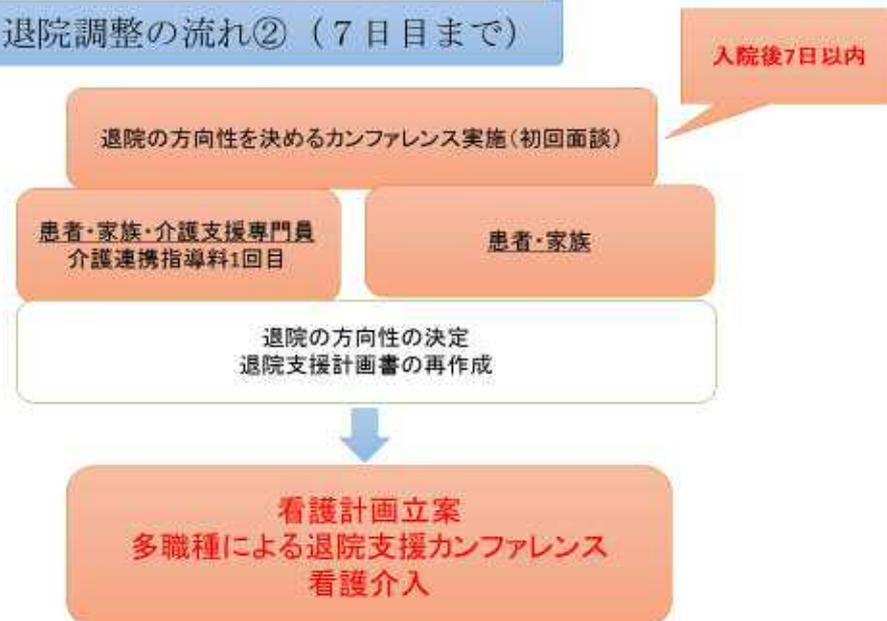
1.退院支援システムの構築

①退院支援・退院調整フローの作成

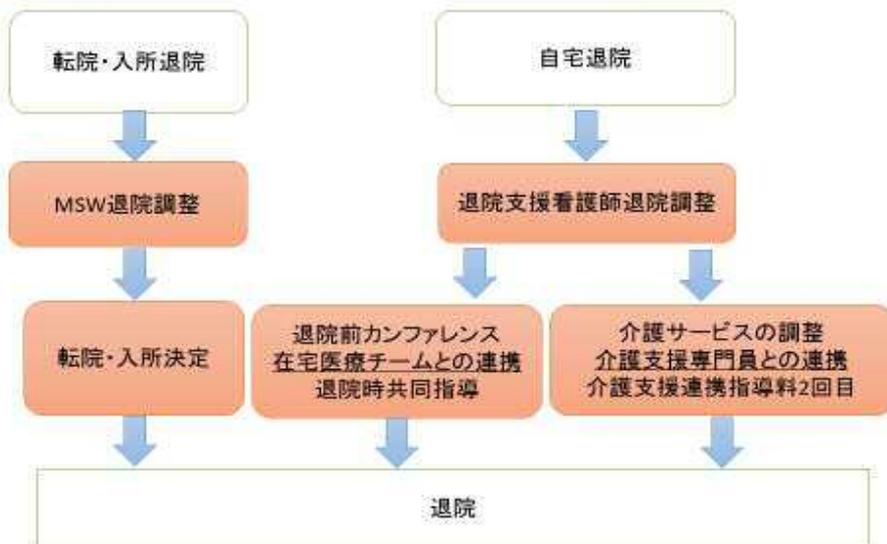
退院支援・退院調整の流れ①（入院日）



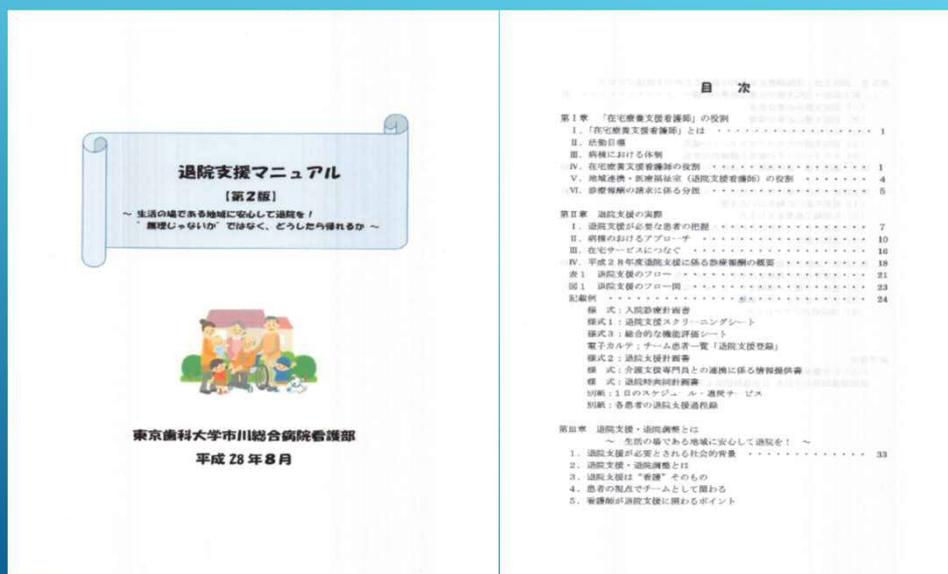
退院支援・退院調整の流れ②（7日目まで）



退院支援・退院調整の流れ③



②退院支援マニュアルの作成



2.在宅療養支援看護師の育成

①研修

ア.育成研修

イ.スキルアップ研修

②役割

ア.育成研修

<目的>

患者個々のQOLの維持・向上を図る看護の視点を養うとともに、退院支援・退院調整を積極的に実践できるようになるようになるために、退院支援、退院調整を担う看護師として必要な知識・技術・態度を習得する。

<目標>

- ①患者・家族の意思を尊重した退院支援・退院調整とは何かを理解できる。
- ②患者・家族が必要としている退院支援・退院調整の方向性を導き出し、入院時から
- ③退院後の生活を視野にいれた有効な退院支援計画を立案できる。
- ④退院支援・退院調整に必要な制度や具体的な社会資源を活用できる。
- ⑤チームで取り組む退院支援・退院調整が実践できる。
- ⑥退院支援・退院調整の評価方法が理解できる。
- ⑦病院と地域医療機関等との連携を理解できる。

<受講要件>

以下の要件を満たし病棟看護師長が推薦したもの
実務実働5年以上

退院支援・退院調整に関心がある者（保健師免許を有する者も含む）
実践における病棟でいずれか1人が日勤体制を配置できること

<修了者>

全日程（5日）を修了した者

<その他>

市内の連携病院の看護師の受講を受け入れる
院内の承認とし、院長名で修了証書を発行する

	時間	内容
1日目	10:00~12:00	開講式 講義「看護を取り巻く社会の動向」 「介護保険制度」
	13:00~16:30	講義「病院・施設・在宅をつなぐ移行期ケア」 ・在宅移行期の看護が必要とされる背景 ・退院支援と継続看護 ・退院支援のプロセス ・在宅移行期における訪問看護と医療機関の連携 ・退院支援におけるそれぞれの役割
2日目	10:00~16:30	講義「病院・施設・在宅をつなぐ移行期ケア」 ～退院支援の知識と技術～ ・在宅ケアシステム ・包括的アセスメント ・セルフケア支援 ・家族への支援 ・チーム医療（退院支援におけるそれぞれの役割）
		演習1「事例検討～退院支援のプロセスを通して」
3日目	10:00~16:30	講義「在宅療養支援者が目指すもの」 ・訪問看護師 ・介護支援専門員 ・介護福祉士
4日目	8:30~17:00	演習2「退院前カンファレンス」 実習「訪問看護ステーション」
5日目	10:00~15:00	GW「退院支援・退院調整看護師に求められる役割」
	15:00	まとめ 閉講式

②役割

患者・家族が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養が継続できるよう、入院早期より退院支援部門と連携を図りながら、受け持ち看護師と協働し**病棟で核となって退院支援を行う。**

退院支援部門には退院支援看護師、MSWを配置している。

活動目標

- ① **患者・家族の意思を尊重し、在宅療養を継続する方向性を導き出す。**
- ② 退院後の生活を視野に入れた退院支援計画書を立案し、支援計画と看護計画を連動させ、**患者のQOLの維持・向上を図り自立（自律）を目指した看護を実践する。**
- ③ 退院支援計画書のに基づき、**チームの要となり必要な退院支援を実施する。**
- ④ 地域医療連携室と連携し、必要な制度や社会資源を活用する。
- ⑤ 実践した看護の評価をする。

イ.スキルアップ研修

〈目的〉

在宅療養支援看護師はサービスや地域の状況から、生活する利用者（患者）・家族を理解し患者の思いに寄り添う質の高い退院支援が実践できるようスキルアップを図る。

〈目標〉

- ① サービス利用者の思いや生活状況を知る。
- ② 利用者のその人らしい生活のために、サービスの果たす役割を理解する。
- ③ 各種サービス提供者の専門性や思いを知る。
- ④ 患者が生活する地域を理解する。
- ⑤ 退院支援に関わる看護師がサービスの特徴や利用対象者を理解する。

〈日程〉延3日

2日間：病院・介護保険サービス事業所実習

1日：実習報告会（院内フォーラム）

3. 「市川総合病院在宅療養支援ネットワーク協議会」の 立ち上げ

目 的

患者・家族が地域で安心してその人らしい療養生活が継続できるように、市内に勤務する看護職等との連携を強化し、専門職種間のネットワークを構築するため

内 容

- (1) 地域連携の推進に関すること（情報交換等）
- (2) 教育研修に関すること（事例検討、講演会等）
- (3) その他目的を達成するための事業

構 成 員

- (1) 市内の病院や訪問看護ステーション等に勤務する看護職員
- (2) 市内の居宅介護支援事業所等に勤務する介護支援専門員
- (3) その他、市内に勤務する医療・福祉系の専門職

平成27年度

回 数	実施日・参加者	内 容
第1回	10月31日（土） 48名(院外25名)	○「摂食嚥下障害患者を地域で支える」 ・講演「摂食嚥下のメカニズムと評価」 講師 東京歯科大学市川総合病院 歯科・口腔外科助教 酒井克彦 ・講演「摂食嚥下障害患者のリハビリテーションと食事介助」 講師 リハビリテーション科言語聴覚士 中村智代子 ○情報交換
第2回	3月26日（土） 28名(院外12名)	○講演「地域でつなぐ褥瘡ケア」 ・講師 東京歯科大学市川総合病院 講師 皮膚・排泄ケア認定看護師 宮台七重 理学療法士 筒井伸哉 ○情報交換

平成28年度

回数	実施日・参加者	内容
第1回	6月25日(土) 110名(院外85名)	○地域包括ケアシステムの構築を目指して 講義「地域包括ケアシステムと病院」 東京歯科大学市川総合病院 地域連携・医療福祉室 野口栄一 講義「東京歯科大学市川総合病院における退院支援」 東京歯科大学市川総合病院 地域連携・医療福祉室 市野由香 ワールドカフェ テーマ「病院と連携とれていませんか？それぞれの立場から」
第2回	10月1日(土) 94名(院外74名)	○医療依存度の高い患者さんの退院支援 講義「訪問看護の役割」訪問看護ステーションゆうこう 所長：泉山明美 講義「気管切開して自宅退院した患者さんの症例を通して」 東京歯科大学市川総合病院 地域連携・医療福祉室 前原明美 グループワーク「医療依存度の高い患者さんの退院支援について」 ～患者さん・ご家族の安心のためにそれぞれの立場からすべきこと～
第3回	12月17日(土) 59名(院外49名)	○増え続ける認知症患者さんへの関わりを考える 講義「認知症の理解を深めよう！～市川市認知症ガイドブックをもとに～」 東京歯科大学市川総合病院 神経内科医 仁科牧子 事例紹介：実際の事例を通して学ぶ～認知症・独居の方の生活を支える～ グループワーク「地域で認知症患者の生活をどうささえていきますか？」
第4回	3月25日(土) 67名(院外50名)	○がん患者さんとその家族への関わり方 講義「がん患者さんとその家族への関わり方について」 東京歯科大学市川総合病院 緩和ケア認定看護師 並木瑠理江 グループワーク：事例検討「がん患者さんとその家族にどう関りますか？」

平成29年度

回数	実施日・参加者	内容
第1回	7月1日(土) 70名(院外50名)	○医療機器の見学(人工呼吸器・吸引器・気管カニューレ) ～人工呼吸器を装着して退院した患者さんの事例を通して～ グループワーク：事例検討 「事例に患者さんの退院支援におけるそれぞれの職種の役割」 講義「在宅で医療処置を継続している症例を通して～成功のカギ～」 訪問看護ステーションゆうこう 所長：泉山明美
第2回	9月30日(土) 58名(院外37名)	○模擬カンファレンス(退院前カンファレンス) グループワーク：模擬カンファレンスを振り返り 「効果的な情報共有とは？」
第3回	12月2日(土) 67名(院外45名)	○模擬カンファレンス(ケア会議) 講義「冬に流行る感染症について」 東京歯科大学市川総合病院 感染管理認定看護師 渡部昌幸 懇親会

平成29年度は年間を通して参加できることを条件とした

成果

▶ 診療報酬の面からの評価

	退院支援に係る診療報酬			総合機能評価	在院日数	在宅復帰率
	退院支援加算	退院時共同指導	介護支援連携指導料			
平成26年度	409件	56件	—	—	12.7日	92.7%
平成27年度	990件	62件	41件	324件	11.9日	92.6%
平成28年度	1753件	129件	695件	5113件	12.1日	93.3%
平成29年度	1448件	101件	529件	4135件	11.6日	96.2%

注1) 平成27年度の介護支援連携指導料・総合機能評価加算は2,3月の2か月分の
注2) 平成29年は4月～12月の実績

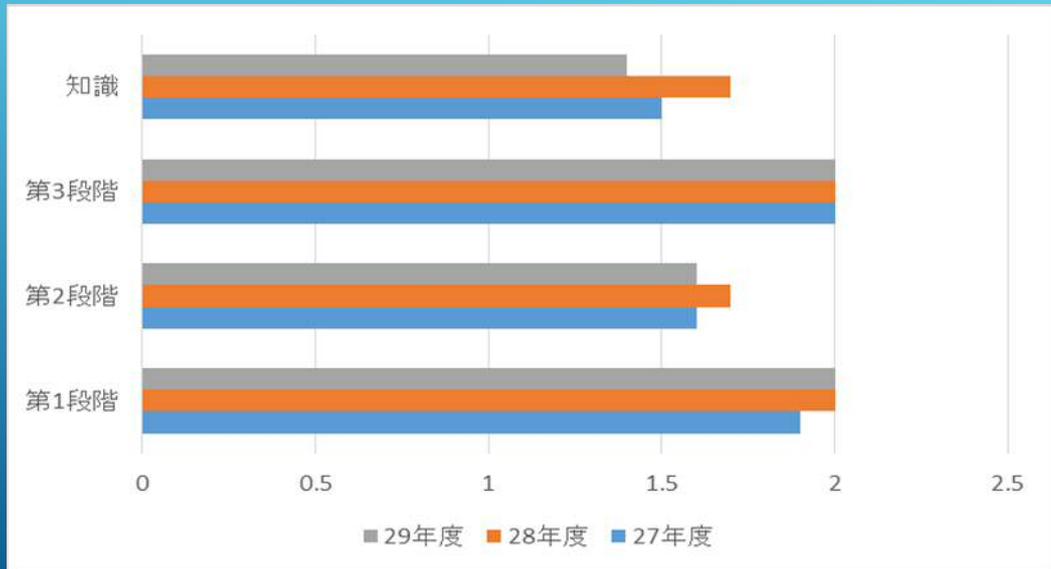
▶ 在宅療養支援看護師の退院支援に関する 自己評価（アンケート調査）

- ▶ 在宅療養支援看護師、看護師長を対象に退院支援に関する自己評価を行っている。
- ▶ 自己評価表は退院支援過程の3段階と関係知識を合わせた45項目である。
- ▶ 評価は4段階

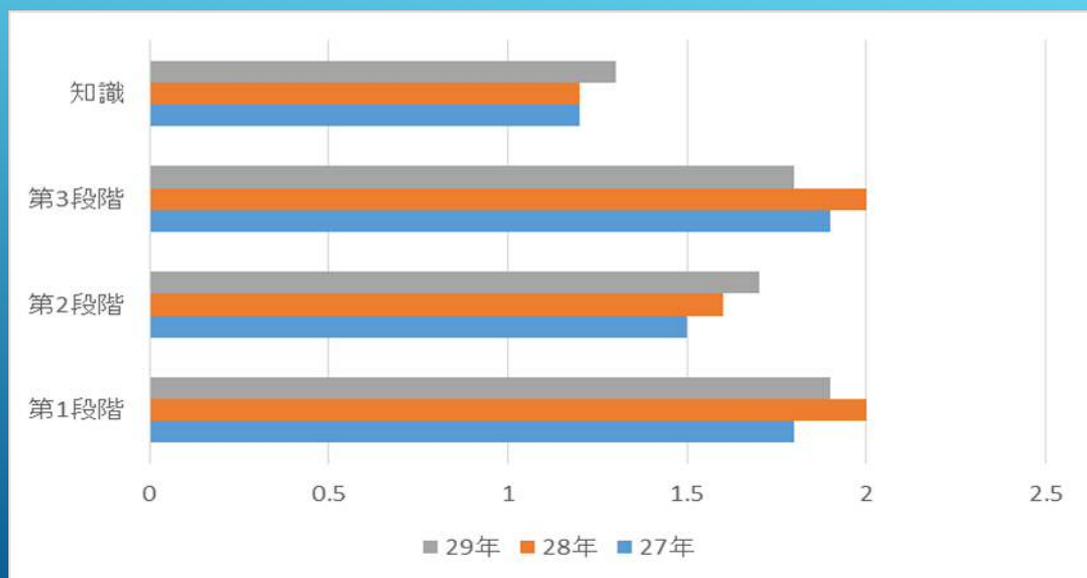
3点：できている 2点：大体できている

1点：できていないことが多い 0点：できていない

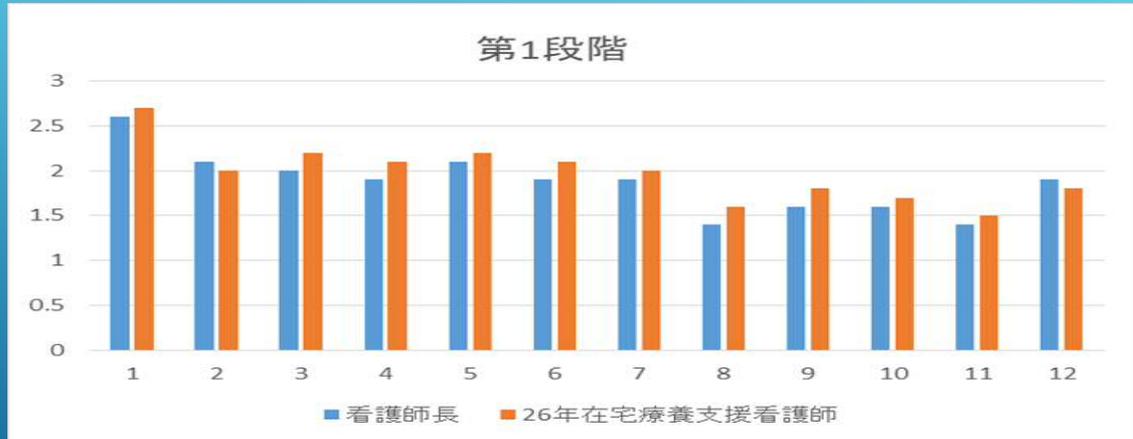
平成26年度在宅療養支援看護師による3年間の評価



看護師長による3年間の評価



平成29年度評価 第1段階（必要な患者の抽出）



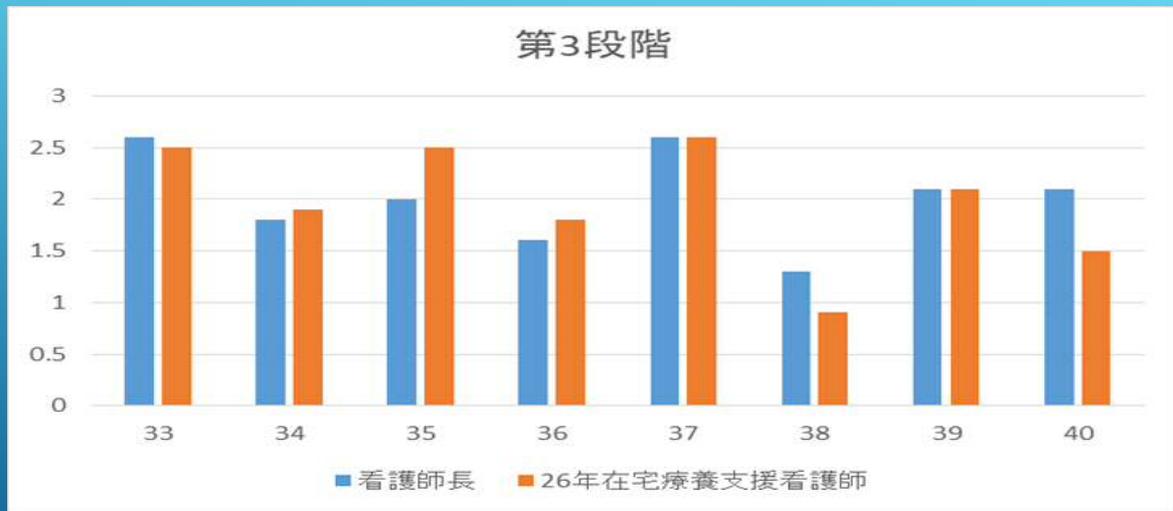
⑧医師が考える「退院時の患者の状態像」とのすり合わせを計画的に行っている
 ⑩アセスメントに基づいた、退院後の問題点の抽出・整理し、看護記録に記載している

第2段階（チームアプローチ）



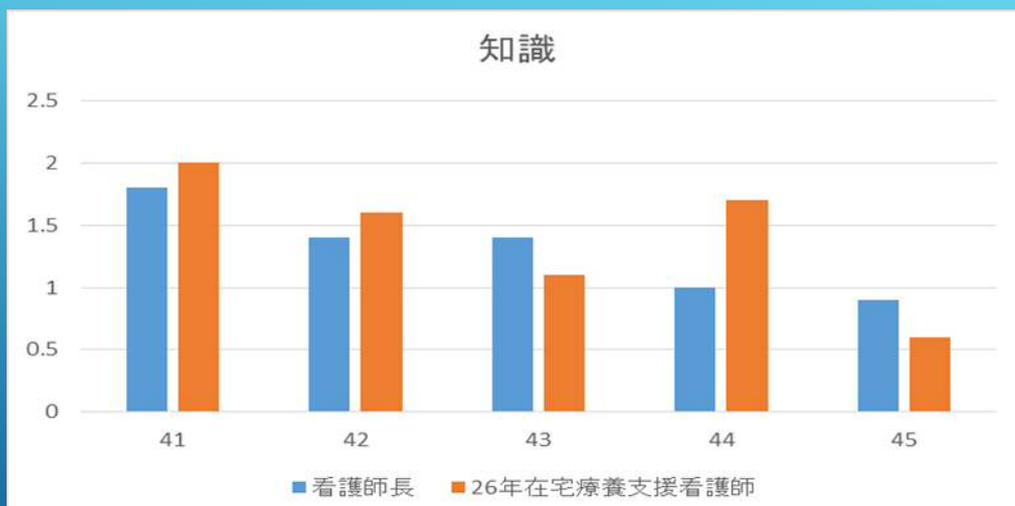
⑨退院支援計画と看護計画は連動している。
 ⑫自立に向けたベッドサイドでのリハビリ・ケアに家族も参加している
 ⑬看護計画・退院支援計画に基づいた実践により、患者・家族のニーズが満たされかを評価している。

第3段階（社会資源の調整）



㊸退院後、当院の外来通院者については病棟から外来看護師に患者情報を引きついている。

知識



㊹在宅療養指導管理料について理解している

在宅療養支援看護師の退院支援に関する 自己評価（アンケート調査）の結果

- ▶ 第1段階（必要な患者の抽出）、第3段階（社会資源の調整）の評価は大体できている。しかし、第2段階（チームアプローチ）は低い。
- ▶ 評価が低かった項目は
 - ⑬退院支援計画と看護計画は連動している。
 - ⑯自立に向けたベッドサイドでのリハビリ・ケアに家族も参加している
 - ⑳看護計画・退院支援計画に基づいた実践により、患者・家族のニーズが満たされかを評価している。
 - ㉑退院後、当院の外来通院者については病棟から外来看護師に患者情報を引きついでいる。
 - ㉒在宅療養指導管理料について理解している

▶ ネットワーク協議会等院外関係者との交流結果の評価

- ▶ 院外関係者との交流は在宅ケアをイメージし院内の看護を見つめ直す良い機会となっており、退院支援を推進するための地域からの大きな情報源となっている。
- ▶ 訪問看護師等から「看護サマリーがわかりやすくなった。早くに声がかかることが多くなった。病院が変わった。」との声を聴くことができた。
- ▶ 顔の見える関係の構築

成果のまとめ

- ▶ 診療報酬の面からは増収につながっている。
- ▶ 在宅療養支援看護師の自己評価の結果からは第1段階、第3段階は大体できているが、第2段階の評価が低い。第1、第3段階は退院支援の枠組みで新たに取り組む項目であり第2段階は目標達成に向けたチームアプローチであり、従来の看護介入である。
- ▶ 院外関係者との交流は顔の見える関係の構築に有効であり、また院内の在宅ケアをイメージし、院内の看護を見直す良い機会となっている。

今後の課題

▶ 1. 医師を含めた多職種による退院支援の実施

⑧医師との「退院時の患者の状態像」とのすり合わせが出来ていないとの評価であった。多職種が同じ目標を持つことは大きな力をうみ、患者・家族を後押しすると考える。

▶ 2. 退院支援計画と看護計画の連動、受け持ち看護師の教育

評価の低かった項目は従来から看護として実践しているもので、在宅療養支援看護師と協働しながら、受け持ち看護師が主体的に取り組む項目である。改めて退院支援として取り組む項目ではない。退院支援において病棟の看護は最も重要な支援であり看護と看護計画の連動は不可欠である。

▶ 3. 退院支援の質の評価、退院後訪問の実施

⑨患者・家族のニーズが満たされたか評価できていない。行った退院支援を評価することで質の向上につなげたい。

当院における退院支援の現状

松戸市立総合医療センター

医療ソーシャルワーカー 新井 澄香



平成29年12月27日に開院



病院概要

- ・東葛北部二次保健医療圏の基幹病院
 - ・救命救急センター(三次)
 - ・千葉県災害拠点病院
 - ・地域がん診療連携拠点病院
 - ・地域周産期母子医療センター(平成28年4月認定)など
 - ・小児医療センター
 - ・地域医療支援病院
- ・許可病床:600床(一般病床592床、感染症病床8床)
・看護体制:一般病棟 7:1看護



当院の退院支援体制

◆医療福祉相談室

退院支援専従看護師長	1名
医療ソーシャルワーカー	7名

◆退院支援加算1

◆退院支援加算3



退院支援の流れ

3日以内

- ・スクリーニングシートを活用し患者抽出
- ・原則週2回、新規入院患者の退院支援の必要性について病棟と検討

7日以内

- ・患者および家族と病状と退院後の生活を含めた話し合い
- ・退院支援計画の着手

退院まで

- ・病棟と毎週退院支援カンファレンス実施
- ・介護連携指導や退院時共同指導実施

スクリーニング

- ・予定外入院か予定入院か
- ・繰り返す入退院の有無
- ・かかりつけ医の有無
- ・経済面での不安
- ・入院前の状態
- ・家族の有無や家族の介護力
- ・介護保険の有無、介護度、ケアマネージャーの有無 など

病棟との情報共有

◆病棟・MSWカンファレンス 週1回

- ・病棟看護師が参加
- ・MSW介入中の全ての患者に対して退院支援状況の共有
- ・病状、ADLの確認
- ・退院へ向けた課題の検討
- ・新規依頼

など



 松戸市立総合医療センター
Matsudo City General Hospital

病棟との情報共有

◆病棟・MSWショートカンファレンス 週1回

- ・病棟師長・リーダー看護師が参加
- ・新規入院の中で退院支援が必要な患者のスクリーニング



 松戸市立総合医療センター
Matsudo City General Hospital

退院支援の流れ

3日以内

- スクリーニングシートを活用し患者抽出
- 原則週2回、新規入院患者の退院支援の必要性について病棟と検討

7日以内

- 患者および家族と病状と退院後の生活を含めた話し合い
- 退院支援計画の着手

退院まで

- 病棟と毎週退院支援カンファレンス実施
- 介護連携指導や退院時共同指導実施

退院支援の流れ

3日以内

- スクリーニングシートを活用し患者抽出
- 原則週2回、新規入院患者の退院支援の必要性について病棟と検討

7日以内

- 患者および家族と病状と退院後の生活を含めた話し合い
- 退院支援計画の着手

退院まで

- 病棟と毎週退院支援カンファレンス実施
- 介護連携指導や退院時共同指導実施

ケアマネジャーとの連携

【入院前の状態と変化がない場合】

- ・短期間でサービス調整可能
- ・入院前より介護サービス利用しており、ケアマネジャーがついている
- ・ADLは大きな変化無し
- ・手技指導や生活指導を行い退院

など



- ・ケアマネジャーへ入院の経過報告
- ・退院前にカンファレンス実施
- ・退院時 看護サマリの準備

ケアマネジャーとの連携

【入院前の状態と変化がある場合】

- ・ADLや認知機能の低下がみられ、そのまま自宅退院が困難
- ・サービスの見直しが必要
- ・新たに介護サービスの導入が必要



- ・介護保険申請、区分変更の依頼
- ・ケアマネジャーの依頼
- ・退院前にカンファレンス実施

連携の強化

◆院内の連携

MSWだけが退院支援を行うのではなく、病院全体で行う

◆地域との連携の更なる強化

地域の関係機関の役割を知り、関係性を構築する

連携の強化

◆入退院支援センターの創設

- ・配置:看護師4名 事務職3名 薬剤師
栄養士 (兼務:看護師2名)
- ・入院前からの退院支援



ご清聴ありがとうございました



 松戸市立総合医療センター
Matsudo City General Hospital

当院における退院支援の現状から見えてきた
終末期の在り方



～ 医療法人芙蓉会 五井病院 ～
地域連携室 看護師 佐藤 和子

はじめに



- ・ 五井病院について
- ・ 市原保健医療圏域における取り組み
- ・ 退院支援の実際(事例紹介)

五井病院の概要



一般病棟
(106床)

地域包括ケア病棟
(24床)

五井病院

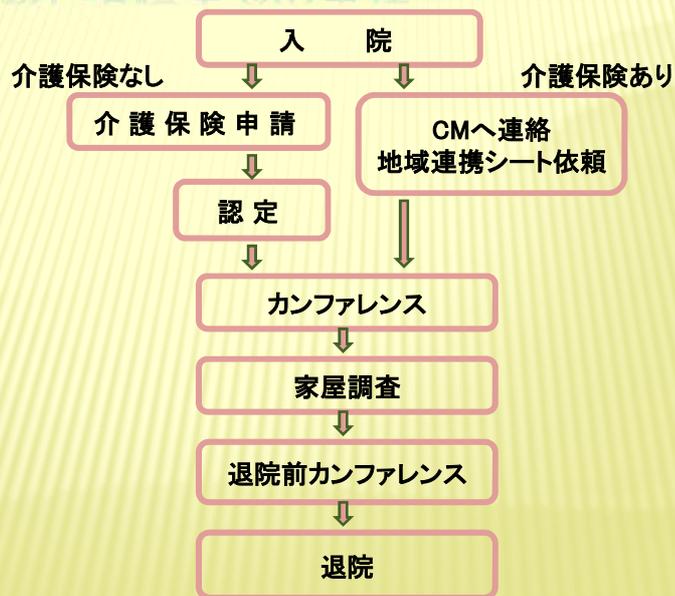
(総ベッド数)

地域包括がい
市原在宅サービス

回復
(50)



入院から退院までの支援



市原保健医療圏域構成団体



- ・市原市医師会
- ・市原市歯科医師会
- ・市原市薬剤師会
- ・千葉県看護協会市原地区部会
- ・千葉県理学療法士会
- ・千葉県作業療法士会
- ・千葉県言語聴覚士会
- ・市原市栄養士会
- ・千葉県医療SW協会
- ・市原市ケアマネージャー連絡会
- ・千葉県社会福祉士会
- ・千葉県訪問看護連絡協議会
- ・千葉県ホームヘルパー協議会
- ・市原市地域包括支援センター
- ・市原市行政

千葉県地域生活連携シート（入院時等） **A表**

病名・診療科目： 入院日： 年 月 日

氏名： 性別： 年齢： 年 月 日

電話番号： 転居先住所： 年 月 日

〒 市 町 丁目 番 号

入院理由： 入院日： 年 月 日

退院予定日： 年 月 日

病歴： 既往歴： 手術歴： 入院歴： 入院回数： 入院期間： 入院回数： 入院期間： 入院回数： 入院期間：

アレルギー： 食物アレルギー： 薬物アレルギー： 検査アレルギー： 検査アレルギー： 検査アレルギー：

家族構成： 配偶者： 同居家族： 同居家族： 同居家族： 同居家族：

社会生活： 職業： 職業： 職業： 職業： 職業：

家族構成： 同居家族： 同居家族： 同居家族： 同居家族：

千葉県地域生活連携シート（入院時等） **B表**

病名・診療科目： 入院日： 年 月 日

氏名： 性別： 年齢： 年 月 日

電話番号： 転居先住所： 年 月 日

〒 市 町 丁目 番 号

入院理由： 入院日： 年 月 日

退院予定日： 年 月 日

病歴： 既往歴： 手術歴： 入院歴： 入院回数： 入院期間： 入院回数： 入院期間： 入院回数： 入院期間：

アレルギー： 食物アレルギー： 薬物アレルギー： 検査アレルギー： 検査アレルギー： 検査アレルギー：

家族構成： 配偶者： 同居家族： 同居家族： 同居家族： 同居家族：

社会生活： 職業： 職業： 職業： 職業： 職業：

家族構成： 同居家族： 同居家族： 同居家族： 同居家族：

〇退院に向けてのお願い（ケアマネージャーから医療機関等）
退院の挨拶を始めた段階で、上記担当へ連絡をお願いします。 連携センター

事例1



- ・70歳 男性
- ・病名:脳出血(右中脳、橋レベル)

<当院入院までの経過>

H29年

5月中旬 発症 → 急性期病院にて保存療法

6月中旬 当院回復期リハビリ病棟へ入院

入院時の状態及び経過



意識レベル:JCS I - 3

(構音障害あるも見当識は保たれている)

障害:重度左半身麻痺、嚥下障害(経鼻経管栄養)

吸引1回/1~2時間

酸素:1L ⇒入院1日目でoff

フォーリーカテーテル留置(尿便意なし)

⇒入院7日目で抜去

寝返り:不可

座位保持:支えがあれば可

トランス:全介助 ⇒入院20日目でトランスフリー

嚥下の変化



- 入院後 16日目 胃瘻造設
- 88日目 嚥下造影検査実施
経口から**トロミ水**開始
- 94日目 **半固形食**開始
- 143日目 嚥下造影検査実施

嚥下造影検査



検査室

トロミ水開始

半固形食開始

144日目 ミキサー食開始 (ST介入のもと)

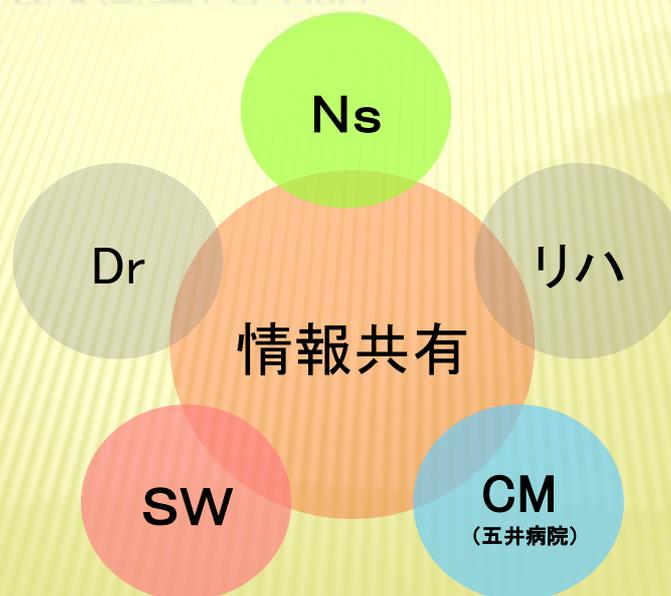
148日目 在宅退院

退院時



- ・移動:4点杖、下肢装具使用で300m程見守りで可能
- ・階段:手すり支持にて2足1段で可能
- ・排泄:自立
- ・食事:経管栄養(朝夕)、ミキサー食(昼)

在宅ケア会議(月1回)



順調に回復した背景には



患者様、ご家族様の

「家に帰りたい」

という思い

それに、どのように寄り添うか

事例2



症例1

<94歳 女性>

- ・認知症、大腿骨骨折 ⇒ 施設入所
- ・4年以上介護保険施設入所中
- ⇒ 入院1週間後に永眠

症例2

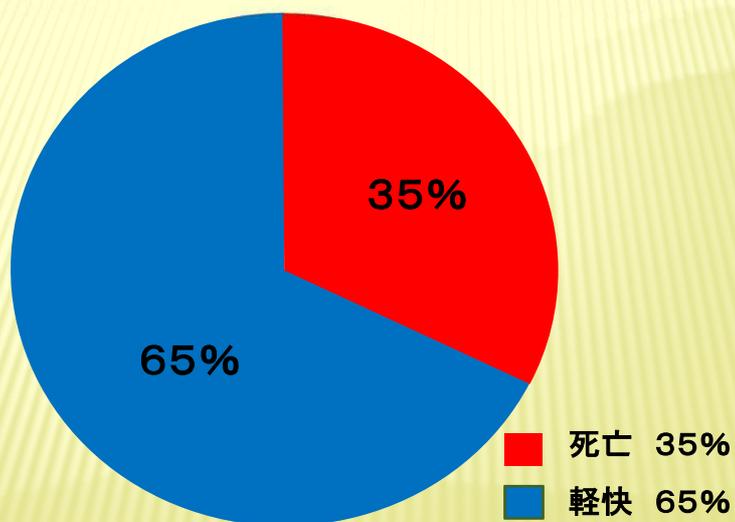
<84歳 女性>

- ・腰椎圧迫骨折 ⇒ 施設入所
- ・4年以上介護保険施設入所中
- ⇒ 入院翌日に永眠



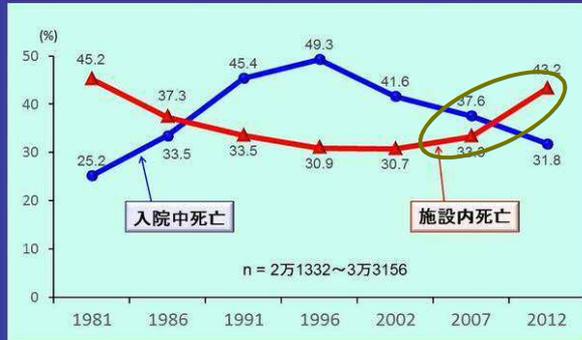
pixta.jp - 20552863

施設からの入院者数に対する死亡の割合



特別養護老人ホームの死亡場所の推移

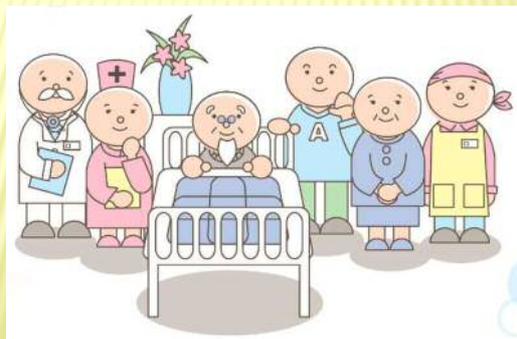
— 全国老施協による「全国老人ホーム基礎調査」から —



終わりに

最期を迎える場所はどこか

患者様が望む最期を叶えられる体制づくりを望みます



終わりに



一人一人の患者様に

あった支援を提供できるように

努力していきたいと思ひます。
ご清聴ありがとうございました

