

『退院支援への取り組み』



掛川市立総合病院
地域連携室 石山 久子

退院支援看護師の役割

- 入院した患者様が、退院時に安心した状態で在宅生活が迎えられるように、入院早期から在宅での生活を考えたケアを提供していく為のかかわりを支援する
- 患者様が在宅生活に必要なサービスを受けられるように院内外の関係機関・関係者との調整をする
- 医療相談員と連携、調整を図る



退院支援看護師の業務

- 介護を必要とされる患者様が退院後も安心して介護を受けられるよう病棟、居宅介護支援事業所、サービス提供事業所、介護保健施設、行政などとの連携を図る
- 退院後の患者様やご家族様の相談窓口となる
- 介護関係書類、看護サマリーの取り扱い
- 亜急性期病床の在宅復帰支援担当者となる
- 退院調整会議の開催
- サービス担当者会議の開催

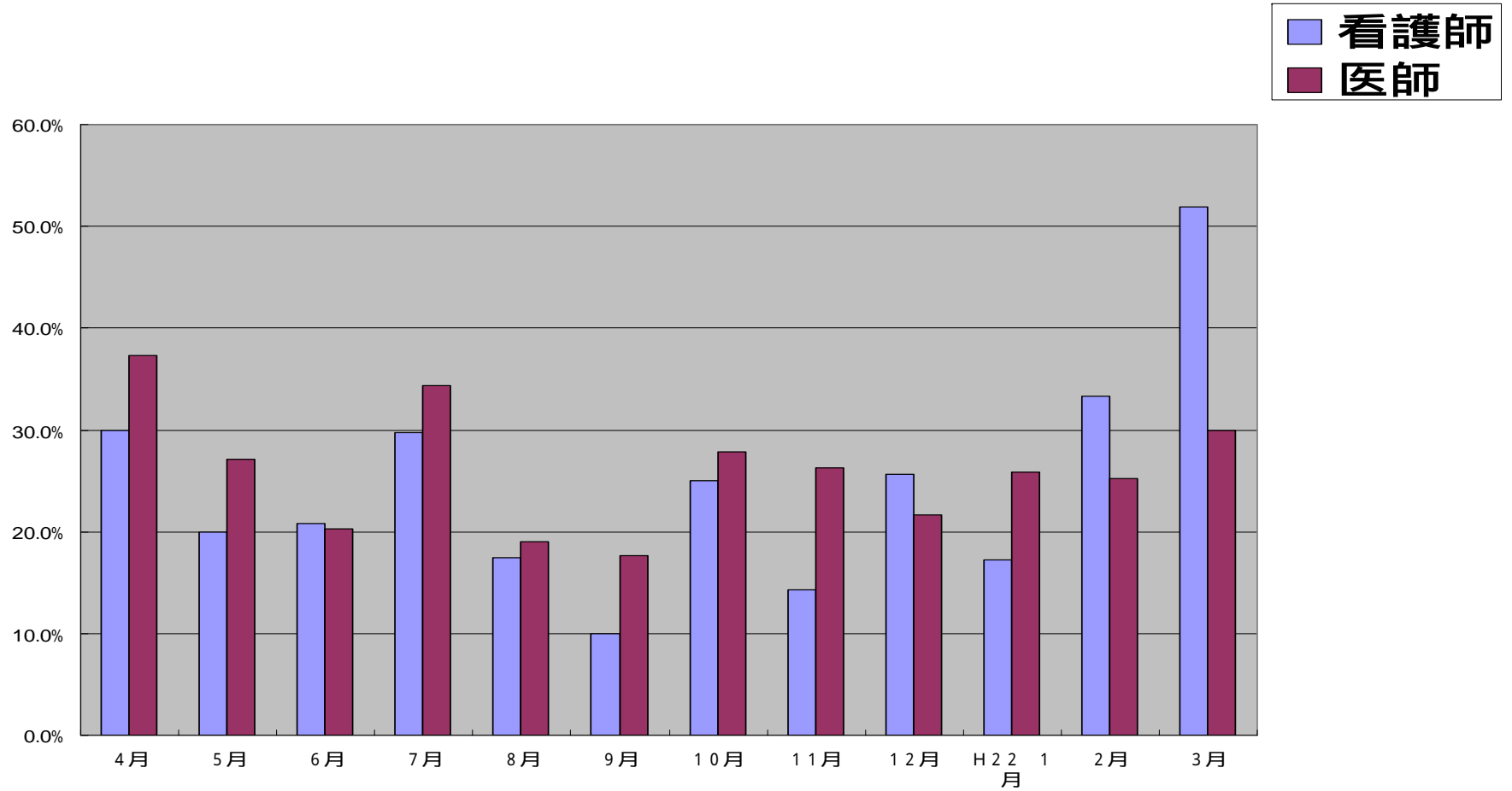
地域連携室書類交付件数(平成21年度)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	H21平均	H20平均
看護サマリー	118	86	93	81	93	80	98	88	111	94	90	110	1,142	95.2	93.8
看護指示書	20	30	24	37	23	10	32	21	39	29	24	27	316	26.3	23.6
情報提供書	37	20	33	21	31	36	25	29	28	29	35	34	358	29.8	29.8
入浴許可書	3	2	2	5	1	2	3	1	4	2	1	0	26	2.2	2
その他	3	1	10	8	3	9	5	2	1	7	12	28	89	7.4	3.9
合計	181	139	162	152	151	137	163	141	183	161	162	199	1,931	160.9	153.1
平成20年度	167	121	154	170	128	172	152	163	163	140	162	146	1,838		
その他:おむつ使用証明書・健康診断所(特養・グループホーム入所用)															

訪問看護指示書 診療科別件数 (平成21年度)

科名	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
内科	1	4	4	4		3	3	2	6	3	2	4	36
神経内科	4	5	3	3	5		8		8	5	2	7	50
循環器内科	2	1	2	3	1	2	2	1	1			2	17
呼吸器内科	4	2	4	6	4	1	5	3	8	6	10	3	56
消化器内科	2	5	1	6		1		2	2	4	2	4	29
小児科				1							1		2
産婦人科					1		1					1	3
皮膚科	1	2						3		1		1	8
脳神経外科	2	1	4	1	2	1	1	1	4	1	1	1	20
整形外科	3	4	2	7	1	1	7	6	5	6	3	2	47
泌尿器科	1	3	3	6	9	1	2	2	3	2	2	2	36
外科		3	1				3	1	2	1	1		12
合計	20	30	24	37	23	10	32	21	39	29	24	27	316
退院 新規	6	6	5	11	4	1	8	3	10	5	8	14	81
外来 新規	4	5	7	5	3	1	10	3	6	7	5	5	61
継続	10	19	12	21	16	8	14	15	23	17	11	8	174

退院時訪問看護介入と主治医意見書新規



支援への取り組み

1 病棟との連携

- ・病棟、病室訪問により情報収集
- ・退院調整会議を開催して退院支援
(退院サポート看護師との連携、担当看護師との連携)
- ・病棟スタッフに対する教育啓蒙
- ・亜急性期病床の在宅への退院支援
- ・介護保険制度などについて病棟会で説明
- ・退院前在宅訪問の実施(看護師・PT・OT)

2 地域との連携

- ・ケアマネジャーと情報収集や情報提供
(地域連携コーディネート依頼票・送信票、
フェイスシートの利用)
- ・地域包括支援センターと連携
- ・地域ケア会議、サービス提供連絡調整会議出席
- ・サービス担当者会議の開催
- ・ケアマネジャー、施設との意見交換会の開催
- ・看看連携



3 医療機関との連携

- ・地域医療機関との調整

訪問診療 インシュリン療法 訪問点滴

HOT 看取りなどの確認

- ・介護保健施設等の訪問

4 院内における連携

- ・医療相談員との連絡調整

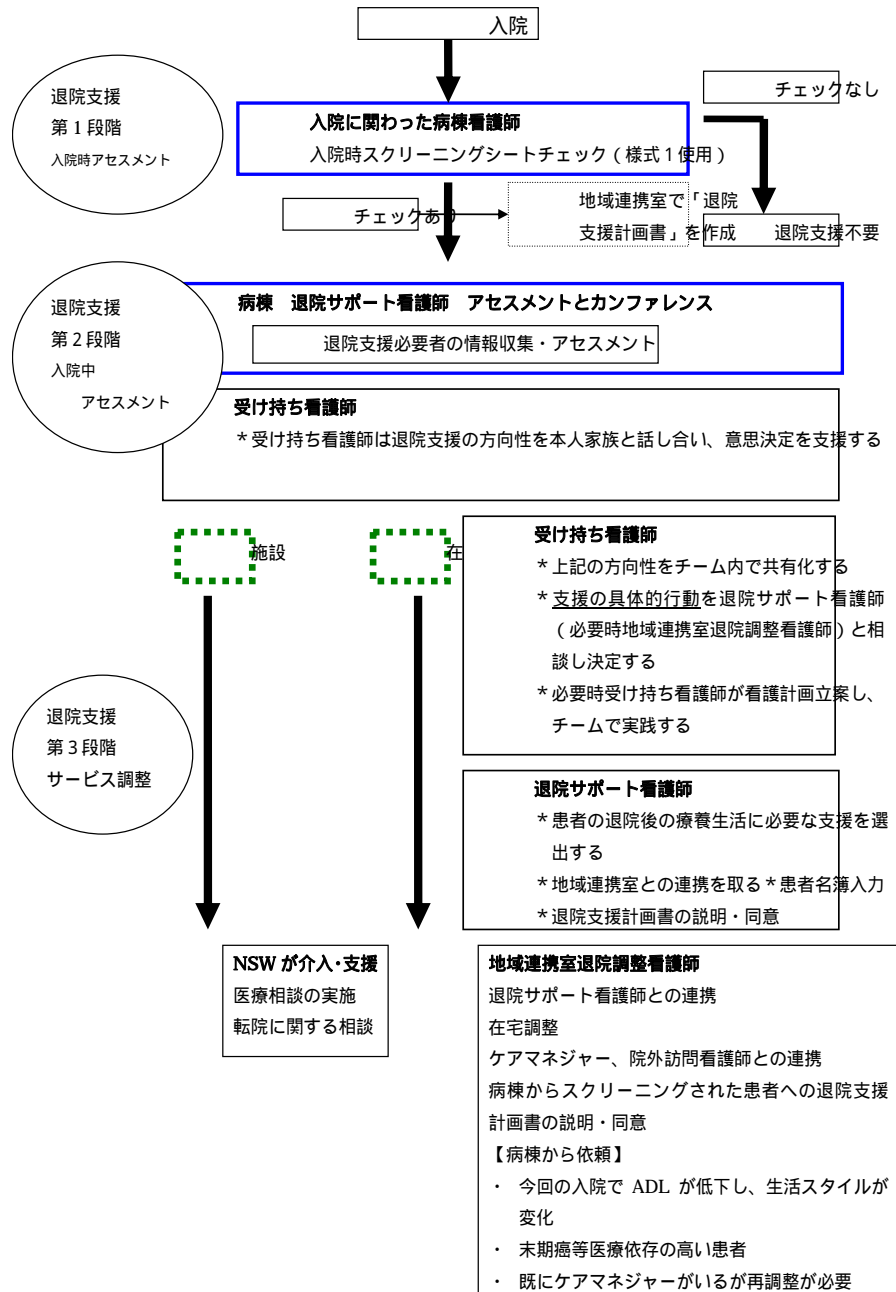
- ・リハビリテーションカンファレンス

- ・管理栄養士、薬剤師等との連携

- ・医事課等との連携

退院支援の流れ

退院支援資料 1



退院調整スクリーニング票（病棟名 階 東・西）氏名： _____ 様

各項目当てはまる にチェック () 歳

入院日 平成 年 月 日 記載日 平成 年 月 日

入院形態	1ヶ月以内の再入院
金銭的問題	あり
入院前の住居	自宅以外 (病院・施設)
居住状態	<input checked="" type="checkbox"/> 独居・高齢者夫婦 日中 独居
退院後の療養先	施設 (希望も含む)
介護保険認定状況 (40歳以上対象)	認定あり (要支援・要介護 1・2・3・4・5) 必要な状態だが未申請 * ケアマネジャーが既にいる場合は、地域連携室に連絡 済・未 事業所 () ケアマネジャー ()
ADL	<input checked="" type="checkbox"/> 入院前と変化 (治療により変化する可能性がある場合も含む)
排尿・排便の自立度	要介助
認知症	あり (日常生活に支障あり) 内服管理不可 問題行動有 徘徊有
介護力	介護する人がいない 介護者がいるが介護力が小さい 介護している人が仕事をしている 介護する意思がない 介護の協力者がいない (小児の場合、介護を養護、育児と精神的の場合、サポートと読み替える) 介護者が別居している
その他	退院支援が必要と思われる上記以外の項目あり

1つでもチェックあり 退院支援の検討 要 不要

1つでもチェックあり 退院支援必然

チェックなし 退院支援の必要なし

退院支援必要な場合 * 地域連携室へスクリーニング票を降ろす*

【退院支援の必要がある場合のみ下記記入】

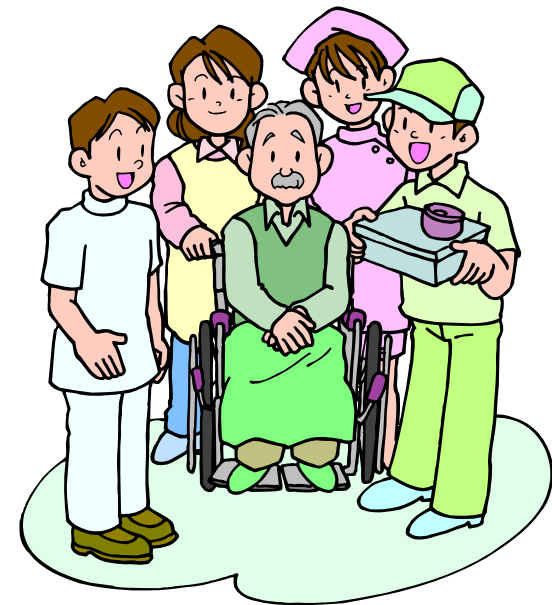
<p>連携室へ依頼の退院調整の内容 (現時点で分かる範囲でチェック)</p> <p>医療相談 在宅サービス 訪問看護 訪問介護 ディサービス</p>	<p>家族構成</p> <p>本人 男性 女性 死亡男性 死亡女性 同居線で囲む</p>
---	---

担当看護師がチェックし、退院サポート看護師が検討する
連携室で確認後病棟に用紙を戻し、カルテに綴じる (入院 4 号用紙の前・医療相談報告書と同様)

入院

退院調整が必要なケース

- 家族の介護力に問題がある
- 独居または高齢者夫婦の世帯である
- 障害が重度である
- セルフケア能力が弱い
- 継続した医療・看護が必要である
- 転院・施設入所が予測される
- ターミナル期である
- 認知症がある
- 介護保険が未申請 など



退院支援計画書

平成 年 月 日

患者氏名 _____ 様 患者ID()

病棟(病室)・主治医	階(東・西) 号室 科 医師
病名(他に考え得る病名)	
主な相談者	続柄: () <input type="checkbox"/> その他関係者 ()
担当者名	
退院に係る問題点、課題等	<input type="checkbox"/> 介護保険の申請が済んでいない <input type="checkbox"/> 入院費用に関する不安 <input type="checkbox"/> 家族の介護が必要 <input type="checkbox"/> 入院前よりADLの低下がある <input type="checkbox"/> 在宅介護が難しい <input type="checkbox"/> 利用すべき施設が判断出来ない <input type="checkbox"/> 身寄りがない <input type="checkbox"/> 継続した医療処置が予測される <input type="checkbox"/> 日常生活への不安がある <input type="checkbox"/> 介護負担が大きくなる <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> その他 ()
退院に向けた支援概要	<input type="checkbox"/> 介護保険制度の申請を行う <input type="checkbox"/> ケアマネージャーを決め、在宅介護にむけた準備を行う <input type="checkbox"/> 在宅介護に向けての退院指導の実施 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターとの連携 <input type="checkbox"/> 生活支援の調整 <input type="checkbox"/> 医療相談 <input type="checkbox"/> 対象となる各種施設への申し込みを行う <input type="checkbox"/> その他 ()
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 在宅介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> リハビリテーション病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 未定 ()
退院後に利用が予想される 社会福祉サービス等	
注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである	
上記の通り、退院につき支援をさせていただきます。ご不明な点等についてはお気軽にお問い合わせください	
退院支援計画担当者	
受領者	続柄() 掛川市立総合病院

退院調整会議

目的

入院早期の段階から患者・家族と面談を行い退院後の生活を見据えて情報収集し、今後の方向性を確認し、院内の関係者や院外のケアマネ、施設相談員などと調整を行い、安心して在宅・施設に退院できるよう支援する。

退院調整会議の開催

- 昨年9月より各病棟に退院サポート看護師(兼務)が配置され、学習会の開催
- 介護保険の申請～サービス利用までの学習会
- スクリーニング票、支援計画書作成
- 包括支援センター、ケアマネの業務や事例を通しての学習会
- 病棟の事例を通しての学習会
- サポート看護師よりスタッフへの説明
- 調整会議にて今後の方向性の確認、支援、指導内容の検討を行う

サービス担当者会議(平成21年度)

目的

入院患者様が退院する時、可能な限り在宅で日常生活が送れるよう患者、家族、ケアマネ、サービス提供事業者、病院支援チームなどが出席し情報提供、情報交換を行い、適切なサービス利用の計画・準備ができ安心して退院ができるために行なう

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	H20.病棟別	H19.病棟別
2W	1	1	1	1	0	0	1	2	0	1	0	3	11	16	4
2E	2	1	2	5	1	3	1	2	1	1	2	1	22	23	18
3F	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	4
4W	5	4	1	4	3	1	4	4	4	4	3	6	43	18	21
4E	1	2	6	2	2	2	3	1	4	6	3	4	36	35	23
5W	5	2	3	1	2	2	1	5	2	1	1	3	28	24	16
5E	4	3	2	6	0	2	1	1	2	1	5	2	29	26	21
外来	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0
合計	18	14	17	19	8	10	11	15	13	14	15	19	173	147	107
週平均回数	4.5	3.5	4.3	4.8	2	2.5	2.8	3.8	3.3	3.5	3.8	4.8	3.5	2.9	2.1
H20年度	17	8	11	11	10	12	11	6	14	13	19	15			

現状および問題点

- ・介護保険の申請時期について問い合わせは減っている。
- ・退院の見通しがでてからの退院調整であった為、在院日数が長くなったケースもまだある。
- ・スクリーニング票の未記入部分がまだ見受けられる。
- ・退院サポート看護師との連携により、家族の思いや介護力を知り、相談や指導ができるようになった。