

急性期病院における 退院調整部門の重要性

浜松医科大学医学部附属病院
医療福祉支援センター

小林 利彦・工藤ゆかり

2013/7/24 TKP浜松カンファレンスセンター

急性期病院のジレンマ？

在院日数の短縮 ⇔ 入院基本料・DPC

稼働率維持との両立

新規入院患者の確保

(400床 × 365/12日 = 12000人の患者数要！)

[30回転]

前方連携の重要性

病診連携・病病連携・・・営業努力
開放病床・ITネットワーク・・・顧客化(困り込み)



特定除外(90日越え)患者問題
(7:1,10:1への移行はいつ?)

満足度が高い早期退院の実行

クリニカルパス(院内パス・地域連携パス)

外来検査, 前日入院, 術前補水, 歩行入室, 早期食事,
早期退院・転院・・・EBMの名のもとに

退院調整部門の必要性(後方連携の重要性)

後方施設への電話連絡と制度説明(事務・MSW)

⇒ 医療処置を理解した交渉要

⇒ 在宅医・訪問看護師との協議の必要性

退院調整看護師の専任(専従)化！

少子高齢化, 経済格差, 医師の在宅医療・介護保険等への無理解
医療(施設)に頼り過ぎている日本人・・・

中国故事 「礼記・王制」

三十年の通を以て、国用を制し、**入るを量りて、
以て出ざるを為す。**


「三十年間の平均で、国の予算を組み立てるようにし、
まず収入の方をよく押えてから支出の方を計画する」

経営における収支バランスの重要性を示している

病院管理における「入院患者の確保」と「退院患者の調整」の
重要性を示しているとも言える？

「入口」と「出口」を制することが再重要！

「医療福祉支援センター(地域医療連携室＋相談室)」

- 1977年 浜松医科大学医学部附属病院 設置
- 1979年 「医療社会事業部」 MSW1名体制
- 2003年 「医療福祉支援センター」開設 看護師の専従配置
- 2005年 地域連携室の設置 開業医からのホットライン設定
開放病床申請 * New小林元年？(2005年)
- 2006年 腫瘍センターの設置
- 2007年 難病医療相談支援センターの設置 
- 2009年 肝疾患連携相談室の設置 2008-2011年度:副病院長
- 2011年 センター関連部署の一室化

- * 2003年 「国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会」
 - ◇ アンケート等による情報共有
 - ◇ 医師の専従は13/42(2012年)・・・単なるポスト?
 - ◇ 「日本医療連携研究会－国立大学部門」(2010/4)

(入院)患者の確保=Marketing?

「マーケティングとは、企業および他の組織がグローバルな視野に立ち、顧客との相互理解を得ながら、公正な競争を通じて行う市場創造のための総合的活動である。」



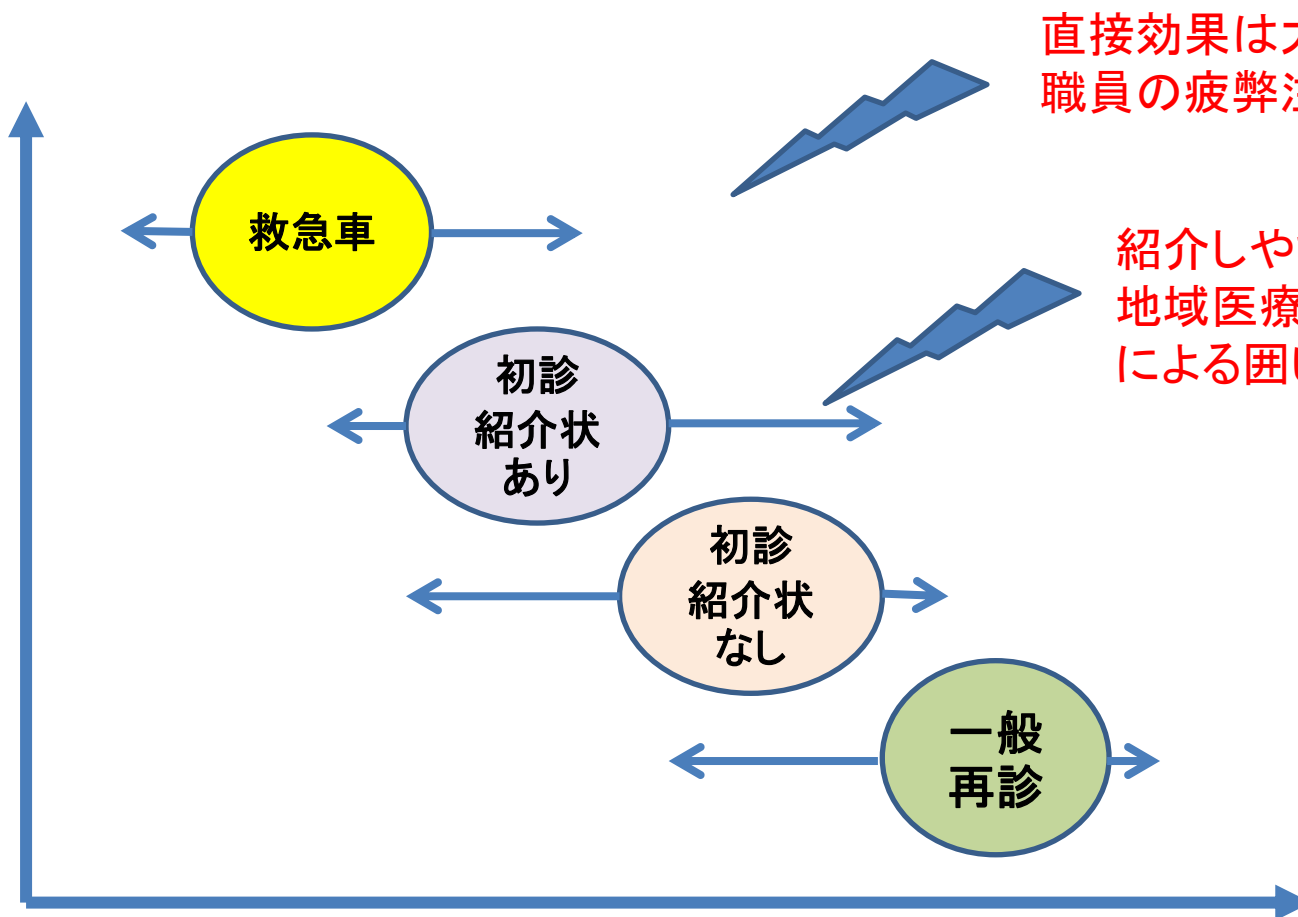
◎ 4P・・・

- Product (製品) 治療内容・医療の質
- Price (価格) 診療報酬で固定
- Promotion (販売促進) .. 顧客化(囲い込み)
- Place (販売ルート) ... 紹介・救急

* 地域連携室で予約受付(待ち)だけでは・・・？

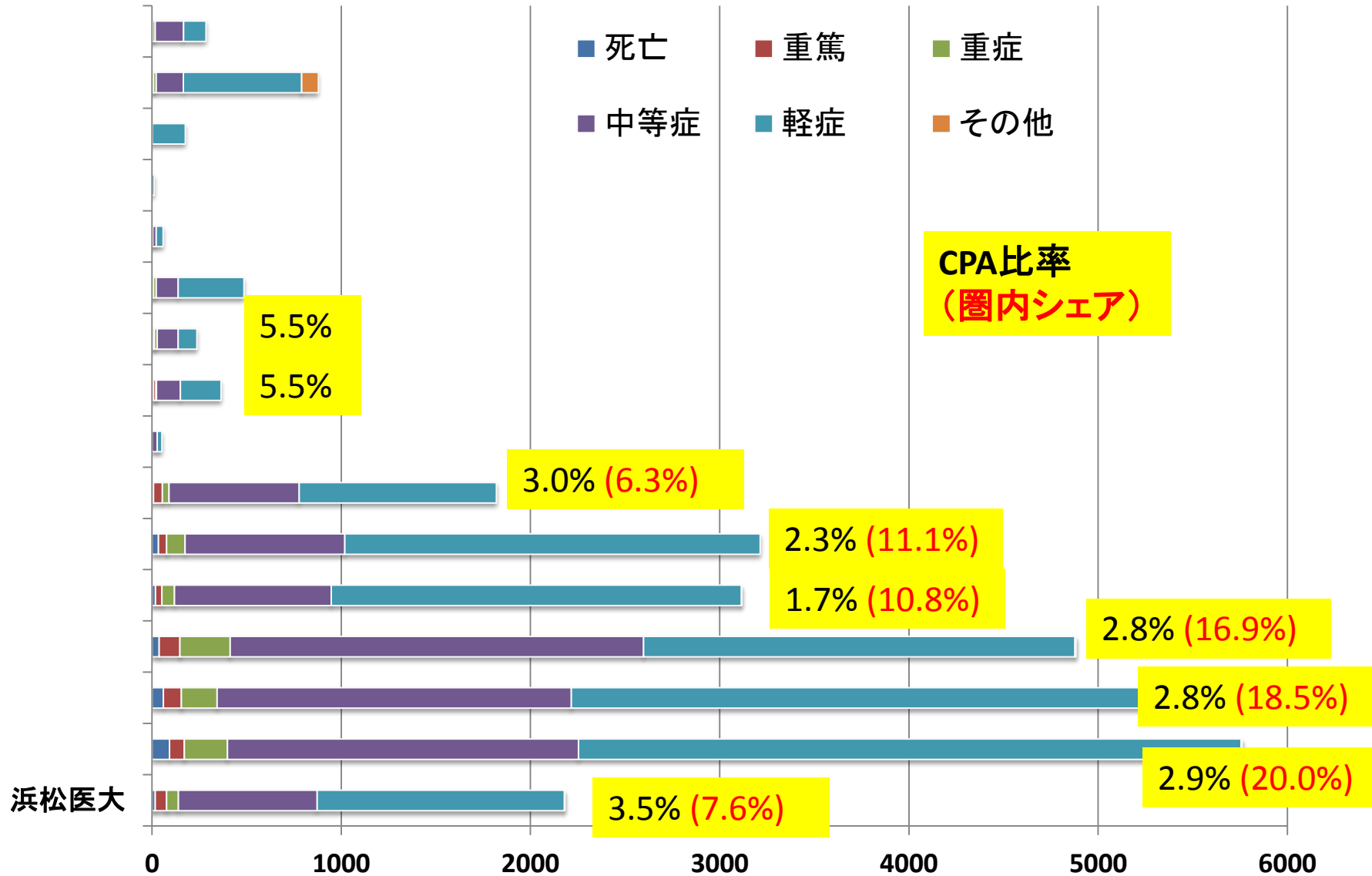
入院患者を増やすには 「来院患者を増やす」に尽きるわけだが・・・

入院確率

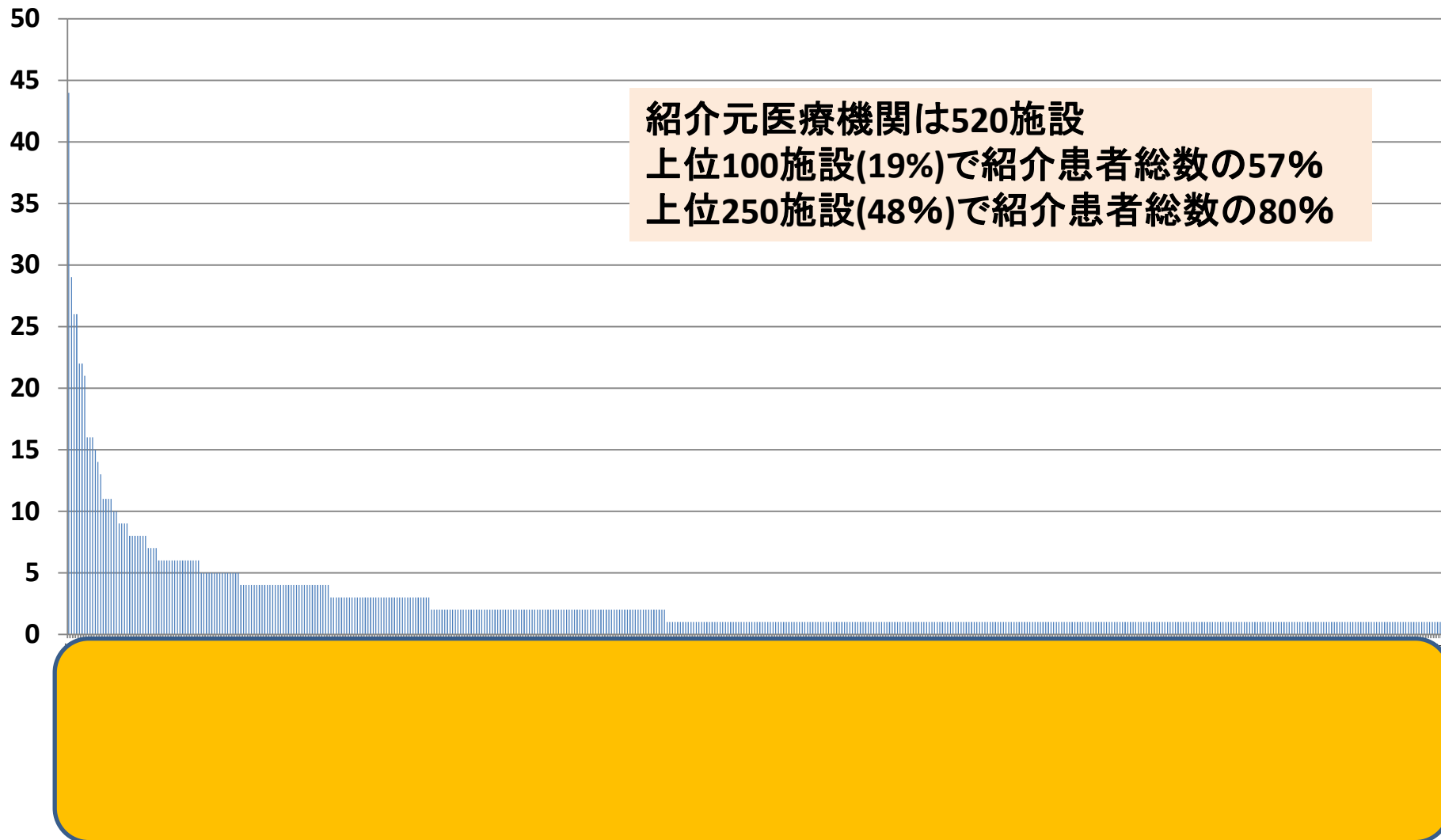


受診患者数

浜松市内病院の救急車搬入件数(28,851件/H22)



紹介元医療機関と紹介患者数(H23年度)



紹介率等の定義の変更

◆ 地域医療支援病院の主な承認要件（医療法第4条）

- 1 他の医療機関から紹介された患者に対する医療の提供
次のいずれかを満たしていること
 - ・ 紹介率 80%を上回っていること（紹介率 60%以上であって、承認後2年間で80%を達成することが見込まれる場合）
 - ・ 紹介率が60%を上回り、かつ、逆紹介率が30%を上回ること
 - ・ 紹介率が40%を上回り、かつ、逆紹介率が60%を上回ること
- 2 病床、高額医療機器等の共同利用の実施
- 3 救急医療の提供
- 4 地域の医療従事者の資質向上のための研修を実施
- 5 原則 200床以上
- 6 集中治療室等、必要な要件を満たした構造設備を有する

平成25年5月30日（木）
10:00～12:00
厚生労働省専用第18～20会議室

第6回

特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会

議 事 次 第

1. 特定機能病院の承認要件のあり方について
2. 地域医療支援病院の承認要件のあり方について
3. その他

2. 具体的な改正内容

2-1 紹介率等の基準の引上げ（+算定式の見直し）

【現行の承認要件】

紹介率：80%以上、又は

紹介率：60%以上かつ逆紹介率：30%以上、又は

紹介率：40%以上かつ逆紹介率：60%以上

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$$

案2：現行の紹介率等の基準を維持した上で、紹介率から救急患者の数を除く（救急患者の取扱いについては別途評価）。

紹介率：80%以上、又は

紹介率：60%以上かつ逆紹介率：30%以上、又は

紹介率：40%以上かつ逆紹介率：60%以上

<算定式案>

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$$

【改正案】

案1：紹介率等の基準値を一元化する（逆紹介率について適切に評価することが必要）。

- ・紹介率の算定式の分子から救急患者の数を除くことと（救急患者の取扱いについては別途評価する）し、実態調査等を踏まえて、以下の基準値とする。
- ・実態調査等を踏まえて、紹介率：60%以上、逆紹介率：50%以上とする。

<算定式案>

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$$

2-3 救急患者の受入れに関する基準の設定

【現行の承認要件】

- ・ 救急患者への対応については、紹介率等において評価しており、独立した数値基準なし
- ・ 救急患者については、紹介率の算定式の中で、救急搬送患者の受入数ではなく、緊急に入院して治療した数を評価

【改正案】

- ・ 二次医療圏単位での救急搬送患者受入れ数を評価する。
- ・ 医療機関が所在する二次医療圏の搬送件数の5%程度以上を担うことを要件とする（各二次医療圏には、全国平均で2.5医療機関が存在しており、1医療機関は、所在する二次医療圏の約4%をカバーしていることを踏まえ設定）。
- ・ 人口が一定以上の地域など、地域の実情によっては、上記の基準値を満たすことが困難な場合もあるため、そうした地域への配慮についてはどのように考えるか。

<算定式案>

$$\frac{\text{医療機関が受入れた救急搬送患者数}}{\text{医療圏人口}} \times 1,000 \geq 2$$

特定機能病院では・・・

・ 紹介率等の基準の引上げ（+算定式の見直し）

現行：紹介率：30%以上

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{逆紹介患者数} + \text{救急搬送患者数}}{\text{逆紹介患者数} + \text{初診患者数}}$$

改正案：紹介率・逆紹介率それぞれについて算定式を設ける

初診患者の数から休日又は夜間に受診した患者の数を除く

実態調査等を踏まえて、紹介率：50%以上、逆紹介率：40%以上とする

$$\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急搬送患者数}}{\text{初診患者数}} \quad \text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数}}$$

「医療福祉支援センター」のメンバーと業務内容

センター長:小林 利彦(専従)

看護師長:工藤 ゆかり(専従)

看護師:3人(非常勤) MSW :2人(常勤)+1人(非常勤)

事務職員:1人(常勤)+2人(非常勤) 委託職員:8人

- ① **地域連携室(前方連携):**診療所・病院からの紹介受付
- ② **医療関連相談(トリアージ機能)**
 - A) 純粹な医療相談⇒医師へ連絡
 - B) **治療等に絡む経済的相談**
 - C) **退院調整[転院支援・在宅医療支援](後方連携)**
 - D) 難病相談・支援 「静岡県難病医療拠点病院」
 - E) がん関連相談 「静岡県がん診療地域連携拠点病院」
 - F) 肝疾患相談・支援: 「静岡県肝疾患診療連携拠点病院」
 - G) 医事紛争・医療安全相談⇒医療安全管理室
- ③ **患者支援:公費負担制度、各種証明書等**

センター長の仕事とは？

(基本理念)

センターに関わる患者さんの満足度向上を目指す

Promotion
Place

地域環境・
前方環境
の整備

Low Price

院内の
システム構築・
支援の質担保

Place

後方施設の支援・
長期的アウトカム
のフォロー

Product

当院

業務の体系化

根幹に必要なのは
人材・教育・研修・財源

評価を受ける
必要性

退院支援(調整)部門の「評価指標」

[Structure]

- 退院調整担当職員数(100床当たり)
- 専従看護師数、専従MSW・PSW数(各職種の常勤換算数)
- 退院調整患者数(担当職員1人当たり)
- 退院調整介入率(退院調整患者数/退院患者総数)
- 施設基準等の申請状況(相談サポート体制加算、総合評価加算など)

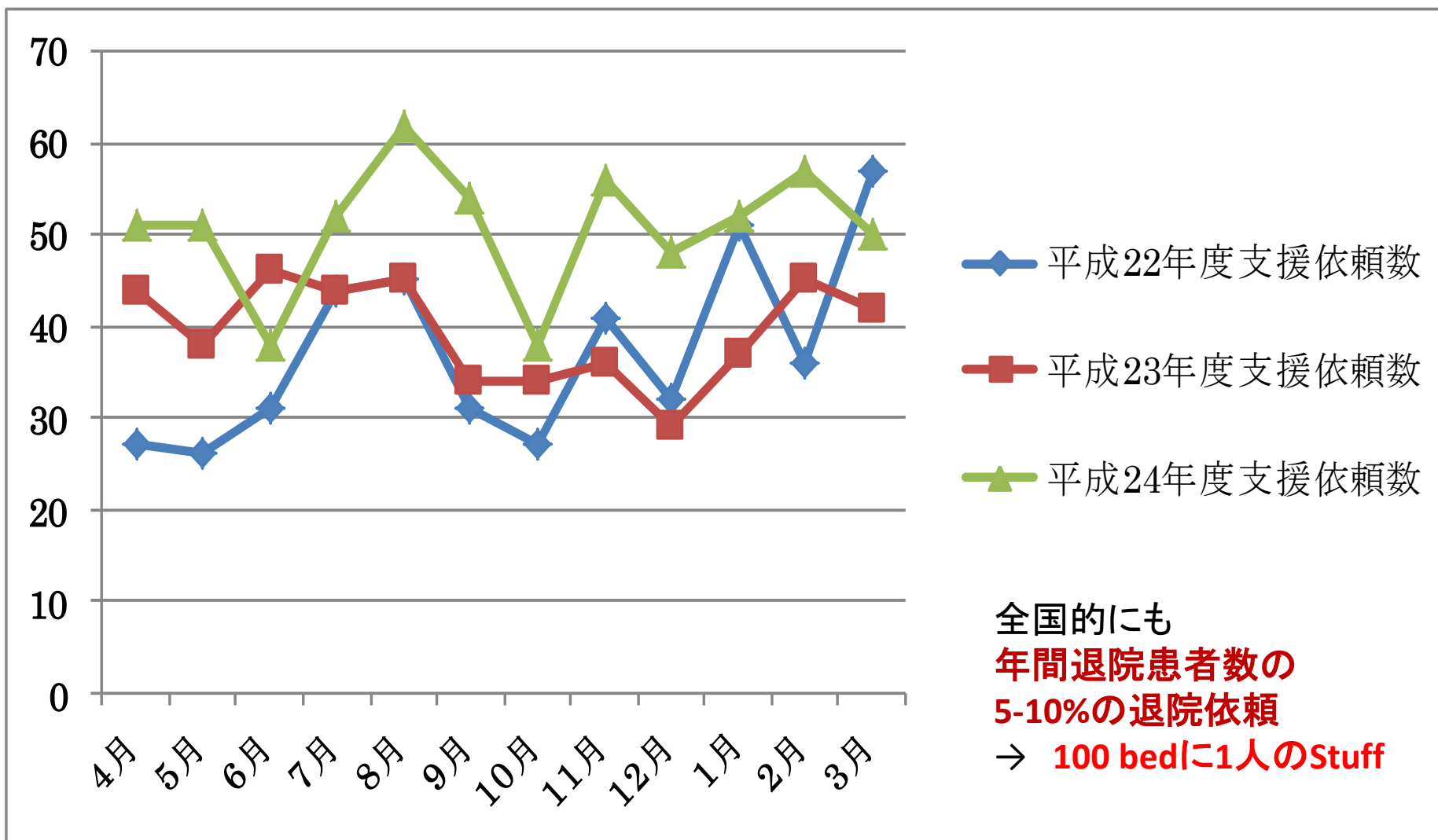
[Process]

- 退院困難性の事前評価・入院中の定期評価の実施率
- 退院調整患者のデータベース作成状況(年齢別・退院先別・疾患別など)
- 在宅調整件数(在宅調整件数/退院調整全患者数) 転院調整件数
- ケアカンファレンス等の実施率

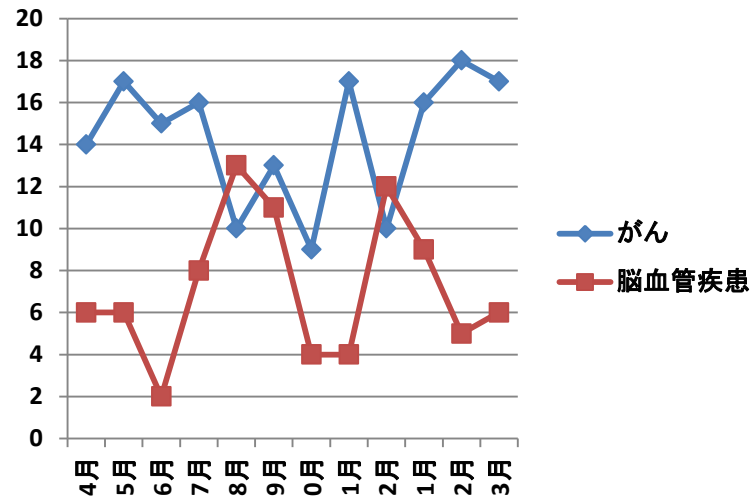
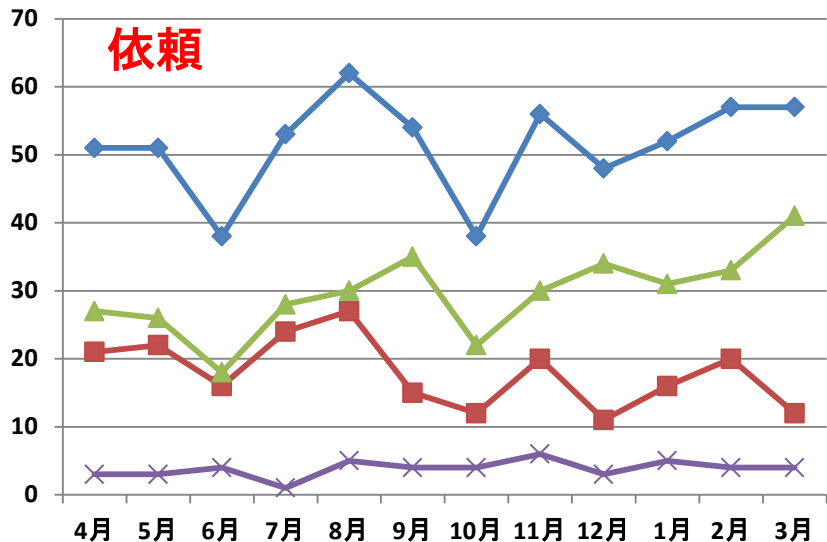
[Outcome]

- 平均在院日数
- 退院調整介入後の帰結日数(調整介入日から退院・帰結までの日数)
- 退院調整患者(家族)に対する満足度調査

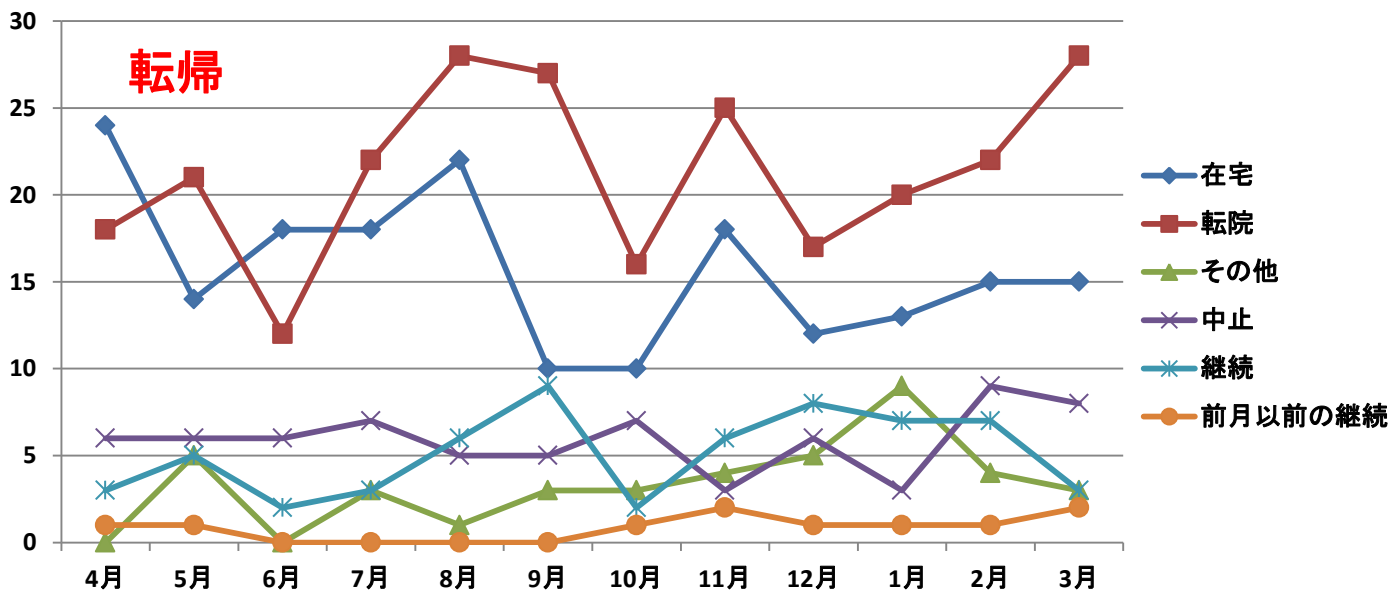
退院調整依頼数の推移



依頼内容と転帰 (H24年度)



全国的アンケートでは
60%が在宅での療養を
望んでいる





トップページ

全日病について

全日病の発言

教育研修

病院運営支援事業

無料職業紹介

日帰り・1泊各人間ドック提供事業

病院機能評価支援相談事業

診療アウトカム評価

医療の質の評価・公表等推進事業

DPC分析

メディカルツーリズム

全日病総研

医療行政情報

お知らせ

全日病会員ページ

ホーム > 病院運営支援事業 > 医療の質の評価・公表等推進事業 > 急性期病棟における退院調整の実施率

病院運営支援事業

医療の質の評価・公表等推進事業



▶ トップ (事業紹介) ▶ 臨床指標と対象疾患 ▶ 参加病院リスト

- 患者満足度調査 ■ 病院推奨度調査 ■ 平均在院日数 ■ 死亡率 ■ 予定しない再入院率 ■ 医療費
- 肺炎に対する抗生物質使用 ■ 肺血栓塞栓症の予防対策の実施率 ■ 肺血栓塞栓症の発生率
- 急性心筋梗塞における主要手術・治療実施率 ■ 脳卒中地域連携パスの使用率 ■ 大腿骨地域連携パスの使用率
- 急性期病棟における退院調整の実施率 ■ 救急搬送患者における連携先への転院率

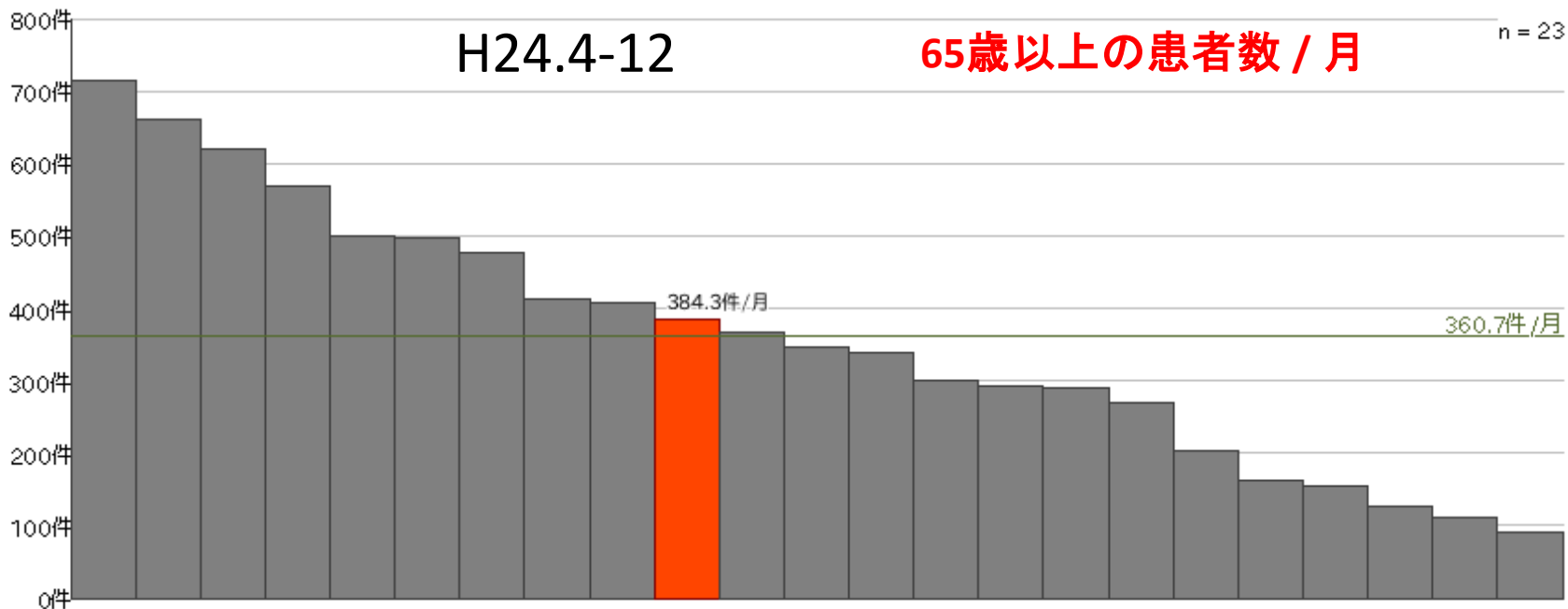
急性期病棟における退院調整の実施率

期間中に退院した65歳以上の症例(退院時転帰が死亡であった症例を除く)のうち、退院調整加算(一般病棟入院基本料等)が算定された症例割合を集計しています。

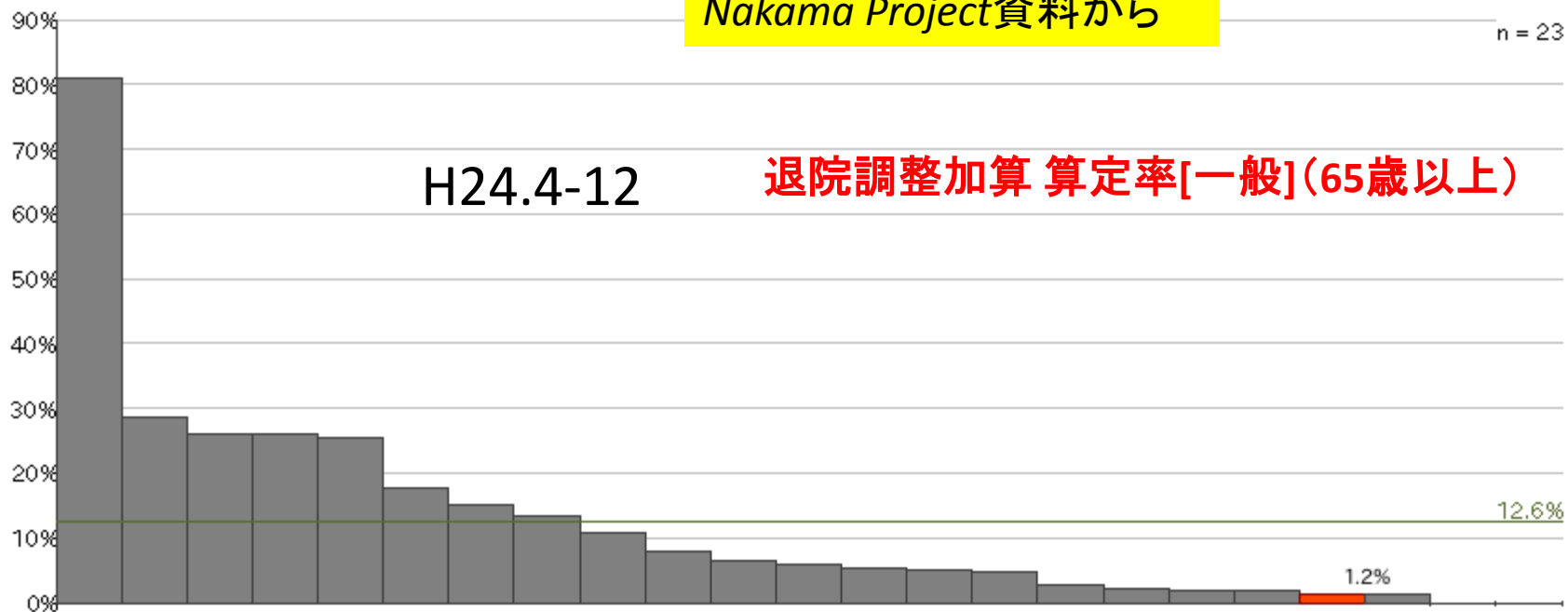
※参加病院ごとのデータを公開

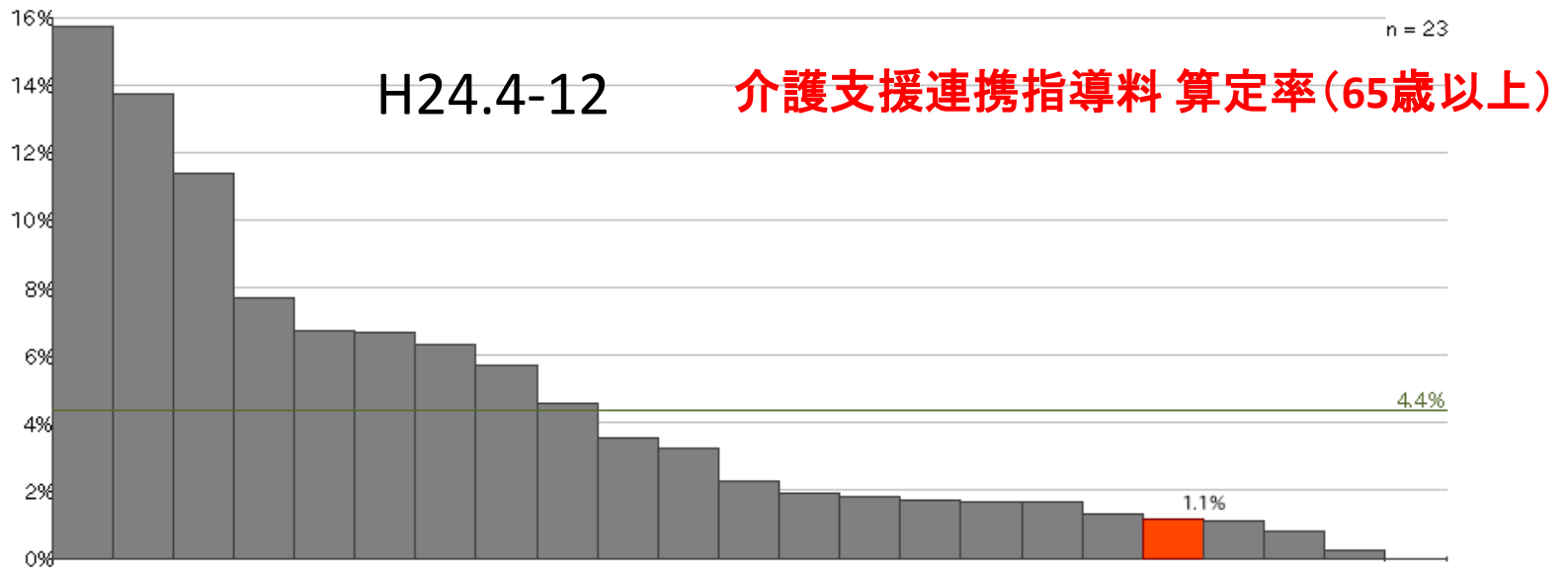
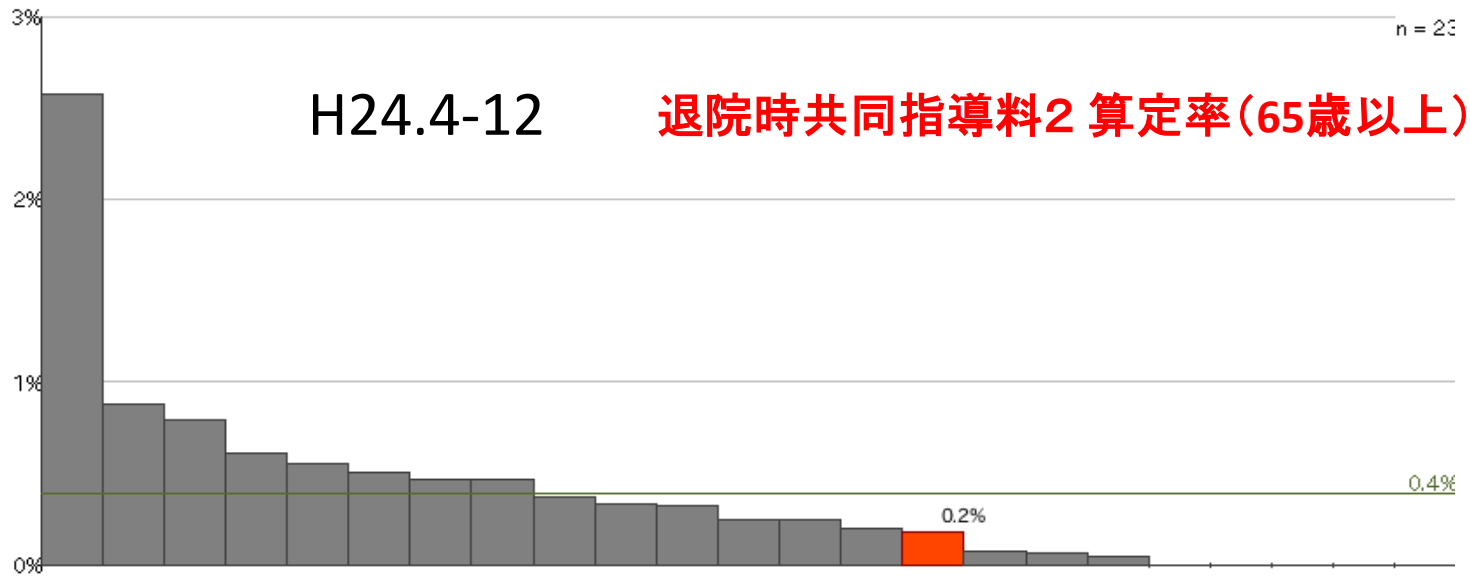
<計算式>

$$\frac{\text{退院調整加算(一般病棟入院基本料等)が算定された症例数}}{\text{65歳以上の退院症例数(退院時転帰が死亡であった症例を除く)}} \times 100(\%)$$



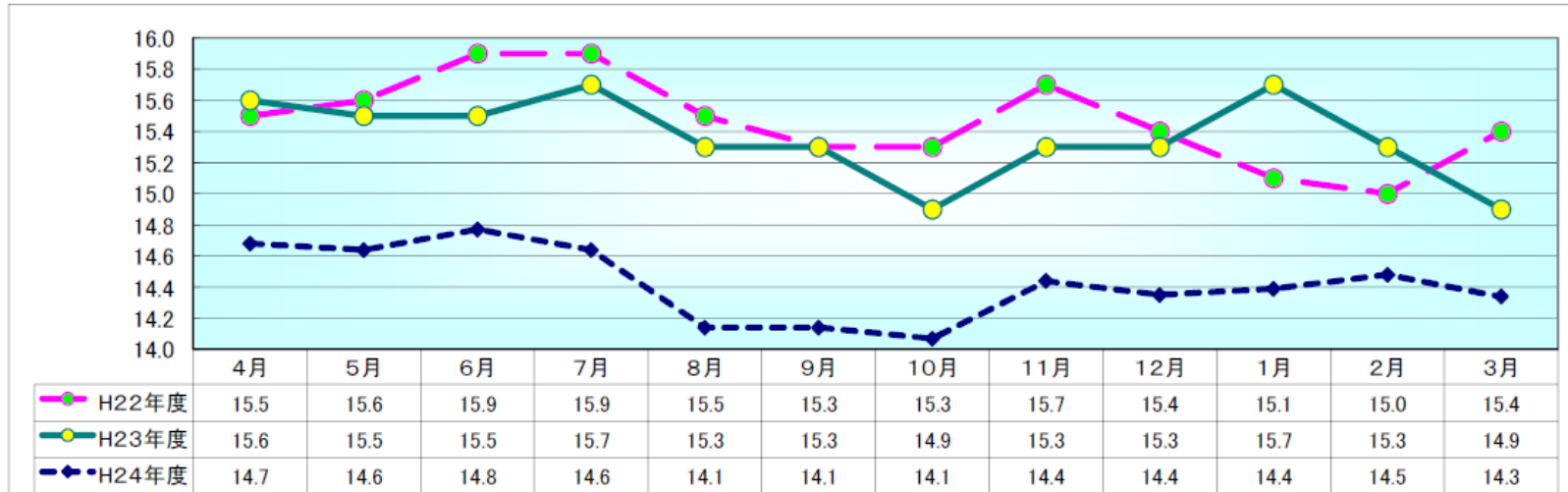
Nakama Project資料から



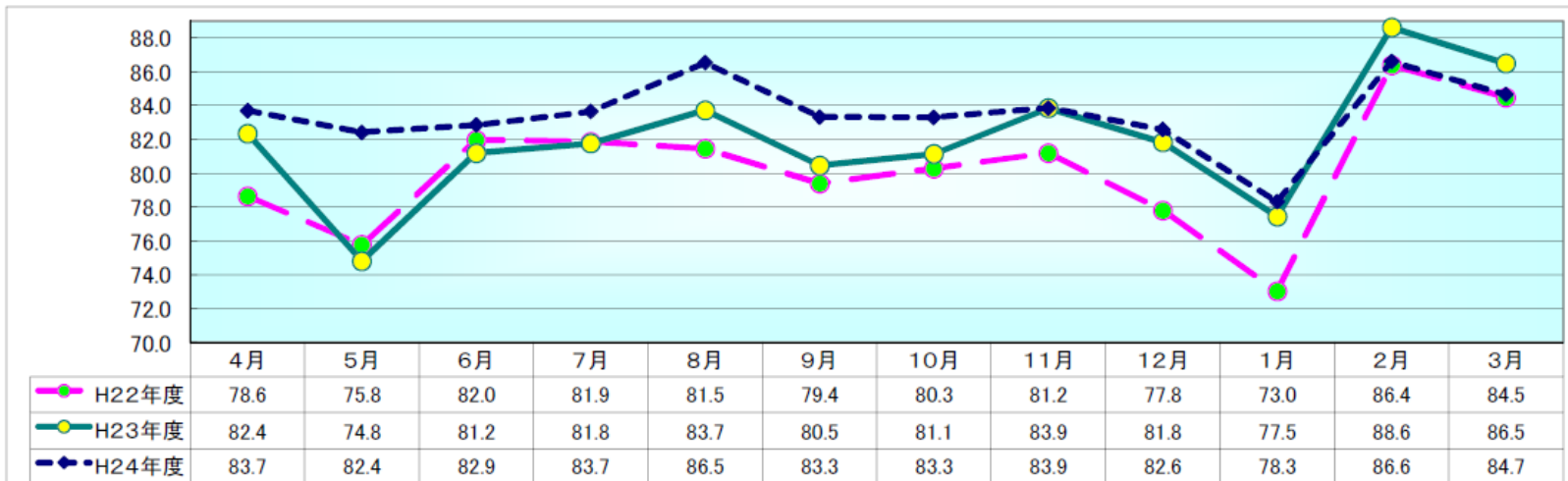


在院日数が下がると単価も上がる → 褒められる？

在院日数

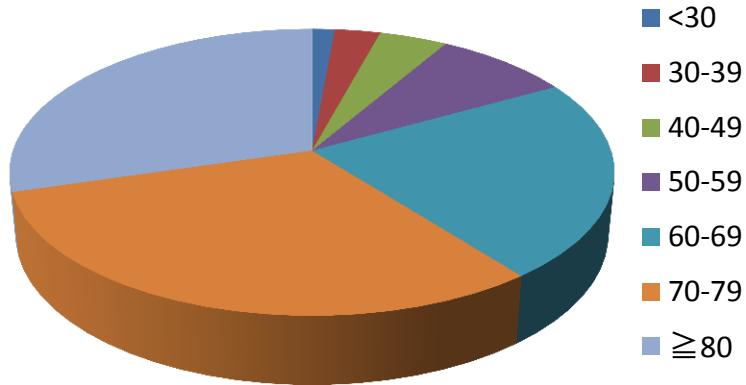


病床稼働率 (%)

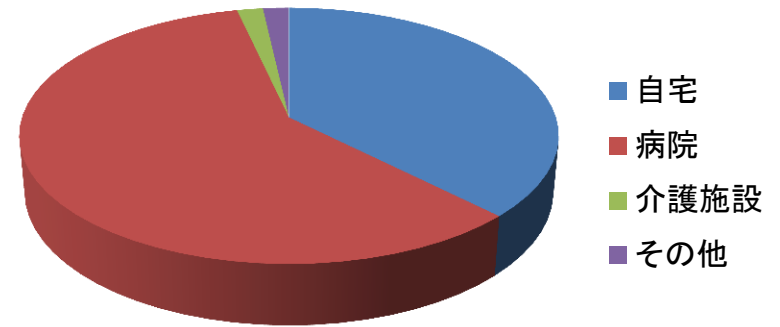


退院1か月後の患者・家族満足度調査

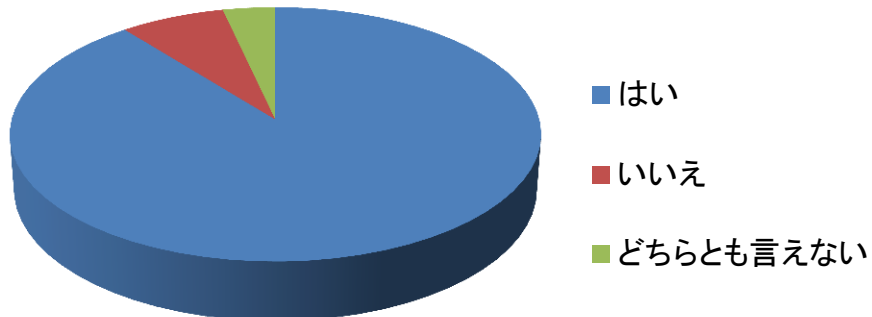
患者年齢



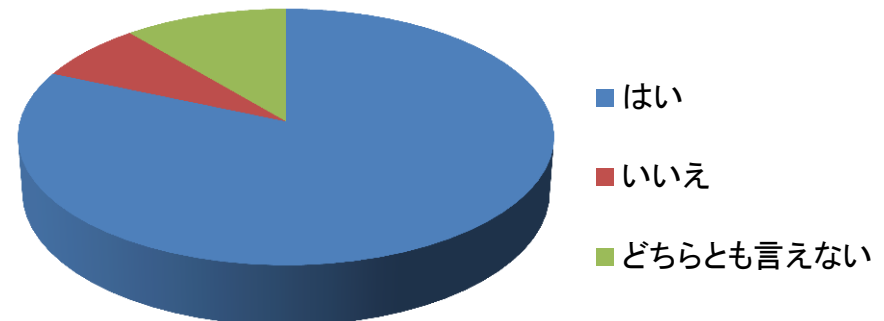
退院後の生活場所



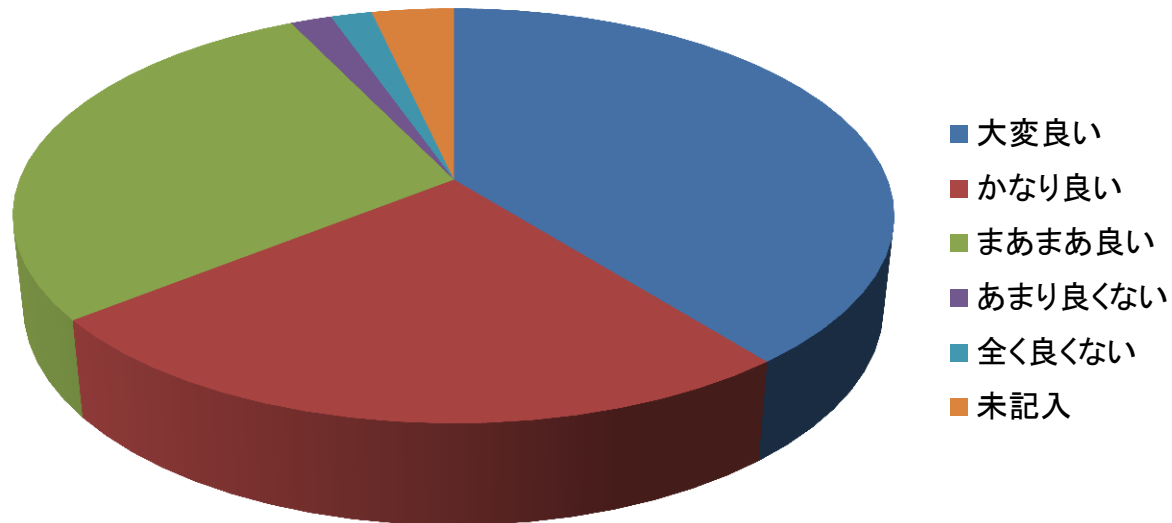
本人・家族の意向を傾聴してくれたか？



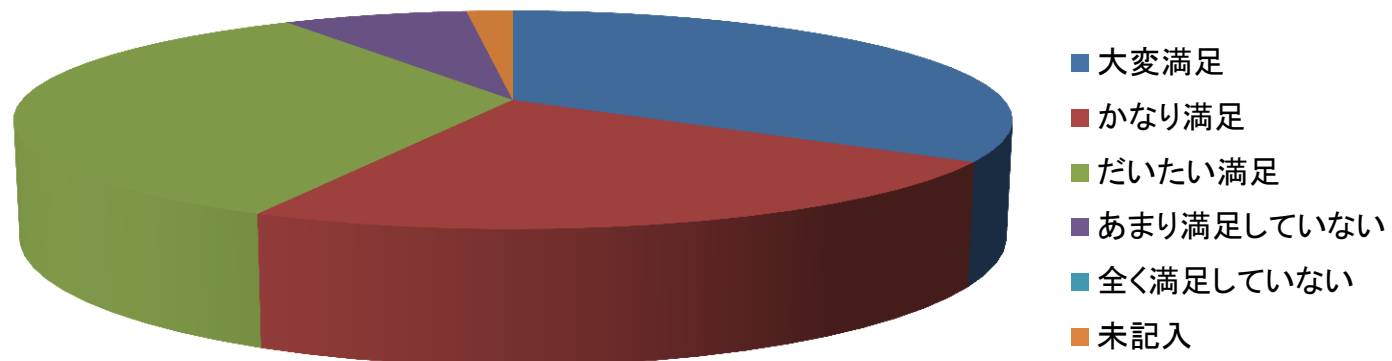
説明は分かりやすかったか？



スタッフの対応はどうか？



総合的評価は？



退院支援と退院調整

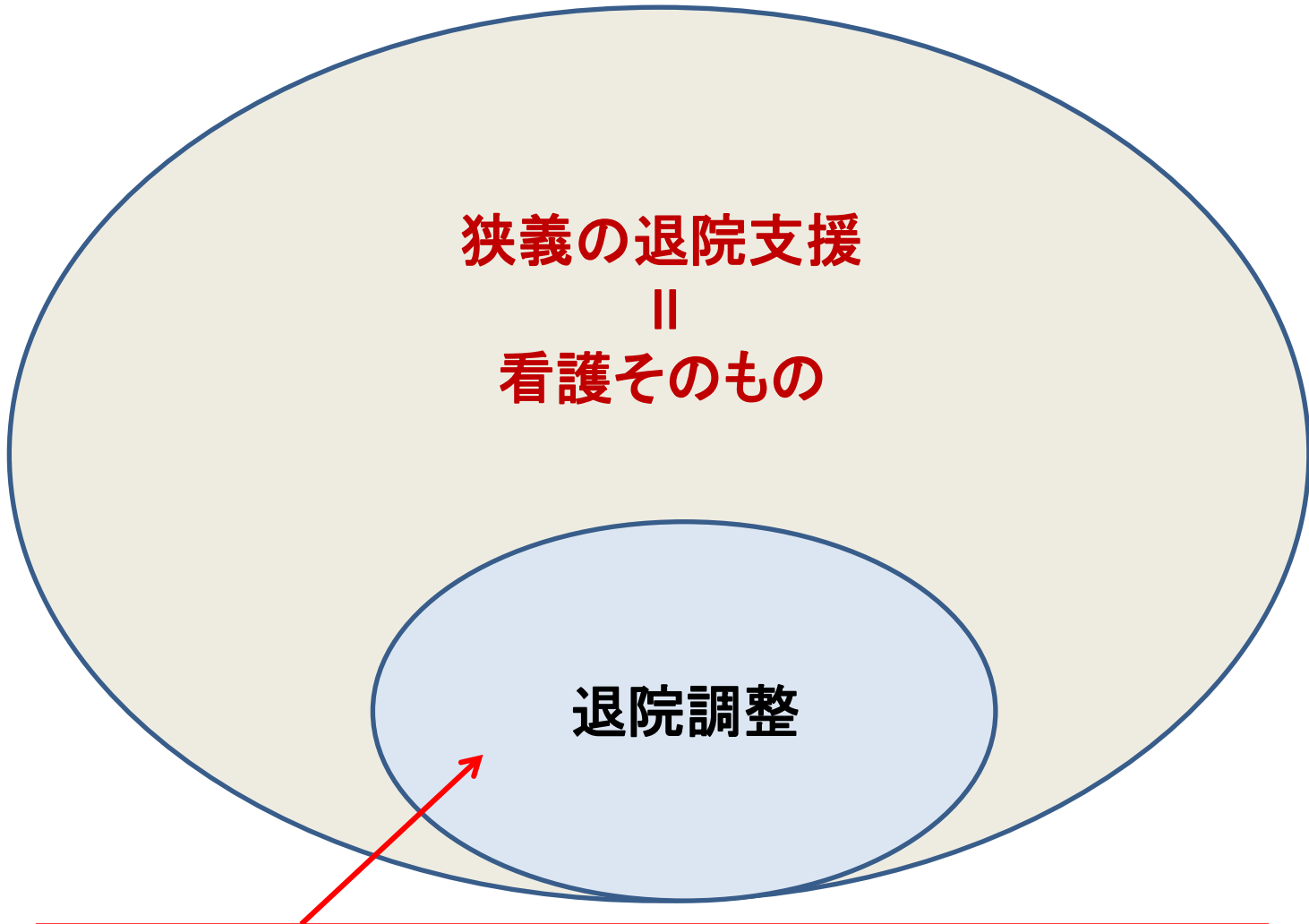
(退院支援) = 「看護」そのもの

個々の患者・家族の療養生活上のニーズに応じて、退院後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育・支援や諸サービスの適切な活用を促進すること

(退院調整) = 事務的作業・マネジメント

患者・家族の退院後の療養生活の継続に向けた調整活動

広義の退院支援



従前、看護師でなくても出来た(MSWが適任だった?)
今は、医療が必要なまま、在宅・施設へ退院＝看護師の有用性！

「退院支援」を忘れた？看護師たち

- 「診療補助」の優先：医師の指示で早く帰るのが仕事？
クリニカルパス重視 ⇔ 稼働率に悩む師長？
施設基準重視：(7:1) → 外来看護師配置↓
 外来は看護助手・クラーク
 外来看護師は検査説明・指導担当
 認定・専門看護師・特定看護師
 医師にとって都合の良い看護師？
 施設基準に必要な看護師
- 「療養上の世話」は低下していないか？
 患者に寄り添う看護師は少くないか・・・
 情報収集・記録低下：心理的・社会的情報収集弱い
- 制度等に関する知識不足
 介護保険、各種社会制度など

(セクショナリズムの弊害)

1日でも早く病棟から出せば、あとは誰かが見てくれる？それは私達(看護師)の仕事ではない。



1日でも早く元の生活に(近く)戻してあげるには、どうしたら良いか？それを考えて欲しい！

→ 誰が？ → 病棟看護師でしょう！

(まさに、それが療養上の世話？)



少しでも早期の情報収集・退院困難SCORE評価
多職種の知恵(多職種カンファ) ⇔ 家族の納得



ひょっとしたら、この入院、この治療・看護は良くなかったのでは？ → 外来での判断が重要！
でも、外来には看護師が居ない！・・・

医療機能評価機構病院審査(3rdG.Ver.1.0)

ケアプロセスで看護師に問いかけていること

2.2.2 外来診療を適切に行っている

【評価の視点】

- 患者に関する情報が収集され、病態に応じた外来診療が安全に行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 患者に関する情報収集
- 患者への説明と同意
- 安全な外来診療
- 患者への指導の実施状況

2.2.4 入院の決定を適切に行っている

【評価の視点】

- 医学的に入院の必要性が判断され、患者に十分な説明と同意が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 医学的な判断に基づく入院の必要性の検討
- 患者の希望への配慮
- 患者への十分な説明と入院することの同意
- 弾力的な病床活用

2.2.5 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している

【評価の視点】

- 医学的診断・評価に基づき、必要に応じて他の職種と協議し、患者・家族の希望が反映された診療計画が作成されていることを評価する。

【評価の要素】

- 患者の病態に応じた診断・評価
- 診断・評価に基づく診療計画の迅速な作成
- 患者・家族の要望の反映
- 患者・家族への説明と同意
- 必要に応じた診療計画の見直し
- クリニカル・パスの活用

2.2.6 患者・家族からの医療相談に適切に対応している

【評価の視点】

- 医療相談を必要とする患者・家族に対して、各場面で必要な相談に対応していることを評価する。

【評価の要素】

- 多様な相談への対応
- 院内スタッフとの調整・連携
- 院外の社会資源との調整・連携
- 相談内容の記録

2.2.9 看護師は病棟業務を適切に行っている

【評価の視点】

- 疾病や患者の状態に応じて、診療の補助業務や日常生活援助が適切に行われており、病棟の管理業務が確実に実施されていることを評価する。

【評価の要素】

- 診療の補助業務
- 観察に基づく病態の把握とケア
- 身体的ニーズの把握と日常生活援助
- 患者・家族の心理的ニーズの把握と援助
- 患者・家族の社会的ニーズの把握と援助
- 患者情報の他職種との共有
- 病棟管理業務
- 他部署との連携

2.2.19 患者・家族への退院支援を適切に行っている

【評価の視点】

- 患者の身体的・心理的状态、患者・家族の社会的状況に応じた退院支援が行われていることを評価する。

【評価の要素】

- 療養の継続性に関する検討
- 退院、転院などに関する説明と同意
- 計画に沿った療養の指導や関係機関との調整
- 連携先で必要な情報の提供

2.2.20 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している

【評価の視点】

- 患者の病状とニーズに基づき、退院後も継続的に診療・ケアが提供されていること、また、必要な在宅療養支援につなげていることを評価する。

【評価の要素】

- 入院中の経過に関する伝達
- 患者の病状や生活状況に合った在宅療養支援の実施
- 必要に応じた計画の見直し

退院支援・調整のプロセスについて

報告

病棟看護師による退院調整活動の実態と課題 —退院調整活動質指標を用いた調査から—

丸岡直子¹ 洞内志湖¹ 川島和代¹下嶋恵美子² 向井孝子³ 尾崎真裕美⁴ 古本桂子⁵

石川県内30病院 169/250人の病棟看護師アンケート結果 (病棟看護師が行っていること、行えていないこと)

表1 退院調整活動質指標の構成

退院調整プロセスの6ステップ		カテゴリ	指標数
1	退院調整が必要な患者の把握・関係職員への連絡	退院支援の必要性の判断	4
		退院支援が必要な患者情報の関係職員への連絡	3
2	患者・家族の退院後の療養生活に対する希望と生活状況の把握	患者・家族の退院後の療養生活の希望や不安の把握	4
		患者・家族と退院時(後)の生活状況のイメージを共有	3
3	退院後の医療上および生活・介護上の課題をアセスメント	退院後の医療上の課題をアセスメント	9
		退院後の生活・介護上の課題をアセスメント	5
4	退院支援・調整計画の立案と患者・家族への指導	患者(家族)の希望や課題に基づく退院調整の方向性検討	6
		退院支援・調整計画立案と内容の患者・家族への説明	8
		シンプルケアへの変更と指導	4
		在宅療養にむけた患者・家族指導と確認	8
5	在宅療養支援体制の構築	MSW 又は退院調整看護師と連携し在宅療養支援体制構築	4
		退院後の療養生活開始への準備状況確認・調整	6
6	退院支援・調整の評価	退院支援・調整の評価	3

40%以下しか行えていること

(退院支援の必要性の判断)

1. スクリーニングシートの記入
2. ケアマネジャーから情報(自宅での生活・家族支援体制等)把握
(患者・家族の退院後の療養生活の希望や不安の把握)
3. 在宅死、在宅での看取りの意思について把握
(退院後の医療上の課題に対するアセスメント)
4. 在宅に設置されている医療機器と使用上の課題を確認
(退院後の生活・介護上の課題をアセスメント)
5. 家屋の状況を患者(家族)から把握
(患者(家族)の希望や課題に基づく退院調整の方向性検討)
6. 訪問リハの継続の必要性の確認
7. 自立度に合わせた家屋改修の必要性の検討
8. 退院前自宅訪問の担当者と時期の調整
(退院支援・調整計画立案と内容の患者・家族への説明)
9. 退院後に利用が予測される社会福祉サービス内容の記載
10. ケアマネや在宅医・訪問看護師と支援計画の立案(必要時)

(シンプルケアへの変更と指導)

11. 主治医と相談し簡便な医療処置への変更と患者・家族に指導
12. シンプルな薬剤管理の検討と患者・家族に指導
13. 夜間の処置を少なくする工夫
14. 安価な物品・材料の供給の検討

(在宅療養にむけた患者・家族指導と確認)

15. 患者・家族への医療器械使用方法の指導・再指導

(在宅用医療機器・物品の準備)

16. 医療用機器の調達方法の検討
17. 衛生材料の調達方法の確認
18. 介護用品の調達(購入・レンタル)方法の確認
19. 衛生材料の準備担当者の決定

(MSWまたは退院調整看護師と連携し在宅療養支援体制構築)

20. 自立を目指す環境調整や人的サポートの検討

(サービス担当者会議の実施)

21. 在宅サービスを利用するための診断書の確認
22. サービスが支障なく開始できる退院可能日の調整

〔研究報告〕

医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究（第1部）
 —医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化—

藤澤まこと

岐阜県 95人の退院支援看護職員へのアンケート
 （病棟看護師が行っていること、行えていないこと）

表4 退院支援の部署（複数回答）

部署	施設数	%
地域連携室、地域医療部	24	57.1
医療相談室	18	42.9
各病棟	13	31.0
看護部門の相談室	2	4.8
事務部門の相談室	2	4.8
退院支援部門を特に置いていない	4	9.5

表5 退院支援を担当する職種（複数回答）

職種	施設数	%
看護師	34	81.0
保健師	2	4.8
医師	7	16.7
ソーシャルワーカー	32	76.2
精神保健福祉士	2	4.8
理学療法士	4	9.5
作業療法士	4	9.5
事務職	3	7.1
ケアマネジャー	1	2.4

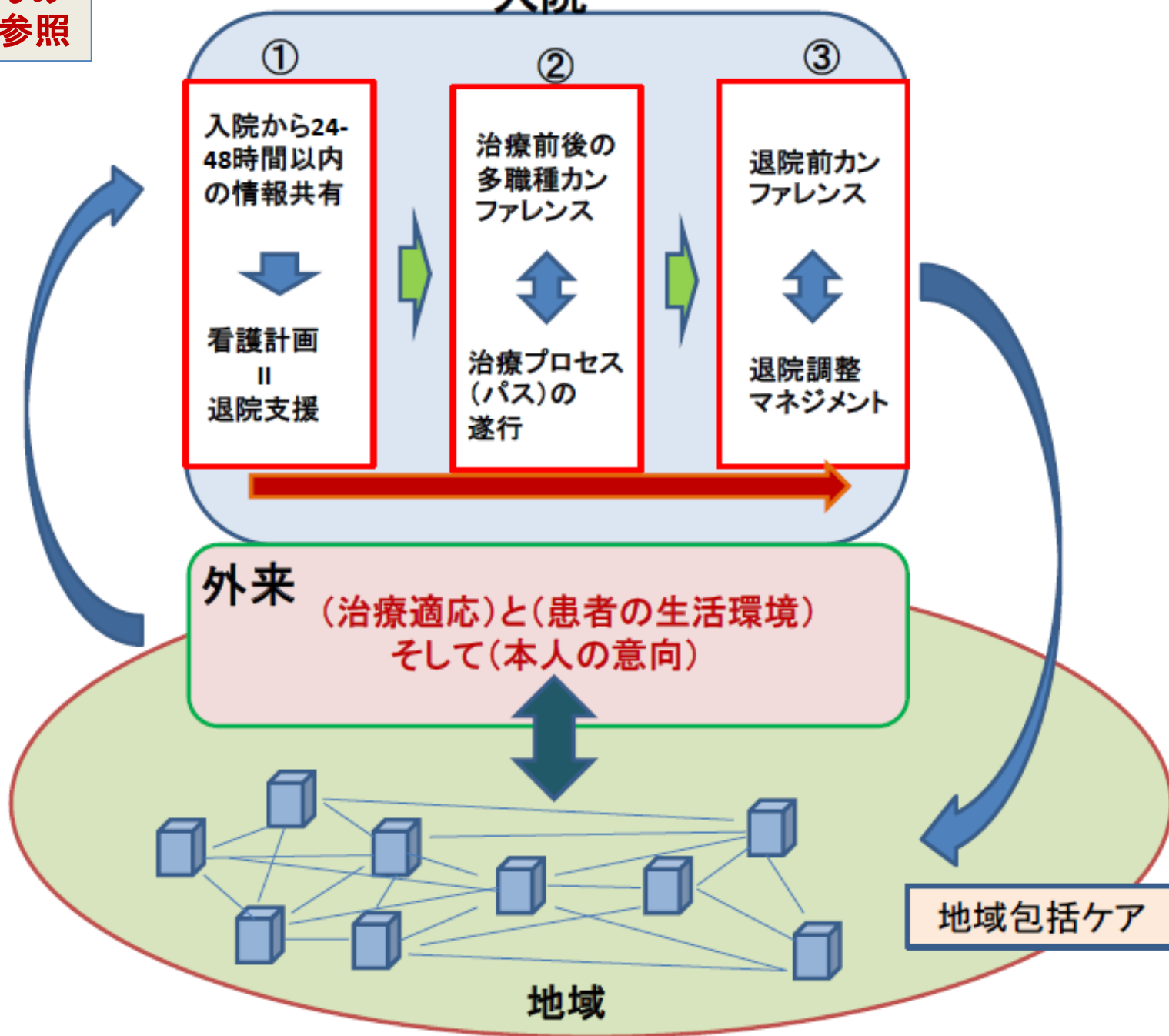
表10 所属部署で退院支援を行う上での課題 (n=80)

分類	小分類	記載例
多職種間の連携が不十分(20件)	多職種間の連携が不十分である(9件)	他職種との連携が上手くとれていない(PT,OTなど)
	医師の協力が得られにくい(6件)	医師より退院の話の出ていない患者、その家族は退院の受け入れに拒否的なことが多くスムーズに進まない
	情報伝達が不十分である(3件)	その人の情報(MSWに相談後どうなったのか、話の内容や進み具合など)に関する事で各部門との連携がスムーズでない事がある
	退院調整看護師との密な連携が必要である(2件)	退院調整室と病棟看護師(担当)との密な連携
入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援が不十分(19件)	入院時から退院に向けて準備を進めていく必要がある(8件)	入院した時から退院支援は始まっているという意識を持って、看護にあたってもらうこと(退院許可が出たら丸投げなどところもあるので)
	退院後の生活を見据えた支援ができない(5件)	入院時より家族や患者と十分にコミュニケーションをとり退院後の生活をどうイメージしているか情報収集することがまず大事であると思う。そしてイメージした退院後の生活に近づけるような退院調整をしていくことが必要であると思う
	介護負担・不安軽減のための介入が必要である(3件)	病院の視点でなく在宅の視点へ180度視点を変えていくことが必要。退院後も医療処置が継続となる場合、在宅ではだれが行うのか、処置に必要な物品はどこで購入するかなど細かな介入をしていく事が必要
	退院に向けたアセスメントが不十分である(3件)	退院アセスメントのスキルが不十分な面もあり、そのトレーニングが必要と思う
退院支援への知識・認識・関心の不足(18件)	知識・認識・支援内容に個人差がある(8件)	受け持ち看護師により退院後の生活を見据えた情報発信の時期、退院指導、退院に向けた書類準備などに違いがある。看護部集合教育の中に退院調整に関する研修が昨年より実施されるようになった。
	退院支援に関する知識が不足している(7件)	介護支援についてスタッフ全員が知識を深めて提供しなければいけない
	退院支援への認識・関心が低い(3件)	病棟内でのスタッフ間で退院調整に関心が低い

患者・家族の状況により退院支援が困難(11件)	家族の在宅療養の受け入れが難しい(7件)	退院時の回復状況を本人・家族が「それはむりではないか」と思う希望を看護師に話すため、現状とのギャップを埋めることが大変。例えば脳梗塞でなんとか一命を取りとめた状況なのに「歩けるようになってもらわない」といわれる家族が意外に多い
	高齢・独居等のため退院が難しい(4件)	高齢者や独居の患者が多いため入院が長期化したり入退院を繰り返すとどうしても退院というイメージが困難になってしまう
患者・家族の意向に沿う事が困難(9件)	患者・家族、医療職者の意向にずれがある(5件)	家族の気持ち、患者の気持ち、医師の気持ち、看護師の気持ち等が上手に一致すれば調整も出来るが、在宅に行くか施設に行くかの迷いや施設に行くとしてもすぐには探せない等
	患者、家族とのコミュニケーションが不十分である(3件)	退院支援計画が立っても実際には、計画通り進まない事が多い。でも時間、ゆとりがなく患者家族とのコミュニケーションがとれないまま事務的な感覚で事を進めてしまいがちになる→こまめにベッドサイドへ行き患者、家族とのコミュニケーションをじっくりとっていく事が重要と思います
	患者より家族の意向が優先される(1件)	患者より家族の意志を優先した退院調整になっているため本人の意志を尊重した退院調整をする
多職種参加のカンファレンスの開催・定着が必要(8件)	多職種参加のカンファレンスの開催が必要(5件)	医師・MSW・看護師・リハビリスタッフなど本人・家族を交え、外のケアマネジャーとのカンファレンスの充実
	多職種参加のカンファレンスの定着が必要(3件)	退院支援カンファレンスの定着と充実
退院支援体制の整備が必要(7件)	病棟における退院支援体制の整備が必要である(5件)	入院時から病棟看護師が療養生活を視野に入れた看護を提供できるシステムの確立
	退院支援専従のスタッフが必要である(2件)	院内で専任の退院支援看護師が必要(現在は各病棟で委員の人が1名いるが、夜勤もあり全てを把握できていない状態のため)
退院支援の時期の見極めが困難(6件)		病状の変化が激しい治療方針の変更など、退院支援のタイミングがはかりにくい
地域の社会資源の不足(6件)	受け入れ施設がなかなか見つからない(4件)	病院全体でMSWが2名と少ないが、退院後に施設を希望される患者が多く、調整しきれないまま社会的入院となっていることが多い
	地域の受け入れ体制が整備されていない(2件)	精神科で長期入院の方が多く(社会的入院)高齢になり家族の受け入れ悪く、また社会の受け入れも整っていない。患者さんも長期入院の為、社会に適応できず不安が大きい。初回入院や若い方は短期の入院で退院される傾向にあるが、社会の偏見や生活のしづらさもあり、入退院を繰り返す傾向にある。病院に併設されている施設と病院を行き来している場合もある。

宇都宮さんの
3ステップ参照

入院



退院困難性SCOREについて

特定機能病院における病棟看護師の判断を基にした 退院支援スクリーニング項目の検討

大竹まり子, 田代久男*, 井澤照美*, 佐藤洋子*, 赤間明子, 鈴木育子,
小林淳子, 細谷たき子, 佐藤千史**, 木村 理***, 叶谷由佳

山形大学医学部看護学科地域看護学

*山形大学医学部附属病院

**東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

***山形大学医学部消化器・一般外科分野

(平成19年9月28日受理)

二つの大学病院で既存のスクリーニングを実施した結果、
「介護力」「介護保険の認定状況」「入院前の住居」「排泄の自立」
「認知症の有無」の5項目が重要と考えた。

6. 鷺見尚己, 他. 退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果に関する研究 特定機能病院老年科における準実験研究. 病院管理 2001; 38(1): 29-39

19. 鷺見尚己, 村島幸代, 柳沢愛子. 第3章3 介護調整が必要な患者への援助. 退院支援. 杏林書院. 2002: 118

記入日： 月 日

記入者： (内線)

氏名	年齢 () 歳 男・女	入院日： 年 月 日
ID番号	病棟： 診療科：	
項目	情報提供の必要あり	必要なし
年齢	1. 75歳以上	2. 75歳未満
入院時の主疾患名	1. 脳血管障害 2. パーキンソン病を含む脳病 3. 心不全 4. 肺炎・脱水・低栄養 5. 骨折 6. 認知症(精査目的も含む) 7. 悪性疾患 8. 他の長期療養を必要とする疾患	9. その他
家族構成	1. 独居 2. 配偶者のみ	3. 配偶者以外の同居者あり
入院形態	1. 緊急入院	2. 予定入院
入院前の住居	1. 自宅以外(病院・施設)	2. 自宅
退院先の希望	1. 自宅以外(病院・施設)	2. 自宅
経済的問題	1. あり	2. なし
通常医療者が行う医療処置*を継続する可能性	1. あり (内容：)	2. なし
排尿・排便の自立度	1. 要介助	2. 自立
身体移動の自立度	1. 要介助	2. 自立
認知症の有無	1. あり	2. なし
コミュニケーションの障害	1. あり	2. なし
家族関係・介護力	1. 介護する人がいない、もしくは介護する意思がない(介護者不在、介護拒否) 2. 介護者はいるが高齢、介護の協力者がいないなどの問題がある(介護力が小さい) 3. 主介護者が現在仕事をしている 4. 本人(患者)が家族による介護を拒否している(本人の自宅退院への意欲が低い) 5. 本人または家族が不安や問題を表出している	6. 日常的な介護協力者あり 7. 介護者に介護または療養の世話をする意思がある
介護保険認定状況	1. 認定あり(要支援・要介護 1・2・3・4・5) 2. 必要な状態だが未申請	3. 申請の必要なし

*吸引、経管栄養、褥創処置、人工呼吸器管理、在宅酸素療法、在宅IVHなど

判定基準	スクリーニング結果
1. 情報提供必要あり欄の項目に3つ以上チェックあれば「あり」 2. チェックが2つ以下の場合	1. 情報提供必要あり
・退院先、医療処置、介護保険に1つでもあれば「あり」 ・「75歳以上」「独居」は2つで「あり」	2. 情報提供必要なし

退院調整加算の要件

- (3) 入院後7日以内に患者の入院している病棟等において、退院困難な要因を有している患者を抽出すること。ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。
- ア) 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
 - イ) 緊急入院であること
 - ウ) 介護保険が未申請の場合(介護保険法施行令(平成10年法律第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上85歳未満の者及び85歳以上の者に限る。)
 - エ) 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)
 - オ) 排泄に介護を要すること
 - カ) 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
 - キ) 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
 - ク) 入退院を繰り返していること
 - ケ) その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合
- <H24 保医発0305第1号>

退院支援部署に依頼があった患者の特性

○退院支援部署に退院支援の依頼のあった患者の特性として、高齢、悪性新生物、認知症、急性呼吸器感染が挙げられた(左図)。また、退院調整を行った者と行わなかった者の比較では、実施した者において緊急入院・再入院の者、自宅以外の退院先を希望する者、移動・排泄に対し介助が必要な者、家庭での介護問題がある者、介護保険が未申請の者、在院日数の長い者が多く、これらの者に対して退院支援が必要であることが示唆されている(右図)。

	退院支援 依頼なし群 n=312		退院支援 依頼あり群 n=23		
	n	%	n	%	
在院日数	26.5±20.3		82.0±74.6		**
性(男性)	199	63.6	13	56.5	ns
年齢(65歳以上)	215	68.9	21	91.3	*
疾患の有無					
悪性新生物	60	20.5	9	40.9	*
認知症	11	3.8	4	18.2	*
急性呼吸器疾患	29	9.9	8	36.4	**
脳血管障害	35	11.9	2	9.1	ns
慢性呼吸器疾患	58	19.8	4	18.2	ns
心疾患	118	40.3	7	31.8	ns
骨・関節疾患	71	24.2	9	40.9	ns
転院先(死亡者除く)					
転科・転院	37	12.6	6	27.3	
老人保健施設	3	1.0	2	9.1	
自宅	251	85.7	14	63.6	**
不明	2	0.6	0	0	

	非実施 n=74	実施 n=53	
年齢	69.5±12.9	79.3±7.4	***
家族形態 (独居・夫婦のみ)	37	27	ns
緊急入院・再入院	16	28	**
自宅以外の 退院先希望	1	3	**
入院時 医療処置あり	0	8	ns
移動(要介助)	10	26	**
排泄(要介助)	9	24	**
家族での介護問題	20	27	*
介護保険状況 (必要だが未申請)	6	37	***
在院日数	20.3±13.6	33.6±24.5	***

* : p<0.005 ** : p<0.001 ns: not significant
田口樹美ら 老年病科における高齢者の退院困難要因と退院に向けた援助の検討 第5
回高齢者介護・看護・医療フォーラム、東京都、2001

X²検定 * : p<0.005 ** : p<0.001 ns: not significant

退院困難な要因の例

- 悪性腫瘍、認知症、急性呼吸器感染症
- 高年齢、入院形態（緊急・再入院）、自宅以外の退院先希望、在宅での介護状況（介護協力者無）、移動に介助が必要、排泄に介護が必要、家族での介護問題、介護保険の申請が未申請、在院日数
- 再入院を繰り返す者、入院前後でADLが低下し生活の再編が必要な者、退院後の継続的な医療処置が必要な者、独居あるいは家族と同居でも必要な介護を十分に受けられる状況にない者 等

多職種カンファレンスの問題点

- 医師を交えた定期的カンファレンス実施の困難性
- Leaderは誰か？担当医には期待できない？
- 本人・家族の意向反映の困難性（家族内の差）
 - * 医療者も患者家族も忙しい？
- 電子カルテ記載の困難性？（ノート記載でも良いのに・・・）
- ケアマネージャーの8割は非医療職
 - * 医学用語が難しい？→意思疎通困難？
- ケアカンファレンスの時間が長すぎる
- 紹介医の来訪・調整はさらに困難！
- 在宅医の顔が見えない（実力？が不明）→同じDrに依頼
 - * 組織風土として、まだ成就していない！教育も不足！

退院先に関する課題

療養型病院の課題

- 転院ハードルの高さ: 受け入れ条件
 - [(医療) 処置系] ○○はダメ, □□は避けたい
でも、医療区分は欲しい……
 - [経済面] 費用の高さ
 - [家族構成] 独居は？ (保証人の必要性？)
- 情報不足: リアルタイムな本当の空床状況が不明
- 担当者の対応スキル？ (迅速性・即断性が乏しい)
 - 窓口職員・ケアマネ等の格差が激しい
 - 病院長の発言(外交)と現場対応との乖離
- 患者を納得させにくい
 - 急性期病院志向, 居住地から遠い, 費用問題

浜松市内療養型病院(24/31施設)のアンケート結果

(療養型病院が転院時に問題視している項目)

要介護度(25.0%), 医療区分(45.8%), ADL(37.5%)

認知症(33.3%), 生活保護(54.2%), 身寄りの有無(66.7%)

経管栄養(12.5%), PEG(4.2%), CV(16.7%), 感染症(20.8%)

(処置でダメ?な項目)

人工呼吸器(95.8%), NPPV(75.0%), 輸血(66.7%), 気管切開(16.7%)

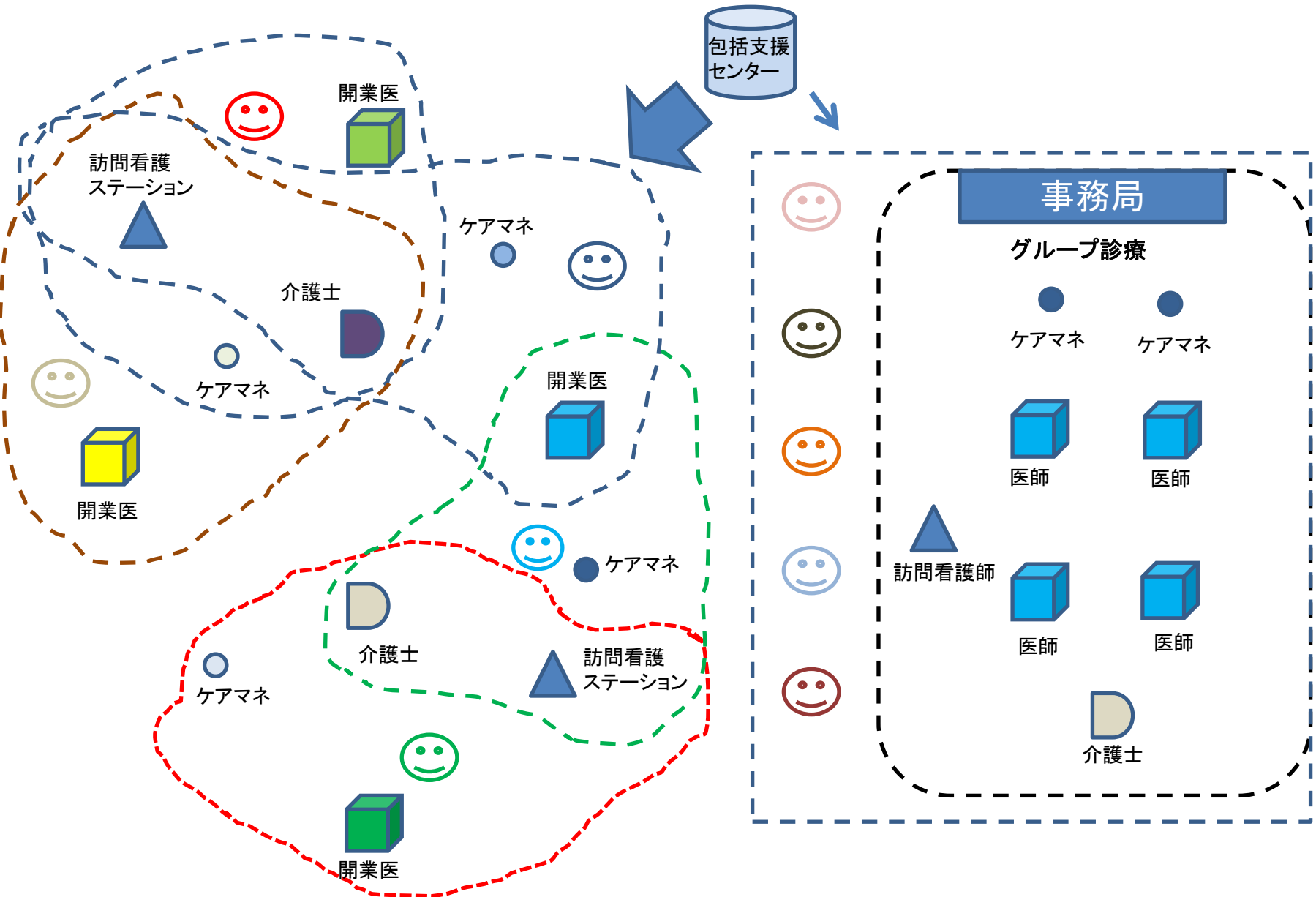
インスリン(12.5%)

(薬剤でダメ?なもの)

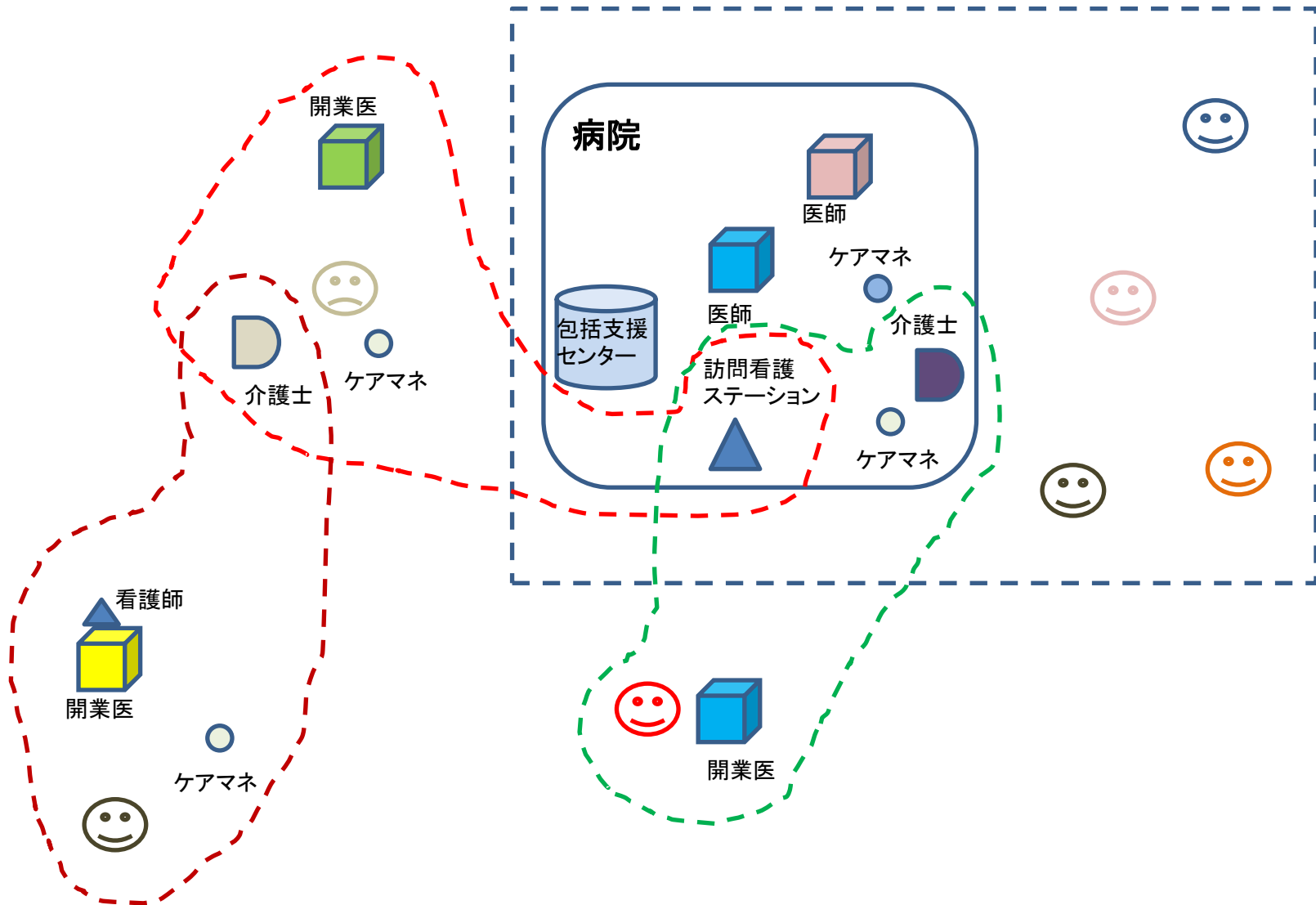
高価薬(91.7%), 指定薬(83.3%), 抗癌剤(33.3%), 麻薬(20.8%)

* 日慢協の指針では5剤が適切、10剤は×とのこと・・・

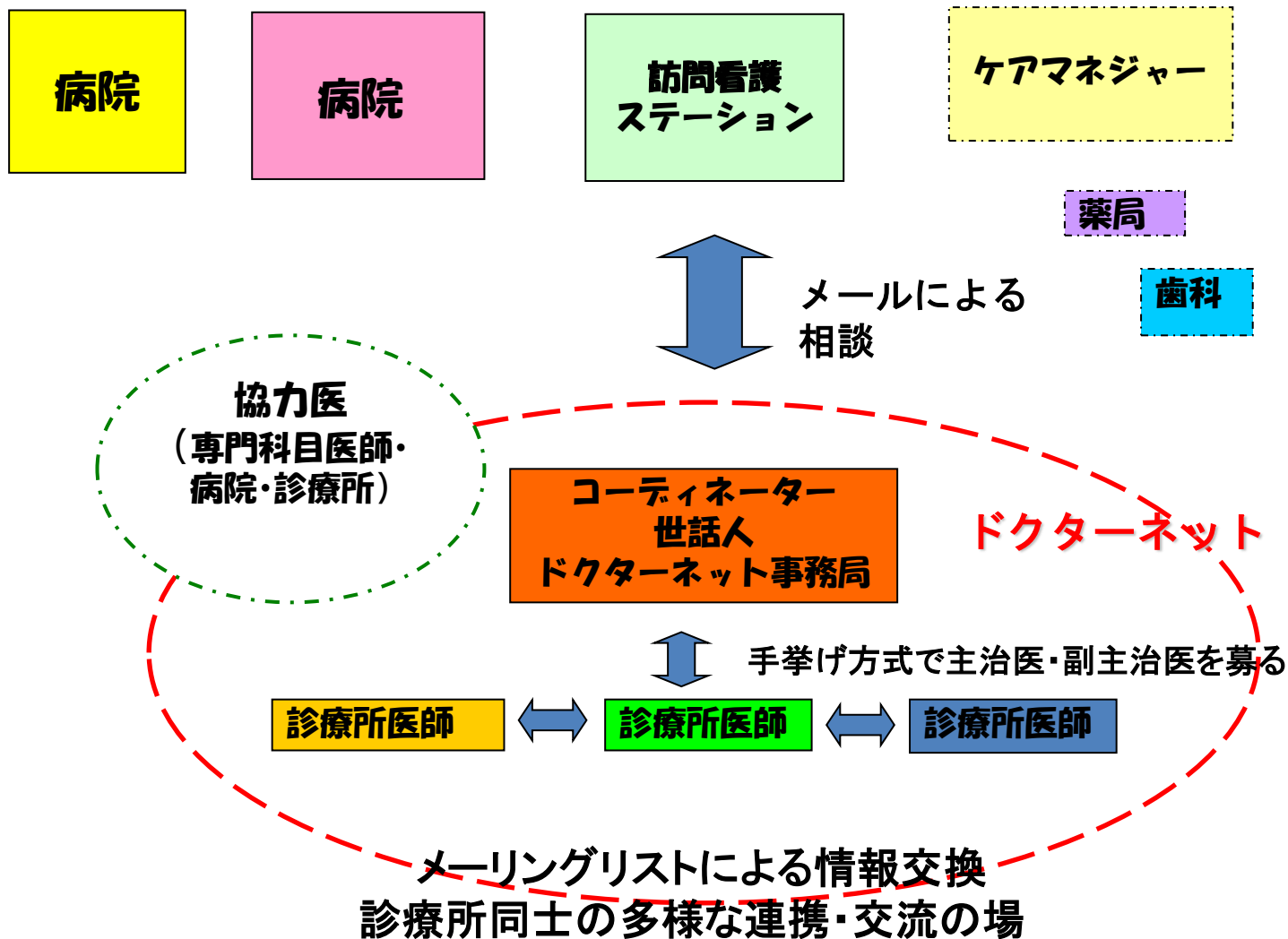
在宅診療はどうあるべきか？（都会型）



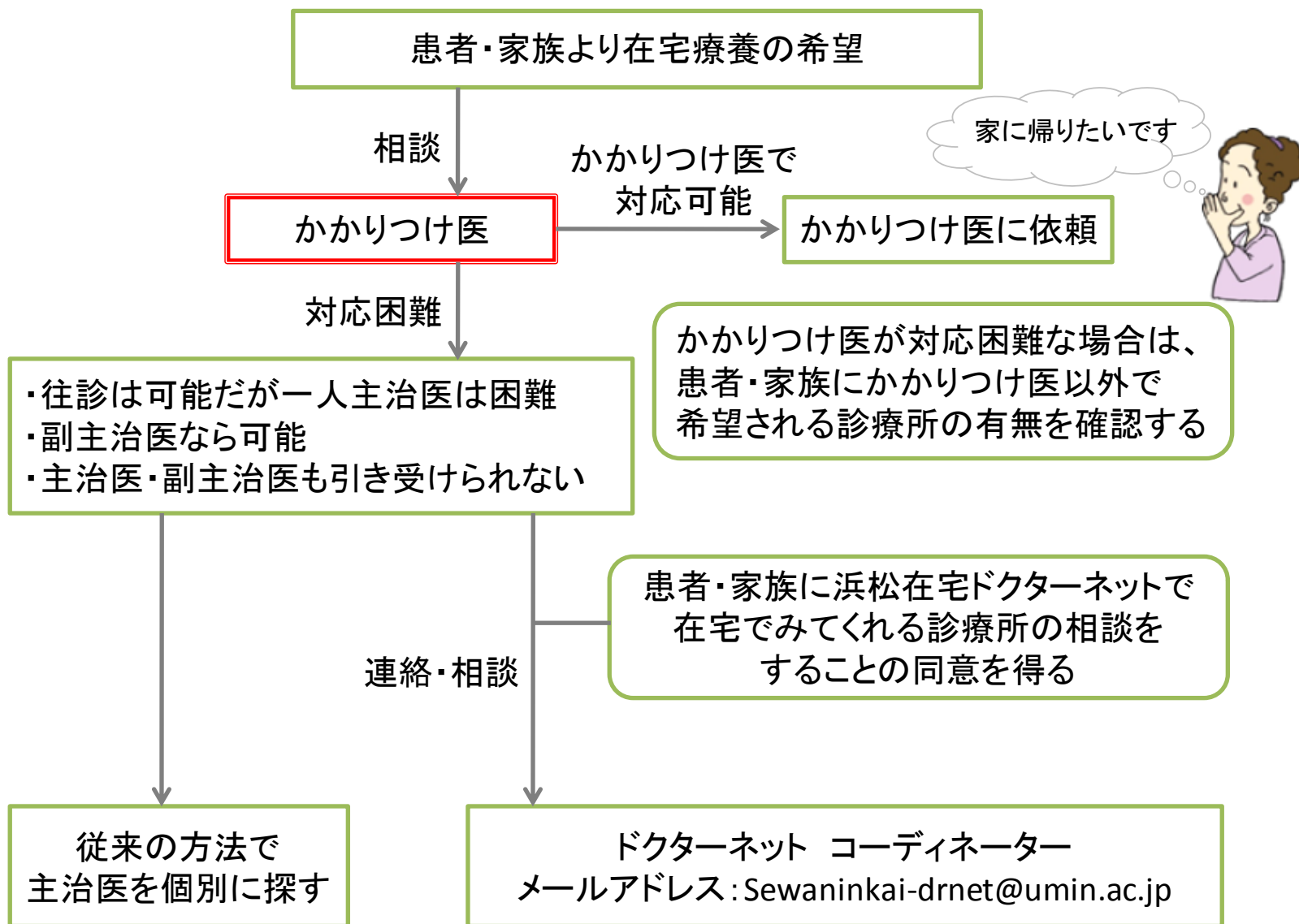
在宅診療はどうあるべきか？（地方型）



浜松在宅ドクターネット構想



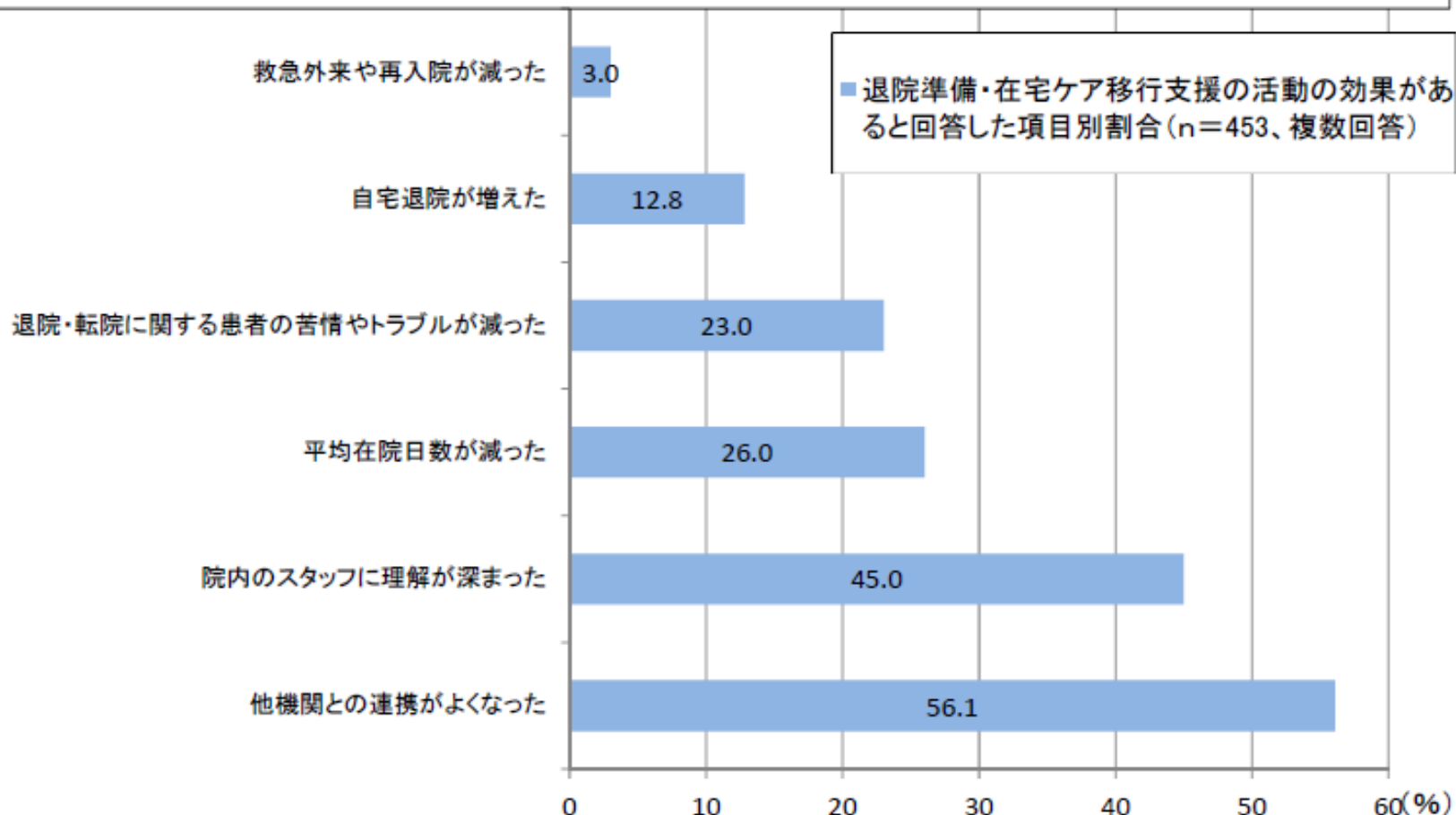
浜松在宅ドクターネットの利用法



まとめ？

退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

入院中あるいは退院後（再入院を繰り返す場合は再入院前）に患者・家族に実施した退院準備・在宅ケア移行支援の効果を担当部署や担当者に尋ねたアンケート調査によると、平均在院日数の減少や自宅退院の促進等といった効果がみられた。



出典：退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究 平成18年度 報告書 医療経済研究機構、平成19年3月

退院支援に係る入院医療と在宅医療のそれぞれを担う医療 機関連携の評価のイメージ

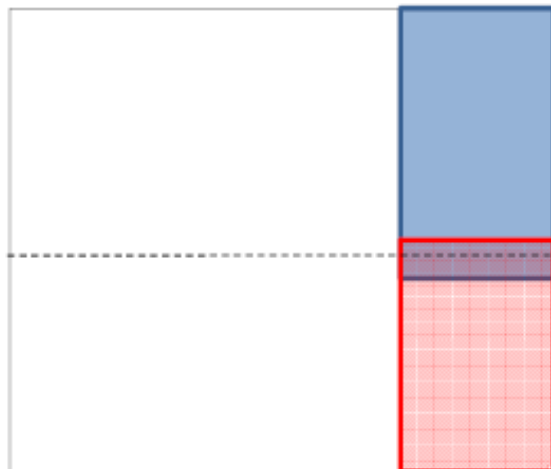
現在の連携のイメージ

将来の連携のイメージ

入院している医療機関

在宅（自宅や施設）を担う医療機関

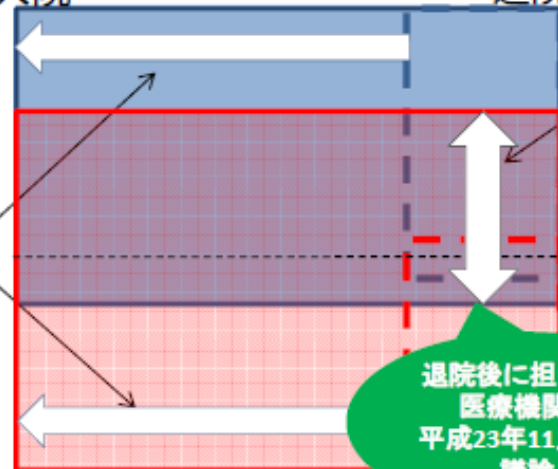
入院 → 退院



- ・入院後症状の安定が見込まれた時期からの退院調整
- ・在宅療養を担う医療機関の入院医療機関における退院後の療養上の指導のみ評価
- ・退院時期を中心とした連携

役割の拡大・関わり
の早期化

入院 → 退院



連携の強化

退院後に担当する
医療機関等
平成23年11月11日
議論

- ・医療機関において入院早期から退院後の生活を見越した退院支援を行う
- ・退院支援における在宅療養を担う医療機関の役割を強化
- ・入院医療と在宅療養を担う医療機関の連携を強化

早期からの退院支援の効果

- 方法 RCT(ランダム化比較試験)
- 対象 スクリーニングで、高リスクと判定された内科、神経内科および術後の高齢者
介入群:417人(平均年齢66.6歳) 対照群418人(平均年齢67.9歳)
- 介入内容 介入群:早期から(入院3日目から)の系統的な退院支援・調整をスタート
対照群:医師からの紹介があれば退院支援を実施、通常は何も行わない
- 結果 下記の通り
- 早期から退院支援をした介入群は、対照群と比較し、予定外の再入院率、予定外の再入院日数が有意に少なかった。
また、自宅への退院者数、退院9ヶ月後の自宅滞在率においては、対照群よりも有意に多かった。

結果

○予定外の再入院率

・退院4ヶ月後

介入群:103/417(24%)

対照群:147/418(35%)

$P < 0.001$

・退院9ヶ月後

介入後:229/417(55%)

対照群:254/418(61%)

$P = 0.08$

○予定外の再入院の日数

・退院9ヶ月後

介入群:10.1±8.3

対照群:12.1±9.1

$P = 0.001$

○自宅へ退院者数

介入群:330/417(79%)

対照群:305/418(73%)

$P < 0.05$

○退院後9ヶ月時点での自宅滞在率

介入群:259/417(62%)

対照群:225/418(54%)

$P < 0.05$

○患者のヘルスアウトカム

・Barthel score (scale 1 to 100)

退院1ヶ月後の平均値(SD)

介入群 85.3 (21.0)

対照群 86.5 (21.0)

○死亡数 (退院後9ヶ月時点) 介入群 66/417(16%) 対照群 66/417(16%)

Evans RL, Hendricks RD. Evaluating hospital discharge planning: a randomized controlled trial. Medical Care 1993;31(4):358-70.

退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果

入院1週間以内にスクリーニングを行い、退院困難が予測されるハイリスク患者(N=23)に対し、入院後10日前後に早期退院支援を行った。また、スクリーニングの結果ハイリスク患者として抽出されなかった患者(N=17)に対して通常の退院支援を行った。

○在院日数は実施群で短かったが、統計学的有意差はなかった。しかし実施群のほうが有意に分散が小さく、早期退院支援の実施は、入院の長期化を予防できる可能性が示唆される。

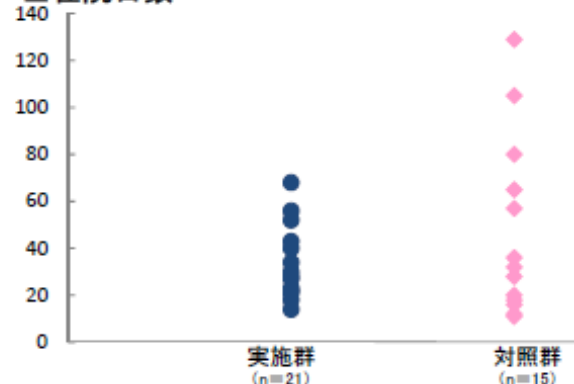
○実施群では、退院後の患者および家族の不安が軽減した。

○実施群のほうが退院時に多様なサービスの導入がみられた。

■退院時のサービス導入状況

	実施群 (n=21)	対照群 (n=15)
自宅退院	19	13
転院	2	2
かかりつけ医 訪問看護	6 7	2 1
ホームヘルプ デイケア	2 2	1 0
行政・在宅介護支援センター	9	0
医療機器メーカー その他	2 1	1 0

■在院日数



■退院時と退院後のSTAI(不安感の尺度)と介護負担感の変化—実施群と対照群の比較—

	退院時		ns	退院後		***	退院後の退院時からの変化		ns
	実施群	対照群		実施群	対照群		実施群	対照群	
本人状態不安	41.4±11.3	37.7±5.7	ns	36.5±12.3	38.3±6.1	***	4.9±2.9	1.5±5.8	***
本人特性不安	39.9±10.7	35.8±6.5	ns	39.4±10.7	35.1±6.3	ns	0.6±0.9	0.6±1.4	ns
家族状態不安	46.4±10.1	42.3±9.7	ns	38.6±11.0	41.1±8.1	**	8.4±8.4	2.0±8.1	*
家族特性不安	42.1±12.0	39.8±9.4	ns	41.3±12.7	40.8±9.6	ns	0.8±1.8	0.5±1.9	ns
介護負担感	25.9±13.3	34.6±17.3	ns	19.9±9.3	29.0±17.4	ns	6.1±8.1	5.5±10.0	ns

平均±標準偏差 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001 ns:not significant



でも、待てよ！

看護の仕事に関して
「診療補助」>>「療養上の世話」と
言ったばかりじゃないか…

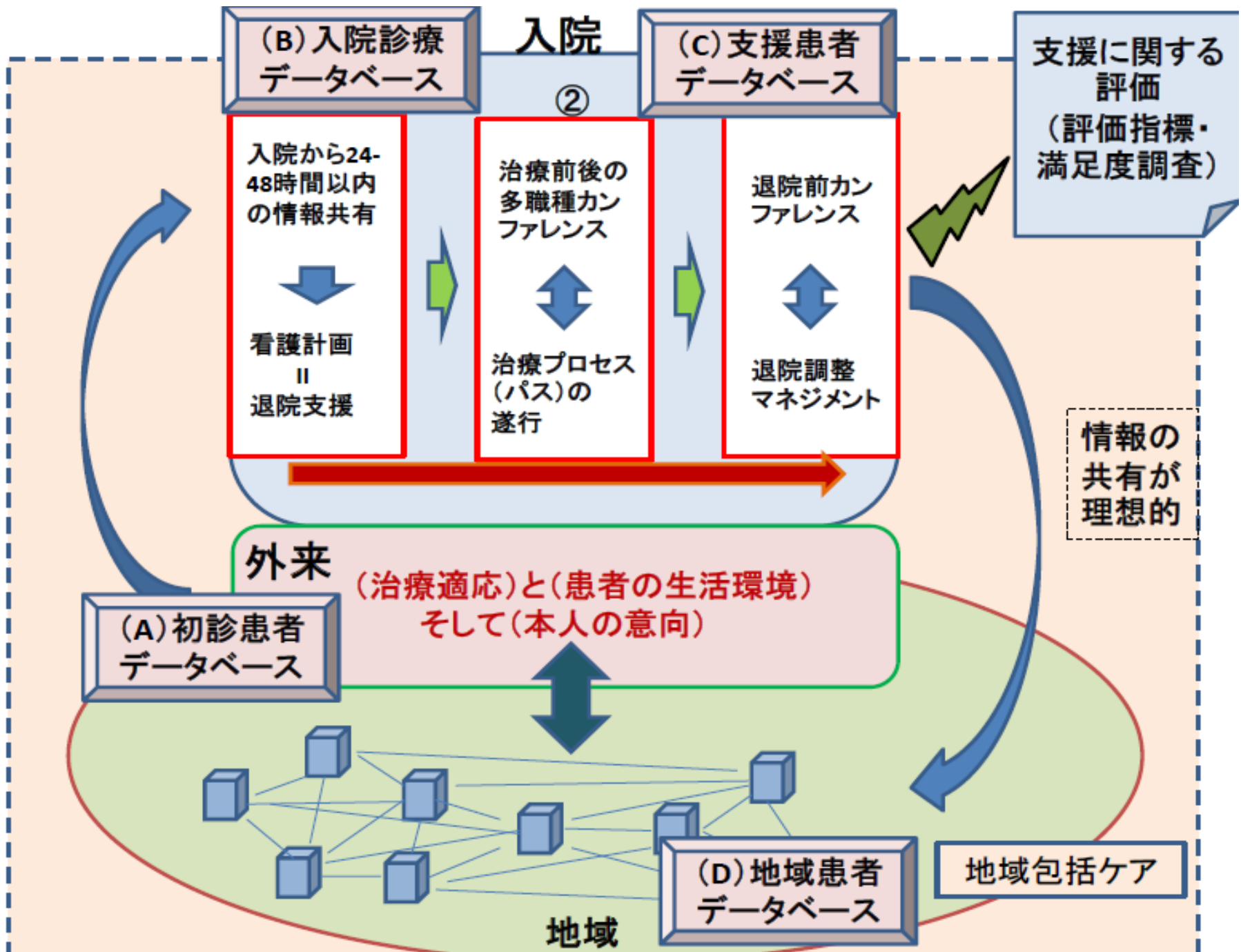
早期介入はOK(正しい)
患者のニーズは何か？
入院という一大イベントで
大事な人生が分断されている
それに、医療者は気づくべき！

国民的啓発活動も重要！

厚労省に振り回されず、
患者にとって満足度高く
地域住民が望んでいることをやりたいな
(妙な指標より満足度調査を重視)

それには…

ある程度のIT化推進は有用
アナログ的な優しい対応
そして、人材育成が絶対重要



在宅医療相談窓口
在宅医療に関するご相談はこちら

在宅医療に関わる職種の皆様へ

一般社団法人静岡県医師会

静岡県健康福祉部

構成団体・組織

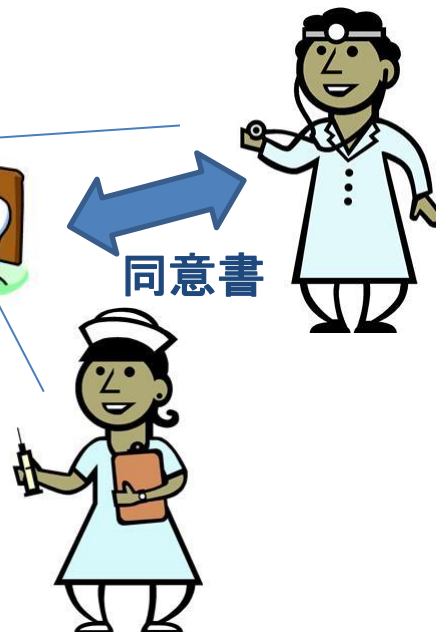
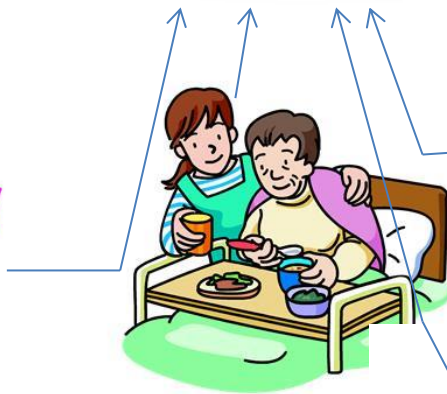
【関係者向け】
静岡県版在宅医療連携ネットワークシステム
※本システムは、予め、静岡県在宅医療推進センターに登録した施設・利用者・養老のみが利用可能なシステムです。

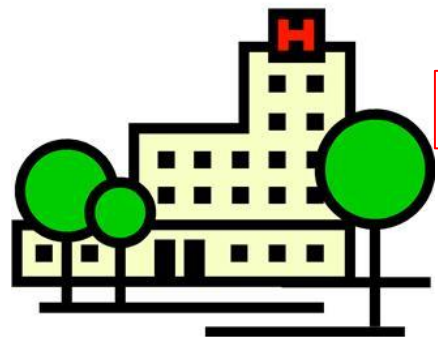
静岡県版在宅医療連携ネットワークシステムについて

現在準備中です



情報共有ツール
(電子カルテ化)?





退院前カンファ

退院元病院での登録

- 退院後の患者情報を閲覧できる！
- 変化があった際の助言、早めの対応



ポスト使用の許可

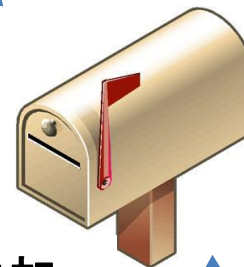


看護の
視点で

日々の日記
感覚で



あとから参加
でもOK



閲覧可能

メインメニュー

- Home
- 講演・記事・論文等の紹介
- 医療関係のネットニュース
- 静岡県内医療機関マップ
- コラム
- クラーク養成講座資料

リンク集

- 浜松医科大学医学部附属病院
- 「明日の病院運営を考える会(通称:小林塾)」
- 浜松医師会
- 浜松市薬剤師会
- 浜松市公式HP
- 静岡県公式HP
- 厚生労働省
- 株式会社 girasol

Welcome to Nakama Project

減塩弁当について

2013年 4月 29日 (月曜日) 00:42 小林利彦

浜松医師会ならびに浜松市が主体となり「低塩低カロリープロジェクト」が動き出した。その一環として、市内のホテルや百貨店等で「減塩弁当」を出展?してもらえるように働きかけている。

◀ 続きを読む ▶ ◀ 新しいコメント追加 ▶
最終更新 2013年 4月 29日 (月曜日) 00:48

CCPマトリックスについて

2013年 4月 25日 (木曜日) 03:03 小林利彦

最近 NDC/PPDSに終了後CCPマトリックスの議論が再開されています

検索

検索...

アクセスカウンター

134441

	今日	167
	昨日	499
	今週	2178
	先週	4960
	今月	666
	先月	14085
	合計	134441

NAKAMA PROJECT
静岡県内医療機関マップ

自宅住所

住所検索結果
OK:アクトシティ浜松

診療所(内科)
病院+診療所(内科)
病院
診療所(歯科)
病院(療養病床有)
包括支援センター
訪問看護ステーション

10
20
30
100

表示

(ここに、選択した病院の情報が表示されます。)

検索結果

- 静岡県浜松赤十字血液センター浜松駅前出張所
 - 0 km
 - 浜松市中区板屋町110-5 1F
 - 053-413-2070
 - 日本赤十字社静岡県支部
 - 内
- 田中整形外科医院
 - 0 km
 - 浜松市中区板屋町110-5
 - 053-456-3381
 - 医療法人社団奎人会
 - 整形外科
- 相羽内科クリニック
 - 0 km
 - 浜松市中区板屋町110-5 浜松第一生命日通ビル2階
 - 053-458-6776
 - 相羽 公則
 - 内 呼 消
- マンガベインクリニック
 - 0 km
 - 浜松市中区板屋町110-5