

「地域連携と退院支援」

看護師ラダーⅡ 6年目研修

- 1 医療費抑制政策の基本概要
- 2 退院支援の流れ
- 3 地域連携に関する診療報酬
- 4 介護保険の概要
- 5 まとめ
(早期退院支援のポイント)



2013年1月9日(水)

地方独立行政法人 大牟田市立病院
地域医療連携室 主査 MSW 北嶋晴彦

本日の目的

退院支援・退院調整に必要な制度について基礎知識を学ぶ

現場での疑問を解消し看護実践につなげることができる

キーワード

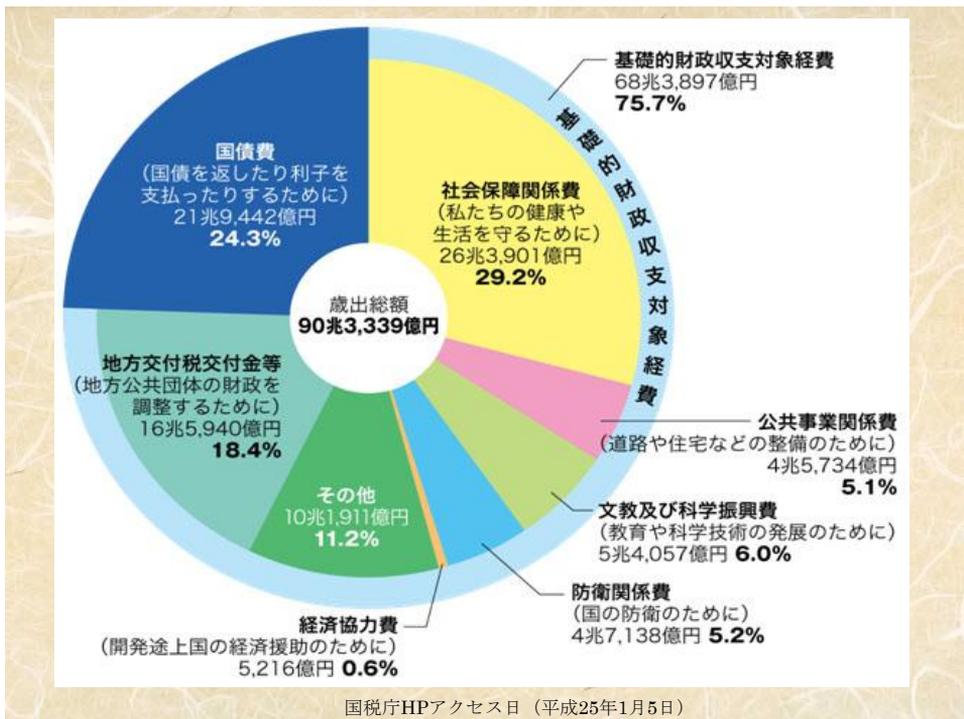
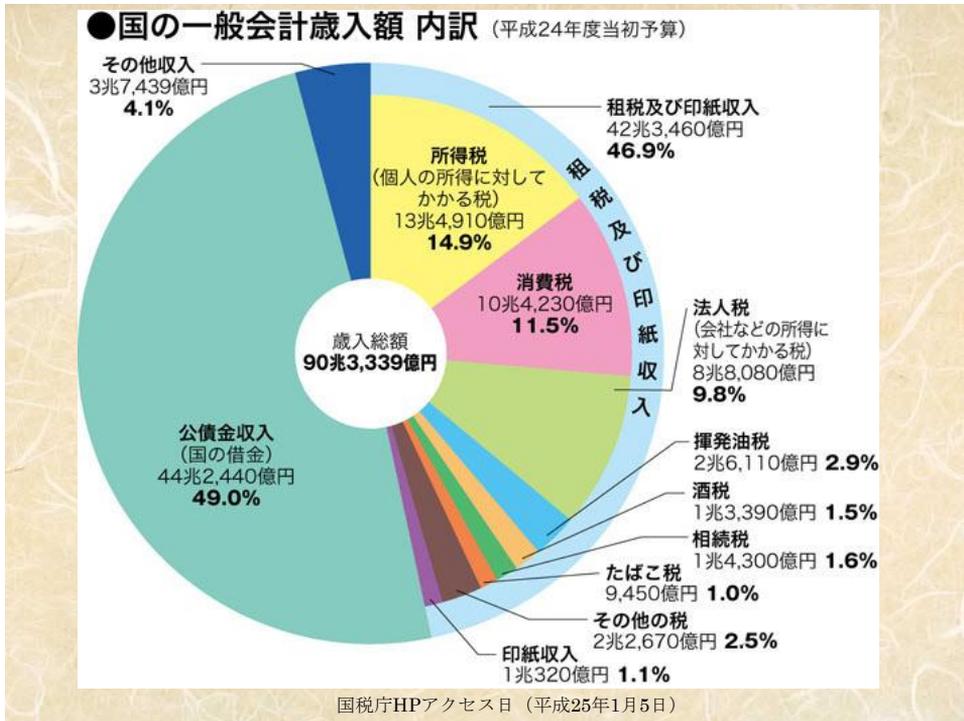
医療費抑制 (政策)

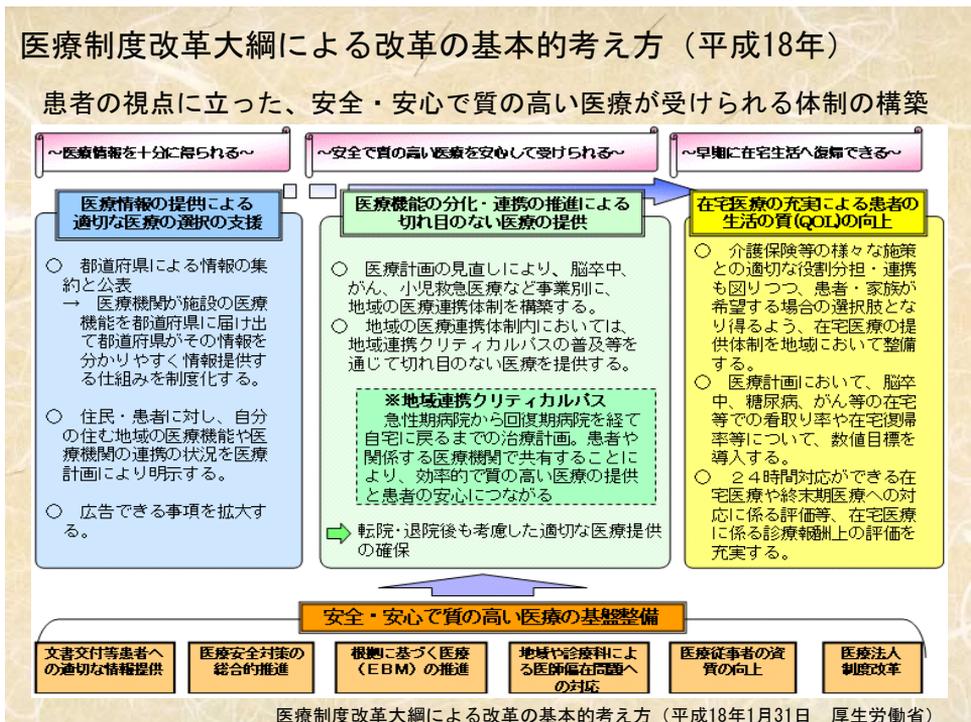
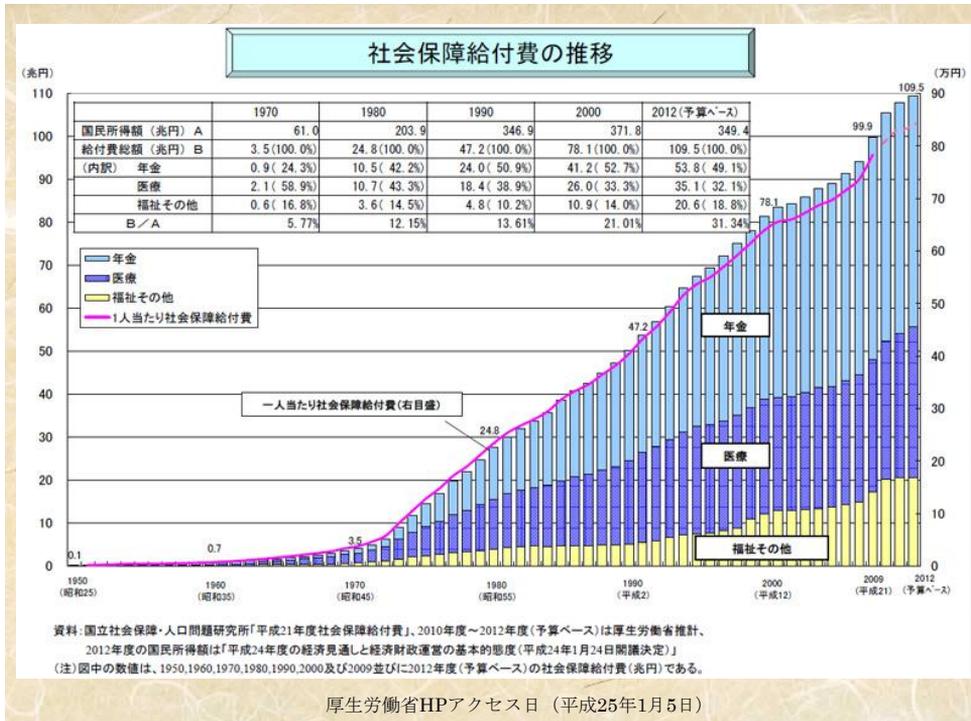
地域連携

退院支援

地域包括ケア

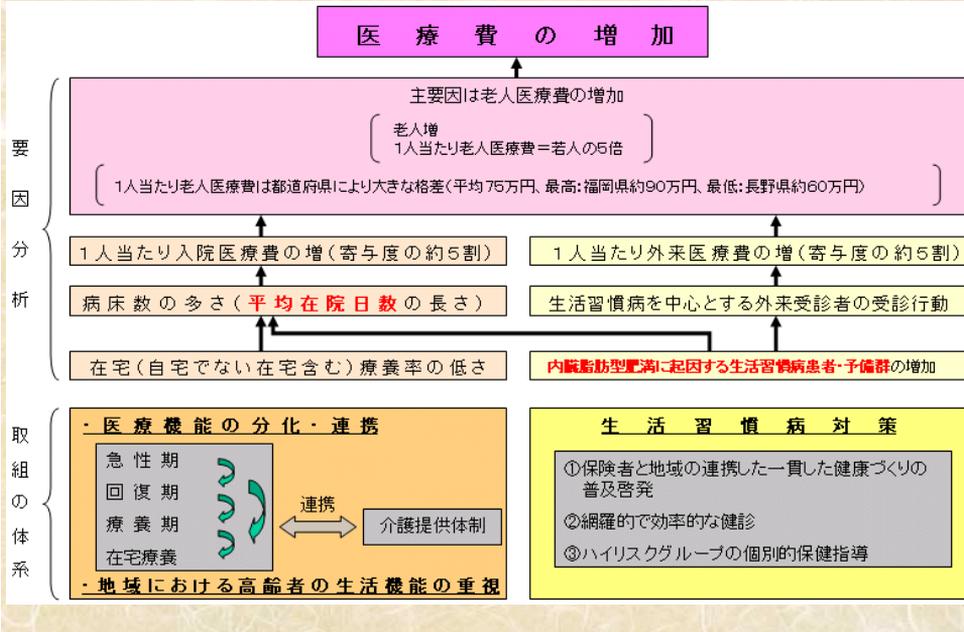
院内連携



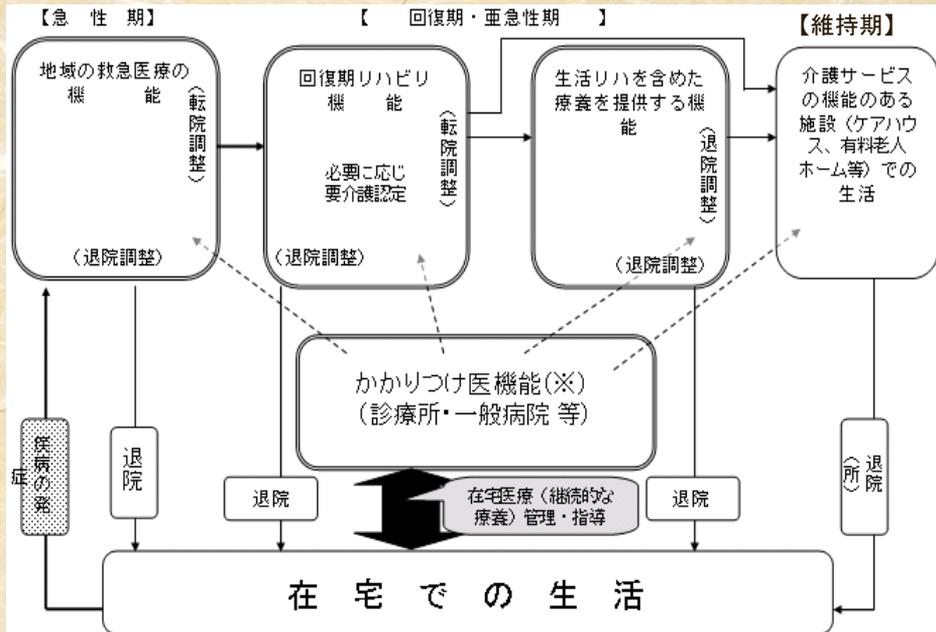


医療費増加の構図

医療制度改革大綱による改革の基本的考え方
(平成18年1月31日 厚生労働省)



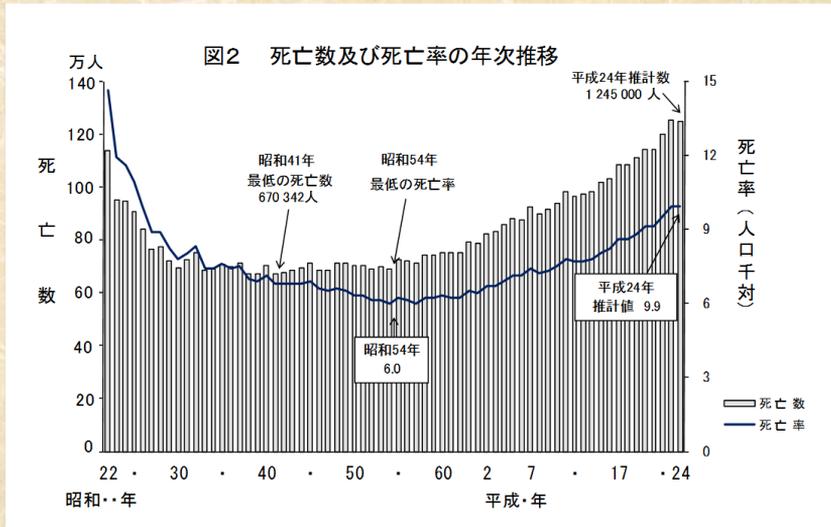
脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ (厚労省:平成18年度医療制度改革関連資料)



日本人の死亡者数(平成23年)

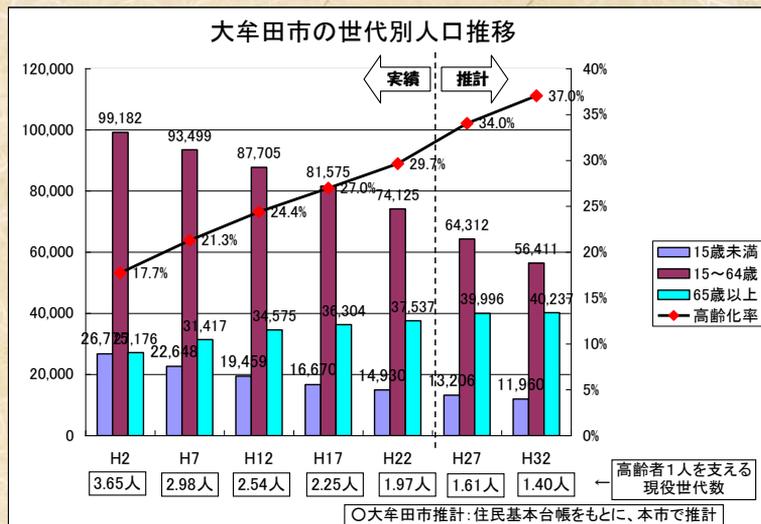
死亡数 125万3066人

出生数 105万0806人 自然減数20万2260人



平成24年人口動態統計年間推移(厚労省)平成25年1月1日発表

資料提供: 大牟田市長寿社会推進課



○本市では、近年高齢者数の増加そのものは鈍化しているものの、現役世代(15~64歳の生産年齢人口)は今後も減少が見込まれます。

○そのため、高齢者1人を支える現役世代の数も大幅に減少し、平成22年で高齢者1人あたり1.97人と既に我が国の20年先の状況です。

みなさんに質問です。

①「連携」と「連係」の意味の違いは何？

→「連係」・・・駅伝型
つながって次に及ぶこと

「連携」・・・サッカー型
同じ目的を持つ者が互いに連絡を取り協力しあって物事を行う



②「医療連携」と「地域連携」の意味する概念のちがいは何？

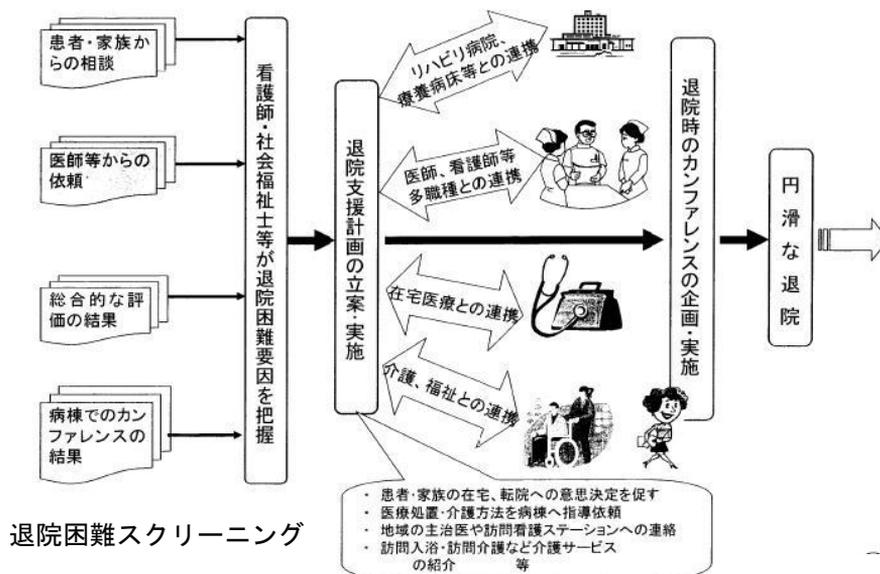
→「医療連携」は医療機関同士の連携。
「地域連携」は保健・医療・福祉を含めた連携を示す。



③「マネジメント」とはどのような意味でしょうか？

→ 経営、管理。目標を達成するために必要な要素を分析する（アセスメント）
限られた資源で最大の効果効率を上げる。

看護師・社会福祉士等による退院支援のイメージ



入院時ハイリスクスクリーニング

ID	氏名	入院日
性別	年齢	記入日
【退院困難な要因】		
<input type="checkbox"/> 病状 (口悪性腫瘍 口認知症 口肺炎 口脳卒中 口大腸部近位部骨折 口圧迫骨折 口その他())		
<input type="checkbox"/> 緊急入院(予定外入院)		
<input type="checkbox"/> 介護保険 有		
<input type="checkbox"/> ADL低下・廃用		
<input type="checkbox"/> 排泄に介助が必要		
<input type="checkbox"/> 介護力不足(同居者の有無に関わらず)		
<input type="checkbox"/> 退院後に医療処置が必要		
<input type="checkbox"/> 入院後の繰り返し(予定入院以外)		
<input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 上記項目への該当なし		
<input type="checkbox"/> 地域医療連携室へ集配して下さい。		
<input type="checkbox"/> 地域医療連携室確認日 (平成 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> カンファレンス(平成 年 月 日)		
結果 <input type="checkbox"/> 介入不要		
<input type="checkbox"/> 介入 (口即日 口経過観察)		
→ 退院支援計画書作成へ		
地域医療連携室 スクリーニング担当者 (北嶋・永江・山本・釘崎)		
<input type="checkbox"/> 連携室担当者 (北嶋・永江・山本・釘崎)		
<input type="checkbox"/> 介入日 (平成 年 月 日)		

試験運用中(東6階 西5階)

- 1 退院困難な要因(1~3日以内)
- 2 地域医療連携室にて確認
- 3 カンファレンス (看護師長と話し合い)
- 4 介入 → 退院支援計画書作成
介入不要 → 経過観察

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 様 (歳) 入院日:平成 年 月 日
 (ID: _____) 介護日:平成 年 月 日

病棟 (前室)	東7 東6 西6 東5 西5 西5 救急 西3
主病名 (他に考え得る病名)	[_____] <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 骨折・整形疾患 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 ()
退院が困難 と考えられる理由	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 介護保険該当 (特定疾病: _____) <input type="checkbox"/> 廃用・ADL低下 <input type="checkbox"/> 緊急入院 (予定外入院) <input type="checkbox"/> 排泄介助が必要 <input type="checkbox"/> 介護力不足 <input type="checkbox"/> 医療措置が必要 <input type="checkbox"/> 入院後の繰り返し <input type="checkbox"/> その他 ()
退院に係る問題点、 課題等	<input type="checkbox"/> 転院・転所 (療養先) の選定 <input type="checkbox"/> 介護保険等の在宅ケアの準備 <input type="checkbox"/> 病状の不安 <input type="checkbox"/> 治療や医療処置のこと <input type="checkbox"/> 医療費・療養費などの経済的なこと <input type="checkbox"/> その他 ()
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> リハビリ病院 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 精神病院 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他施設 ()
退院支援計画を 行う者の氏名	病棟師長 () ※下記の退院支援担当者を除く者

面談日:平成 年 月 日

患者以外の相談者	家族・その他関係者 ()
現在利用中のサービス (わかる範囲で記載)	介護保険: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 要介護度: 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 担当ケアマネジャー: _____ 障害者手帳: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 肢体・心臓・内部・視覚・聴覚・言語 (級) 特定疾患等: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 施設入所: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (施設名: _____) その他: _____
退院へ向けた目標設定、 支援期間、支援概要	<目標設定> <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 他 () <支援概要> _____ <支援期間> (おおよそ 日 / 週間)
退院後に利用が予想される 社会福祉サービス等	<制度> <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 医療費・生活費 <input type="checkbox"/> その他 () <サービス> <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護用品 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 入浴サービス <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()

注) 上記内容は、現時点で考えられるものです。病状の変化等に応じて変わる事があります。

当院が担当介護支援専門員からケアプラン等の
情報提供をいただき、カルテに保存すること
に、 同意する 同意しない
※同意しない事で不利益を受ける事は一切ありません。

退院支援計画担当者: _____

地域連携パスの運用状況

- ✓ 大牟田骨折医療連携会（大牟田大腿骨近位部地域連携パス）
 大腿骨頸部骨折を中心とした疾患のパス。
 大牟田地域の8病院と連携。2008年6月より開始。
 平成23年度実績 15件

- ✓ 有明地区脳卒中連携協議会
 脳卒中对応パス。回復期を担うリハ病院8病院と連携。
 パス運用は2010年4月から開始。 平成23年度実績115件。

- ✓ がんパス（私のカルテ）
 5大がん（胃がん 肝がん 肺がん 乳がん 大腸がん）
 各疾患ステージⅠの運用中 平成23年度実績11件。

その他、地域連携の評価（一部）

項目	平成24年	備考
地域連携診療計画管理料	900点	計画管理病院
地域連携診療計画 退院時指導料	600点	紹介先の医療機関
がん治療連携計画策定料	750点	がんの治療目的の初回入院のみ
がん治療連携指導料	300点	連携先の医療機関 1回/月
開放病院共同指導料Ⅰ (在宅医療を担う医療機関)	350点	患者1人1日につき1回算定
開放病院共同指導料Ⅱ (入院中の医療機関)	220点	患者1人1日につき1回算定
退院時 リハビリテーション指導料	300点	自宅退院時1回 リハスタッフ、看護師、 社会福祉士等でも可

退院支援(地域連携)に関する診療報酬上の評価(一部)

※2012年診療報酬改定

加算項目	保険点数	備考
退院調整加算1 (一般病床ほか)	340点 (14日以内退院) 150点 (15日以上30日以内) 50点 (31日以上)	退院困難スク リーニング実施 7日以内に退院支 援計画書作成
退院調整加算2 (療養病床ほか)	800点 (30日以内) 600点 (31日以上90日以内) 400点 (91日以上120日以内) 200点 (121日以上)	
介護支援連携指導料	300点	入院中2回 ケアマネと連携

退院支援に関する評価

退院時共同指導料

名称	診療報酬	条件
退院時共同指導料1 (在宅を担う医療機関)	1000点	在宅療養支援診療所 末期がんの場合2回可
	600点	上記以外
退院時共同指導料2 (入院中の医療機関)	300点 (+300点※1)	入院中の医療機関 末期がんの場合2回可
	+2000点	3職種以上の参加 ※2

※1 在宅医療を担う医師が参加した場合 +300点

※2 在宅医師、看護師、保険薬剤師、訪問ST看護師、ケアマネ、他

退院前カンファレンス（退院時共同指導2）

退院前カンファレンスシート (患者ID:)		入院日: 2009 年 7 月 31日
ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇	退院日: 2009 年 8 月 13 日
氏名	〇〇 〇〇 様	性別 男 生年月日 1968年3月21日 年齢 41
住所	〇〇市〇〇町	
主治医	徳武一郎 先生・松下 友 先生 / 耳鼻科 / 入院科棟 (東3階)	
診察名 (連帯者のみ)	カンファレンス目的 今後の生活目標	
※1 舌癌術後	ご本人の希望も踏まえ、自宅退院 (在宅医療導入)	
※2 再発不妊性貧血 (25歳時骨髄移植)	※介護サービス導入) での退院支援を行っています。	
※3 左頸部リンパ節再発	退院は8月14日 (金) を予定ですが、ご本人 (ご家族) と	
※4	協議・協議関係者間による調整ありを行い、できる限り、安心・安全に退院して頂くようには調整関係を確	
カンファレンス参加者 (指図者) 合計: 5 人	議 題	
議 題	1. 参加者紹介	
議 題	2. 現在の病状やケア状況についての確認	
議 題	3. 受け入れ体制の確認 (医師、看護師、ケアマネ)	
議 題	4. 緊急時の確認 (夜間対応など)	
議 題	5. まとめ (退院日時の確認/準備するもの/他)	
議 題	記 録	
議 題	その日部よりレポートあり。ターミナル期。病状が急変しやすいため、24時間高カロー輸液を行っている。酸素飽和97%。転倒注意。転倒は不明である。産業で経路コントロールをしている。入院は可能。最善のターミナル期 (心臓停止後) での医療対応については、できるだけの医療処置 (輸血、人工呼吸器、鼻圧病、心臓マッサージ) は行ってほしい希望あり (妻)。在宅療養は退院時に納品。ネグライザー、吸引器は必要に応じて納品 (藤沢院長、訪問看護)。	
介護	電動ベッド→8月14日 (退院当日) 13:00に納品。介護保険認定結果待ち。ボータブトイン移動必要。	
その他	自宅には、妻、両親がいる (本人一人になる時は基本的になし)。妻が看護師であり、家族のサポートも行ってもらう。患者は自宅トイレに行きたい希望あり。退院は、8月14日 (金) 14:00に退院を出席する。自宅退院時の搬送は、退院の緊急車で行なう。退院当日は、藤沢先生と末田氏が12:00頃に来院して、輸液とレポートの確認を行う。	
●退院前カンファレンス ●出口2階目 → ●在宅医療担当医師の参加 ●在宅医療支援の専門職者以上の参加 ●在宅医療の看護師等・薬剤師・訪問看護師 ●ケアマネ・歯科衛生士・その他 ()		

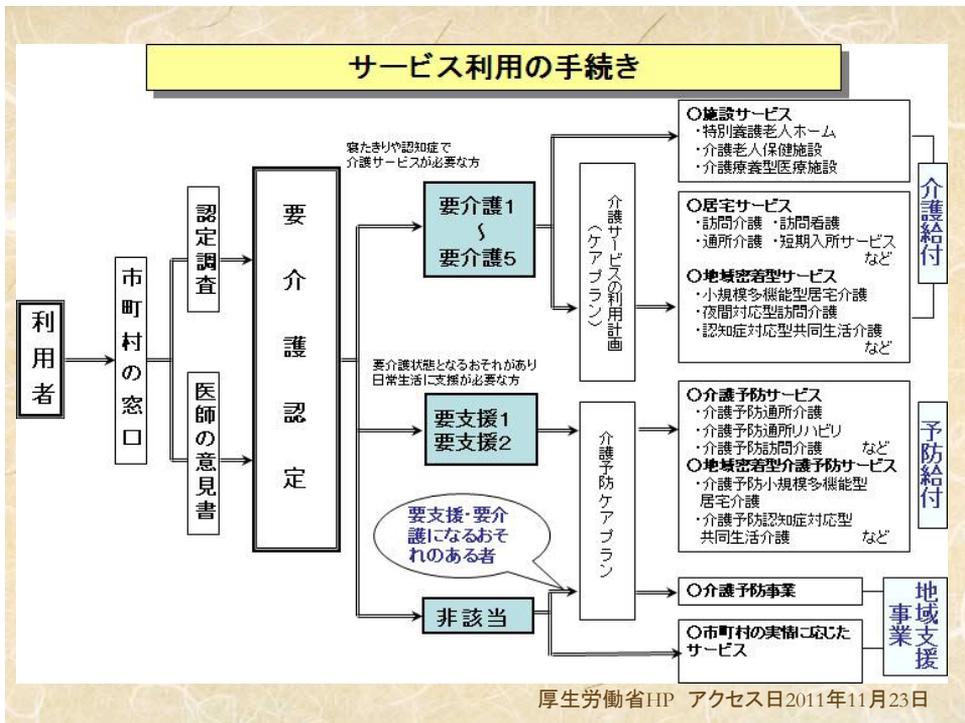
➤ 「合同カンファレンスシート」は電子カルテへ保存。記載は直接カルテ記載し保存ができる。

※下記はがんターミナルケアカンファレンスの実際



平成24年度介護報酬改定（医療と介護の評価一部）

項 目	平成24年度	備考
入院時情報連携加算	200単位 (訪問) 100単位 (訪問以)	1 回/月
退院・退所加算	300単位	3回/入院・入所期間
小規模多機能型 居宅加算	300単位	
緊急時等居宅 カンファレンス加算	200単位	2回/月 居宅カンファレンス

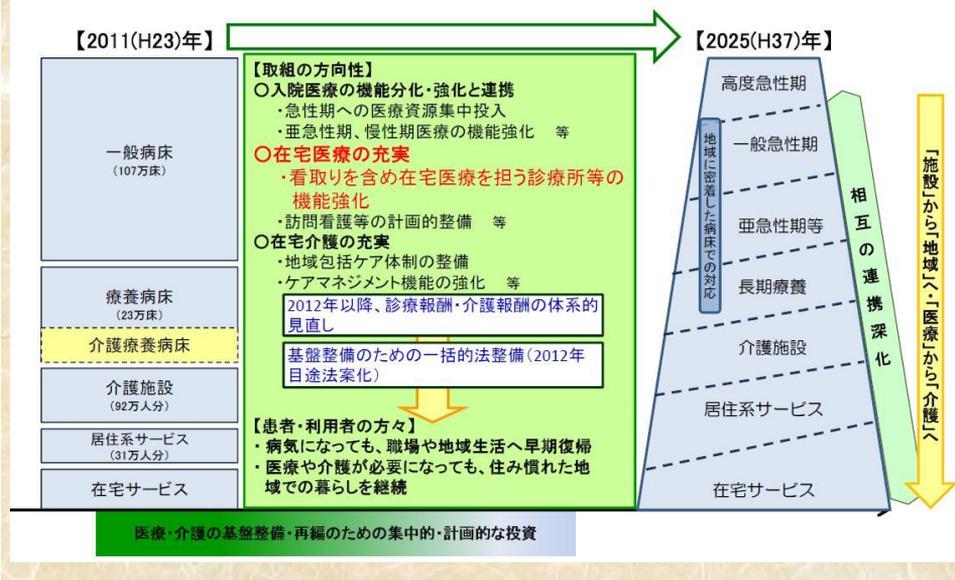


要介護度	居宅サービス 1ヶ月支給限度額	身体の状態例
要支援1 	49,700円	日常生活はほぼ自分でできるが、現状を改善し、要介護状態予防のために少し支援が必要。
要支援2 	104,000円	日常生活に支援が必要だが、それにより要介護状態にいたらず、改善する可能性が高い。
要介護1 	165,800円	立ち上がりや歩行などに不安定さが見られることが多くあり、日常生活に部分的な介助が必要。
要介護2 	194,800円	立ち上がりや歩行などが自力でできない場合が多く、排泄や入浴などにも一部または全介助が必要。
要介護3 	267,500円	立ち上がりや歩行、排泄や入浴、衣服の着脱などに、ほぼ全面的な介助が必要。
要介護4 	306,000円	日常生活全般にわたり、さらに動作能力が低下し、介護なしでは日常生活が困難。
要介護5 	358,300円	生活全般に全面的な介助が必要で、介助なしでは日常生活がほとんど不可能。

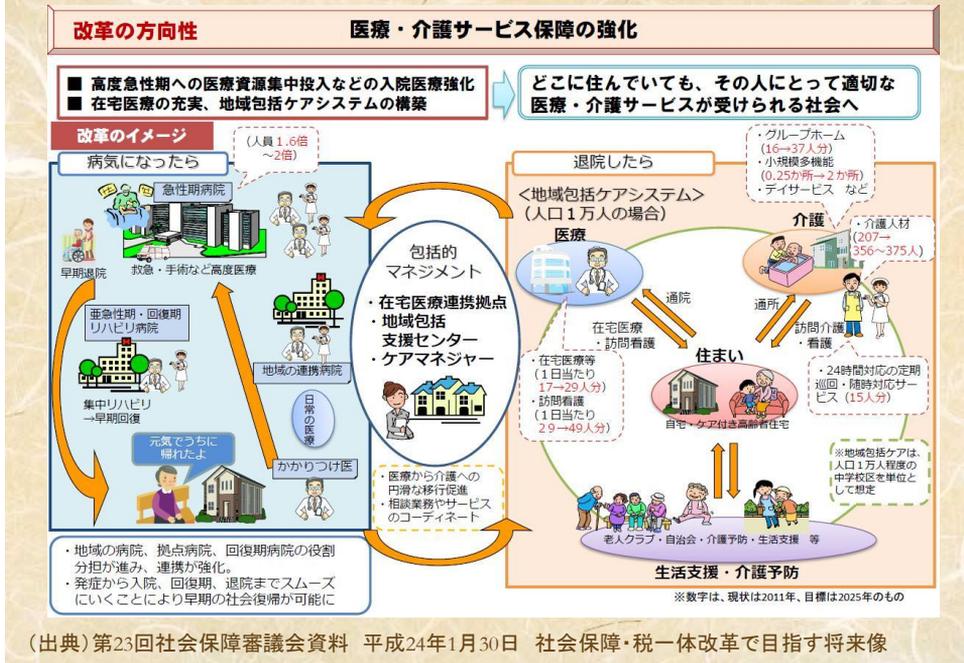
大牟田市地域包括支援センター

「要支援」の方の予防プランを立てるところ

名称	所在地	担当校区
中央地区地域包括支援センター	市役所 長寿社会推進課内	上官、大牟田、大正、 中友、白川、平原
手鎌地区地域包括支援センター	手鎌地区公民館内	明治、手鎌
吉野地区地域包括支援センター	吉野交差点近く (吉野地区公民館 準備期間中の仮 設)	上内、吉野、倉永
三池地区地域包括支援センター	三池地区公民館内	高取、三池、羽山台、 銀水
三川地区地域包括支援センター	三川地区公民館内	みなと、天領
駿馬・勝立地区 地域包括支援センター	駿馬地区公民館内	駿馬南・駿馬北・ 笹原・天道・玉川

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ
(社会保障・税の一体改革)

社会保障制度改革の方向性



ケアマネジャーから医療側への意見(一部)

医療・介護の連携推進のための意見交換会より

- ✓患者の高齢化に伴い、在宅に困難を要する患者も増え、(医療と介護の)連携の強化が必要であると思っています。
- ✓今後在宅支援が増えてくると、医師のケアマネの関係づくりが必要。
- ✓医師との面談は敷居が高く感じる・・・永遠の課題と思うが・・・
- ✓ある病院では、医師へ介護認定結果やケアの留意点をお聞きしようと思っても、患者の受診時同席でない場合は、受付の看護師から断られる。
- ✓直接医師に面会を依頼しても時間が無いといわれることがある。
- ✓患者の退院に合わせてカンファレンスをしたいが時間が無いので困難。
- ✓ケアマネタイム(医師とケアマネの情報交換の時間)を設けてほしい。1回/週でもよいので。

第1回～4回 1回/年 約120名(参加者) 主催:大牟田市介護支援専門員連絡協議会

早期退院支援に必要なポイント

1. 患者・家族の意向を聴く
2. 退院支援（計画）は、入院時もしくは外来時（入院予定がきまる時期）から始まる。患者・家族も理解してもらうことが必要。
3. 介護力の有無、家の構造・経済力・患者や家族の生活パターンなどの情報を得る
4. ケアマネジャーと早めに連携をとる（情報交換）
5. 困ったことがあったら、いつでも相談できること、また、相談室や相談員が対応することを患者・家族へ明確に伝える
6. 患者にとって、良い医療を継続して受けるために、医療連携（地域役割分担）があることをハッキリと伝える

本日は、ありがとうございました。

地域連携は、なによりも「院内連携」が大切です。お互いに、なんでも相談し合える円滑な顔と心に見える院内連携を目指しています。

平成25年4月には、MSW（社会福祉士）が2名～3名増員する予定です。将来は、退院支援担当者を病棟担当制として配置することを目指しています。

これからも、よろしくおねがいします。

