

第14回入退院Webセミナー 医療の質・経営の質向上を目指して

急性期病院における退院調整の実際

2023年5月28日（日）佐久医療センター
患者サポートセンター 地域医療連携室
齊藤 まゆみ



本日の内容

- 1、**当院について**
- 2、退院支援の必要性
- 3、診療報酬改定から
- 4、退院支援の実際
- 5、退院支援委員会の活動
- 6、地域との連携

当院の概要

開院 2014年3月1日
佐久総合病院から分割移転
専門医療と救急・急性期医療に特化した予約・紹介型の
高度急性期病院 地域医療支援病院

【指定機関名称】

地域医療支援病院

DPC特定病院群（Ⅱ群）

地域がん診療連携拠点病院

救命救急センター

地域災害医療センター

地域周産期母子医療センター

臨床研修指定病院

第2種感染症指定医療機関

信州ドクターヘリ運航病院

病床数 450床

平均在院日数 10.2日（2022年度実績）



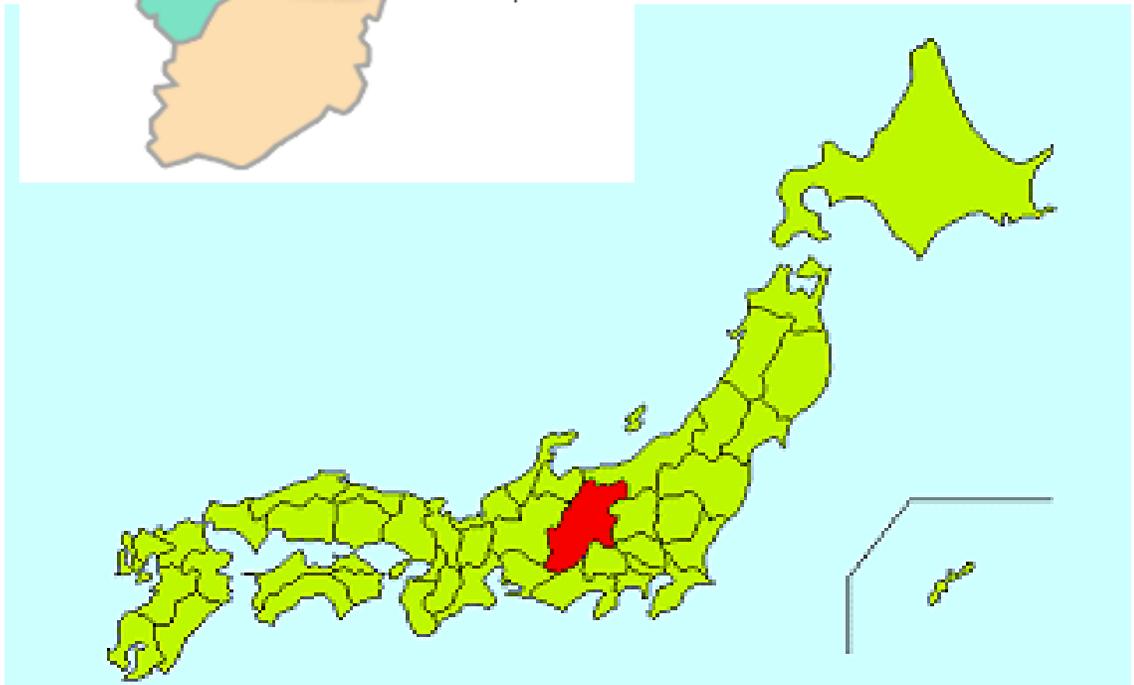
東信地域の医療圏（2次医療圏）



上小医療圏



佐久医療圏





309床

佐久総合病院（本院）



450床

佐久医療センター



99床

小海分院



小海診療所



94床

佐久老人保健施設



80床

老人保健施設こうみ

病病連携



佐久医療センター
450床

車で20分



車で50分



佐久総合病院（本院）

309床（一般病床
地域包括病棟 回復期リハ病棟）



車で30分



小海分院

99床（一般病床・医療療養・地域包括8床）

佐久病院グループの連携（転院調整）

●スムーズな病院間連携（転院調整）

- ・イントラネットを使用し転院を依頼 **情報共有**
- ・地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟対象者
- ・転院後の退院先の見込み

* 各病院の空床状況や退院予定の把握

連携室で患者情報及び診療上の情報の共有

*** 転院方向が決定→調整は連携室看護師（医師の負担軽減）**

2021年度 転院患者数1217件 佐久総合病院429件 小海分院158件

2022年度 転院患者数1237件 佐久総合病院373件 小海分院135件

患者サポートセンターに集約した部門

●地域医療連携室 (前方・後方支援) **看護師5名**

●医療福祉相談室 **MSW7名**

●入退院支援室

退院支援：看護師とMSWのコンビ体制

入院時重症患者対応メディエーター

●クリニカルパス管理

●総合案内

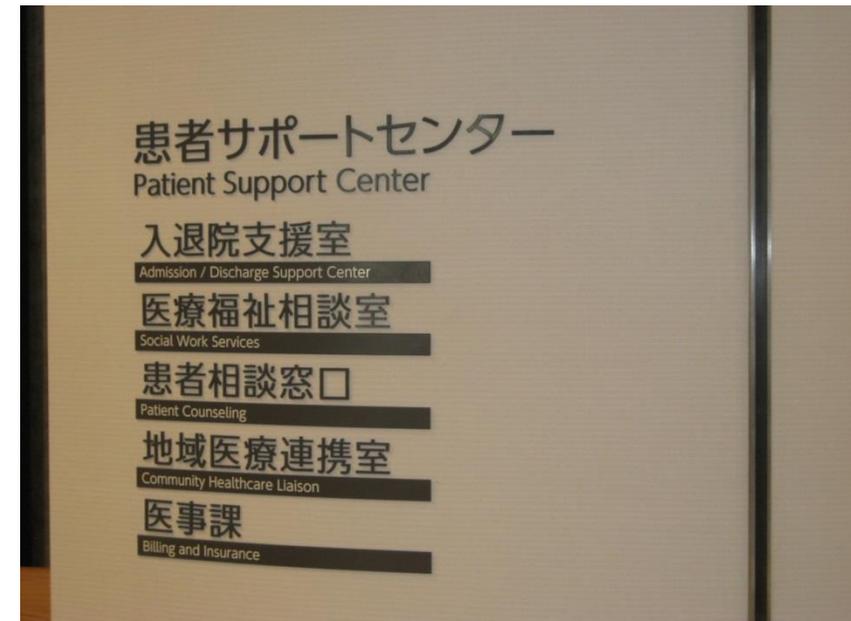
●患者相談窓口

●医事課 (外来機能・会計・文書受付)

●外来栄養相談

●持参薬管理

●メディア係 (取込み・出力)



患者サポートセンター



患者サポートセンター 正面



入退院支援室 入口



持参薬管理室

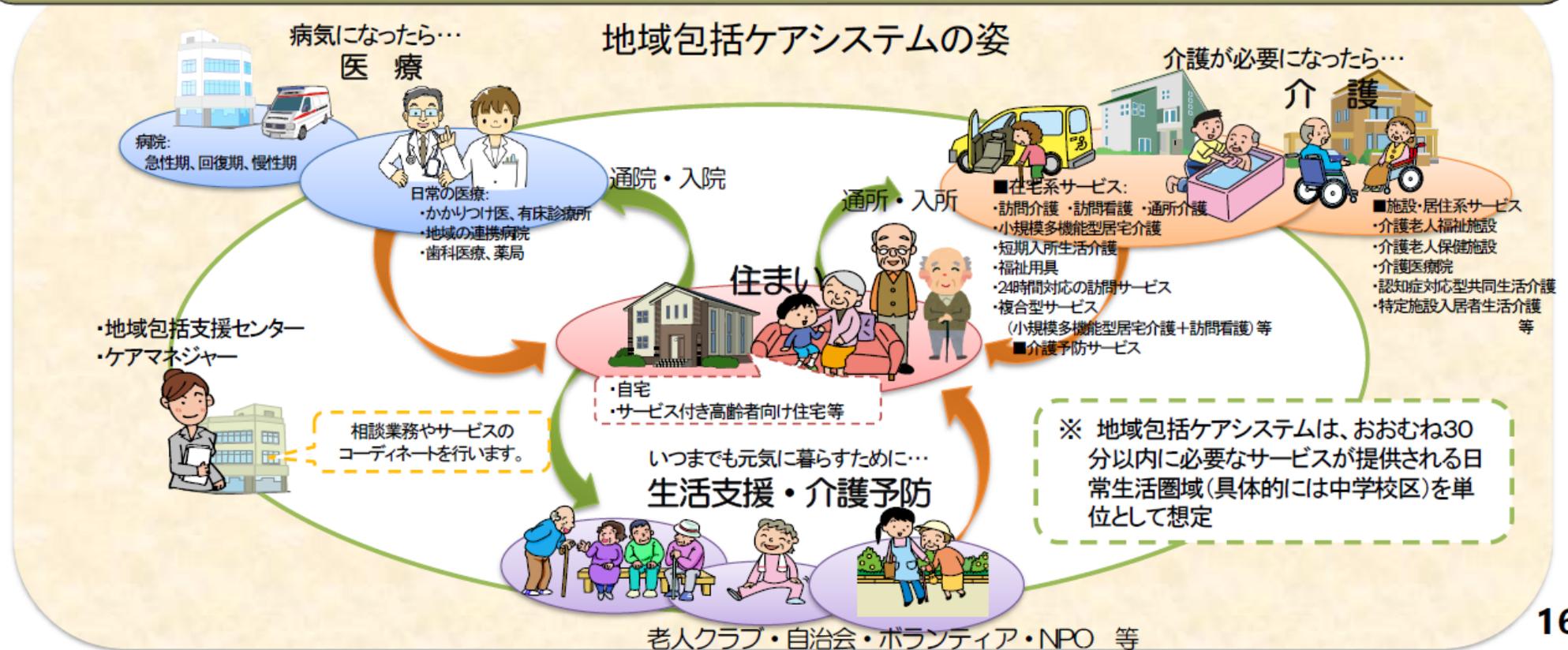


入退院支援室
個室面談室と待合室

本日の内容

- 1、 当院について
- 2、 退院支援の必要性**
- 3、 診療報酬改定から
- 4、 退院支援の実際
- 5、 退院支援委員会の活動
- 6、 地域との連携

- 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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 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。
- 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。**
- 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つき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域完結型医療（地域包括ケアシステム）

地域完結型医療とは

地域の中でそれぞれの病院や診療所クリニック等が、その特徴を生かしながら**役割を分担**して、地域の医療機関全体で1つの病院のような機能を持ち**切れ目のない医療**を提供していくこと

*** 要介護状態になっても、できるだけ長く住み慣れた地域で暮らす（時々入院、ほぼ自宅）**

*** 地域包括ケアシステムの構築は連携がキーワード**
医療機関の連携（病病連携・病診連携・看看連携）

*** 行政との連携・介護との連携・地域との連携**

超高齢社会における病院の役割分担と連携

<人口・世帯構成の変化>

2025年 団塊の世代が全員75歳以上になる

2040年 85歳以上の人口が急増

高齢者単独世帯 高齢夫婦のみの世帯

- 生産年齢人口の減少により、介護人材の不足が深刻化
- 既に高齢化が進んだ地方は人口減

地域により状況と課題は異なる

医療機関の存在意義は、医療を通じてその地域に貢献すること

退院できない理由「医学的な理由のため入院医療が必要」を除くと

- 家族の希望に合わないため
- 入所先の施設の事由により退院先が確保できていない
→ 全体の**調整やマネジメント**ができていない
- **入退院支援部門を設置していない**
→ **入退院支援部門を担当する職員の確保**ができていない
- 転院先医療機関の確保ができていない

*** 退院支援部門の役割が重要**

本日の内容

- 1、 当院について
- 2、 退院支援の必要性
- 3、 診療報酬改定から**
- 4、 退院支援の実際
- 5、 退院支援委員会の活動
- 6、 地域との連携

令和4年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

（2）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

（3）患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

（4）効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

入退院支援の推進

入退院支援加算の評価・要件の見直し

- 質の高い入退院支援を推進する観点から、入退院支援加算1の評価及び要件を見直す

現行

【入退院支援加算1】

[算定要件]

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

[施設基準]

- ・「連携機関」の数が20以上であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること

改定後

【入退院支援加算1】

[算定要件]

- イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点
- ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点

[施設基準]

- ・「連携機関」の数が25以上であること。
- ・それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること



- 入院時支援加算の対象に合わせて明確化を図るため、入退院支援加算1及び2の対象者にサを追加するとともに、ヤングケアラーの実態を踏まえ、入退院支援加算1及び2の対象患者にシ及びスを追加する。

現行

【入退院支援加算1及び2】

[算定要件]

退院困難な要因

- 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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 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。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 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
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

改定後

【入退院支援加算1及び2】

[算定要件]

退院困難な要因

- 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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 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。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 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
- コ 入退院を繰り返していること
- サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること
- シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ス 児童等が虐待や介護等を受けないよう適切な支援を受けること

- 福祉、介護、医療、教育等の関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるための取組の推進が課題となっている。

ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム報告

【厚生労働省・文部科学省の副大臣を共同議長とするヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチームとりまとめ】

中医協 総-2
3. 8. 25

現状・課題

令和3年5月17日

- ヤングケアラーは、家庭内のデリケートな問題であることなどから表面化しにくい構造。福祉、介護、医療、学校等、関係機関におけるヤングケアラーに関する研修等は十分でなく、地方自治体での現状把握も不十分。
- ヤングケアラーに対する支援策、支援につなぐための窓口が明確でなく、また、福祉機関の専門職等から「介護力」と見なされ、サービスの利用調整が行われるケースあり。
- ヤングケアラーの社会的認知度が低く、支援が必要な子どもがいても、子ども自身や周囲の大人が気付くことができない。



福祉、介護、医療、教育等、関係機関が連携し、ヤングケアラーを早期に発見して適切な支援につなげるため、以下の取組を推進

今後取り組むべき施策

1 早期発見・把握

- 福祉・介護・医療・教育等関係機関、専門職やボランティア等へのヤングケアラーに関する研修・学ぶ機会の推進。
- 地方自治体における現状把握の推進。

2 支援策の推進

- 悩み相談支援
支援者団体によるピアサポート等の悩み相談を行う地方自治体の事業の支援を検討（SNS等オンライン相談も有効）。
- 関係機関連携支援
 - ・ 多機関連携によるヤングケアラー支援の在り方についてモデル事業・マニュアル作成を実施（就労支援を含む）。
 - ・ 福祉サービスへのつなぎなどを行う専門職や窓口機能の効果的な活用を含めヤングケアラーの支援体制の在り方を検討。
- 教育現場への支援
スクールソーシャルワーカー等の配置支援。民間を活用した学習支援事業と学校との情報交換や連携の促進。
- 適切な福祉サービス等の運用の検討
家族介護において、子どもを「介護力」とすることなく、居宅サービス等の利用について配慮するなどヤングケアラーがケアする場合のその家族に対するアセスメントの留意点等について地方自治体等へ周知。
- 幼いきょうだいをケアするヤングケアラー支援
幼いきょうだいをケアするヤングケアラーがいる家庭に対する支援の在り方を検討。

3 社会的認知度の向上

2022年度から2024年度までの3年間をヤングケアラー認知度向上の「集中取組期間」とし、広報媒体の作成、全国フォーラム等の広報啓発イベントの開催等を通じて、社会全体の認知度を調査するとともに、当面は中高生の認知度5割を目指す。

※ヤングケアラー：法令上の定義はないが、一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている児童を指す。

令和4年度診療報酬の改定

2025年団塊の世代が75歳以上となる高齢化社会の対策
入院前から退院を見据えて入退院支援を評価する加算

入退院支援加算 600点 → 700点 !

シームレスな入退院支援が求められている

*** 加算算定で経営改善**

2024年度診療報酬改定

2024年度 トリプル改定！

- ・ 診療報酬改定
- ・ 介護報酬改定
- ・ 障害福祉サービス報酬の改定

入退院支援部門の確立

● 医師の働き方改革 労働時間の上限規制

- * コロナ禍、ウクライナ情勢による経済活動の低下
支える人、支えられる人のバランスの崩れ
→ 医療制度の改革、DXの導入

● 今から、2024年度を見据えた準備が必要！

本日の内容

- 1、当院について
- 2、退院支援の必要性
- 3、診療報酬改定から
- 4、退院支援の実際**
- 5、退院支援委員会の活動
- 6、地域との連携

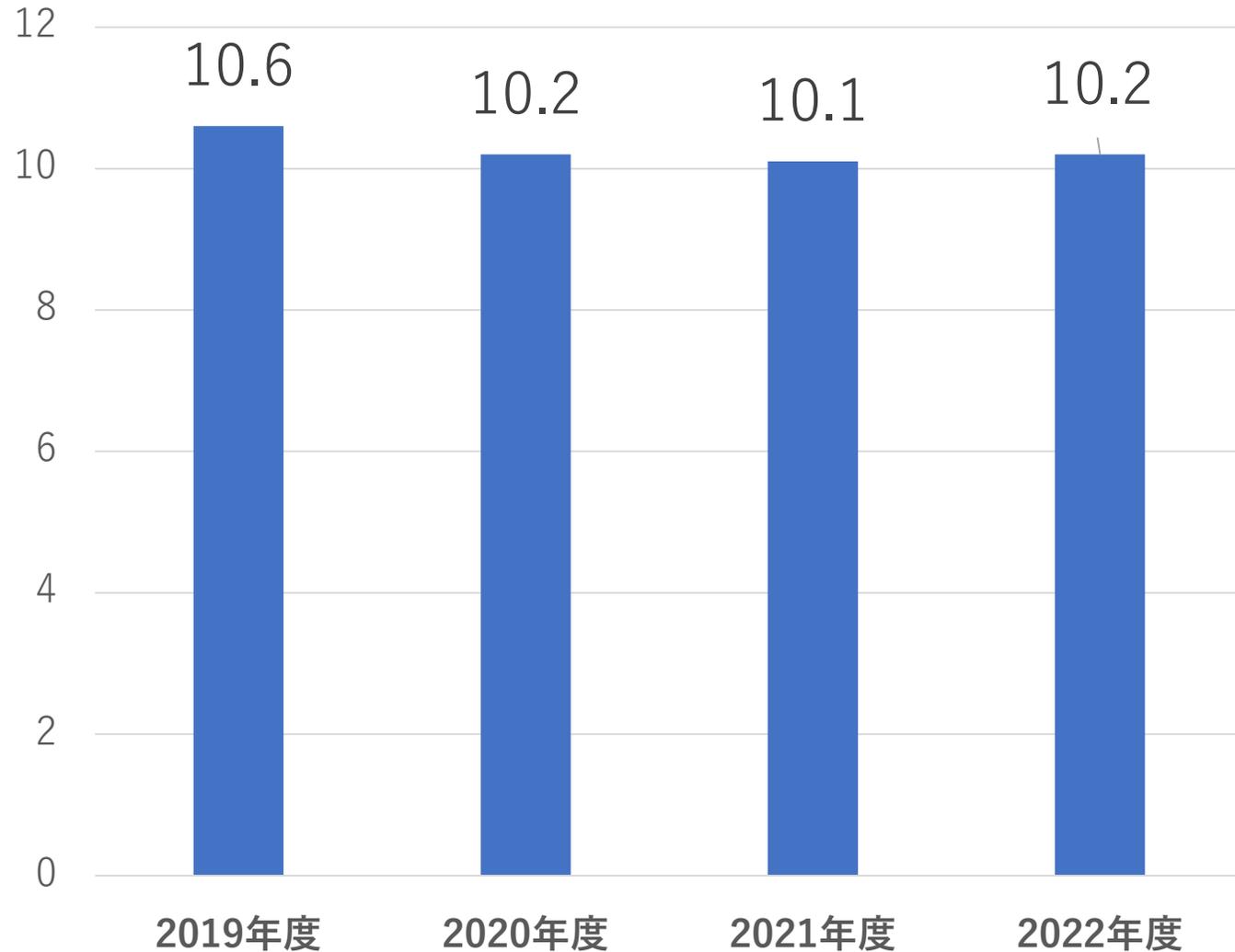
急性期病院の状況

- 診療の外来への移行
- 医療技術の進歩
- DPC導入
- 重症度、医療・看護必要度の導入
- 在宅復帰率の導入
- **機能分化の進展**
 転院の増加 地域包括ケア病棟の増加

- ・ 後期高齢者の増加
- ・ 入院前から要介護状態
- ・ 多くの合併症

平均在院日数の短縮

平均在院日数



新型コロナウイルス感染流行期間

- ・ 転院先の入院受け入れ制限
- ・ 施設の受け入れストップ
- ・ **退院支援の早期介入**
- ・ **他の医療機関との連携**

当院の状況（病床管理）

- 病床稼働率・**回転率の上昇**
- 患者重症度の上昇
 - ・一般病棟48床（8病棟）
→毎日患者6～8人前後の入れ替わり
（重症系病棟からの転棟含め）
 - ・1日で1病棟60人近いの患者の看護
 - ・**退院は午前 入院予約は午後 1床を2人が使用可能**
 - ・病棟間の**転棟時間**は出来るだけ**午前に**
救急病棟やHCUの受け入れベッドの確保の為

退院支援・退院調整とは

<退院支援>

患者、家族が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するのか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援

<退院調整>

患者の自己決定を実現するために、患者、家族の意向をふまえて、環境・人・物・経済的問題などを社会保障、社会資源につなぐマネジメントの過程

入退院支援加算とは

患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を維持出来るように、**施設間の連携を推進**した上で、**入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出**し、

入退院支援を実施することを評価

●**早期退院**は医療費の適正化以外の効果

- ・ 院内感染の予防
- ・ ADL低下の予防
- ・ せん妄の予防
- ・ 家族関係への影響

連携室看護師の役割

連携室の役割

●退院支援・退院調整・在宅療養支援

入院前情報の共有と早期介入

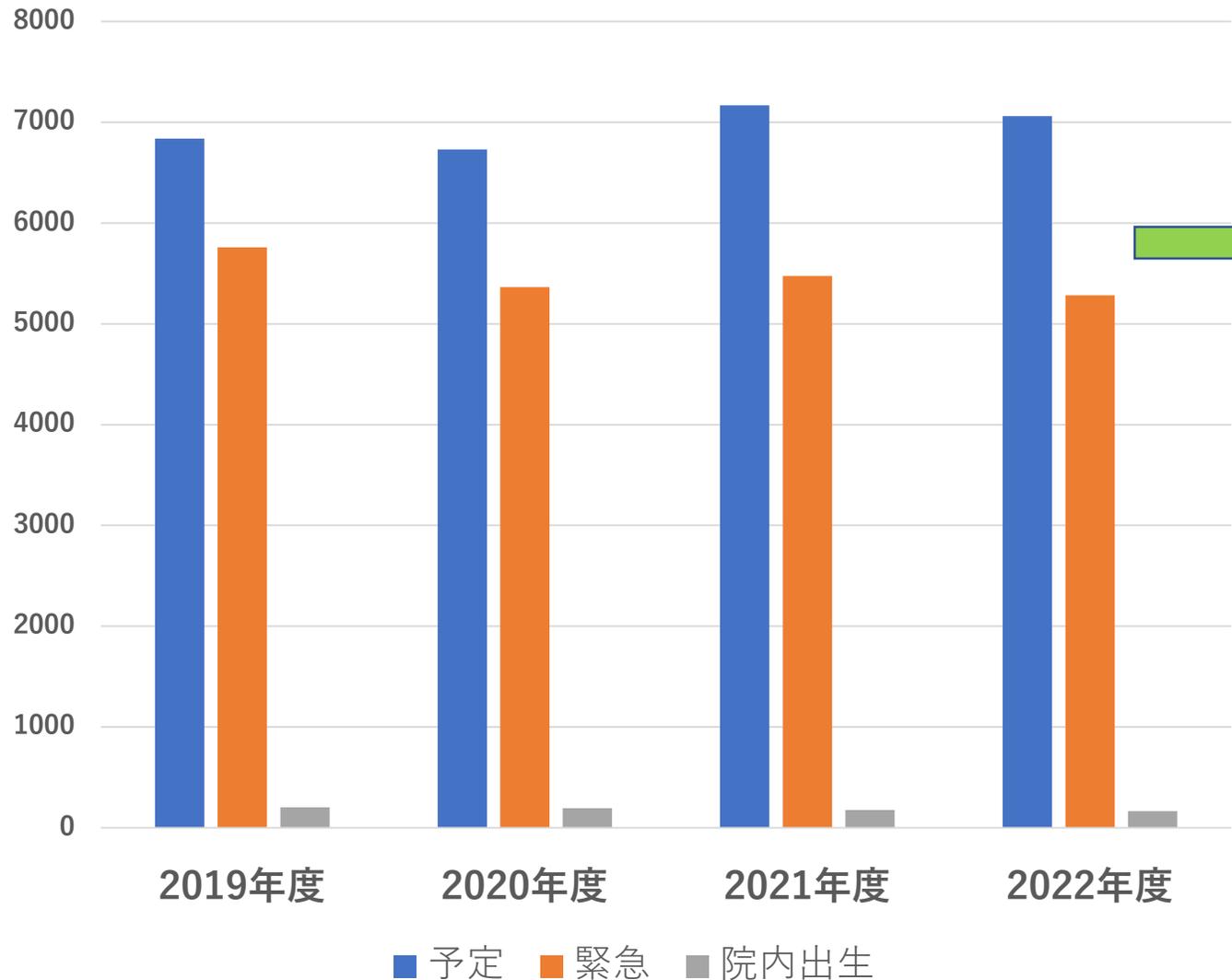
看護師とMSWのコンビ（協同）体制

当院では、**連携室看護師**は**地域の医療機関との調整役**

MSWは**地域の各種福祉事業所や介護福祉施設との調整役**

* 2022年度	在宅復帰率	92.6%
	転院率	10.3%

入院患者数



予定入院・緊急入院の割合

* 過去3年：予定56%・緊急44%

2022年度の実績

予定入院数：7,061人

救急入院数：5,283人

合計：12,509人

2022年度

転院率10.3%

年間約1,236人の転院調整

入院患者

緊急入院は退院困難な要因
加算算定の対象

予定入院（6割）

（手術・化学療法・検査）

緊急入院（4割）



マネジメント困難

緊急入院

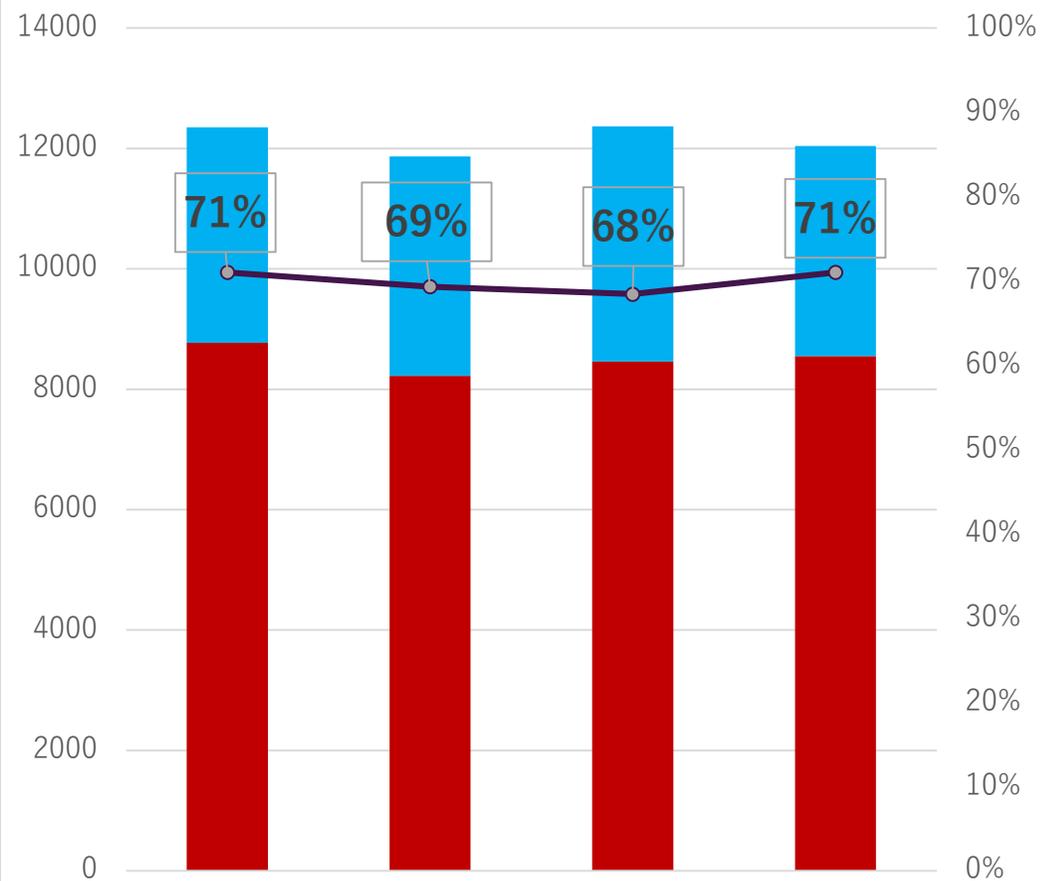
- ・ 医師からの連絡
- ・ 病棟看護師から連絡
- ・ 毎日のカンファレンス

速やかに退院支援を開始

緊急患者の加算算定が、
加算算定率の上昇に繋がる

◇ 連携室看護師役割
退院調整業務（転院調整）

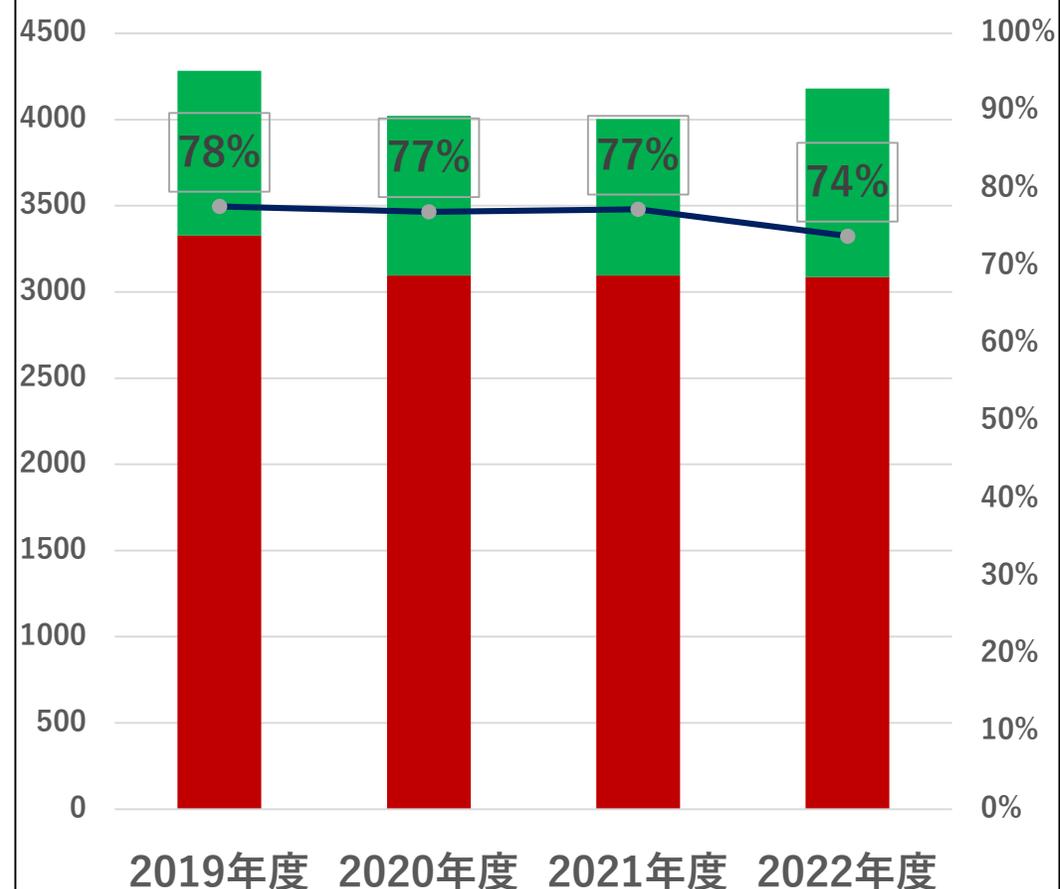
入退院支援加算



2019年度 2020年度 2021年度 2022年度

■ 算定件数 ■ 算定なし ● 算定率

入院時支援加算



2019年度 2020年度 2021年度 2022年度

■ 算定件数 ■ 算定なし ● 算定率

病棟担当表

2022/4/1

病棟	主たる診療科	退院支援部門	病棟専任退院支援職員
3東	循環器内科 心臓血管外科 感染症内科	A	A
3西	腎臓内科 脳神経外科	B	B・C
	小児科		
3南	形成外科 耳鼻咽喉科 整形外科	C	D
2東	産科 婦人科 小児外科	C	C
	NICU GCU		
2西	消化器内科 消化器外科(2G・3G)	D	B
2南	呼吸器外科 甲状腺外科 乳腺外科 泌尿器科 消化器外科(1G)	E	A・E
1西	血液内科 呼吸器外科 乳腺外科 泌尿器科	E	E
1南	緩和ケア内科 呼吸器内科 糖尿病・内分泌内科 消化器内科 内視鏡内科 腫瘍内科 婦人科	A	C・D
救命救急	集中治療を要する重症患者・状態の変化がある急性期患者等の管理	B	F
ICU	院内急変 心臓血管等の大手術、循環器内科治療 呼吸器管理		
HCU	全身麻酔後の管理		

看護師とMSWの コンビ体制

看護師5名・MSW7名を配置
どちらかが専任退院支援職員

手厚い配置で充実した支援

入退院支援加算 1 (700点)

- 1、入院3日以内にスクリーニング・アセスメントを行い退院困難な要因を抽出
- 2、入院7日以内に多職種でカンファレンスを行い退院調整の計画を立てる
- 3、入院7日以内に家族と話し合いを行う
 - * 家族が入院時にしか来られないことが多く
 - 入院時に面談を行う必要がある

退院支援フロー

フロー作成により**周知、標準化**を図る

- ラミネート加工後病棟へ配布
- 師長会議・**退院支援委員会**にて周知
- **病棟個別指導・説明**
- 病棟看護師の実施内容と病棟専任の業務の周知
- 診療報酬改定、電子カルテシステム変更に合わせて修正

病棟の特徴によりアレンジ **個別性のある記録**

医療福祉連携/退院調整（タイトル） 経過がわかりやすい

●退院支援：従来の支援と**介入事案**

◎カンファレンスの意義

◆入院後48時間以内に入退院支援スクリーニング・アセスメント票の入力を実施する。フリー記載欄はアセスメント内容等を入力する 入力はワークフローから退院に向けて患者家族の意向を確認し、テンプレート入院時看護記録内の「患者の状態」カルテ入力を行う。

◆予定入院者については、「入院前支援評価」を参照すること
 栄養状態の評価と栄養指導、持参薬の確認、周術期管理、歯科口腔機能管理、肺塞栓予防リスク評価、認知症の評価、せん妄リスク評価、褥瘡リスク評価、転倒・転落リスク評価、入院前に利用した介護福祉サービス、退院困難な要因の評価、療養支援計画
低栄養の評価は、体重減少（1週間で3%以上又は1ヶ月で5%以上、血清アルブミン3.0以下（入院前支援評価参照）*緊急入院は左記に準ずる

◆入退院支援スクリーニング
 退院困難な要因なしの場合は確定保存ワークフロー不可は終了（印刷不要）

入退院支援スクリーニング・アセスメント票の塗りつぶし項目は、退院困難な要因があり支援の必要性がある。印刷して、病棟BOXへ2枚提出
 ◆救急・HCU・ICU病棟は退院支援計画書の退院困難な要因をチェック・左下担当者名を入力を行い一時保存を行う

状態変化等により退院困難な要因があった場合は再度入退院支援スクリーニング・アセスメント票を修正する

◆患者・家族と退院支援面談（病棟Ns 連携室Ns MSW）
 ・原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活を含めた話し合いを行う。
 ・バリエーション発生しないパス適応ケース、病棟NS中心の退院支援ケースなどは、入院時の意向確認を退院支援面談として**意向確認記載**をする。
 ・退院、転院調整を要するケースは、連携室NS、MSWが行い、退院支援面談記録をカルテ記載する。

◆退院支援カンファレンス
 ・退院支援計画を実施するにあたり、3者多職種が協働してカンファレンスを実施する。
 ・今後の支援の具体的な方法を検討する。 ・退院支援カンファレンス記録、参加者氏名をカルテ記載する。
 ・退院支援の進捗状況など確認し、必要に応じて検討する。

◆退院支援計画の作成、確認

（病棟Ns）*記録のタブは医療福祉連携/退院調整

◆退院支援計画書の説明・交付
 ・患者家族に説明を行い、交付する。
 ・説明した内容はカルテ記載する。
 ・「入退院支援加算」を算定入力する。

◆退院支援計画書のスキャン
 ・署名後の計画書をスクリーニング提出BOXへ入れる。
 ・連携室でスキャンする。

◆退院支援
 ・退院指導内容や退院に向けた支援内容をカルテ記載する。
 ・パンフレットなども使用する。
 ・退院当日の指導内容の記録

◆退院時にはワークフローの転帰先分類の入力と確定保存を行う

（連携室Ns MSW）

◆退院支援計画書の説明・交付
 ・患者家族に説明を行い、交付する。→病棟看護師も実施している
 ・説明した内容はカルテ記載する。
 ・NECスキャンする。
 ・「入退院支援加算」を算定入力する。

◆退院支援・退院調整
 ・退院、転院後の療養生活を担う関係機関など連絡調整、在宅サービス導入に係る支援を行う。
 ・退院支援計画に変更があった場合や退院調整の支援経過に関しては、カルテ記載を行う。

スクリーニング・アセスメント

退院困難な要因の抽出

●入院時病棟NSが実施

●テンプレートを用いた記録 患者状態を記載

*入院目的により加算対象外の統一

術前の検査 検査入院 抗がん剤の再入院（定期的な入院）

侵襲の少ない手術他（予定の鼠径ヘルニアやラパコレなど）

- ・ケースによっては介入（今後の検討課題がある）
- ・検査入院でもケアマネージャーとの連携が必要

診療報酬改定に合わせ退院困難な要因を追加

入退院支援スクリーニング・アセスメント票

住所 診療名	既往歴	既往歴	既往歴
入院形態	<input type="checkbox"/> 緊急入院 [1]	<input type="checkbox"/> 施設からの入院	<input type="checkbox"/> 転院
疾患・状態	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 [7]	<input type="checkbox"/> 肺炎などの急性呼吸器感染症 [7]	
入院形態	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急入院 [1]	<input type="checkbox"/> 施設からの入院	<input type="checkbox"/> 転院
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院時入退院支援対象者 [4]	<input type="checkbox"/> 1年以内に入院歴がある [3]	
疾患・状態	<input checked="" type="checkbox"/> 悪性腫瘍 [7]	<input type="checkbox"/> 肺炎などの急性呼吸器感染症 [7]	
ADL	入院時		
食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立		
排泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立		
移動能力	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立		
入浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立		
身体的異状	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 持続経管呼吸	
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 胃ろう	
	<input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 透析	
	<input type="checkbox"/> 無切 <input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 検査項目に関する支援	
	<input type="checkbox"/> 尿管管理 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア <input type="checkbox"/> 褥瘡		
	<input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> リハビリパス		
	<input type="checkbox"/> 他の医療処置 <input type="checkbox"/> 入院退院を伴った処置		
その他の記入 (フリー記号)			
精神・認知的能力	精神状況	<input type="checkbox"/> 精神障害あり	
	認知機能	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症(診断あり) [2]	<input type="checkbox"/> 理解力低下
	意思決定	<input type="checkbox"/> 現状と今後予測される状態についての理解	
		<input type="checkbox"/> 退院後適切な事業所がない	
		<input type="checkbox"/> 予定の入院期間でゴールに達しない	
	その他の記入 (フリー記号)		
社会的異状	介護者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 健康問題がある <input type="checkbox"/> 高齢である	
		<input type="checkbox"/> 介護への不安が強い <input type="checkbox"/> 独居(日中)	
		<input type="checkbox"/> ヤングケアラーである [5]	
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 2人世帯 <input type="checkbox"/> 3人以上世帯	
		<input type="checkbox"/> 経済的に困難あり <input checked="" type="checkbox"/> 虐待ケース [6]	
	生活状況	<input type="checkbox"/> 独居あり <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金生活 <input type="checkbox"/> 生活困窮者 [8]	
		<input type="checkbox"/> 学生 <input checked="" type="checkbox"/> ヤングケアラーである [5]	
	志願状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> アパート	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> 該当あり申請済 [9]	<input type="checkbox"/> 申請希望
		<input type="checkbox"/> 介護床(※1適用)	
	障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 障害者手帳あり(身体) <input type="checkbox"/> 精神保健	
		<input type="checkbox"/> 障害者手帳申請中	<input type="checkbox"/> サービス利用
	指定施設	<input type="checkbox"/> 該当(否可能性あり)	<input type="checkbox"/> 申請済み
	その他の記入 (フリー記号)		
その他 ケアの異状	(フリー記号)		
退院可能と思われる場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(医療機関や施設)		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他の状況から判断して退院困難な状況		

*** ㊯方式で標準化と効率化**
*** フリー入力で個別性**

退院困難な要因 ア～セ (14) 新項目の追加
 網掛けの項目に㊯ → 加算可
 ワークフローに反映 (電子カルテシステム)

入退院支援スクリーニング・アセスメント票の記載が反映される
ワークフローで退院調整の進捗状況がわかる

患者ID	患者番号	氏名、カナ	入院日	退院日	入院情報	主治医	担当医	担当看護師	入院時 支援加算	コ メント	介護保 険情報	入退院支援 アセスメント票 作成	入退院支援 加算 可・不可	退院支援 計画書 作成	退院 支援 面談	退院支 援カン ファ	介護連携 指導（初 回） 作成	介護連携 指導（2 回目） 作成	退院時 共同指 導 作成	看護サマリー 作成	診療情報 提供書 作成	入退院支 援加算コ スト入力	転帰先分類 作成	転帰先	施設名
			2021/03/28	2021/05/31	C循環器内科 C 3 階東病棟3111													021/05/2		2021/06/04					
			2022/10/17	2022/11/01	C循環器内科 C 2 階西病棟2315				要介護 4			2022/10/17	可	2022/10/17	○	○	2022/10/2	2022/10/2		2022/10/31		○	2022/10/31	転院：一 般病棟	

入院時 支援加算	コ メント	介護保 険情報	入退院支援 アセスメント票 作成	入退院支 援加算 可・不可	退院支援 計画書 作成	退院 支援 面談	退院支 援カン ファ	介護連携 指導（初 回） 作成	介護連携 指導（2 回目） 作成	退院時 共同指 導 作成	看護サマリー 作成	診療情報 提供書 作成	入退院支 援加算コ スト入力	転帰先分類 作成	転帰先
									○		○				
		要介護 4	○	可	○	○	○	2022/10/2	2022/10/2		2022/10/31		○	2022/10/31	転院：一 般病棟

退院支援カンファレンス

- 計画実施にあたり 7日以内に退院支援部門職員、病棟専任職員、病棟看護師の3者でカンファレンス、必要に応じ他職種も参加
- スクリーニング内容の同時確認
- 入院目的、家族背景、入院前の生活、治療方針、療養場所、今後の意向確認
- 実際の支援を具体的に確認
(病棟NS中心とした支援 連携室NS・MSW介入ケース)
- カンファレンスは、毎日実施・・・早期介入
* 病棟NSの退院支援に関する意識の向上

カンファレンスの実施

		月	火	水	木	金
1西	退院支援CF	13:30				13:30
	Drカンファ					
1南	退院支援CF	11:30				11:30
	Drカンファ					
2西	退院支援CF	11:00				11:00
	Drカンファ	8:30 消化器内科				8:30 2G
2南	退院支援CF	11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
	Drカンファ	8:30 1G	8:30 泌尿器科	8:30 救急科 8:45 心外	8:30 呼吸器外科	8:30 乳腺外科
2東 NICU	退院支援CF	10:30	10:30	10:30	10:30	
	Drカンファ					
3西	退院支援CF	08:40	08:40	08:40	08:40	
	Drカンファ		8:35 脳外科	17:30 脳外リハカンファ		腎臓内科
	退院支援CF	08:40	08:40	08:40	08:40	08:40

退院支援カンファレンス

- 各病棟のスケジュールに合わせた時間
- 連携室NS・MSW・病棟NSの参加

*** 平日ほぼ毎日実施する**

○カンファレンス

- 合同カンファレンス
- 医師カンファレンス
- 看護師カンファレンス

【参加者】

病棟専任退院支援職員

その他(フリー)

退院支援部門

病棟看護師:

【退院困難な要因】

- ア. 悪性腫瘍、認知症また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. 介護認定が未申請であること
- エ. 虐待を受けているまたはその疑いがあること
- オ. 医療保険未加入者又は生活困窮者であること
- カ. 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
- キ. 排泄に介助を要すること
- ク. 同居者の有無に関わらず、必要な介護又は養育を十分提供できる状況にいないこと
- ケ. 退院後に医療処置(胃瘻等経管栄養を含む)
- コ. 入退院を繰り返している
- サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること
- シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

【アセスメント】

【プラン】

●退院支援カンファレンス記録 (テンプレート使用)

標準化と効率化

*** プランが同一にならないこと
(フリー入力)**

**現場での個別指導
病棟学習会**

患者・家族との退院支援面談（7日以内）

- 退院後の生活を含めた話し合い・・・調整会議
- 多職種で連携し展開
- 退院支援計画書の作成着手

<コロナ禍での工夫> → 遠方で来院が難しい家族に利用

- ZOOMを使用しての面談
- 入院時、手術説明時や手術日、治療日 他・・・

家族来院予定の把握 入院時に面談を行う必要性

***チャンスを逃さないよう、病棟看護師との連携が重要**

退院支援計画書

- 文書で患者、又は家族に説明、交付 **専任・病棟看護師**
- 患者氏名・入院日・計画着手日・作成日
- 退院困難な要因（悪性腫瘍の問題）
- 退院に関する患者以外の相談者
- 退院支援計画を行なう者の氏名
- （病棟責任者・専任支援職員・部門担当者）
- 問題点・課題の抽出
- 目標設定・支援期間・概要・予想される退院先・予想される福祉サービスと担当者名

退院支援計画書 一部抜粋

退院支援計画書			
ID		入院日	
患者氏名	様 歳 カ月	退院支援計画着手日	
		退院支援計画作成日	
退院に関する患者以外の相談者	<input type="checkbox"/> 患者・家族（10文字まで入力可） <input type="checkbox"/> その他関係者（10文字まで入力可）		
病名	入院診療計画書参照		
退院困難な要因 <small>（厚生労働省の定め）</small>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> イ 緊急入院である <input type="checkbox"/> ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請である <small>（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る）</small> <input type="checkbox"/> エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある <input type="checkbox"/> オ 生活困難者である <input type="checkbox"/> カ 以前に比べADLが低下し、退院後の生活の再編が必要である（必要と認められる） <input type="checkbox"/> キ 持世に介助を要する <input type="checkbox"/> ク 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない <input type="checkbox"/> ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要 <input type="checkbox"/> コ 入退院を繰り返している <input type="checkbox"/> サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態が見込まれること <input type="checkbox"/> シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること <input type="checkbox"/> ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること <input type="checkbox"/> セ その他患者の状況から判断してアからシまでに準ずると認められる場合		
退院に係る課題・問題点	手入力で入れる（フォルダーを作成、コピーできるように準備）（3行30文字） 〈目標〉 手入力で入れる（フォルダーを作成、コピーできるように準備）（3行30文字）		
	〈支援概要〉 <input type="checkbox"/> 在宅介護の準備 <input type="checkbox"/> 退院後の療養先の検討 <input type="checkbox"/> 転院先施設の選定		

・退院に関わる課題・問題点

・目標の説明と同意

退院困難な要因の追加

退院後の利用が予測される 社会福祉サービス等	〈制度〉 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他（31文字まで入力可）			
	〈サービス〉 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 移送サービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他（28文字まで入力可）			
退院後の利用が予測される 社会福祉サービス等の担当者	担当居宅支援事業所名（10文字まで入力可）		ケアマネジャー氏名（8文字まで入力可）	
	地域包括支援センター（28文字まで入力可）		担当者（28文字まで入力可）	

退院支援計画書の説明

- 家族、本人への説明、同意サインをいただく
 テンプレートからのカルテ記録・カルテへの取込み
- 従来の支援 パス使用 ・ ・ ・ 病棟看護師
 - ・ 栄養指導
 - ・ 服薬指導
 - ・ 療養上の指導
 - ・ 相談、支援部門の説明
- 介入ケース ・ ・ ・ **専任部門での退院支援・転院調整**
 家族への複数回の退院指導
- 担当ケアマネージャーとの連携 訪問看護ステーションとの連携
- 記録他最終確認の実施

病棟看護師の役割・業務

- 患者、家族の意思を尊重し医療を**生活の視点**でとらえることができる
- 患者を24時間継続して支える看護の専門性
- 多職種での中心的役割（**連携の要**）
- 医療、介護の両面におけるアセスメント**
- 在宅療養の基本的知識を持つ・地域の特性の理解**
- 自施設の機能や役割の理解
- 患者・家族が退院後、安心して生活、療養ができることをめざす

病棟看護師の教育

- 新人教育（集合研修）
- 看護部ラダー 4～5年目 研修（実習2日・講義1.5日）
- 退院支援委員会
 - ・事例報告
 - ・Eラーニング利用の研修
 - ・学習会 タイムリーな情報の共有
 - ・各病棟の課題抽出・取り組み・評価（上半期・下半期）
 - ・グループワークからの取り組みへ発展
- ☆連携室看護師の教育：基準手順の作成 勉強会 セミナー参加

入退院支援・加算算定にむけての取り組み

- 他施設の視察
- 看護部・経営プロジェクト
- 師長会議での周知
- 退院支援委員会**での取り組み
- 病棟看護師への教育→各病棟への説明
- 新人看護師教育
- 地域医療連携室・医療福祉相談室（MSW）の取り組み
- 診療報酬改定に合わせての柔軟な対応や変更

看護の課題

- 病棟看護師

- ・在宅での入院前の生活がイメージ出来ない

- サービス利用 訪問看護 福祉用具 ケアマネの業務 . . .

- 記録の充実

- 具体的支援内容 家族面談

- 支援の標準化の困難さ . . . 調整困難者の増加

- 退院支援委員の推進者としての役割

- 在院日数減→外来患者支援需要増と困難さ

- 外来看護の充実

- 外来のサポート



専門・認定看護師の活用

- 時間外勤務（面談時間の設定など）

本日の内容

- 1、当院について
- 2、退院支援の必要性
- 3、診療報酬改定から
- 4、退院支援の実際
- 5、退院支援委員会の活動**
- 6、地域との連携

退院支援委員会の活動

- コア会議での事前準備と運用の具体化
(病棟・訪問看護・連携室・看護部長室)

* 訪問看護ステーション移行期支援サテライト職員

- 病棟ごとの課題、取り組み評価を上半期、下半期で実施
- 取り組みからの困難さはグループワークでヒントを得る
- 課題事項の学習会 (MSWや訪問看護による学習会)
- 診療報酬に関する学習会
- 委員は各病棟への周知
- 連絡はメールを活用

委員会活動により退院支援と役割を理解
病棟の委員と連携室NSで課題共有

本日の内容

- 1、当院について
- 2、退院支援の必要性
- 3、診療報酬改定から
- 4、退院支援の実際
- 5、退院支援委員会の活動
- 6、地域との連携**

介護支援連携指導料（400点）

居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネージャー）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者の相談支援専門員と連携し、退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援計画（ケアプラン等）の作成につなげることで評価される

R4診療報酬改定によりビデオ通話機器を用いての面談も許可

相手のZoom環境の問題

- ・入院時スクリーニングからの把握と連絡
- ・ケアマネージャーからの連絡
- ・面会場所の工夫 MSWや連携室看護師が実施（合計2回まで算定可能）

* 佐久地域医療介護連携会議で、来院での連携を依頼

診療情報提供 1 (250点)

●退院後に連携したケアマネージャーへの情報提供の算定

退院後14日以内に看護サマリーを郵送する

「居宅介護支援事業所診療情報提供書」としてケアマネージャーに情報提供
(退院前は介護連携指導算定時 算定不可)

継続看護、介護、留意点の情報共有の重要なツール

*略語や専門用語に注意

<必要な情報>

- ①医師名 ②情報提供の目的 ③傷病名 ④傷病の経過及び診療状況
- ⑤診療形態 ⑥入院日・退院日 ⑦必要とされる介護福祉サービス・留意点
- ⑧障害高齢者の生活自立度 ⑨認知症高齢者の日常生活自立度

東信地域看護連携協議会

●看護サマリーの書式の統一

各病院の記載内容を確認し、情報の整理を行い必要項目を決定
介護保険利用の場合の追加項目（見直し）

＊障害高齢者の生活自立度

＊認知症高齢者の日常生活自立度

●講演会の開催 地域の介護職・看護職向け

●情報交換・共有

●顔と顔の見える関係と困った時に助け合える関係

●ベッド逼迫時の連携

病病連携

- 東信地域看護連携協議会
- 佐久地区地域連携室懇話会
- 佐久地域医療介護連携会議
- 脳卒中連携の会 他

それぞれの病院の体制の変化や診療状況を随時情報共有
互いに困った時に助け合える関係

まとめ

- 入退院支援室との連携で早期介入
- 連携室看護師の役割は退院支援・退院調整
- 連携室看護師とMSWコンビ体制で支援の充実
- 地域の医療機関との連携の要
- 世の中の変化に対応、地域の特徴をつかむ
- 地域と病院のための貢献

**地域に信頼され、期待される病院として
継続していくことが重要**

参考資料

- 厚生労働省 令和3年度入院医療費等の調査・評価分科会資料
- 厚生労働省 令和4年診療報酬改定資料
- 厚生労働省 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会議事録