4 退院時の在宅移行をスムーズに行うために

～多職種連携のための退院支援ルールと退院後の医療的ケア、後方支援について～

伊在井　みどり

1．退院支援ルールの活用

平成30年度の診療報酬改定において、入院早期から退院時までの切れ目のない支援を強化することを重要視し、退院支援加算は入退院支援加算と名称変更しました。このように今まで以上に入退院支援の強化が求められている現在、入退院支援に必要な情報をいかに収集するかがポイントとなります。最もよく連携しているのがケアマネジャーであることからもケアマネジャーとの情報連携を強化することが求められている一方、退院支援に関するルールを整備し、運用状況を確認し、見直ししていくことが求められています。

このため、退院支援ルールが県の委託により、岐阜圏域と西濃圏域において作成され、現在運用中であり、病診連携や医療・介護・福祉連携において一定の効果が得られております。これは、入院時に介護保険サービスを利用していた方や、退院後に介護保険のサービスが必要となる方、その他、退院支援が必要だと判断された方が対象となります。

○岐阜医療圏退院支援ルール

岐阜市医師会ホームページ内に掲載されいています。
http://www.city.gifu.med.or.jp/doctor/cont06.html

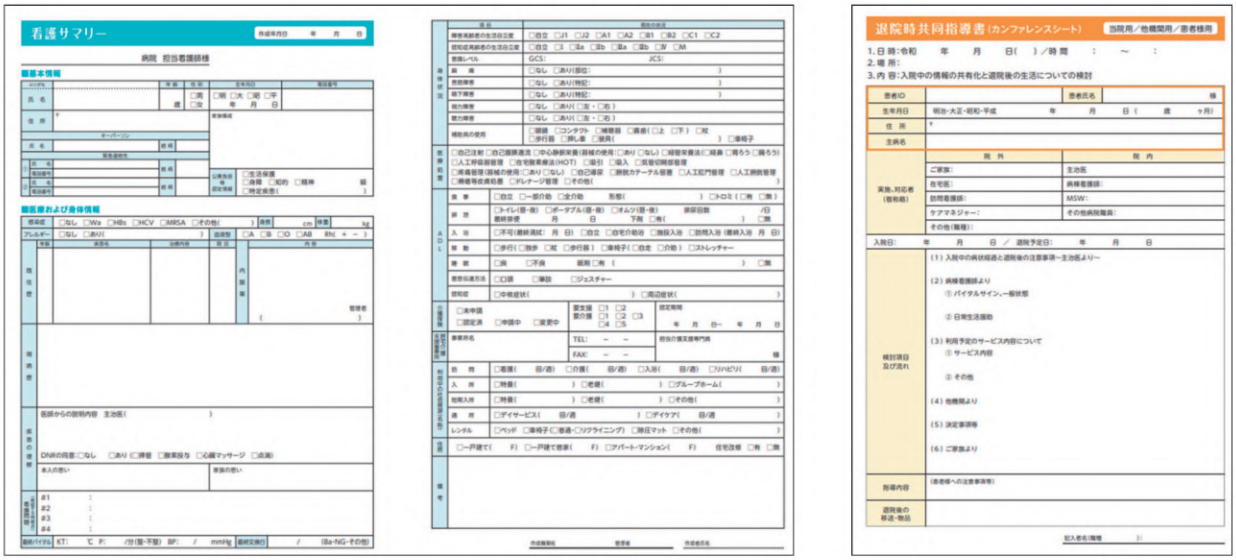
・患者が、入院前に介護認定を受けているかどうかで、
　２パターンの情報共有方法を掲載しています。
・連携用シート、入退院時の診療報酬、各機関の連携窓口が
　掲載されています。

（参考）入院時情報提供シート、退院支援情報提供シート

〇西濃医療圏退院支援ルール

大垣市医師会ホームページ内に掲載されいています。
http://www.ogaki.gifu.med.or.jp/seinorule/

・入院前から入院中、退院後に至るまでの支援のポイントがまとめられています。
・連携用シートとして、入院時情報提供シート、看護サマリー、退院時共同指導書（カンファレンスシート）を掲載しています。



（参考）看護サマリー、と退院時共同指導書（カンファレンスシート）

2．退院支援の流れとポイント

Step1　入院時、患者情報を速やかにケアマネジャーと共有する

ケアマネジャーからは、利用者が入院した際、医療機関に対し、出来る限り速やかに（入院３日以内）情報提供することが求められます（入院時情報提供シート等を活用）。担当のケアマネジャーを把握しておくことはもちろんですが、緊急入院した場合には、患者の担当ケアマネジャーがわからないこともありますので、地域の居宅介護支援事業所に対し、ケアマネジャーから連絡を入れて頂くように依頼しておくとよいでしょう。提供される情報の中には利用者がどういう状態であれば、在宅療養生活が可能となるのか、利用者自身の希望、介護者の希望、利用者を取り巻く環境、住環境に関する情報等が必要となります。新たな療養先を探す場合も、費用が掛かるため、本人や家族の希望を叶えるためにも経済面の把握が重要です。

Step2 退院困難な患者をスクリーニングする

退院支援加算１では３日以内に退院困難な要因を抽出し、７日以内に本人・家族と面談しカンファレンスすることが求められています（退院支援加算２では７日以内に抽出）。また、７日以内に「退院支援計画書」を作成しなければなりません。

Step3 入院中の連携

アセスメントを行うにあたっては、在宅療養に戻すことを前提に検討を行うことが求められます。そのためには入院前の暮らしぶりや環境について把握するとともに、本人や家族・関係者と退院後の暮らしについて話し合うことが必要となります。この時、退院直後の状態、退院数か月後の状態をイメージできるように、医療者は病状の見通しを伝えることが必要です。ポイントは①患者本人の意思や家族の考え、②患者をサポートする資源、③医療的ケアの有無、④経済力です。

自宅以外への退院であれば、選定に時間がかかるため優先的に検討すべき問題です。日頃から、介護施設や高齢者向け住宅等の情報を収集し、ストックするとよいでしょう。

Step4 退院前カンファレンス、多職種で退院後の方針を決定する

退院前カンファレンスでは、ケアマネジャーの参加が必須です。この時点で利用者の医療上の生活課題を医療機関から確認し、ケアマネジャーが検討した生活課題と一致しているかを確認することが重要です。情報提供には、介護支援情報提供シート（退院支援情報提供シート等）を用いるとよいでしょう。退院後に関わるサービス関係者等が参加する合同カンファレンスでは情報共有とともに各々の役割を確認することができます。カンファレンスには本人、家族、病棟主治医、病棟看護師、病棟薬剤師　ケアマネジャー、訪問看護師、在宅担当医、かかりつけ薬剤師、ヘルパー事業者、福祉用具事業者など、在宅で関わる各スタッフにも参加して頂きます。

本人や家族はこんなにたくさんの人が自分たちを支えてくれるのだと、心強く思うようです。さらに、顔の見える関係がつくられ、連携がスムーズになります。自宅での生活を維持するためには家族の介護力も重要です。服薬管理、インスリン自己注射等、ある程度の医療知識や手技が必要な場合は、入院医療機関が指導を行い、退院後はモニタリングやフォローをどこが行うかを関係者間で共有・確認することが重要です。

Step5 方針を踏まえ、モニタリングする

退院までのモニタリングの結果、退院方針が変わる可能性もあります。退院後必要なサービスが増えたり、在宅への退院から施設への入所退院になったりすることもあります。どんな場合もケアマネジャーと連携できるよう、情報提供や情報共有しやすい関係づくりが必要です。

Step6 医療的ケアについて準備する

在宅医療で使用できる注射薬には制限があります。入院中に使用している注射剤を、そのまま在宅に移行することはできないので、病棟薬剤師に在宅用に調整依頼をします。

またＩＶＨルートについても、自院で使用する予定のものと規格をそろえていただくとよいでしょう。ＩＶＨの点滴注射、麻薬等について不良在庫を抱えないためには、かかりつけ調剤薬局と連携し、在宅医は注射処方箋をかかりつけ薬局に発行し、薬局から患者宅に届けていただく方法が良いです。ＣＶポート用のフーバー針、点滴ルートはインターネットでの小分け販売があり、１個単位で注文が可能であるため活用するとよいでしょう。また、在宅酸素療法のための酸素濃縮器、ＩＶＨ用ポンプ、持続皮下注用のシリンジポンプなどの医療用機器はレンタルが可能です。これらについても病棟主治医に依頼して入院中から在宅用のポンプ等に切り替えて、機器に慣れておいていただくと良いと思います。

〇参考資料：保険医が投与可能な注射薬一覧（R2.2月時点).pdf
https://hayabusa.gifu.med.or.jp/kenshu/wp-content/uploads/2021/01/
岐阜県医師会はやぶさネット研修会　サイト→在宅医療医薬連携協議会研修の講演資料

Step7 後方支援、在宅療養中の急変に備える

在宅療養中に、病状が悪化し入院が必要と在宅医師により判断された場合、あらかじめ受け入れ病院を決めて事前登録を行い、情報を共有することで速やかに入院できる体制を整えておきましょう。

〇在宅療養後方支援病院と在宅療養あんしん病床登録事業の活用を

在宅療養後方支援病院とは、地方厚生局長に届出て認可される200床以上の病院の施設基準のひとつです。在宅医療を提供している医療機関と連携し、あらかじめ緊急時の入院先とする希望を届け出ていた患者さんの急変時などに24時間体制で対応し、必要があれば入院を受け入れる病院です。

こうした在宅療養後方支援病院も県内に12機関ありますが、200床以上の病院という施設基準があり、自宅近くにそうした病院が無い地域もあるため、本会では、平成28年度から在宅療養あんしん病床登録事業を運用しています。

在宅療養あんしん病床登録事業では、200床未満の中小病院や有床診療所も含めて現在76の医療機関に受入医療機関として登録して頂いております。退院前カンファレンスにおいて、こうした制度に登録をしていただくことで本人や家族に安心感を与えることができると思いますので、ご活用ください。

（在宅療養あんしん病床登録事業の利用方法は、コラム②（P30）を参照。）