

患者さんが退院されるまでの 関わりとその流れ

近江八幡市立総合医療センター
患者総合支援課 退院支援室

- 当院の概要
- 当院の患者総合支援課について
- 退院支援業務と体制について
- 退院支援で介入するケースと、加算について
- 退院支援の介入率について
- 退院カンファレンスについて
- 薬剤部の連携について

近江八幡市立総合医療センター



当院は東近江地域における中核病院として近隣の医療機関と連携

様々の疾患に対する治療を提供すべく
救命救急、災害、周産期母子医療、地域医療など幅広く活動を続けています

当院の概要

診療科目 23診療科

一般334床(感染症4床)

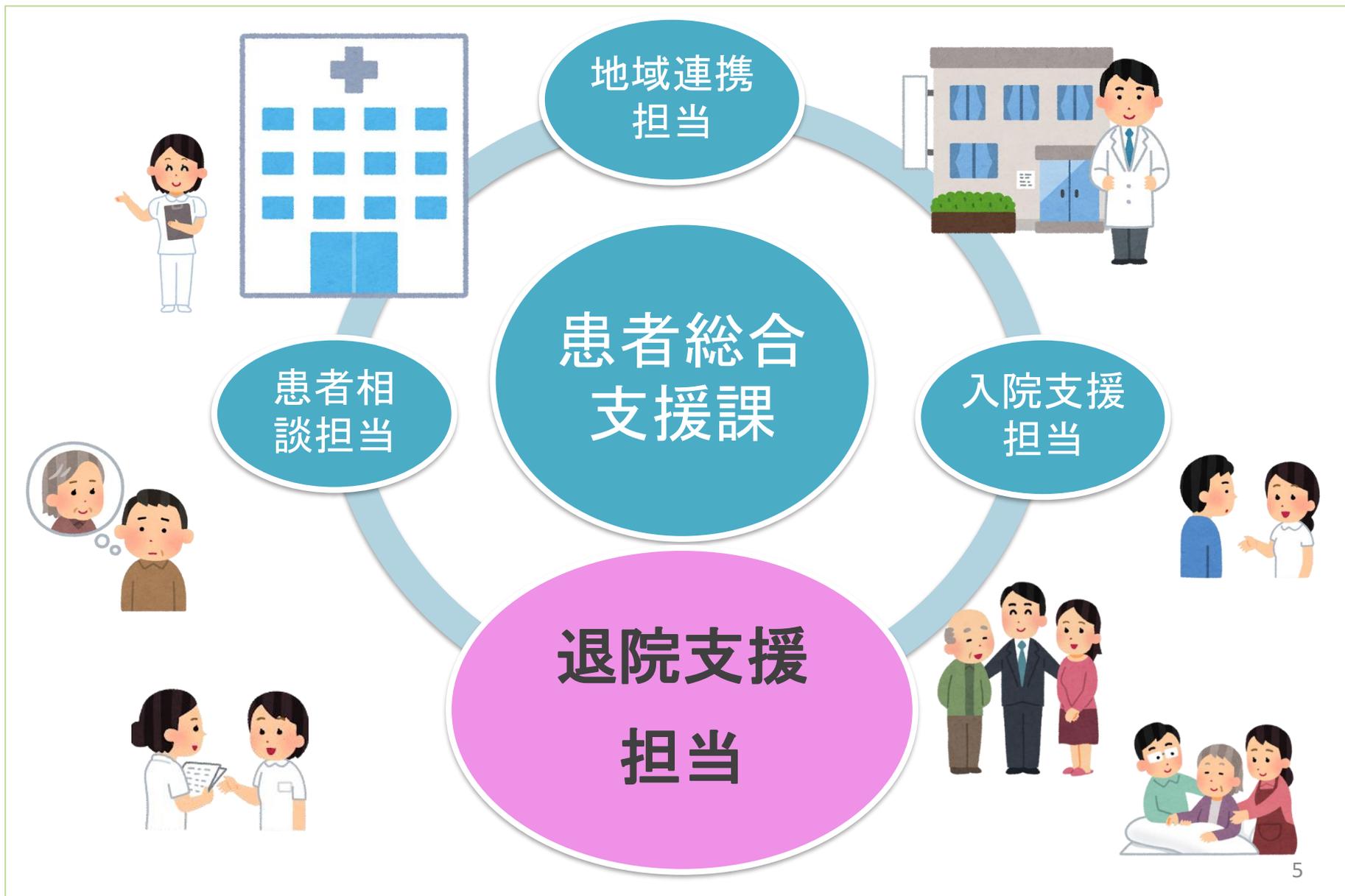
集中治療室6床、救命救急病棟12床

新生児集中治療室9床、新生児回復室6床

入院基本料 急性期一般入院料1

平均在院日数 10.7日(一般病床)

患者総合支援課について



退院支援担当

看護師4名、 社会福祉士4名
(内、精神保健福祉士2名)、
事務員1名

- 入院患者さんの在宅退院調整
 - 他院への転院調整
 - 施設への入所調整
 - 転院相談・調整
 - 各種制度の説明
 - 退院後、他院の受診予約
 - 被虐待児者支援
 - 自殺企図者支援
- など



退院支援室の体制について

専従社会福祉士1名

専任看護師4名

専任社会福祉士3名



専任看護師・専任社会福祉士は、病棟担当相談員。転院調整や在宅退院支援を行っている。**専従社会福祉士**は、退院困難な患者さんに、専任の病棟担当相談員と一緒に関わる。

専従・・・当該業務に専ら従事していること(8割程)

専任・・・当該業務を専ら担当し、当該業務に就業時間の5割以上従事していること

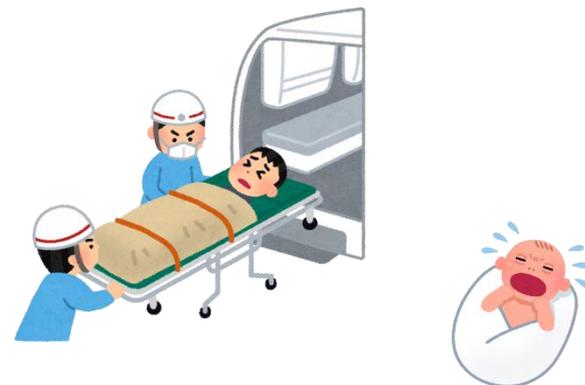
(厚生労働省「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」)

退院支援で介入するケースについて

退院支援計画書の作成対象となる患者さん全員。入院3日目で退院支援カンファレンスを開催。

対象者:

- ・緊急入院、悪性腫瘍の患者
- ・ケアマネジャー・計画相談員が付いている患者
- ・ADLの低下が予測される患者
- ・退院後も医療ケア(褥瘡処置・在宅酸素等)が必要となる患者・患児
- ・NICU入院患児(予定帝王切開で出産され、医療ケアや経過観察を要しない児は対象外)
- ・介護力が低いと思われる世帯の患者
- ・虐待認定されている患者・患児
- ・虐待の疑いがあると思われる患者・患児
- ・経済的困窮の世帯の患者・患児



*** 近年は、身寄りなしで生活も逼迫している患者さんの相談が多い。**

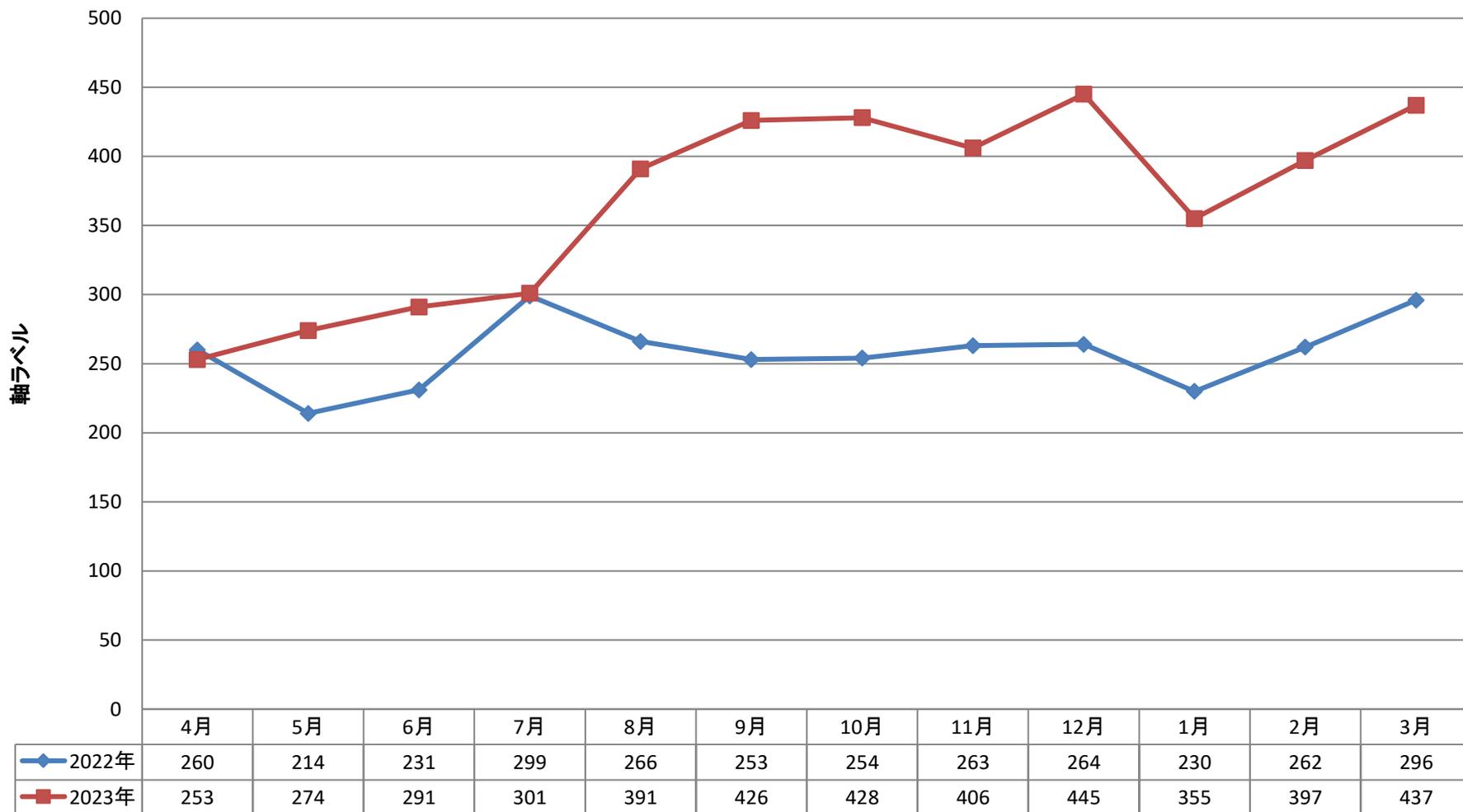
退院支援計画書とは？

患者さんが安心・納得して退院し、住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、入院早期より退院困難となる要因を抽出して退院支援を実施するために、退院に向けての計画書を作成している。計画書の内容に同意を得られたら、入退院支援加算1(700点)と入退院支援加算3【NICUのみ】(1200点)を取得している。



退院支援加算を取得するにあたっての要件
入院1週間以内に、①専任・専従・病棟でのカンファレンスを開催 ②退院支援計画書の着手 ③患者さんと家族さんに退院についての意向を伺う。→そして退院支援計画書に同意を得て署名を頂く。

退院支援の介入率(退院支援加算対象)



* 退院支援計画書の作成をした患者を対象としている。(介入した患者数=加算算定の数ではない)

* 2023年度から入退院支援加算3を算定開始。

退院(転院)支援時の連携先

- ◆担当ケアマネジャー・計画相談員(ケアマネジャー等から、介護サービス事業所に情報を伝えられる)
- ◆新規でケアプラン作成を依頼したケアマネジャー
- ◆地域包括支援センター
- ◆市町の保健センター
- ◆子ども家庭相談室・子ども家庭相談センター
- ◆訪問看護事業所(医療保険で利用される患者の場合)
- ◆福祉用具事業所
- ◆介護保険、自立支援法の施設
- ◆新規で入所依頼をした介護保険施設・サ高住
- ◆医療療養病棟、回復期病棟のある病院
- ◆地域包括ケア病棟のある病院
- ◆精神科のある病院
- ◆緩和ケア病棟のある病院 等



患者さんの内服に関わる院内連携

退院後、患者さんが内服しやすいように、病棟カンファレンスにて多職種で検討。

検討して…



- ・一包化
- ・内服する回数を1日1回に変更。
- ・内服管理が難しい場合、訪問看護や居宅療養管理指導の利用提案を行う。→当院薬剤部から地域の薬局さんに事前に情報が伝えられる。介護保険サービス利用者には、担当ケアマネジャーに内服管理のための相談を行う。



* 転院される患者さんの場合、転院相談先から「薬価が高い」・「取り扱いが無い薬」と言われたら、薬剤の変更について医師・薬剤部に相談。

当院薬剤部より、地域の薬局との連携

薬薬連携内容（トレーシングレポートでのやり取り）

【当院薬剤部 → 調剤薬局】

- ◇点滴がある場合の点滴内容
- ◇入院中に開始した薬・中止した薬
- ◇入院中に生じた副作用「アレルギー」
- ◇小児科等で特別で調剤方法が複雑な場合
- ◇服薬状況や副作用、検査値などフォローしてほしい項目があれば共有



【調剤薬局 → 当院薬剤部】

- ◇普段使用している薬剤の内容、管理方法、副作用歴
- ◇中止指示薬を抜薬した情報
- ◇心不全患者の場合は、体重・バイタルサイン情報

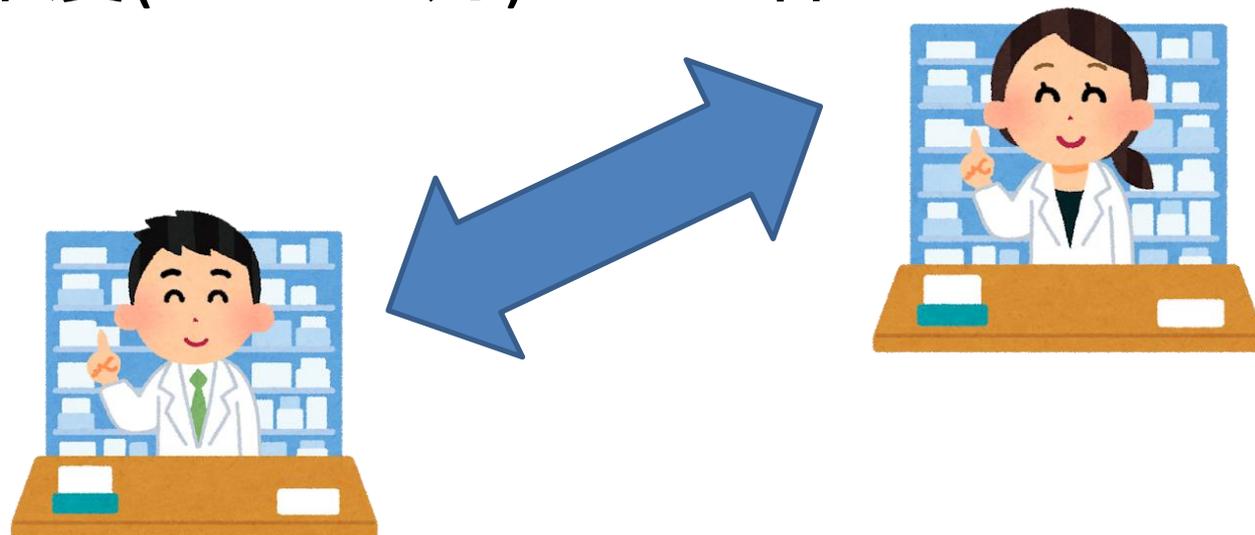
薬薬連携数

トレーシングレポート発行件数

2022年度(4～3月) 533件

2023年度(4～3月) 746件

2024年度(4～10月) 429件



退院前カンファレンスについて

自宅や施設に退院される患者の退院目途が
いたら、**ケアマネジャー等に連絡**

退院前カンファレンスの必要性を検討。

必要となれば、日程調整し実施

前年度(令和5年)カンファレンス件数

対 面 103件

オンライン 26件



計129件

退院前カンファレンスの開催



関係機関の参加者

- **院内**: 医師・病棟看護師・リハビリ担当
管理栄養士(必要時)・薬剤師(必要時)
退院支援病棟担当相談員
- **院外**: 医師(必要時)・ケアマネジャーや担当者
訪問看護師・介護サービス事業所
(訪問介護・通所介護・訪問入浴・作業所
入所施設・福祉用具事業所)・薬剤師

退院前カンファレンスの流れ

- 現病歴
- 入院中の経過(治療・看護経過)
- 今後の治療予定
- 今後の予測される問題と対応
- ADL状況・リハビリ状況
- 退院までの調整内容(指導内容)
- 退院後の通院医療機関の確認
- 在宅生活における課題(独居・通院困難・薬管理等)に対する支援の確認



病院と地域で途切れない支援を
目指して連携をしていきましょう！



ご清聴ありがとうございました