

退院前・退院後訪問の取り組み ～その人らしい生活の支援を目指して～

神子島 直里, 田中 雅子, 野村 和美

加古川中央市民病院 患者支援センター

要 旨

急性期病院から在宅への円滑な移行支援が求められて久しい。当院では患者・家族が安心して在宅でその人らしい生活が送れるよう、2016年より退院前・退院後訪問を実施しており、その取り組みについて報告する。

退院前・退院後訪問を進めるにあたり、病棟への働きかけを行い、訪問対象者の選定基準を検討した上で、対象患者の抽出に関する共通理解を図った。

実際の訪問では、がん終末期及び在宅酸素導入の患者に作業療法士・訪問看護師・ケアマネジャーを含む多職種で訪問を実施し、在宅療養への円滑な移行支援に努めた。

退院前・退院後訪問を実施後は、訪問時の状況を病棟看護師と共有する機会を持った。さらに院内周知活動として入退院支援通信を発行し、訪問で得られた情報を発信した。

これらの取り組みにより、退院前・退院後訪問の対象で希望する患者には訪問を実施し、患者・家族が安心してその人らしい生活への支援に繋げることができた。

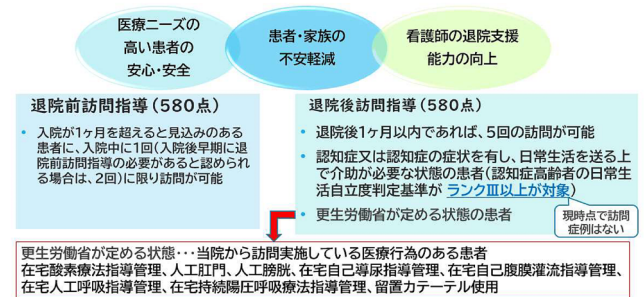


図1：診療報酬における算定要件

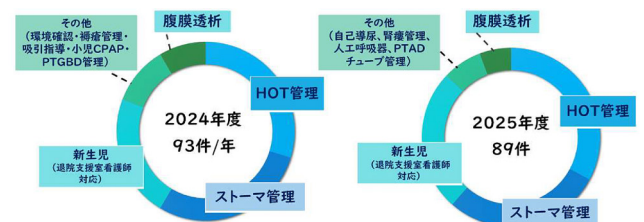


図2：退院前・退院後訪問実施状況

組んでいる。診療報酬上、それぞれ算定要件が定められており、退院前訪問は1回の入院につき1回の訪問が可能である。退院後訪問は厚生労働省が定める状態にある患者を対象に、退院後1か月以内であれば最大5回まで実施が可能となっている（図1）。小児から成人まで幅広い患者を対象に、2016年より活動を実施している。2024年度は93件、2025年度は89件の退院前・退院後訪問を実施した（図2）。

本活動は、医療ニーズの高い患者が安心、安全に在宅療養を継続できるよう支援するとともに、患者・家族の不安の軽減を図り、切れ目のない退院支援につながることを目的としている。今回当院における取り組みの実際について報告する。

方法

1. 訪問対象者抽出に向けた各病棟への働きかけ

必要な患者に対して退院前・退院後訪問が実施できるよう、適切に対象者を選定できる仕組みづくりが求

Keyword

退院前・退院後訪問, 院内連携, 多職種連携

背景及び目的

近年、入院期間の短縮に伴い、医療と生活との両面で支援を必要とする患者が増加しており、医療ニーズの高い患者に対して、在宅療養への移行を支える体制が求められている。

当院では、地域完結型医療に対応し、患者が在宅でその人らしく暮らせるよう、退院前訪問指導・退院後訪問指導（以下、退院前・退院後訪問と記す）に取り

【各病棟と意見交換を6月に実施】

【患者支援センター】
副センター長
副室長
副部長
スタッフ

当該病棟の
訪問対象者
について検討

【病棟】
病棟副部長
退院支援担当者
スタッフ

病棟別で対象となる疾患・医療行為・医療処置	
PCU	在宅酸素導入
5東西	医療機器導入（在宅酸素・人工呼吸器・注入など）
6東	退院前訪問：THA・TKAの術後、繰り返す脱臼
7西	在宅酸素導入、心不全末期、ASV、CPAP装着
7東	在宅酸素導入、褥瘡処置が必要、一人で創処置ができない、下肢切断術後
8西	各種ドレーン留置中
8東	人工肛門、腸瘻管理
9西	在宅酸素導入
9東	難病等でADL低下、在宅酸素導入
10西	人工呼吸器、神経難病で気切や吸引、酸素が必要な状態
10東	腹膜透析、ウロストミー、自己導尿、尿管管理、腎臓

図3：訪問対象者について当該病棟と検討

められた。6月に各病棟担当者（病棟師長・病棟副師長・退院支援担当者・スタッフ）へ過去の訪問症例を提示し、訪問対象者の選定基準について検討を行い、共通理解を図った。そして患者の病状や生活背景を最も把握している病棟看護師に訪問対象者の抽出を依頼した（図3）。

2. 退院前・退院後訪問の実際

【訪問症例1／がん終末期／在宅酸素導入】

肺がん（骨転移あり）60歳代男性、患者より「自宅で過ごしたい」という強い意向があり、その思いを尊重できるよう、在宅酸素を導入し自宅退院を目指すことになった。入院中は社会福祉士が社会資源の調整を行い、ケアマネジャー、訪問看護師と退院前カンファレンスで患者の思い、療養上の課題について情報共有を行った。そして退院日に合わせて往診医、訪問看護の利用を開始することになった。

退院時には、病棟から自宅までの移送に加え、エレベーターのない集合住宅5階までの移動介助を要した。患者の身体状況および在宅酸素療法を考慮すると、転倒や呼吸状態の悪化などのリスクが想定されたため、介護タクシーを利用するとともに、病棟看護師が同行し酸素ボンベの管理、車椅子介助を実施した。自宅でケアマネジャー、訪問看護師と患者の療養環境を確認し、在宅酸素の設置場所、トイレまでの動線確認、緩和ケア目的で使用中の医療用麻薬の処方内容、指示内容を訪問看護師と確認した。

【訪問症例2／在宅酸素導入】

症例2では、在宅酸素（以下、HOTと記す）導入となったケアハウスで生活する80歳代女性、退院後4日目に病棟看護師、担当作業療法士と退院後訪問を実施した。ケアハウスは、居室の広さや動線以外に、入居者が利用する食堂や大浴場（図4）までの酸素使用方の確認を行い、ケアマネジャー、施設担当者と検討し患者に指導を行った。酸素濃縮器の配置場所、生活



図4：ケアハウス内の大浴場

の導線など実際の生活の場で環境を確認した。

3. 退院前・退院後訪問実施後の活動

1) 病棟看護師と事例の共有

超高齢社会に伴い、独居や老々介護の世帯が増加傾向にあり、在宅で医療行為を必要とする症例が増えていく。そこで退院前・退院後訪問実施後に課題を明確化し、訪問時の内容から入院中の指導に役立ててもらいたいこと等を共有した。

2) 訪問後の周知活動（入退院支援通信の発行）

病棟では患者が退院後に在宅でどのように過ごしているか環境のイメージが付きにくい。また生活環境は医療的管理が前提とされていないため、実際の訪問で得られた情報を院内へ共有することを目的に、入退院支援通信を発行した（図5）。退院前・退院後訪問の症例を記載した通信では、患者の生活環境、患者や家族の反応、同行した多職種の声などを記載し、活動の様子を伝えるための写真を掲載し周知活動を行った。

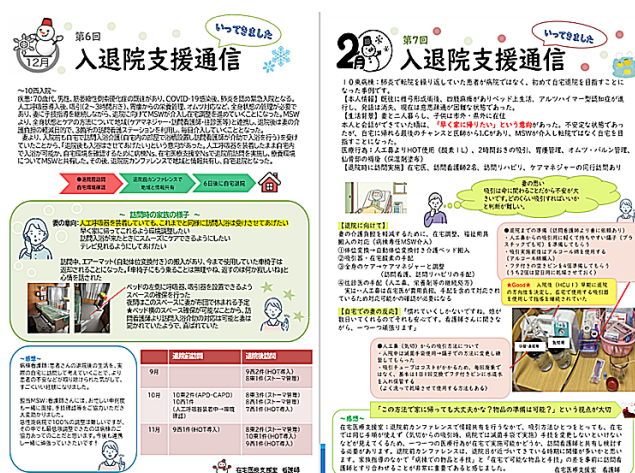


図5：入退院支援通信

結果

本取り組みを通して、院内の多職種が連携しあい、急性期病院から在宅療養へ移行する患者・家族が安心して、その人らしい生活を続けられるよう、必要な患

者には退院前・退院後訪問を実施することができた。患者や家族からは「訪問してもらえて安心した」「支えられていると感じた」という声が多く聞かれ、訪問がその人らしい生活の支援につながった。さらに訪問通信の発行により、退院支援の情報共有や訪問の周知にも役立った。同行した多職種からは、「実際に見ることが大事」「具体的にイメージを持つことが大切」という声が聞かれ、医療と生活の場をつなぐイメージにつながった。

考察

急性期病院では短期間の入院生活の中で、一人ひとりが納得、満足していける退院調整・退院支援の提供を考案していかなければならない¹⁾。

島田は、地域包括ケアシステムの視点から、急性期病院での看護は、治療選択の支援と地域生活へ戻るための支援である。一方、在宅での看護は、地域生活の開始と継続への支援である。異なる場の看護をつなげる共通点は、治療によって影響を受けるかもしれない患者の生活であり、生活上優先したい患者の価値観であると述べている²⁾。

入院後の環境変化や外見の変化は、患者や家族に大

きな負担となる。そのため、在宅に戻ったあともその変化に適応していけるよう、継続的な支援が必要である。支援を必要とする患者に確実に訪問が実施できるよう、今後も病棟への働きかけを継続していく必要がある。さらに多職種と協働しながら医療ニーズの高い患者が安心・安全に生活へ復帰できるよう支援していくことが大切である。今後も退院前・退院後訪問が確実に実施されるよう病棟との連携を継続していく必要があると考える。

結論

病棟との継続的な情報共有と調整を通して、退院前・退院後訪問の対象で希望する患者には訪問を実施し、患者・家族が安心してその人らしい生活への支援に繋げることができた。またがん終末期の症例では、多職種が訪問へ積極的に関与することで、医療ニーズの高い患者への訪問指導を提供することが可能となった。今後はより質の高い看護が提供できるよう認定看護師が訪問を実施することを検討しており、退院前・退院後訪問指導という一つの方法が患者・家族にとって最良のものとなるよう、院内連携、周知活動を継続していく必要がある。

文 献

- 1) 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子: 急性期病院から在宅へつなぐ退院調整看護師の役割, 東京医療保健大学紀要. 1:70, 2010.
- 2) 島田千穂: 地域包括ケアシステムに求められる急性期看護とは何か「地域生活へ戻るための支援」を目指して, 看護管理. 28:474, 2018.