

3.退院支援・退院調整について

愛知県がんセンター中央病院
地域医療連携・相談支援センター
看護師・社会福祉士 安藤 聡



講義の狙い

- 退院支援・退院調整の目的と実際の流れを知る。
- 入院医療と在宅医療の違い、介護保険の使い方を知る
- がん患者さんの療養先としてどのような選択肢があるかを知る。

地域医療連携・相談支援センターの役割

一般的に、地域医療連携には「前方連携」と「後方連携」があります。「前方連携」とは、診療所や病院で診療を受けている患者さんを、必要に応じて、より高度な医療を提供する病院へ紹介することをいいます。一方、「後方連携」は、入院中や外来通院中の患者さんで、他の病院・診療所・施設などとの連携が必要な場合に行う連携をいいます。今回のテーマである退院支援・退院調整は、「後方連携」に位置付けられます。

愛知県がんセンター中央病院の地域医療連携・相談支援センターでは、地域医療連携として「前方連携」を、相談支援センターとして「後方連携」を行っています。特に、相談支援センターでは医療費や福祉制度、がんに関する医療相談を行っています。患者さんの生活の基盤は自宅であり、退院後、患者さんやご家族が「その人らしさ」を失うことなく過ごすために、地域の医療機関と連携して支援しています。

愛知県がんセンター中央病院における退院支援・退院調整の現状

愛知県がんセンター中央病院は、手術・放射線・化学療法などの治療を受けることを目的とした病院です。退院される患者さんのうち9割は、自宅退院されます。

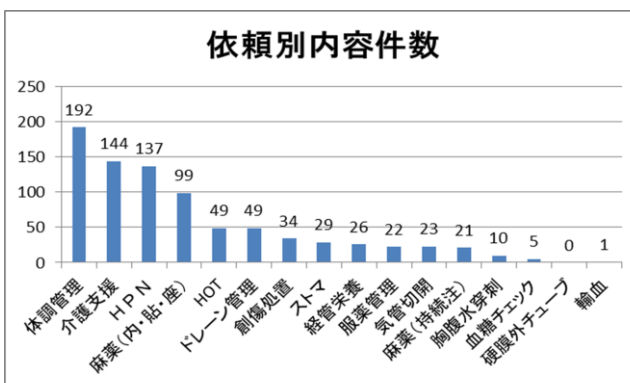
退院調整依頼は年間約800件あります。当院の特徴として、退院調整依頼がある患者さんのほとんどは高齢者で、その大半は、がん末期という状態だということです。そのため、末期のがん患者さんが「どのような場所で、どう暮らしていくのか」を考えることが退院支援の主体となります。

退院調整依頼の内容としては、体調管理や介護支援のほかに、在宅医療を受ける場合、HPN（中心静脈栄養点滴の略）と呼ばれる「高カロリー栄養点滴」や医療用麻薬による疼痛緩和、HOT（在宅での酸素吸入）などの医療行為を必要としている患者さんが多いのが特徴です。そのため、地域の医療機関との連携が重要になります。

退院支援・退院調整を行う対象患者さんは下記のような方になります。

- ・HPNやストーマ管理、HOT、疼痛・症状コントロール（痛み、吐気などの苦痛症状緩和）が必要な人
- ・自宅で最期を迎えたい人
- ・日常生活に介助が必要な人
- ・医療や介護に不安のある人
- ・自宅で利用できるサービスの紹介や、自宅・転院など退院後の療養先についての相談をしたい人

注）患者・家族で管理できる人であれば問題はないが、管理が難しい方や一人暮らし等で訪問看護が必要とされる場合は、訪問看護の紹介なども行う



2013年度 がんセンター中央病院 退院時に必要な処置内容集計結果

退院支援、退院調整とは

退院支援は「患者・患者家族の意思決定支援」

退院支援とは、がん末期の患者さんや患者家族に対して「患者さんやその家族が、この先病気をもちながら、どのように生きていけばよいのか」というところから、「最期の療養先をどこにするのか。自宅に帰るのか、それとも転院をするのか」というところまで、何らかの選択ができるように支援をすることです。

患者さんや家族の意思は揺れ動くことがまれではないため、患者・家族の意志を尊重しながら支援する一方で、生活上の問題を解決するために、多職種と協働して生活上の問題に対して自立支援を行います。

退院調整は「患者・患者家族の意向を踏まえ、その後の療養環境を整える」

退院調整は、患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて、環境・ヒト・モノを社会制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程です。具体的には、地域の医療機関や介護保険サービス事業所などとの連携・調整を行います。

退院調整に関して、「病院から追い出すことを目的としている」というイメージを持っている人もいますが、本来の目的は「患者さんや患者家族がより良い選択をして、退院後、その人らしく過ごすことを手助けする」ことです。決して病院が患者さんを追い出すための「調整」ではありません。

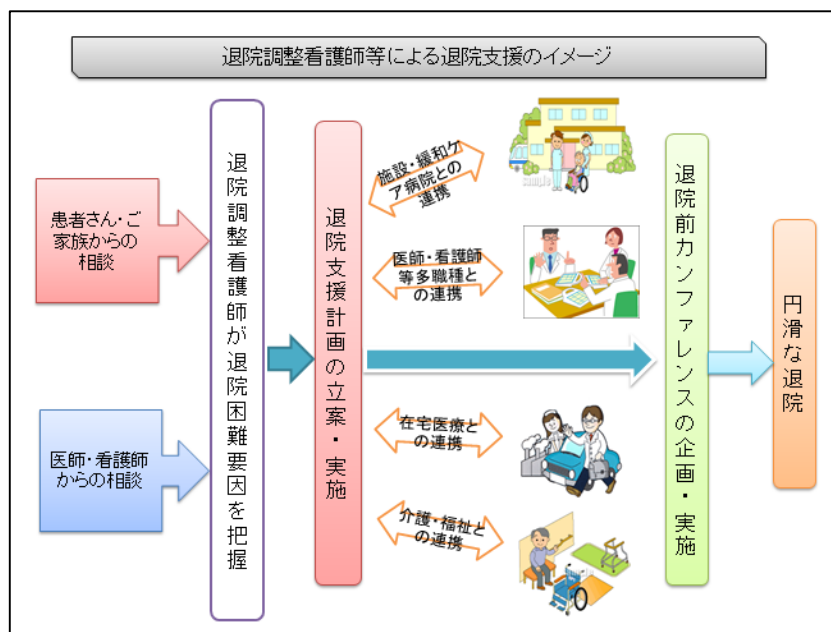
退院調整看護師は、病院と地域との橋渡し役です。患者さんと医療者との橋渡し役のピアサポーターと、よく似た支援をしていると思っています。

退院支援、退院調整の流れ

患者さんや患者家族の「介護力」や「医療依存度」を考え退院困難要因を把握します。入院中の患者さんであれば「退院前カンファレンス」を開催し、患者さんや家族、在宅医や訪問看護師、ケアマネージャー、病院医師、看護師、理学療法士などと一緒に話し合い、安心して退院できるようにしています。

入院医療は、治療（抗がん剤、放射線、手術）と管理が優先されますが、在宅医療は、「その人らしい生き方」を支援します。また、在宅医療は、治療を目的とせず症状をコントロールすることがメインとなります。

在宅へ移行する場合は、患者さんの希望に沿うために、治療や管理上のことをどうするのか考えることが大切です。



がん末期の方の療養先

治療をするかしないのかで、療養先が変わります。右の表のような施設が、がん末期の患者の療養先として挙げられます。

最近多くなってきた「有料老人ホーム」「サービス付高齢者向け住宅（※）」は、医療依存度の高い方や看取りまで対応した有料施設も増えており、今後は選択の一つとなっていくと考えられます。

※「サービス付高齢者向け住宅」：高齢者を対象とした住居兼医療施設

がん末期の方の療養先

治療	自宅	ホスピス	病院	有料施設
する	○	×	△ (治療と治療の間のみの受けられる病院もある。)	○
しない	○	○	△ (ホスピスが亡くなるまでの間なら受け入れられる病院もある。)	○

※ 治療 = 抗がん剤、放射線、手術などの治療

※ 療養病院、回復期病院、急性期病院での療養は難しい

介護保険について

対象：65歳以上 がん末期であれば40歳以上が利用の対象

注意点：①がん末期であっても40歳未満は利用できない

②入院中は（外泊等でも）利用できない

= 自宅での療養を支えるサービスであるため、入院中は対象外

③がん末期の場合、訪問看護は医療保険を利用する（70歳未満は3割負担）

= 制度上、毎日でも利用が可能 高額医療費の対象

④入院中に利用して、退院できなければ実費となる

= 介護保険を利用して福祉用具を購入しても、自宅へ帰れなかった場合は実費となる

事例紹介

患者：76歳男性

状態：すい臓がん 腹膜播種
生命予後は1か月

家族構成：奥様と2人暮らし
近所に長男夫婦在住
介護に対して協力的

症状：痛み、吐き気、食欲不振
日常生活は自立している

医療行為：腹膜播種による腸閉塞。経鼻胃管（写真1）により胃内容物を排出させて、吐き気を抑えていた

高カロリー輸液（写真2）により栄養摂取をしている

医療用麻薬を持続注射（写真3）

患者の意思：自宅に帰りたいが、家族に迷惑がかかる。

自分が起業した会社で仕事をしたり、趣味の囲碁をして楽しみたい

家族の意思：奥様は病院での療養を希望。自宅療養の不安が大きい。

長男は患者の意思を優先したい。

写真1

経鼻胃管

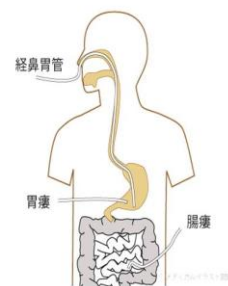


写真2

高カロリー輸液



家族関係：家族関係は良好。患者は家族から尊敬されていた。

【支援内容】

- 本人、妻、長男のそれぞれの思いを代弁し、家族で話し合うように調整した。
- 医療器具の取り扱いの説明、介護保険・医療保険制度の説明、一日のスケジュールを作成し自宅療養のイメージをつけた。
- 退院前カンファレンスの開催
患者や家族だけではなく在宅医師、訪問看護師、ケアマネージャー、薬剤師、病院医師、訪問医療の医師や看護師も同席。今後の起こりうる症状や緊急時の対応について話し合った。
カンファレンス後、在宅療チームの医師や看護師、薬剤師、ケアマネージャーの自信あふれる態度を見て、患者も家族も安心をしたと話していた。

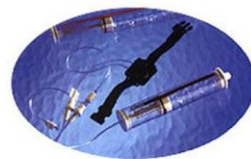
【在宅～最期までの生活（訪問看護師と家族談）】

- 訪問看護は毎日。医師は週 1 回の訪問。
- 家族は（器具の取り扱いなどが）不慣れであったが、それも徐々に慣れていった。
- 患者は短時間ではあるが、仕事に復帰。趣味も楽しむことができた。何より入院中には見られなかった笑顔が多かったことが、一番良かった。
- 長男は仕事が終わると患者宅へ行き介護をした。
- 一番不安の強かった奥様については、長男の支えや、「何かあったら、在宅医や訪問看護師が来てくれる」という安心感があった。
- 退院 2 か月後家族に見守られ、永眠。
- 家族は、本人の希望も叶えられ、満足のいく最期を迎えられたと話していた。

退院支援をきっかけに、新しい家族の関係ができ、「患者さんは家族の愛情を感じながら、最期を迎えられた」と感じている。

写真 3

麻薬持続注射



愛知県がんセンター中央病院
地域医療連携・相談支援センター
看護師・社会福祉士 安藤 聡