

退 院 支 援

～重度の方も在宅へ～

退院支援とは

- ▶ 利用者の「家に帰りたい」の一言から、実際に在宅生活が安定するまでの一連の支援

退 院 支 援

家に
帰りたい。。

役所申請

在宅生活の検討

申請書作成

関係者集め

役所折衝

関係者調整

相談員・ケアマネ

在宅医

訪問看護

訪問介護

連携病院

福祉用具

その他

在宅準備

生活環境整備

備品調達・管理

家族説明

その他

在宅生活
安定！

入院中のコミュニケーション支援



利用者の気持ち



病院は嫌だ、、、、

- ナースコールをしてもすぐに来てくれない。
- 手を1ミリ動かすためだけに看護師を呼ぶのは気を遣う。
- 扱いが丁寧ではない。

家に帰りたけれど、、、

- 人工呼吸器を着けていて家に帰れるわけがない。
- 家族に介護負担をかけてしまう。
- 独居なので在宅生活は不可能。
- もしもの時が不安。

病院側、施設側の事情



頻繁に呼ばれるけれど、、、、

- 忙しくていけない。
- 他の患者より優遇することはできない。
- 要望が細かすぎて対応しきれない。

家に帰れるなら帰したい、、、、

- 長期の入院は困る（赤字）。
- 重度訪問介護という制度を知らない。

始まらない原因

- ▶ ケアマネが重度訪問介護に詳しくない
 - ▶ 相談員とのパイプがない
 - ▶ 本人も家に帰ることができると思っていない（言い出さない）
 - ▶ ドクターも在宅生活ができると思っていない（紹介しない）
 - ▶ 吸引のできる事業所が少ない
 - ▶ 実地研修が病院で進まない
 - ▶ 介護事業所、ヘルパーが集められない
 - ▶ 訪問看護も集めにくい
 - ▶ 受けてくれる訪問医が少ない
- 等々

重度訪問介護とは

重度訪問介護

根拠法：障害者総合支援法

調整役：相談員

報酬の財源：税金が主

一般的な支援時間：10時間前後

自治体の管轄課：障害福祉課 等



訪問介護

根拠法：介護保険法

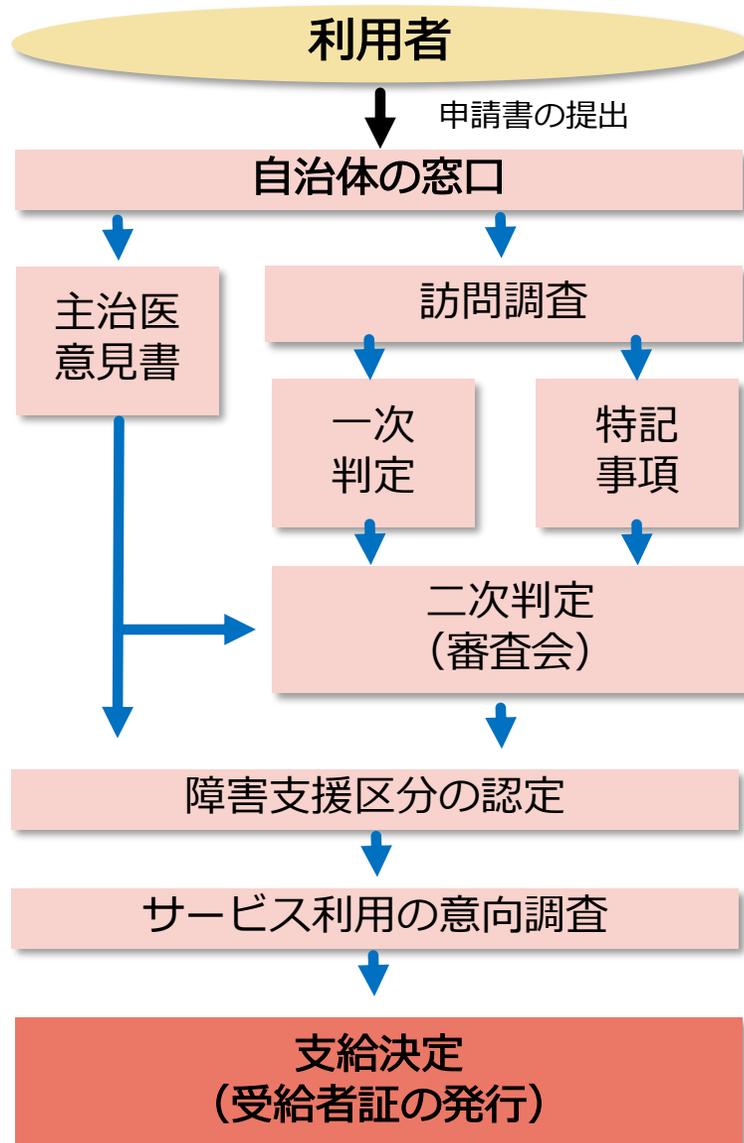
調整役：ケアマネ

報酬の財源：国民の保険金が主

一般的な支援時間：30分～1時間程度

自治体の管轄課：介護保険課 等

申請のポイント



○主治医意見書

- ✓ 今後の在宅生活を見据えた意見を書いてもらう方がよいので、申請前に主治医含めたカンファレンスをしておく方がよい。
- ✓ 夜間は吸引や体位変換の必要回数等に言及してもらう。

○サービス利用の意向調査

- ✓ 日中、夜間の支援スケジュールを組み立てる必要あり。
(例：週間計画表)
- ✓ 最終的な段階では具体的な事業所名を入れる必要あり。
- ✓ ご家族の介護能力も認定時間に影響。

事例①：明石市A様（明石市初24時間）

【A様】

- ・明石市初24時間
- ・筋ジス
- ・四肢麻痺
- ・人工呼吸器
- ・お父様がいるが
お父様も要介護
(実質独居)

経緯

明石市の行政機関からの相談（24時間、週7日）

開始時の 状況

人工呼吸器装着のための入院中。重度訪問増枠申請前。本人は帰りたい願望強いが、明石市の24時間支援の前例無く、24時間、365日対応可能で医療的ケア対応が可能な重度訪問介護事業所も市内で見つからず、ご本人は希望を見失っていた状態。

退院支援 の 内容

- ①役所申請ノウハウ提供
- ②在宅生活ノウハウ提供
- ③病院での実地研修調整と実施（弊社訪問看護で初回9名）
- ④24時間、週7対応（現在ヘルパー18名関与）

ポイント

- ①開始から退院まで5か月（関係者集め、相談員も自治体も病院も試行錯誤）
- ②徐々に吸引可能な事業所が増え、現在は2事業所で連携体制確立

事例②：神戸市B様（コミュニケーション支援）

【B様】 ・ ALS ・ 四肢麻痺 ・ 人工呼吸器 ・ ご家族がいるが 介護消極的 (実質独居)	経緯	ケアマネからの相談
	開始時の 状況	人工呼吸器装着のため入院中。重度訪問新規申請前。本人は帰りたい願望強いが、家族は消極的。家族が関与しなくていいという前提で在宅生活の組み立てが必要な状況。
	退院支援 の 内容	①役所申請ノウハウ提供 ②在宅生活ノウハウ提供 ③病院での実地研修調整と実施（弊社訪問看護で初回10名） ④入院中のコミュニケーション支援 ⑤週7夕方～夜間・早朝対応（現在ヘルパー19名関与）
	ポイント	①入院中のコミュニケーション支援から関与 ②喀痰吸引の認定証待ちのため、退院まで4か月を要した

事例③：尼崎市C様（事業者登録申請、認定証）

【C様】

- ・ 脊髄性筋萎縮症
- ・ 四肢麻痺
- ・ 人工呼吸器
- ・ ご家族がいるが要介護状態の母と自営業の兄弟。

経緯

相談員からの相談

開始時の状況

人工呼吸器装着のため入院中。重度訪問増枠申請前。吸引可能な事業所が弊社以外なく、他事業所の事業所登録申請から必要な状況。

退院支援の内容

- ①在宅生活ノウハウ提供
- ②病院での実地研修調整と実施（他社訪問看護で初回4名）
- ③週7夜間対応（現在ヘルパー6名関与）

ポイント

- ①他事業所の登録喀痰吸引等事業者（登録特定行為事業者）登録申請から必要だった案件
- ②ヘルパーの吸引認定証待ちのため、退院までトータル6か月を要した

事例④：神戸市D様（ご自宅で最期を）

【D様】 ・ 老衰、 誤嚥性肺炎 ・ 下肢麻痺 ・ 気管切開 ・ ご家族協力的 ・ 長期入院	経緯	相談員からの相談
	開始時の状況	在宅生活を支えられるだけのヘルパーが見つからなかったこと、ご家族が在宅を不安に思われていたことから、1年以上長期入院となっていた。 ご家族は家での見取りを希望していた。
	退院支援の内容	①役所申請ノウハウ提供 ②在宅生活ノウハウ提供 ③病院での実地研修調整と実施（病院看護師で初回4名） ③週6夜間対応
	ポイント	①重度訪問申請と退院準備を同時に進め、要した期間は1か月 ②退院後3ヶ月目にご自宅でご逝去

おわりに（退院支援を成功させるために・・・）

- ▶ 重度障害のある方でも在宅生活は可能。
- ▶ 自治体への申請は今後の在宅生活を見据えて行う必要がある。
- ▶ 重度障害のある方の在宅生活を支えるためには様々な関係者と家族の連携が必要。

土屋訪問介護事業所

<https://tsuchiya-houmon.com/>



土屋訪問介護事業所
全ての必要な人に必要なケアを

メッセージ

ケアバランスメント保証書

サービス

お問い合わせ

全

土屋訪問介護事業所

土屋訪問介護事業所

全国障害者在宅生活支援事業者連絡会

全事連
Zenjiren

○設立趣旨

当会は、誰もが住み慣れた場所で、自己と他者を尊重し、障害を持つ者と持たない者が分け隔てなく人と人として関わり合い、ともに歩み、ともに学び、ともに生きる社会を目指します。

○活動内容

- ①情報提供（ノウハウ相互共有）
- ②権利擁護（当事者、事業者）
- ③政策提言（時代に合った政策検討）
- ④経営支援（相互経営支援）
- ⑤その他（地域共生社会の検討・実現）

○組織体制

