



第 19 回 日本看護管理学会学術集会

【インフォメーションエクステンジ 22】

◆日時：2015 年 8 月 29 日（土） 15：50～16：50

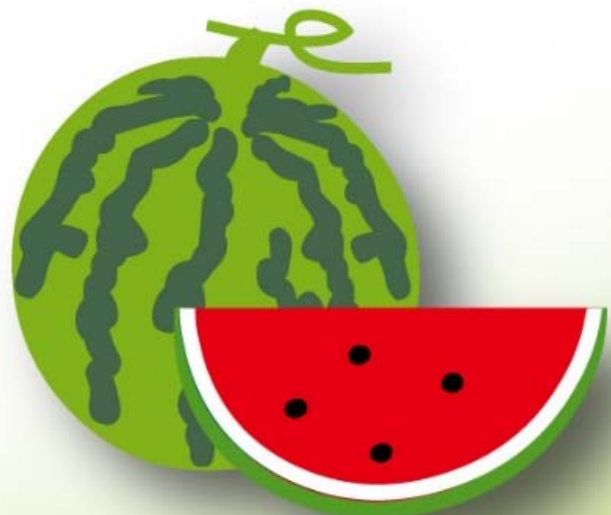
◆場所：第 4 会場（1F コンベンションホール B）

ビッグパレットふくしま（郡山市）

◆テーマ：

「在宅復帰の促進と退院調整

—在宅で認知症の人を支えるための看護連携—」



第 19 回 日本看護管理学会学術集会

インフォメーションエクステンジ 22

「在宅復帰の促進と退院調整

—在宅で認知症の人を支えるための看護連携—

【 目 次 】

話題提供 1.

「訪問看護ステーションからみた病院との連携および退院調整の現状と課題」…………… 1

話題提供 2.

「精神科から学ぶ急性期病院から在宅への移行」…………… 6

在宅復帰の促進と退院調整 —在宅で認知症の人を支えるための看護連携—

訪問看護ステーションからみた病院との連携 および退院調整の現状と課題

公益社団法人 山梨県看護協会
荒川訪問看護ステーション
認知症看護認定看護師 小林友美

訪問看護とは

- ◆ 対象者が在宅で主体性をもって健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者によって、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限にとどめる。
- ◆ また、安らかな終末を過ごす事ができるように支援する。そのために具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整をする。

(1990 日本看護協会)

図2 訪問看護事業所数の推移(訪問看護ステーション及び病院・診療所)

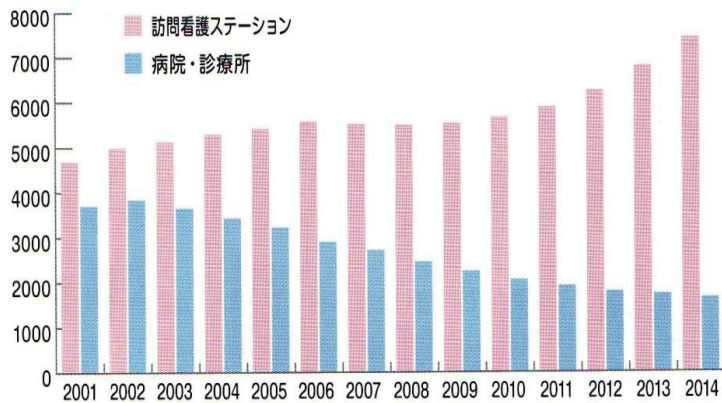


図7 平均的な訪問看護ステーションの訪問看護

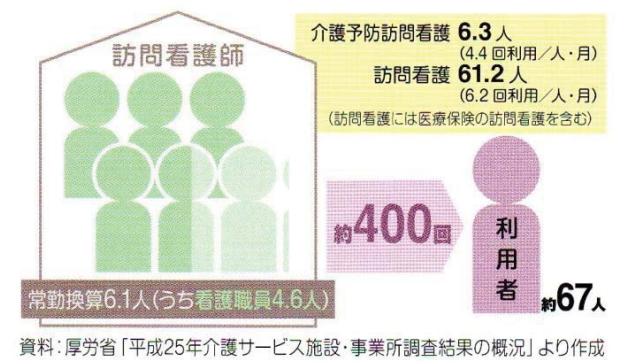
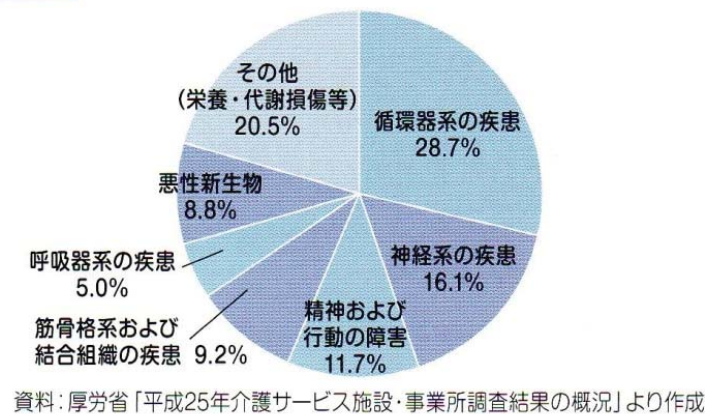


図9 訪問看護ステーション利用者の傷病別内訳



引用:公益社団法人 日本訪問看護財団 2

退院支援と退院調整の定義

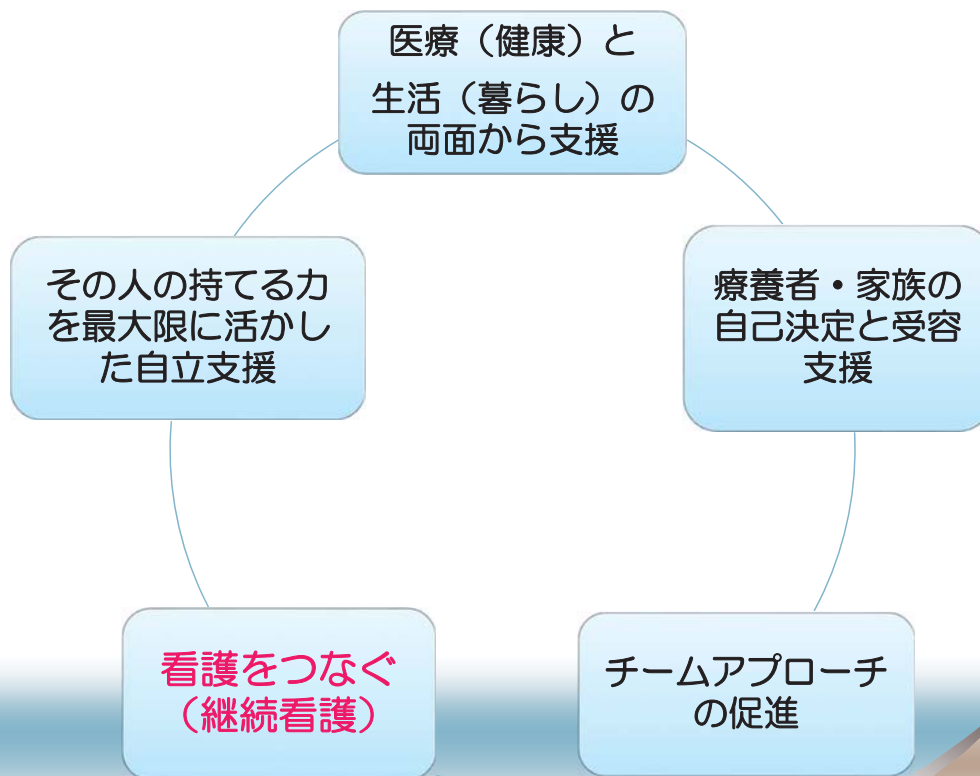
◆ 退院支援

患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援

◆ 退院調整

患者が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・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程

退院支援に求められる看護の役割



引用：山梨版 退院支援マネジメント ガイドライン、公益社団法人 山梨県看護協会 4

退院調整の現状

◆ 入院時サマリーの持参

- 継続看護連絡票（看護サマリー）を連携室、病棟へ持参し、口頭でも伝える
- 特に、認知症について（症状や認知機能）、日常生活状況、利用者・家族の意向は伝える



- 多くは緊急入院となるため、入院当日の看護サマリー持参は困難
- 認知症がある利用者の場合、連携室へ電話連絡し後日看護サマリーを持参

退院調整の現状

◆ 退院前カンファレンスの実施

- 退院日直前に日程調整される事が多い
- 参加メンバーは、利用者・家族、病棟看護師、MSW、訪問看護師、介護支援専門員、介護保険サービス事業者



- 主治医や退院調整看護師、外来看護師が参加しない事も
- カンファレンスをしないまま退院してくる事も
- しらないうちに退院している事も

6

今後の課題

◆ 在宅（施設）と病院での看護師間の情報や知識が共有されにくく、ケアが継続されていない

《病院側》 看護サマリーが活かされていない？

《在宅側》 認知症の症状や生活状況、その人となりがいメージできる看護サマリー？



訪問看護師 ⇔ 病院看護師 間で相互理解をし、効果的な情報交換のためのツールとしての看護サマリーの作成により、**継続した認知症ケア**が実践できる

7

今後の課題

- ◆ 退院前カンファレンスを積極的に活用するようになったが情報交換で終わっている



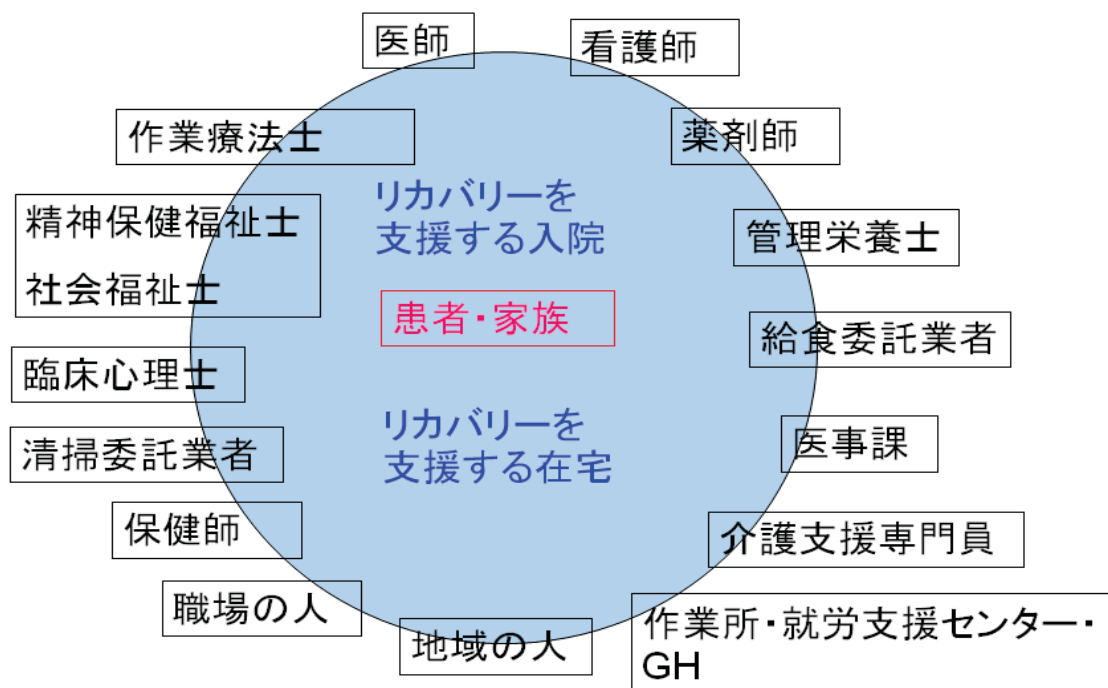
- ◆ 入院時から退院支援・調整は始まっている
 - ・ 入院時カンファレンスの検討
 - ・ 入退院時だけではなく、入院中も情報共有
 - ・ 状況に応じて病棟看護師と一緒にケアを実施
- ◆ 平常時から**外来看護師**や**退院調整看護師**との顔の見える連携

精神科から学ぶ急性期病院から 在宅への移行

平成27年8月29日

JA高知病院 松永智香

病棟・在宅における多職種チーム医療



治療における多職種チーム医療



A県下における精神科救急医療

- ▶ 夜間（17:00～9：00）：スーパー救急
- ▶ 土・日・祝日：輪番制
- ▶ 自施設かかりつけ患者は24時間365日自施設で対応
 - * かかりつけ患者とは（定義）
 - * 対応できないときは、医師から輪番病院あるいはスーパー救急担当医師へ紹介

外来部門の課題

入院査定機能

- ・ 外来看護
重症在宅患者の生活支援・訪問看護
ベッドコントロール・看護相談・医師のサポート
タイミングを逃さない効果的な入院支援
- ・ 訪問看護ステーション
安定した経営・退院前訪問・医師のサポート
- ・ デイケア
デイケアにおける看護の専門性の発揮
医師のサポート
- ・ 福祉部門
連携・有効活用

医師の診察回数を減らし、外来看護でフォローする。
新規患者数を↑

精神科継続外来支援・指導料

入院部門の課題

- ・ 入院時のアセスメントと目標設定
- ・ 目標に向かって患者と計画立案・評価
- ・ 多職種カンファレンスの活用
- ・ 退院前訪問
- ・ 時間外電話対応
- ・ タイミングを逃さない効果的な退院支援

退院査定機能

あらたな課題

- ・前方連携と後方連携
- ・福祉部門との連携
- ・アセスメント（入院決定）・計画
- ・マネジメント（社会資源の活用）・調整
- ・継続したケア
- ・家族ケア
- ・人権擁護
- ・タイミングを逃さない効果的な治療・介入

New
地域移行
支援部門

受け持ち制
看護師
PSW
OT
Dr等

その人らしさを支えるためのケア
マネジメント機能

学びを得て、これからめざすもの

病院と病院、病院と診療所、病院と老人ホームの連携ではなく、
看護職と看護職の連携

直接伺って申し送りを受けること、患者さんと一緒に目標を考える
こと、一緒に計画を立てること

直接伺って申し送りをすること、患者さんと一緒に次の目標を考え
ること、一緒に次の計画を立てること

学びを得て、これからめざすもの

- ▶ 訪問看護：訪問看護ステーションから
外来から
病棟から
地域連携室から

- ▶ カンファレンス：入院前から
定期・必要時
退院準備期（外泊前・外泊後）
退院前
退院後

外来・入院部門のカンファレンスとチーム医療

入院前、ゴール
設定

多職種チームでゴールに向けて計画立案・実施・評価

褥そう対策チーム・栄養サポートチーム・
摂食嚥下チームほか

院内デイケアなどのとりくみ

退院前評価・外泊・
外出など

退院後評価・実施

入院・在宅が連携したつながる看護の提供