

看護未来塾 第1回勉強会
2017.02.18

地域医療・看護の変革への始動 —高知県の場合—

高知県立大学看護学部
森下安子

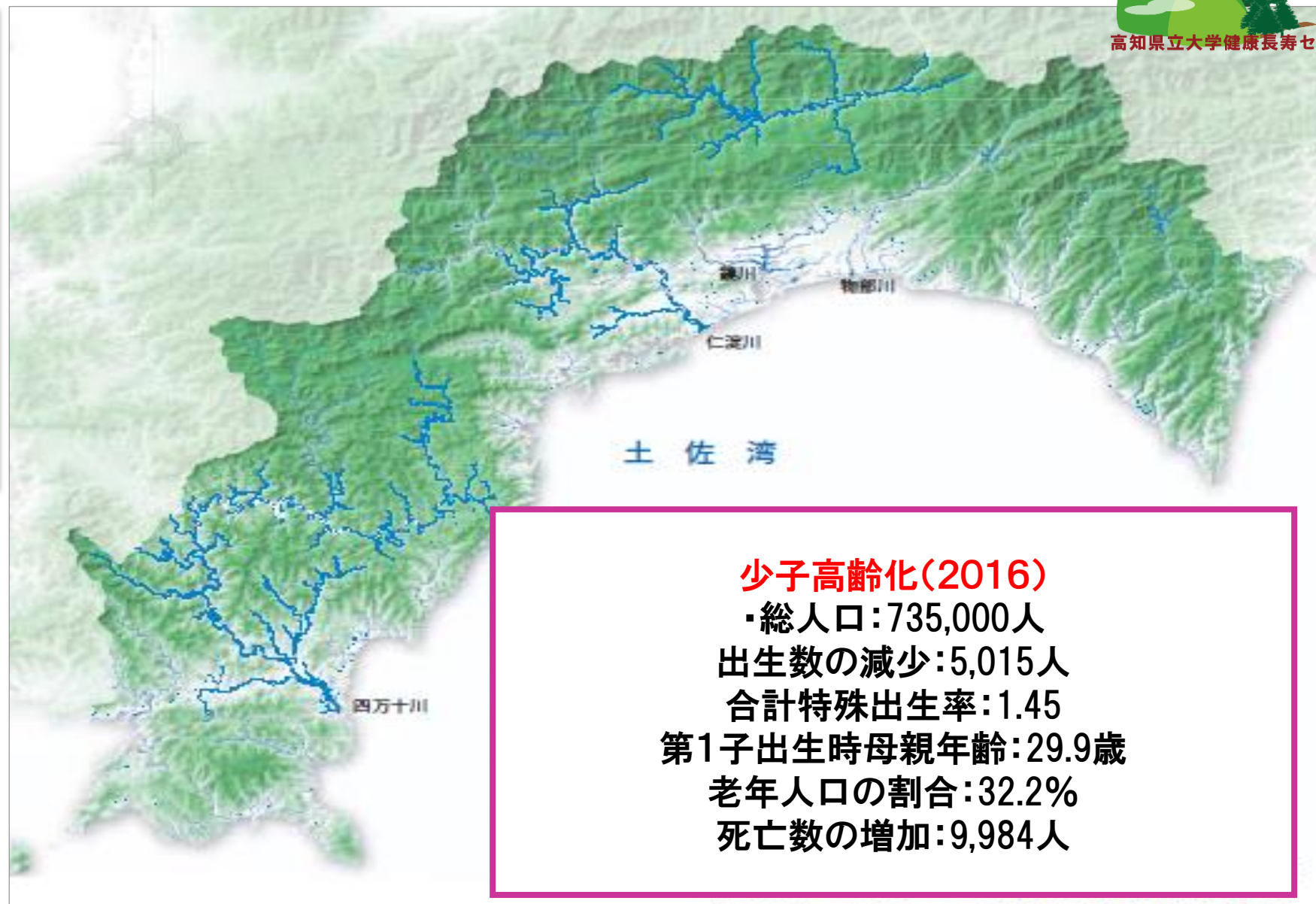
- 中山間地域等訪問看護師育成講座
- 退院支援体制推進事業



中山間地域等 訪問看護師育成講座について

高知県は高齢化、人口減少の先進県

高知県中山間地域等
訪問看護師育成講座



2016 ゆるキャラ
グランプリ優勝
しんじょう君



高知県の中山間地域と訪問看護の現状と課題

高知県中山間地域等
訪問看護師育成講座

自宅で「いきたい」を支えるために



高知県立大学健康長寿センター



訪問看護ステーション **59カ所** (稼動)
平成26年訪問看護師数 **211人**
(高知県の全看護師数の**1.5%**)



訪問看護が困難な地域



訪問看護ステーションの課題

1. **地域偏在**
2. **小規模事業所** (常勤換算3.8人)
3. **高い離職率** (約24%)
4. **3割が赤字経営**
5. **看護人材確保**
6. **24時間体制が困難**
7. **中山間地域の訪問看護**

平均距離28Km 平均時間43.9分

高知県 中山間地域等
訪問看護サービス
確保対策事業のご案内

医療保険の方が
対象になります



高知県中山間地域等訪問看護師育成講座

- 高知県立大学は、県民大学として、教員自らが地域の課題を認識し、高知県の政策の方向性に従って地域課題に取り組み、教育・研究機能をいかした課題解決の方策を政策提言している。
- 本講座は、高知県内で訪問看護師の人材確保・育成・定着に困難を抱える小規模訪問看護ステーションの課題に対して、**大学の教育力・学習環境を活用し、成人学習や看護教育の理論を基盤に効果的な学習支援プログラム開発を行い、中山間地域の訪問看護ステーションと協働し、新任・新卒訪問看護師育成に取り組み、地域の課題解決を実践するものである。**
- 地域医療介護総合確保推進法による地域医療介護総合確保基金事業（事業期間H27～H29 寄附金：年間2千万円）

中山間地域等訪問看護師育成事業

(中山間地域等訪問看護師育成講座開設寄附金・中山間地域等訪問看護師育成事業費補助金)

高知県医療政策課

現状

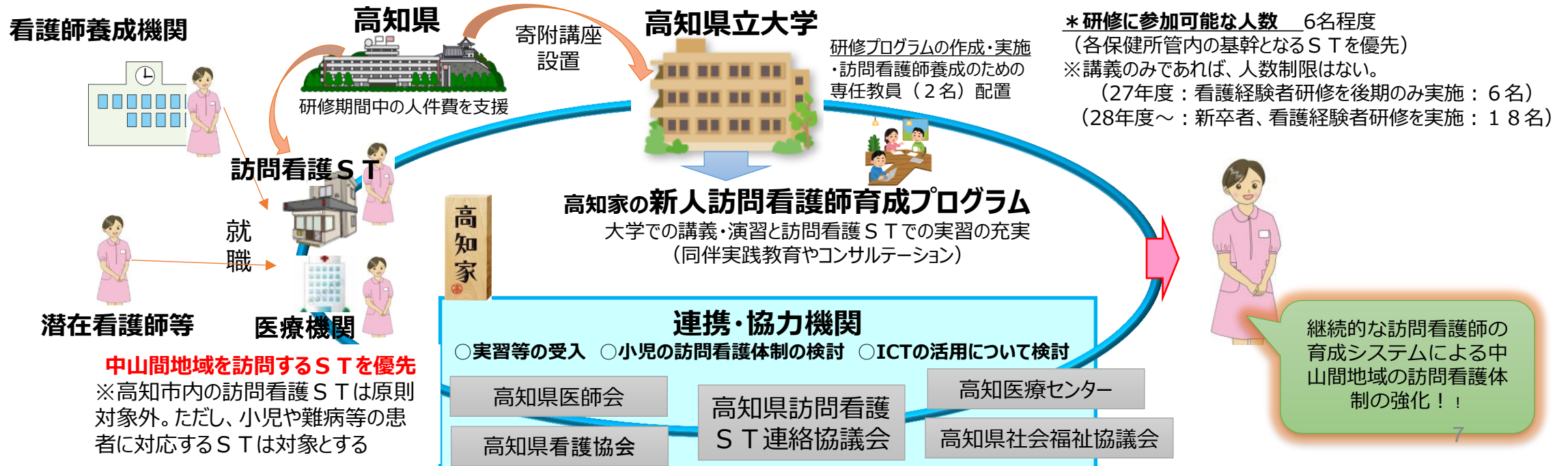
- ・訪問看護師が少ない(人材確保が難しい)
H22(175名)→H24(186名)人口10万人対:24.7名(全国:26名)
※訪問看護師の必要数:260名~280名※H23年県民世論調査「在宅療養」希望者は24.4%
- ・小規模STが多い(24時間体制が困難)
常勤4.6人うち看護職3.8人(全国:常勤5.9人うち看護職4.7人)(H24年度衛生行政報告)
- ・訪問看護STの地域偏在(訪問看護の空白地域がある)
- ・卒後3年未満の看護師で将来訪問看護の仕事に就きたいと回答が37%(H22年度訪問看護に関する就業意向調査)
- ・新卒訪問看護師育成を実施している県は、千葉、山梨など(大学や看護協会、病院と共同)

課題

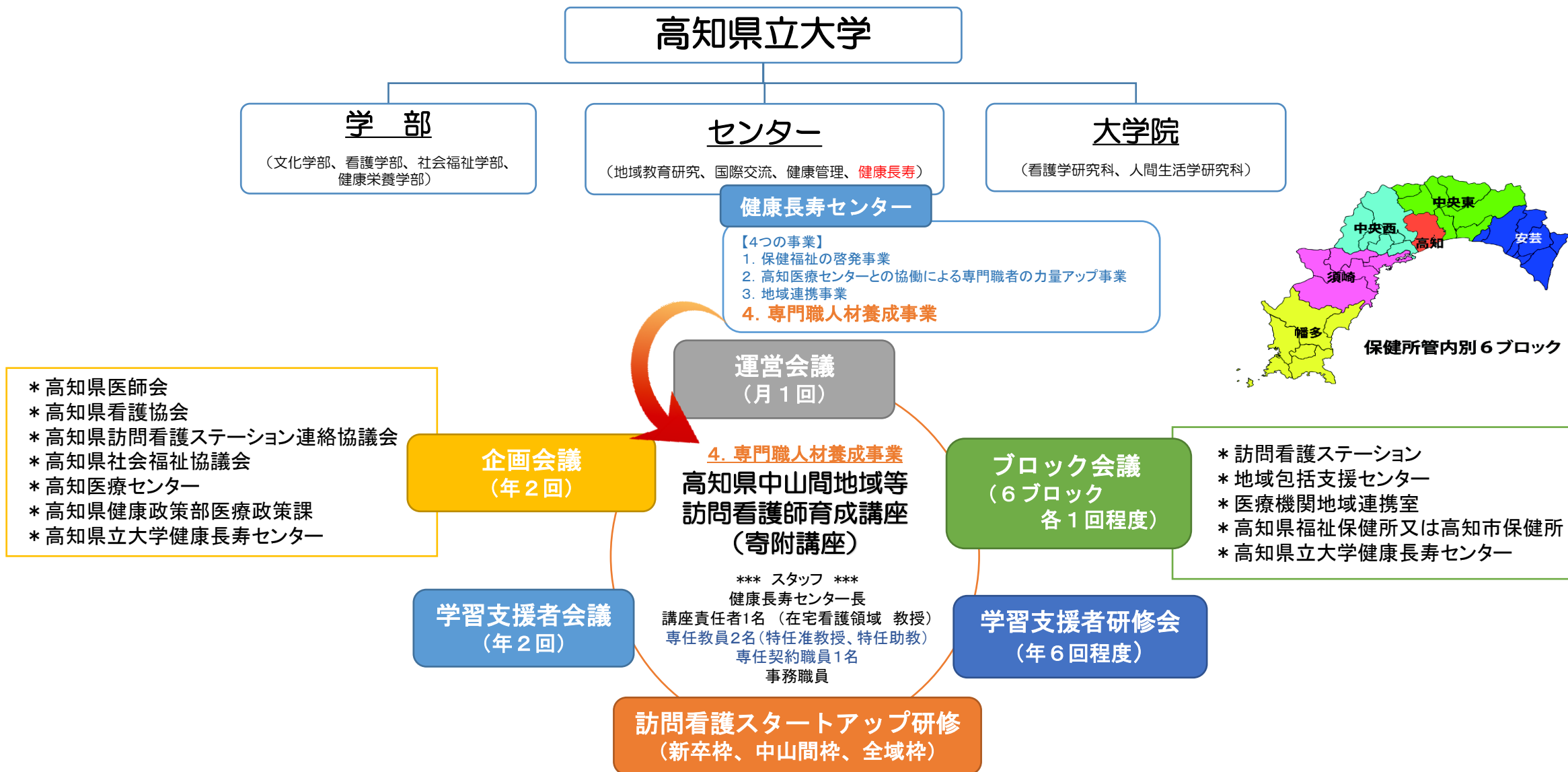
- ・各STに新卒者を教育するだけの人的、経済的余裕がないため新卒者の採用が進まない
- ・潜在看護職員や医療機関からの転職者を採用しても施設内教育が難しい
- ・代替要員がないため研修に参加しにくい
- ・高い看護スキル(一人で訪問など)が要求されるが、医療機関勤務に比べ給与等の待遇面が劣る

対策

- 県が高知県立大学に寄附講座を設置し、県立大学が訪問看護STに採用された新人看護師等の育成を行い、訪問看護体制を強化する事業を展開
 - ・県立大学は新卒者(1年間)と看護経験者(6ヶ月)の研修プログラムをそれぞれ作成。看護経験者への研修は前・後期2クールを実施する
 - ・27年度は看護経験者向けの研修を後期に実施(集合教育3ヶ月、同伴実践教育及び訪問看護ST看護師によるOJT3ヶ月のプログラム)
- 郡部等の訪問看護STの新人及び新任看護師等の採用を促進するため、研修期間中の人件費相当分を支援する
 - *採用した訪問看護師の研修期間中は、全く収益が無くSTの負担になるため、研修期間中の人件費を支援する



高知県中山間地域等訪問看護師育成講座全体図



寄附金

高知県

訪問看護スタートアップ研修の目的・特徴



研修内容については、
高知県中山間地域等訪問看護師育成講座
<https://www.u-kochi.ac.jp/site/homecare/>

目的

- 高知県の新任・新卒訪問看護師の育成
- 訪問看護ステーションの機能や体制の強化

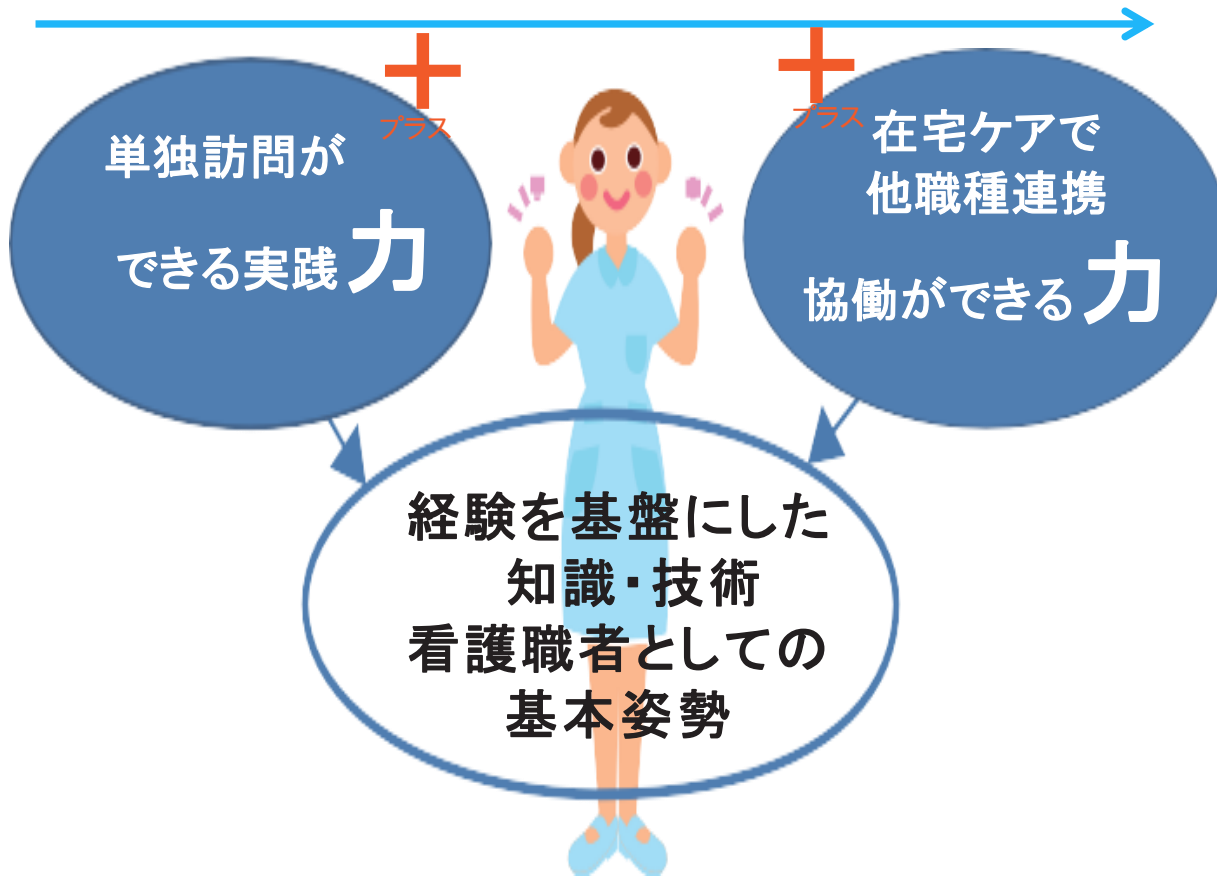
特徴

- 高知県立大学の教育力・学習環境を活用し、看護学部、社会福祉学部、健康栄養学部の教員と協力機関が協働して訪問看護師を育成
- 大学での集中講義や演習、受講者が所属する訪問看護ステーションでのOJT(実地研修)を組み合わせた研修
- 少人数で、経験に合わせた個別プログラム、「フィジカルアセスメント」「急変対応」はシミュレーション教育を取り入れる

研修後に、身につく力とめざす姿

身につく力

(訪問看護師の実践力)



研修後のめざす姿

- 1) 単独で訪問看護ができる
- 2) 個別的な看護の提供ができる
- 3) 訪問看護計画書・報告書の作成
- 3) 24時間の携帯当番を担える
- 4) チームの一員として役割を果たす

新任・新卒訪問看護師に必要な能力と学習課題

【必要な基本的能力】

- ① 基本姿勢
- ② 倫理
- ③ コミュニケーション力
- ④ 人間関係・連携能力
- ⑤ 教育指導
- ⑥ 自己啓発
- ⑦ エンパワメント
- ⑧ 家族支援
- ⑨ 在宅看護知識・技術
- ⑩ 感染管理
- ⑪ 在宅看護過程
- ⑫ リスクマネジメント
- ⑬ 情報管理
- ⑭ 組織運営・管理

【学習課題】

- ① 社会情勢や訪問看護制度に基づく訪問看護の概要・特性・役割の理解
- ② 在宅療養者の心身状態の**的確なアセスメント**方法の理解と習得
- ③ 訪問看護に必要な基本的な訪問看護技術の習得
- ④ 訪問看護実践に**必要なコミュニケーションスキル**の習得
- ⑤ 在宅療養者と家族の状況に応じた療養生活実現のための看護計画の立案と実施・評価
- ⑥ 訪問看護の**場の特性**や**療養者・家族の個別性**に応じた看護を展開
- ⑦ **多職種協働**や**継続看護**のためのマネジメントの理解とスキルの習得
- ⑧ リスクマネジメントの理解と実施
- ⑨ ステーション組織の一員として、組織へのコミットメントと役割遂行
- ⑩ 訪問看護師として自分を活かすための自己研鑽
- ⑪ 訪問看護師としての倫理的感受性

訪問看護推進検討ブロック会議：高知県中山間地域の在宅医療・訪問看護の課題と対策

住民の現状・課題

- 【高齢・独居・認知症】
- 【住民の価値感】
・最期まで家にいたい但迷惑はかけたくない
- 【家族の介護力・経済力がない】
- 【病院志向がある】
- 【在宅医療・訪問看護の存在や役割を知らない】

地域のもつ課題

- 【医療と介護の連携ができていない】
・病院とステーション・地域包括と訪問看護
- ・多職種と訪問看護
- ・要支援や病気・障がいを持つ人をどうつなげるか
- 【レスパイト先、介護サービスなどを支える資源がない】
- 【救急対応の課題】

医師・病院の課題

- 【在宅医療を支える医師が少ない】
- 【医師同士の連携】
- 【在宅医療への病院の理解がない】
- 【在宅移行支援が不十分】
- 【バックベットの機能が不十分】

訪問看護の課題

- 【訪問看護の役割を伝えられていない】
- 【訪問看護の経済的負担】
- 【中山間での24時間体制の難しさ】
- 【遠距離、効率の悪さ】
- 【人材不足】
- 【研修参加困難・質の向上】
- 【看取り・小児・精神・難病の増加】

【医療依存度の高い方が在宅療養できない】 【在宅看取りが困難】

住み慣れた地域で、病気や要介護であっても在宅療養や看取りのための支援ができる訪問看護師の量的・質的拡充が必要

住民への啓発

- ・在宅医療 ・訪問看護の理解促進 ・相談窓口の設置 ・あったかふれあいセンター活動

医療と介護の連携

- ・病院との連携（退院支援） ・地域との連携 ・訪問看護のPR（役割や内容）
- ・あらたな知識と技術の習得、事例検討など質の向上 ・ST間の協力や交流

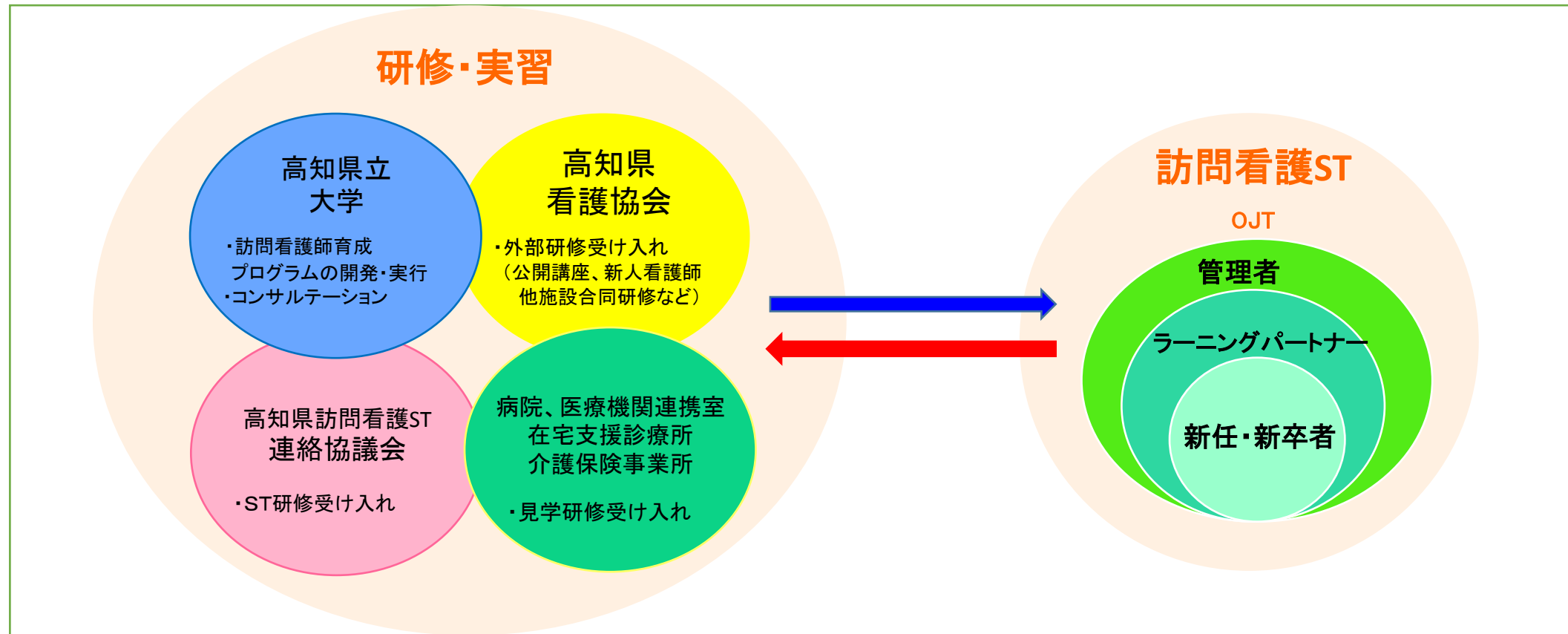
訪問看護STの取り組み

- ・スムーズな在宅移行支援 ・地域包括支援センター、ケアマネと病院訪問看護
- ・訪問看護STとの相談、連携（要支援、非該当者も）

訪問看護師育成への期待

- ・地域をみる視点 ・生活をみる視点 ・生活のなかで工夫し細かな配慮ができる看護
- ・主体者である利用者と家族を尊重し、援助関係を築く力
- ・判断するアセスメント力 ・コミュニケーション力（本音を聞き取る力・交渉力）
- ・家族の対処を支援する力 ・信頼関係を築く力
- ・地域で相談しやすい存在としての看護（連携する力）
- ・重症化予防のための看護介入 ・看取り（自宅・施設）の看護
- ・生活のなかの自立や尊厳ある看護 ・多職種（特に介護系）との連携

研修における学習支援のしくみ



学習支援は、3～5人の小規模ステーションで、新任・新卒訪問看護師の育成が促進されるよう、各組織が役割のもと関わり、企画から研修、OJT(実地研修)、評価を通して実施される。

学習支援者は、新任、新卒者の学習を支援する訪問看護ステーション内部のラーニングパートナーと、大学の訪問看護師育成講座の専任教員、新たな知識や看護技術の習得や補いのために研修を受け入れる外部の病院連携室、訪問看護ステーション、在宅支援診療所等の学習支援者も含む。

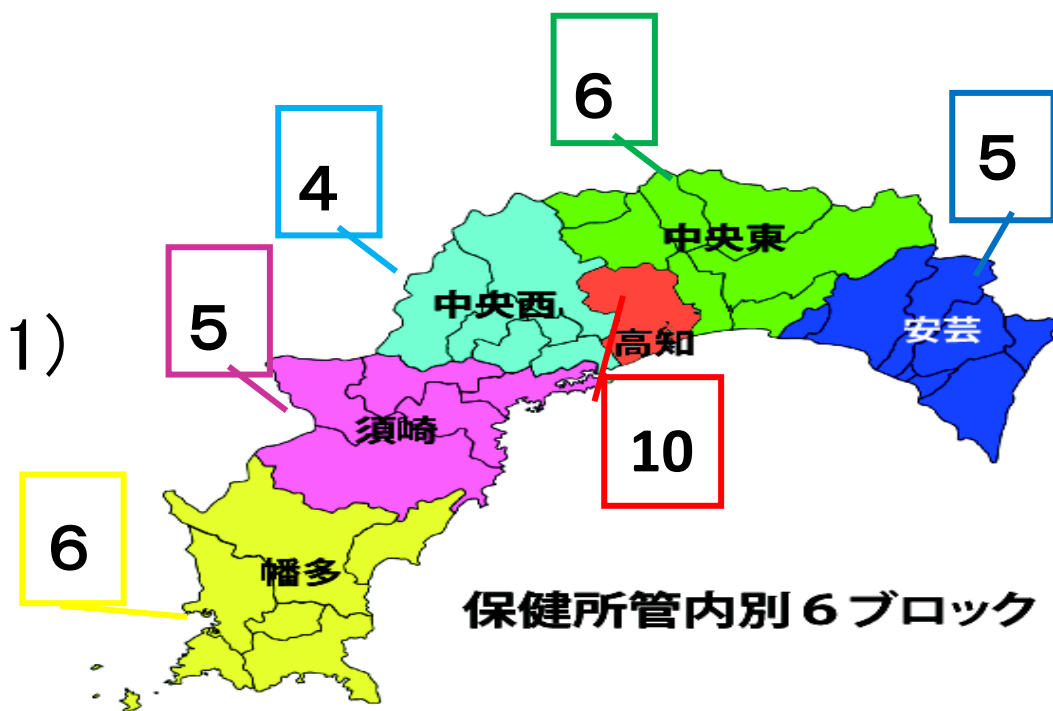
1) 研修受講者(36名)の内訳

H27年度11名、H28年度25名

- 新卒卒: 1名(訪問看護ステーション1)
- 中山間卒: 14名
(訪問看護ステーション10)
- 全域卒: 21名
(訪問看護ステーション 7、病院・診療所11)
- 年 齢: 20歳代~60歳代
- 看護師経験年数: 0~34年
- 訪問看護師経験: 0~22ヶ月

2) 地域の内訳

	中山間地域	その他
受講者数	18名	18名



受講者と事業所の捉える成果

受講者の捉える学びや成長	目標とする訪問看護師像の確立	<ul style="list-style-type: none"> ・自己の見方への気づき ・適切な目標設定 ・訪問看護師としての自信 ・訪問看護師としての姿勢
	訪問看護師としての実践能力の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅の多様な事例や状況の理解 ・在宅看護に必要な知識と技術の習得 ・在宅でアセスメントする力の習得 ・個別性のある看護展開力とケアの提供
	地域連携の理解と関係構築	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の特性や資源の理解 ・関係機関とのつながりや情報共有の促進
	主体的で継続した学びの促進	<ul style="list-style-type: none"> ・学習内容習得のための復習 ・学びあい効果の実感 ・振り返りによる学びの促進
	受講者のネットワーク化	<ul style="list-style-type: none"> ・同志の存在を力にする ・地域を支える仲間としてつながる
事業所の捉える成果	訪問看護師としての看護観の育み	<ul style="list-style-type: none"> ・看護への向き合い方の変化 ・積極性
	事業所全体の学びの波及	<ul style="list-style-type: none"> ・スタッフへの刺激・影響 ・学びあいの雰囲気
	看護実践の拡がり	<ul style="list-style-type: none"> ・講義や演習を活かした看護 ・学びの深まり ・学習の積み重ね

学習支援の課題と対応

1) 受講者が抱く困難

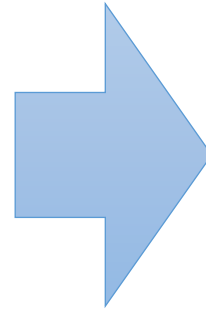
- これまでの看護実践との違い
- 自己評価と他者評価の不一致
- 研修目的と受講者が求めるもののズレ
- 他者と比較することによる自信の低下
- 仕事と研修の両立・体調面の不安

2) 事業所の運営管理上の課題

- 勤務調整の困難とスタッフの負担増大
- 労務管理上の問題への対応
- 時間外勤務の発生
- 効率的な訪問スケジュールが組めない
- 情報共有のしづらさ
- 事業所内の雰囲気の変化
- 利用者との人間関係の変化

3) 学習支援体制の課題

- 教育支援への期待と実際の不一致
- 受講者の到達度に関する情報共有不足



1) 受講者の特性、成長に合わせた個別対応

- ・ 臨床経験・訪問看護経験・教育歴(看護)
- ・ 受講の契機・学習動機・資質や個性・年齢

2) 訪問看護STの教育体制への支援

- ・ 学習プロセス、目標の共有
- ・ 受講者のニーズとの不一致の解決
- ・ 成長や学びなど成功体験の積み重ね

3) 訪問看護師育成プログラムの修正

- ・ 曜日、日数、シラバスの修正など
- ・ OJTの強化・単独訪問の追加
- ・ 教授方法、学習評価の見直し

4) リフレクション、自己学習への支援

- ・ 受け持ち事例での実践、看護展開と振り返り
- ・ 評価はOJTシートを用いた自己評価と他者評価

退院支援体制推進事業について

高知県A地域地域包括ケアシステムの構築(平成22年度～)

「家に帰りたい」「自宅で過ごしたい」と望む方が、安心して自宅に退院できる地域に！

本人が望む退院先(自宅等)に「安心して」「スムーズに」退院するための退院支援・退院調整

◆病病連携の促進

◆病院ごとの役割分担を踏まえた病院間の一層の連携を促進

地域・病院協働型退院支援システムの拡充

退院支援・退院調整のスキルアップ

地域

ショートステイ

ホームヘルプ

地域包括支援センター

デイサービス

訪問看護ステーション

診療所

居宅介護支援事業所

自宅

急性期病院

急性期状態の安定化

慢性期病院

長期療養者への支援

回復期病院

在宅復帰に向けた医療・リハビリ

退院

転院

退院

退院

転院

【退院移行支援コンサルテーション業務】平成22年度～ 一病院と地域が協働でかかわる、在宅移行支援に向けたしくみづくり

●平成22年度～A市地域ケア体制整備事業：円滑な在宅移行支援に向け**病院と地域が協働で関わる仕組みをつくる**ため、ケアマネジャー及び病院の退院調整に向けた動きについての一定のルール作り。退院時ケアカンファレンスの実施や、連絡票の開発・活用に向けた検討

●平成24年度～A保健所管内3ブロックの基幹**病院コーディネーターの活動を強化**し、中央西地域包括ケアシステム構築事業が効果的に実施されるよう、基幹病院（土佐市民病院、仁淀病院、高北病院）やモデル医療機関の退院支援・調整機能、基幹病院コーディネーターの地域への指導、調整及び連携能力を高めることを目的に、県立大学による**コンサルテーション**及び**患者満足度調査研究**を実施。

【業務内容】

- ・ コンサルテーション業務
- ・ 患者満足度調査研究
- ・ 地域病院協働型在宅移行支援フローチャート等の作成



成果：地域病院の情報共有、方向性の検討、カンファレンスの定着
自宅への退院率の向上、平均在院日数の減少、

「日本一の健康長寿県づくり」

～「県民の誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らし続けることのできる高知県」の実現を目指して～

「日本一の健康長寿県構想」より

【地域地域で安心して住み続けられる県づくり】～時々入院、ほぼ在宅～

*** 入院から在宅等への円滑な移行・訪問看護サービスの充実 ***

地域医療構想の実現に向けた取り組みのなかで、不足が明らかになった回復期病床の整備、機能分化した病床（病院等）の連携強化を行うため、人材及び地域資源を把握し、活用する体制作りが必要。

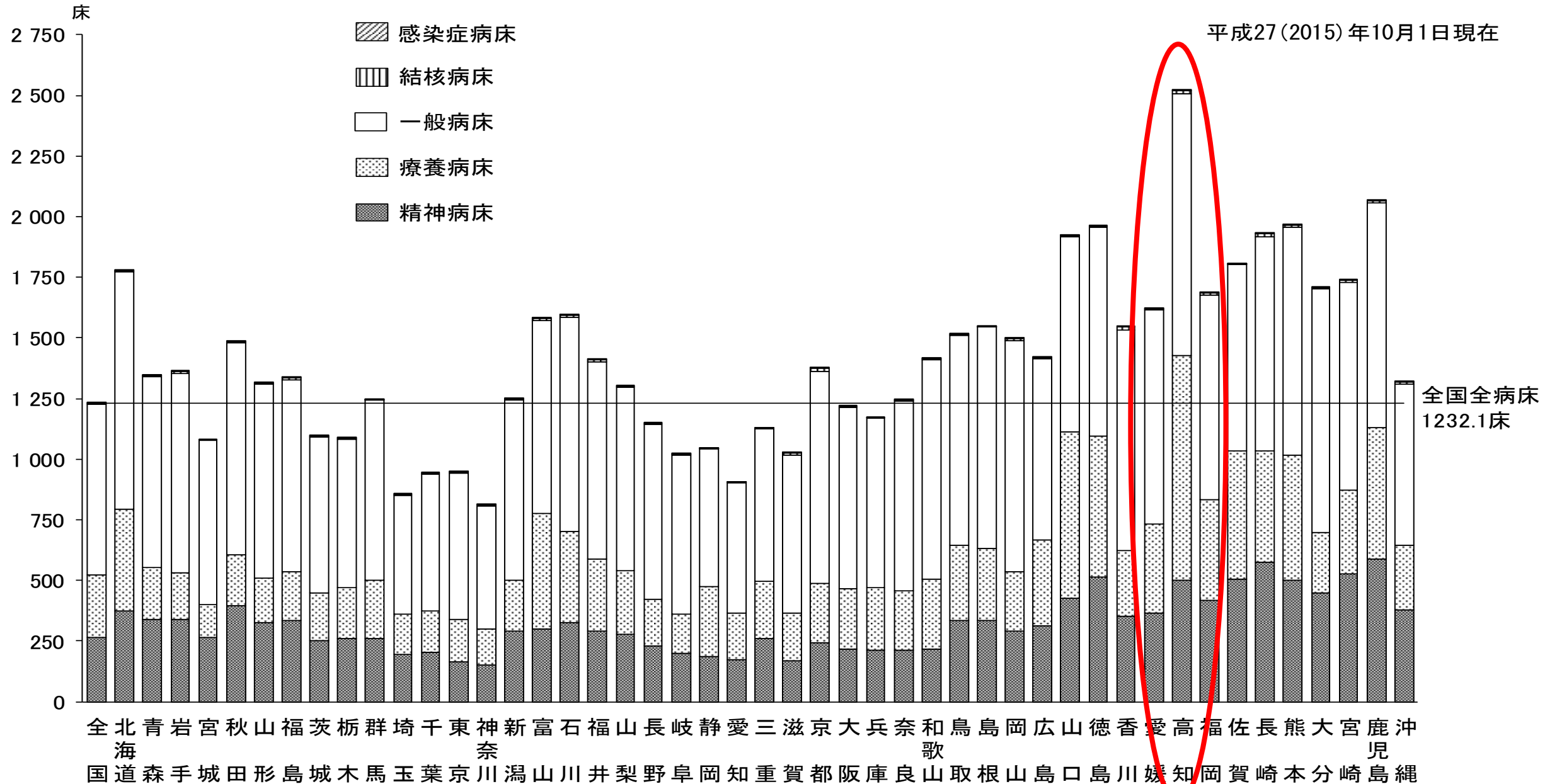
平成28年度の取り組み

1. **回復期病院における退院支援システムの見直し**
 - ・ 院内の退院支援に係る人材の育成
 - ・ 院内の部署横断的な退院支援連携体制づくり
2. **地域・病院協働型の退院支援体制の構築**
 - ・ 地域と病院の多職種連携退院支援体制の強化
 - ・ 地域の退院支援に係る人材、退院支援の中心となるリーダーの養成
3. **上記をふまえた退院支援システム構築のための指針の策定**

【平成29年度以降の計画】

高知県内の病院が、多職種協働及び地域・病院協働型の退院支援体制構築のための指針を活用した退院支援体制づくりに取り組み、病院の退院支援体制の構築及び退院支援、退院調整を行う人材を育成する。また、事例、病院の機能、地域の状況に合わせた退院支援が展開できる能力を修得できる効果的な研修プログラムを作成し、病床転換を後押しする事業を提案している。

都道府県別にみた人口10万対病院病床数



【医療需要及び必要病床数の推計】

国の示す算式に基づき、機械的に算定した医療需要について、本県の状況等を考慮し、下記の調整を行い平成37（2025）年における必要病床数を推計しています。

（本県の必要病床数の推計における構想区域間の調整方法）

<高度急性期>

現状として中央区域に機能が集中しているため、各区域の病床機能報告において既に報告されている病床以外は中央区域の必要病床数とする。

<急性期、回復期及び慢性期>

区域内における地域医療と密接に関わる機能区分であるため、必要病床数は原則として患者住所地ベースで算定。

ただし、安芸区域と高幡区域は、中央区域への患者流出割合（30～55%以上）が高いため、流出入差の一定割合を中央区域の必要病床数として回復期で調整。

（本県の必要病床数の推計結果）

医療機関所在地	医療機能	平成37（2025）年			必要病床数	平成27（2015）年 病床機能報告 （病床数）
		医療需要（病床数）		必要病床数		
		医療機関所在地 ベース	患者住所地 ベース			
安芸	高度急性期	0（10未満）	57	0	0	
	急性期	89	199	199	290	
	回復期	142	268	205	42	
	慢性期	119	225	225以上	235	
	休床・無回答等	—	—	—	3	
	小計	350	749	629以上	570	
中央	高度急性期	734	629	834	889	
	急性期	2,328	2,065	2,065	4,224	
	回復期	2,669	2,373	2,493	1,308	
	慢性期	3,592	3,370	3,370以上	5,674	
	休床・無回答等	—	—	—	190	
	小計	9,323	8,437	8,762以上	12,285	
高幡	高度急性期	21	66	0	0	
	急性期	158	265	265	299	
	回復期	170	284	227	88	
	慢性期	186	269	269以上	419	
	休床・無回答等	—	—	—	0	
	小計	535	884	761以上	806	
幡多	高度急性期	57	88	6	6	
	急性期	273	331	331	669	
	回復期	312	361	361	204	
	慢性期	387	402	402以上	554	
	休床・無回答等	—	—	—	39	
	小計	1,029	1,182	1,100以上	1,472	
累計	高度急性期	812	840	840	895	
	急性期	2,848	2,860	2,860	5,482	
	回復期	3,293	3,286	3,286	1,642	
	慢性期	4,284	4,266	4,266以上	6,882	
	休床・無回答等	—	—	—	232	
	合計	11,237	11,252	11,252以上	15,133	

※慢性期医療の提供体制等については、在宅医療の整備と一体的に検討する必要がありますが、本県が実施した療養病床実態調査等の結果や国の検討状況を踏まえると、現状では慢性期医療を入院医療と在宅医療とに明確に区分することは難しいため、国が示す算定方法による慢性期機能の必要病床数は4,266床となりますが、本構想においては4,266床以上と定めます。

5 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策（P33～36）

地域医療構想を実現するため、以下の3つの方向性に基づき、施策に取り組みます。

【施策の方向性】

① 病床機能の分化及び連携の推進

患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、不足する病床機能への転換などを通して必要な病床機能を確保します。また、関係機関の連携体制を強化することにより、適切な医療提供体制を構築します。

医療療養病床（25対1）、介護療養病床のあり方の見直しを踏まえ、医療療養病床や新たなサービス提供類型等への転換を選択する際には、既に入院している患者や新たに医療・介護サービスが必要とする方のニーズに十分対応できるよう、できるだけ現在の医療資源の活用を想定した転換支援策などの施策を講じていく必要があります。

② 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実

在宅医療ニーズの増加と多様化に対応し、患者や家族が希望する場所で安心して医療・介護サービスを受けられるよう、在宅医療提供体制の整備を促進するとともに、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の切れ目ないサービスの提供体制の充実強化に向けて、地域包括ケアシステム構築の中心的な担い手となる市町村の取り組みを支援していきます。

③ 医療従事者の確保・養成

病床の機能分化・連携を推進するため、それぞれの医療機能を担う医療従事者の確保を促進します。特に、今後増加が見込まれる在宅医療を担う医療従事者の確保・養成を促進します。

また、医師が指導医・専門医の資格取得等のキャリアアップができる仕組みづくり等、医師の県内定着を進めていくための体制を構築します。

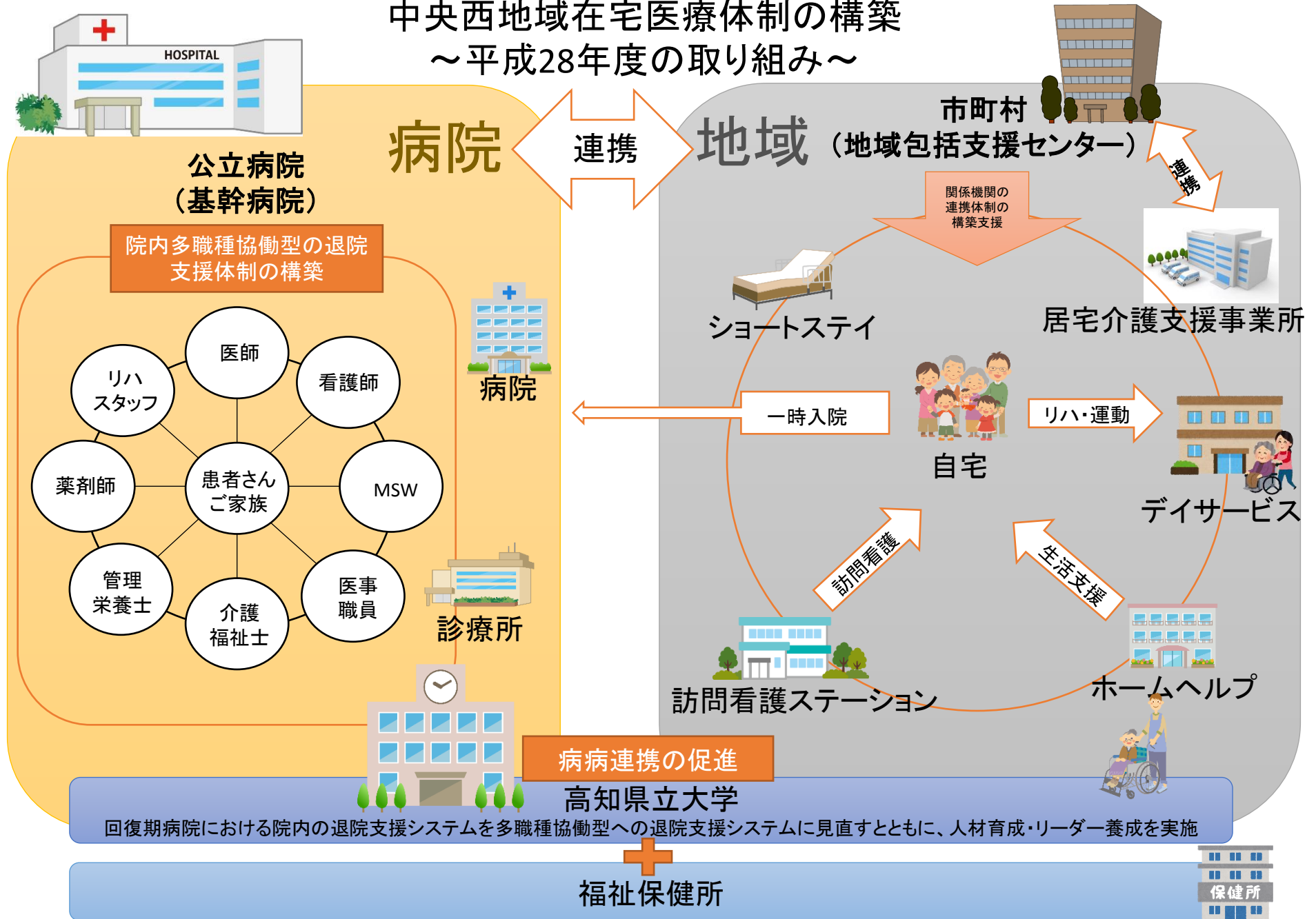
※施策の推進にあたっては、当面は現在入院している患者の療養環境を確保しつつ、中長期的には、患者のQOLにふさわしい療養環境を確保することにより、患者が最後まで自分らしく生きられる体制を構築するとともに、「地域医療介護総合確保基金」等を有効活用し、支援を進めていきます。

6 地域医療構想策定後の推進体制（P37～38）

- 県は、構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し、医療関係団体、医療関係者、医療保険者、市町村その他関係者と地域医療構想の実現に向けて協議します。
- 中央区域調整会議については、構想区域におけるサブ区域と同様に、調整会議内に4つの部会を設置します。
- 本県の特殊事情として中央区域への患者流入が多数あり、病床に係る協議は各区域では完結しないため、調整等の場として地域医療構想調整会議連合会を設置します。



中央西地域在宅医療体制の構築 ～平成28年度の取り組み～



退院支援体制推進事業実施計画

- A病院回復期病棟における「目指したい退院支援システム」の明確化
 - ①病院内の各部門、職種の連携、協働状況等について把握する
 - ②病院の質指標に関わる状況を把握する
 - ③病院と地域の連携状況を把握する
 - ④ ①②③をもとに「目指したい退院支援システム」をイメージする
 - ⑤ ④をもとに、退院支援の流れ・各職種の動き・アウトカムが明示された「A病院回復期病棟退院支援システムマニュアル」を作成する
- A病院版回復期病棟退院支援システムマニュアル」に基づいて事例展開（10月～）
 - ① 「A病院版回復期病棟退院支援システムマニュアル」の院内スタッフへの周知（必要時研修会）
 - ②モデルケースを選び事例展開（1～2事例）
 - ③A病院版回復期病棟退院支援システムマニュアル」の見直し、修正



「退院支援システム構築に向けた指針」作成

C病院回復期リハ病棟の課題

1、多重課題を抱える患者が多い

患者の全体像(身体・精神・社会的背景を統合したアセスメント)をしっかりと捉える必要がある

2、支援のタイミングとインフォームド・コンセント

回復経過に合ったケア変更や家族支援とその説明が必要である

3、情報管理

他病棟に比べ、患者のADL変化・ケア変更があり、多職種連携も必要なため、情報量が多い。

しかし、それを一元化することにより、ケアの質の向上に繋がる

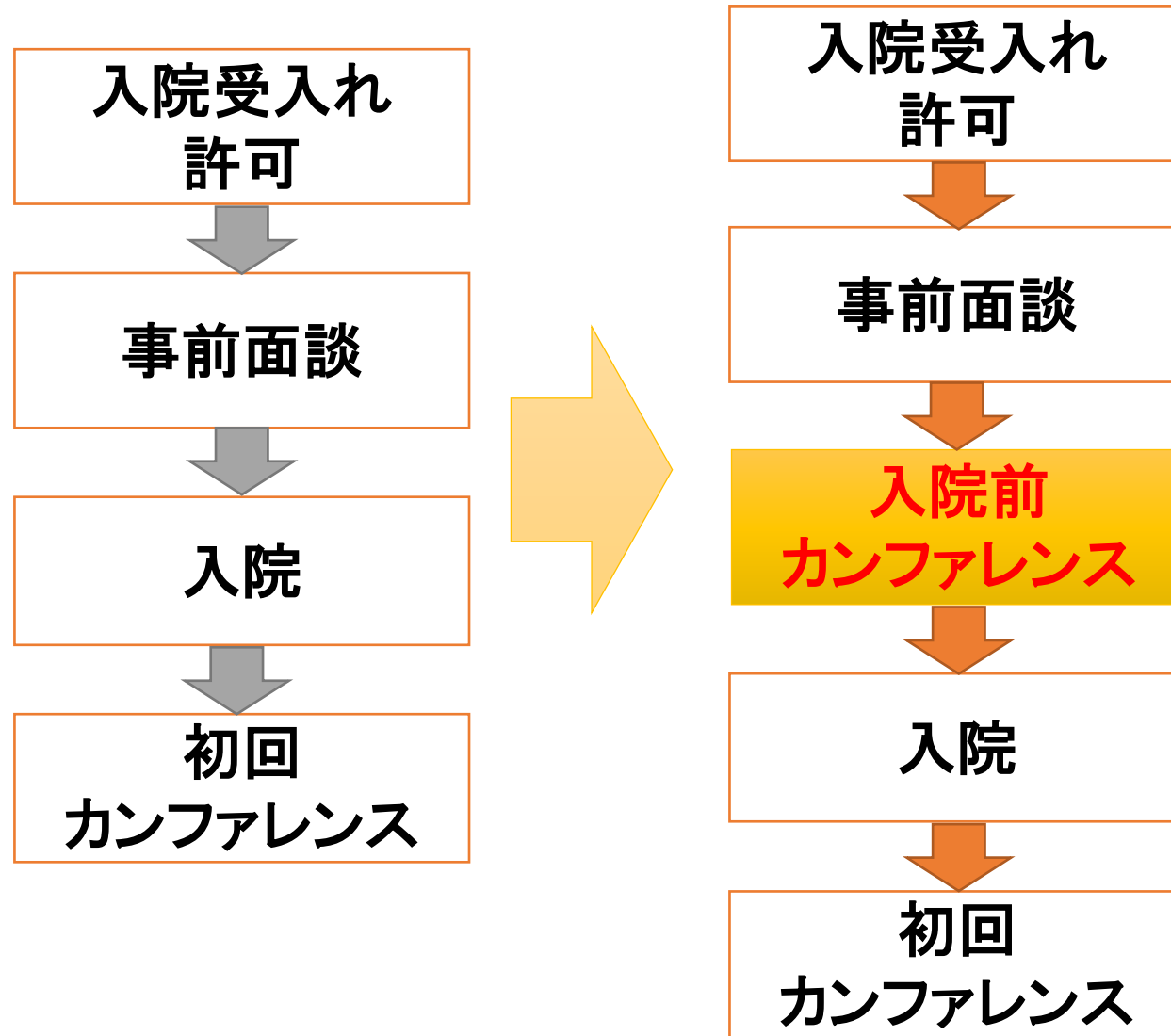
回復期病棟における「目指したい退院支援システム」の明確化

C病院回復期病棟はこんな病棟を目指します

- ①患者・家族に入院期間ではなく、退院時のゴール設定を伝えられる病棟
- ②入院期間は多職種のカンファレンスで決定する病棟
- ③家族側の在宅受け入れ可能状況をチーム全体で共有できる病棟
- ④カンファレンスに家族が参加できる病棟
- ⑤多重課題を持つ高齢者であっても、心身機能の回復を目指す病棟
- ⑥退院支援の最初からケアマネージャーが関わる病棟

～提案①～

入院前カンファレンスの実施



多職種他部門で！
(現在：居宅CMも入る)

～提案②～

「回復期病棟の流れ」を改編

「回復期病棟の流れ(4病棟)」



「目標共有シート」

患者1人に1シート作成し
入院から退院まで使用する。

新しく作成「目標共有シート」

目標共有シート(4階病棟)		【3ヶ月】 (号室)(氏名		様	歳	男・女)(担当:Dr	Ns	CW	PT	OT	ST	MSW
	入院前	入院時 (/)	初回カンファレンス 入院後1か月(/)	定期カンファレンス 2か月(/)	定期カンファレンス 3か月(/)	最終カンファレンス (/) 退院準備						
退院支援に 向けた 到達目標の 共有	事前面談で見えた課題	ミニカンファレンス記録	ミニカンファレンス記録	ミニカンファレンス記録	ミニカンファレンス記録							
家族支援	事前面談にて入院生活と退院に対する希望確認 主介護者とキーパーソンの確認し入院日には同行を依頼	事前面談で聴取した希望の確認 回復期リハビリ棟の役割や退院までの流れと退院期間の説明 1番の不安()				退院後の相談窓口を伝える 外来受診日(/) 外来リハビリ(/)						
カンファレンス 日程	*アドバイザーとして ひなぎくケアマネ参加依頼	初回カンファレンスまでの計画 (/)日に初回ミニカンファ ひなぎくケアマネ連絡()	初回カンファレンスの目標評価・修正・立案 退院の方向性と時期の設定 ひなぎくケアマネ連絡()	初回カンファレンスの目標評価・修正・立案 退院の方向性と時期の説明 ひなぎくケアマネ連絡()	前回カンファレンスの目標評価・修正・立案 退院の方向性と時期の説明 ひなぎくケアマネ連絡()	最終カンファレンスの目標評価・修正・立案 退院の方向性と時期の説明 ひなぎくケアマネ連絡()						
主治医	入院前カンファレンス 参加者: 医学的リスク管理 退院に付いた患者 家族へのIC	入院前カンファレンス 参加者: 退院後の病状・治療方針の説明 入院前の状態・家族の希望 入院期間の説明・入院診療計画書記入	医学的注意事項 リスクの確認 患者家族へ病状説明	医学的注意事項 リスクの確認 患者家族へ病状説明	医学的注意事項 リスクの確認 患者家族へ病状説明	退院時の注意事項説明 診療情報提供書提供 退院カンファレンス 外来リハビリの調整						
看護師	事前面談 (/)面談者 参加者: 全身状態の観察 体調管理 回復過程に合わせた 目標でのケア計画 立案・実施	在宅情報の確認 ADL評価 日常生活機能評価 転倒アセスメントシート記載、説明 状態観察(排泄・入浴、摂食嚥下機能 評価等)院内の説明 看護計画立案 入院診療計画書記入 2週間以内で看護計画再評価・修正・ 看護計画評価日(/) MSW介護力のアセスメント確認 環境設定 転倒時転倒カンファレン 入院時訪問(/)(実施者)	ADL評価「出来るADL」に対して、 「しているADL」 ミニカンファレンス() 排泄、入浴、更衣、整容、食事介助 (経管栄養含む)等日常生活自立支援 以上を含む看護計画再評価・修正・立 案提示。看護計画評価日(/) 家族へ状況伝達 入院時訪問評価報告	看護計画評価・ADLの確認(自立 支援援助) 内服指導(自立者) 日常生活機能評価再評価 排泄介助自立訓練、支援 家庭評価同行 看護計画再評価・修正・立案提示 看護計画評価日(/) 退院時訪問日調整(/)	外泊などの提案等 FIM再評価「しているADL」確認 ミニカンファレンス一方向性の再確 認 病棟指導(排泄、歩行、レク等) 日常生活機能評価再評価 看護計画評価日(/) 退院時訪問報告 薬剤師と服薬管理と服薬方法確認 ～方法～	退院前カンファレンス(/) の実施(夜間の状態、排泄動作、内 服など日常生活についての状態への 対応説明) 看護サマリー提供 (優先)						
介護士	入院前カンファレンス 参加者: 日常生活自立支援 ケア計画実施	入院前カンファレンス 参加者: 環境設定 ADL評価 日常生活機能評価 転倒アセスメントシート記載、説明 状態観察(排泄・入浴、摂食嚥下機能 評価等)院内の説明 看護計画立案 入院診療計画書記入 2週間以内で看護計画再評価・修正・ 看護計画評価日(/) MSW介護力のアセスメント確認 環境設定 転倒時転倒カンファレン 入院時訪問(/)(実施者)	ADL評価「出来るADL」に対して、 「しているADL」 ミニカンファレンス 日常生活自立支援	ADL評価「出来るADL」に対して、 「しているADL」 ミニカンファレンス 日常生活自立支援	ADL評価「出来るADL」に対して、 「しているADL」 ミニカンファレンス 日常生活自立支援							
PT・OT・ST	入院前カンファレンス 参加者: ADL評価 退院時の身体機能 の目標設定とそれ に向けたリハ・環 境調整	入院前カンファレンス 参加者: 環境設定 ADL評価 日常生活機能評価 転倒アセスメントシート記載、説明 状態観察(排泄・入浴、摂食嚥下機能 評価等)院内の説明 看護計画立案 入院診療計画書記入 2週間以内で看護計画再評価・修正・ 看護計画評価日(/) MSW介護力のアセスメント確認 環境設定 転倒時転倒カンファレン 入院時訪問(/)(実施者)	目標設定とアプローチの提示 ADLの情報交換 入院時訪問評価報告(/)カルテ 送) ミニカンファレンス	家庭評価の実施、計画 看護との介助方法の統一 退院時訪問日調整(/) ミニカンファレンス	改修室や福祉用具の検討 自室環境、ADLの再調整 (退院後の生活に合わせて) 退院時訪問報告 ミニカンファレンス	退院前カンファレンスの実施(改 修状況と動作確認・家人への介助指 導 ADL歩行、構下(食事)など) 福祉用具の調整 情報提供書作成(ケアマネ、施設 スタッフ)						
ソーシャルワーカー	事前面談(病状の理解・背景の 理解) 入院費・介護保険等説明 入院日の調整 包括連絡(必要時) 本人・家族の希望確認 包括ケアマネ/訪問からの情 報収集(入院時在宅情報も入手) 入院前カンファレンス	医師入院時説明同席 入院時訪問評価(/)() 家族の希望確認・支援計画 介護力のアセスメント ケアマネより入院前の情報収集 介護保険の申請や変更の検討	本人面接、家族面接(/)カルテ 送) 社会的背景(経済面、家族関係等) の情報提供、本人・家族の希望の代弁 介護保険の申請 医師からの病状説明・リハカンファ レンス説明の同席 ADLの把握 アセスメント、プランニング	本人面接、家族面接(/)カルテ 送) 退院時訪問日調整(/) 包括連絡・ケアマネの選定 (入院中の様子を情報提供) 院内スタッフへ本人面接・家族面接 の結果報告、リハカン、ICの結果報 告、 モニタリング	本人面接、家族面接(/)カルテ 送) 退院時訪問報告 家庭評価説明会の調整、 包括連絡・ケアマネの選定 退院前カンファレンスの調整 かかりつけ医への情報提供書を医師 へ依頼	退院前カンファレンスの実施 地域スタッフへ申し送り サービス等の確認						
薬剤師	服薬指導	持参薬・お薬手帳の確認 処方確認				退院時の服薬指導 看護師と処方形態・服薬方法検討						
栄養士	食事指導	入院前・自宅及び前病棟の摂食嚥下 状態の確認 入院診療計画書記入	栄養状態・喫食状況確認評価 食事指導、食事内容の修正	栄養状態・喫食状況確認評価 食事内容について検討	退院後望まれる食形態 食事内容について検討修正	必要に応じて退院前の栄養指導 在宅支援者へ情報提供(/)						
地域 包括・ケアマネ・ 訪問看護師	情報提供	病棟訪問・病院MSWに入院前情報提供		決定したケアマネ (番号)	家庭評価説明会 退院前カンファの日程調整	退院前カンファレンス出席						

【入院時】

【入院歴】
□初回
□再入院(回目)

【介護認定】
□あり(支1・支2・1・2・
3・4・5)
居宅・ケアマネ
()
□なし
□申請中

【居宅ひなぎくとの連携】
本人・家族の同意

【退院前】

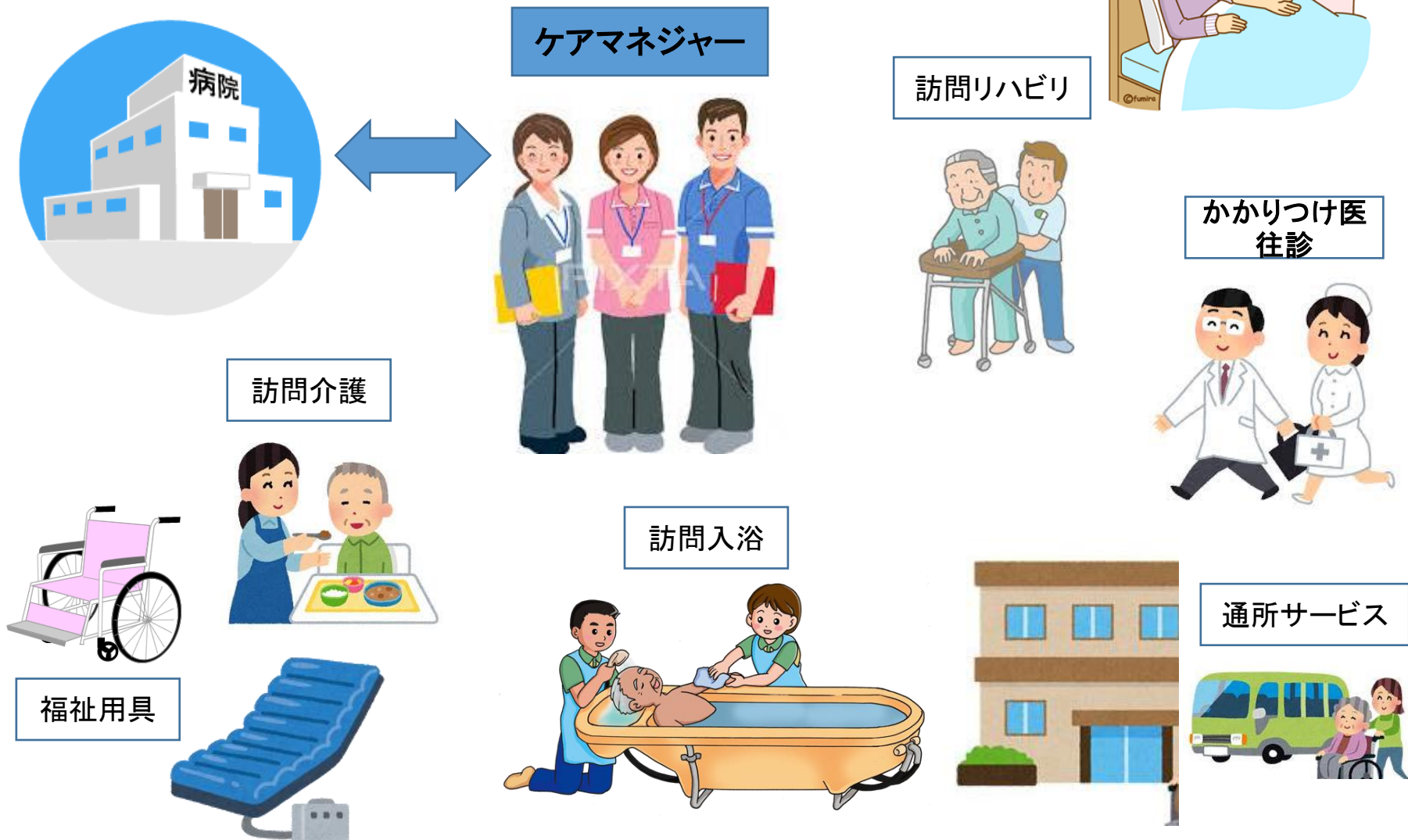
【介護認定】
□あり(支1・支2・1・2・3・4・
5)
居宅・ケアマネ
()
□なし
□申請中

目標共有シートを使用した ～退院支援のポイント～

- ① 既往歴に加え生活歴を知る
- ② 患者を生活者として捉え
「生活の場に戻る」支援を目的とする
- ③ 多職種連携
- ④ 地域との連携

～提案③～

ケアマネジャーの カンファレンス参加



～提案④～

入院時・退院前訪問に看護師参加

看護職	<input type="checkbox"/> 事前面談 () <input type="checkbox"/> 入院前カンファレンス 参加者： ※入院前カンファレンス実施 (退院支援の必要性がある患者については事前面談内容を踏まえ情報共有を行う)	<input type="checkbox"/> 在宅情報の確認 <input type="checkbox"/> アナムネズ取 <input type="checkbox"/> 日常生活機能評価 <input type="checkbox"/> 転倒アセスメントシート記載、説明 <input type="checkbox"/> 状態観察(排泄・入浴、摂食嚥下機能評価等) <input type="checkbox"/> 院内の説明 <input type="checkbox"/> 看護計画立案 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書記入 <input type="checkbox"/> 2週間以内で看護計画再評価・修正・看護計画評価日(/) <input type="checkbox"/> MSW介護力のアセスメント確認 <input type="checkbox"/> 環境設定 転倒時転倒カンファレンス <input type="checkbox"/> 入院時訪問(/)(実施者)
介護職	<input type="checkbox"/> 入院前カンファレンス 参加者：	<input type="checkbox"/> 環境設定 <input type="checkbox"/> 心身機能、ADLの把握 「しているADL評価」「FIM評価」
PT・OT・ST	<input type="checkbox"/> 入院前カンファレンス 参加者：	<input type="checkbox"/> 環境設定 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書記入 <input type="checkbox"/> 心身機能、ADLの把握 <input type="checkbox"/> 嚥下、コミュニケーション能力の把握 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能評価の実施 <input type="checkbox"/> 入院時訪問評価(/)()
ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/> 事前面談(病状の確認・背景の確認) <input type="checkbox"/> 入院費・介護保険等説明 <input type="checkbox"/> 入院日の調整 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請や区分変更の検討・必要時包括連絡 <input type="checkbox"/> 本人・家族の希望確認 <input type="checkbox"/> 包括ケアマネ訪番からの情報収集(入院時在宅情報を入手) <input type="checkbox"/> 入院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 医師入院時説明同席 <input type="checkbox"/> 入院時訪問評価(/)() <input type="checkbox"/> 家族の希望確認・支援計画 <input type="checkbox"/> 介護力のアセスメント <input type="checkbox"/> ケアマネより入院前の情報収集 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請や変更の検討

入院時訪問で期待される事

1. 在宅環境を知ることが出来る。
2. 在宅現場で多職種が課題を共有することが出来る。
3. 患者それぞれの在宅事情にあったケアを検討することが出来る。
4. 具体的な家族の不安を知り介護力をアセスメント出来る。

④地域との連携

～提案⑤～

『退院支援係』の設置



退院支援係

地域との交流や退院支援に必要な知識を深め、病棟スタッフにフィードバックする。



退院支援
介護保険などの
研修会参加



土佐市地域包括
ケア意見交換会
参加

しくみづくりを通して見えてきた課題

1. 退院支援のための情報・目標の共有の徹底
2. 退院支援における看護介入の重要性の自覚
3. 経営面から退院支援の必要性を強化
4. 地域における病院の役割、強み、今後の方向性の明確化と共有の重要性
5. 地域・多職種協働型退院支援コーディネーターの育成
6. 変革期における看護管理者へのコンサルテーションの必要性