

5. 在宅医療の導入と退院調整	主な在宅医療の概要を学び、導入方法、教育・指導内容、連携について事例を通して理解する	①主な在宅医療の概要：在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養法、胃瘻、人工呼吸、疼痛管理など ②在宅医療導入までのプロセス、教育・指導内容については事例提示して検討する ③②について典型的な1事例を展開したものをモデル教材として使用し、次の内容を学ぶ。 ・主治医、訪問看護ステーションとの連携 ・医療器具メーカー、ホームヘルパー等との連携 ・モノ（薬品・衛生材料・器具）とお金の流れ ・患者または家族への教育指導	講義 1時間 モデル事例使用
6. 退院調整看護師の機能と役割	退院調整の目的を理解し、個々の患者・家族に最適な退院調整を提供するための退院調整看護師の機能・役割を理解する	1) 退院調整の目的： 「患者・家族の主體的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラム」である。 2) 退院調整看護師に求められる機能と役割： ①スクリーニング機能：退院にあたって援助が必要な患者や家族を漏れなく、早期に発見・特定し、支援を開始する。発見にあたっては、スクリーニング基準を作成し、発見ルートの開拓を行う。 ②コミュニケーション機能：患者や家族との面接や相談を通して、信頼関係を構築し、本人と家族関係の調整を行ったりする。 ③アセスメント・退院支援計画作成機能：包括的なアセスメントにより生活ニーズを分析し、カンファレンスを通して退院支援計画を作成する。 ④教育機能：自立した生活を送るために必要な教育指導プログラムを作成し、他職種に依頼する ⑤調整機能：院内の他職種と連携してチーム医療を推進したり、看看連携により継続看護を行う。さらに、地域のサービス事業者や施設と連携し、相互間の調整を行い、様々な支援が総合的に行われるよう調整する。 ⑥エンパワメント機能：患者や家族が持つ本来の強さ（セルフケア能力）を一つの資源（内的資源）としこれらを引き出し、活用する機能。また、社会資源（外的資源）を開発する機能。 ⑦社会資源の情報収集・活用機能：フォーマルまたはインフォーマルサービスの情報収集、管理（更新）を定期的に行い、患者・家族の生活ニーズにあった社会資源を活用する。 ⑧評価機能：退院支援計画のモニタリングやフォローアップ調査により退院調整のプロセス評価やアウトカム評価を行い、退院調整の質の向上を図る。	講義 1時間半

3)退院調整看護師に求められる機能と役割～具体的な内容～

NO	カテゴリー	機能 / 役割	主 な 内 容
1	スクリーニング機能	対象者の早期発見と特定	①退院調整が必要な患者や家族を漏れなく、早期に発見・特定し、支援を開始する。 ②発見にあたっては、スクリーニング基準を作成し、発見ルートの開拓や組織的な展開を行う。
2	コミュニケーション機能	相談・面接	①患者・家族の退院・転院に伴う悩みや葛藤等を受けとめ、相談援助すると共に、自らが解決できるよう支援する。 ②傾聴を基本とした面接を行う。 ③初回（インテーク）面接、継続面接、最終面接など場面に適した面接を行う。
		信頼関係の構築と家族関係の調整	①患者・家族の意向や希望を尊重し、十分な話し合いを展開しながら問題解決に導く。 ②家族間で異なる意向や情緒的感情を受け止めながら、よりよい方向に向かって家族関係を調整する。
3	アセスメント・退院支援計画作成機能	包括的アセスメント	①包括的アセスメントを行い、患者・家族の生活ニーズを整理分析する。 ②院内の他職種とともに、生活ニーズを整理分析する。 ③出来ない部分のみに着目するのではなく、残存機能や潜在的機能を活用する。
		退院支援計画作成	①在宅支援のための退院支援計画案を作成する。 ②転院支援のための退院支援計画案を作成する。 ③院内カンファレンスを開催し、他職種との意見交換を通して退院支援計画を作成する。
4	教育機能	患者・家族への教育プログラムの作成と実施	①自立した生活を送るために必要な教育指導についてプログラムを作成し、他職種に依頼する。 ②看護・介護技術を患者・家族に指導する。 ③医療行為について患者・家族に指導する。
5	調整機能	院内のネットワーク形成とチーム医療の推進	①他職種・他部門との連携を通してチーム医療を推進する。
		看護連携と継続看護	①病棟・外来・訪問看護の連携による継続看護の実施
		地域社会とのネットワーク形成とサービスの調整	①地域のサービス事業者とサービス内容の確認を行い、必要に応じてサービスの調整を行う。 ②地域の医療機関や介護保険施設とサービス内容の確認を行い、必要に応じてサービスの調整を行う。 ③退院前にサービス担当者会議（拡大カンファレンス）を行い、退院支援計画の合意を得ると共に、役割分担を行い、円滑な退院・転院を支援する。
6	エンパワメント機能	エンパワメントの促進	①患者・家族・環境が本来持っている強さ（セルフケア能力）を一つの資源（内的資源）とし、それらに働きかけることで自立支援を促進する。 ②残存機能を活用したり、潜在能力を引き出すことで、自ら問題解決したり、困難を克服するというエンパワメントが促進される。

7	社会資源 情報収集・ 活用機能	社会資源情報収集・管理(更新)	①介護保険情報などフォーマルサービスの情報収集および管理(更新)を行う ②ボランティア組織などインフォーマルサービスの情報収集および管理(更新)を行う。 ③医療・介護保険制度や福祉制度など基本的な社会制度の概要を理解し、情報収集や管理(更新)を行う。
		社会資源情報活用	①フォーマルサービスおよびインフォーマルサービスの具体的な提供状況とその特徴を理解し、患者・家族が活用するための助言を行う。 ②医療・介護保険制度や福祉制度など基本的な社会制度の状況を理解し、患者・家族が活用するための助言を行う。
8	評価機能	退院調整の評価	①ケアプランのモニタリングやフォローアップ調査 ②退院調整サービスを受けた患者のデータ蓄積 ③退院調整サービスの満足度調査、紹介率や平均在院日数などアウトカム調査 ④退院調整のプロセス全体を評価し、課題を整理する。

3. プログラム第3日目:看護師が行う退院調整の実際

3-1. 基本事例の展開

1) 演習の目標

- ①典型的な生活ニーズ(医学的管理、リハビリ、住環境改修、介護力調整、家事)を持つ患者・家族への退院調整の過程を学ぶ。
- ②患者・家族の意向や望む生活を尊重しつつ、自立支援を目指した退院調整を行う。
- ③包括的なアセスメントを行い、生活ニーズを抽出する。
- ④生活ニーズに対応した目標を設定し、目標を達成するためのサービスや社会資源について理解する。
- ⑤模擬カンファレンスなどを通して、退院調整におけるチームアプローチの手法を学ぶ。

2) 演習の進め方

基本事例をもちいて退院調整の各過程(アセスメント～退院支援計画～カンファレンス～モニタリング・評価)を学ぶ。具体的な進め方(内容・方法・時間等)は次の通りである。

プロセス	内 容	資料	方法	時間
事例紹介	①事例紹介やアセスメント表など、演習に必要な用紙を配布する。 ②事例について説明する。	事例紹介 アセスメント表 (別紙①)	個人ワーク	10 分
アセスメント	アセスメント表に提示された情報を整理分析する。 ★アセスメントの考え方 ①退院後の生活の意向を確認する(どこで、どのように暮らしたいのか)。 ②身体・精神心理・社会的な側面でアセスメントし、これらは相互関係にあることを認識する。 ③アセスメントから得た情報について専門的な判断を加えて生活ニーズを抽出する。 ④基本事例でもちいるアセスメント表は、厚生労働省が推奨している「課題分析標準項目」(23 項目)を一部修正したものを使用する。 ⑤退院調整の目的は自立支援である。そのためできない部分(マイナス面)のみに注目しないで、残存機能や潜在的機能(プラス面)にも着目する。	アセスメント表 (別紙①)	個人ワーク+GW	60 分
病院内カンファレンスによる情報の共有化・合意形成・看看連携	①アセスメントの結果、本人・家族の意向を踏まえて病院内の多職種によるカンファレンスを行う。 ②カンファレンスの目的は、情報を共有化するとともに、多職種からの意見を加味し、方向性を確認したり、微調整を行うものである。 ③院内の看看連携(病棟看護師と退院調整看護師、外来や訪問看護師との連携)を行う。	カンファレンス記録	模擬カンファレンス	20 分

生活ニーズの抽出・目標の設定・社会資源の検討⇒退院支援計画書の原案作成	①アセスメントで確認された情報と、患者・家族の意向を確認し、生活ニーズを抽出し、それぞれに目標を検討する。 ②目標を達成し、自立支援をサポートするための社会資源について検討する。 ③退院支援計画書に、本人・家族の意向、生活ニーズ、目標、利用できる社会資源を記載する。	退院支援計画書(別紙②)	ブレインストーミング ＋ 発表と質疑応答	40分
拡大カンファレンスによる退院支援計画書の作成とサービスの調整	①退院支援計画書に記載された計画の原案について、拡大カンファレンスを行う。 ②参加者は、病院内のスタッフ、本人・家族、介護支援専門員、訪問看護師、訪問介護員、通所リハビリの理学療法士など。 ③カンファレンスを通して計画の修正や変更などを行い、合意を得る。 ④他機関・他職種とサービスの調整を行う。 ⑤退院支援計画書として患者・家族に説明し、交付する。	拡大カンファレンスのビデオ例)サービス担当者会議の開き方・進め方(中央法規)	ビデオ	20分
モニタリング評価	①退院調整のモニタリングの時期・方法・項目の理解・目標の達成度、サービスの充足度、サービスの適切性など ②退院調整における評価の視点を提示する ・患者満足度、在院日数、1ヶ月以内の再入院率、逆紹介率や紹介率、社会資源の利用状況など		講義	20分
まとめ	①基本的な退院調整演習(アセスメント～カンファレンス～ケアプラン作成～拡大カンファレンス～モニタリング～評価)を通しての質疑応答 ②講師からのコメントと総評		講義	10分

3) 演習の具体的展開

基本事例の展開は、典型的な生活ニーズ(医学的管理、リハビリ、住環境改修、介護力調整、家事)を持つ患者とする。高度な医療ニーズや複雑な生活ニーズを持つ、いわゆる援助困難事例の展開をすることではない。目的は退院調整の各プロセスを学ぶことであり、特にアセスメントの思考過程(アセスメント情報を専門的な視点から判断して生活ニーズを把握する過程)についてガイドラインを示す。

(1) 事例紹介：10分

Aさん(80歳)、女性。専業主婦として生活していたが、2ヶ月前に脳梗塞を発症し、保存的治療を行う。現在回復期リハビリテーション病棟に入院している。右片麻痺と軽い構音障害がある。糖尿病と高血圧を合併しており、再梗塞を予防するためにも薬物療法や生活指導など医学的管理は今後も必要である。リハビリで利き手交換をしており、食事・更衣・排泄など日常生活動作はゆっくり行

えばできる。T杖+短下肢装具を使用すればトイレまで歩行できる。介護者は夫(82歳)。分譲マンションに夫婦と2人暮らし。退院の準備を始めている。本人も夫も在宅を希望しているが、住宅環境や夫の介護技術に不安を持っている。できる限り自立し、少しでも家事を行って夫を助けたい。

(2)アセスメント表の説明:10分

アセスメント項目には様々なものが紹介されているが、基本事例では厚生労働省が推奨する「課題分析標準項目」(23項目)を一部修正したものを使用する。この項目は身体・心理・精神・社会・環境を包括的に捉えたものであり、アセスメントをするうえで最低限の項目を示したものである。

(3)アセスメント～生活ニーズの把握:30分

■展開1:患者・家族の主訴や意向の確認

- ① 患者と家族で主訴や意向が異なる場合は別々に記載
- ② 生活の方向性を確認する。

■展開2:アセスメント情報の整理

- ① アセスメント表を読み込み、そこから判断できる情報と、必要と思われる(あるいは不足している)情報を整理する。
- ② 事例から判断できる情報を手がかりにして、身体・精神心理・社会面に分類し整理する。
- ③ 自立した生活を困難にしているもの、問題点(マイナス面)と、残存機能や潜在機能(プラス面)を整理する。特に看護職は問題解決型思考が身につけているので、マイナス面(問題点)の発見だけにとどまらず、プラス面の発見にも着目する。基本事例で整理すると次のようになる。

⇒マイナス面：右片麻痺で杖+短下肢装具を使用しなければ歩けないため、自宅での生活が困難である

⇒プラス面は：麻痺はあるが、利き手交換をしており、ゆっくりであればADLは自立できる。または住宅改修や福祉用具の活用によって自立度が高まる可能性がある(環境の力を強める)。

- ④ これらの作業は、最初は個人ワークで行い、その後グループワークに切り替え、事例のイメージを明確にし、アセスメント情報を整理する。

■展開3:整理されたアセスメント情報を専門的視点で判断し、生活ニーズを抽出する

- ① 整理されたアセスメント情報には、マイナス面とプラス面があり、生活ニーズとして抽出するためには、専門的な視点で判断をする。

⇒右片麻痺の改善は困難であり、麻痺側の筋力も低下しているので、主な動作は左手で行うことが望ましい。左手でゆっくりとした動作を行い、住宅改修や福祉用具を活用すれば(環境への働きかけ)日常生活だけでなく、家事の一部(洗濯物をたたむ、掃除機をかける)などの行為は可能と思われる。

② 生活ニーズとして抽出する。

⇒右片麻痺はあるが、利き手交換や環境整備を行うことで日常生活動作は自立できる
または、

⇒右方麻痺があり、日常生活が自立し、かつ安全な生活を送るためには住宅改修など環境
整備が必要である。

③ これらの作業はグループワークで議論しながら進める。

(4)病院内カンファレンスによる情報の共有化:20分

■展開1:情報および生活ニーズの共有化

① 患者・家族の主訴と意向を病院内の多職種と共有化する。

② アセスメントで確認された情報と、抽出された生活ニーズを列挙して共有化する。

■展開2:カンファレンスによる検討

① 共有化した情報と生活ニーズについて、多職種と意見交換をする。

② 多職種の見立て（判断）や手立てを加味したうえで、方向性を確認したり、微調整を行
う。

(5)退院支援計画の作成:40分、拡大カンファレンスの開催:20分

■展開1:退院支援計画の原案作成

① 抽出された生活ニーズと患者・家族の意向を刷り合わせて、生活ニーズ毎に支援目標を
設定する。

② 目標を達成し、自立支援をサポートするための社会資源について検討する。

③ 退院支援計画に位置付けられたサービスについては、予めサービスの担当者にカンファ
レンスへの参加を依頼しておく。

■展開2:拡大カンファレンスによる検討

①作成された退院支援計画の原案について、拡大カンファレンスを行う。

②カンファレンスの進め方はビデオ教材で学習する。

⇒司会（ファシリテーター）の役割、専門職との意見交換のし方、本人・家族の参加への
配慮と意見の引き出し方

⇒司会のポイントとして、意見を引き出す、まとめる、意見交換を促進する、議論の方向
性を確認する、結論と残された課題を明確にするなどがある。

⇒退院支援計画合意形成のためのカンファレンスである。

③意見を集約し、本人・家族の同意を得て退院支援計画を修正する。

(6)モニタリング:20分

①モニタリングの時期・項目・方法を提示する

⇒退院支援におけるモニタリングの時期は、診療報酬上では1ヶ月以内とされている。患

者や家族の状況に応じて行う。

⇒モニタリングの項目は、目標の達成度、サービスの充足度、サービスの適切性など

⇒モニタリングの方法は、退院調整者が自宅訪問するなど直接行っても良いが、外来受診時を利用したり、訪問看護師や介護支援専門員にヒアリングをするなど、様々な方法があるので、患者・家族と相談をし、適切な方法を選択する。

②退院調整における評価：プロセス評価とアウトカム評価がある。

⇒プロセス評価は、スクリーニング～モニタリングまでの一連のプロセスを振り返ること。

⇒アウトカム評価は、患者満足度、在院日数の変化、1ヶ月以内の同一病名による再入院率、逆紹介や紹介率の変化、社会資源の利用状況など

(7)まとめ:10分

①質疑応答

②講師からのコメントと総評

基本事例におけるアセスメント項目と主な内容

●基本情報に関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容例
1	利用者基本情報	①Aさん、80歳、女性、〇〇市△△町9-5 ②連絡先：長男 〇〇株式会社 △△△-△△△△-△△△△ ③平成16年11月21日 B棟2階入院中
2	生活状況	家族関係図（ジェノグラム作成） 専業主婦、夫（82歳）とふたり暮らし。夫は元会社役員。 厚生年金や貯蓄等で比較的ゆとりある生活を送っている。 趣味は陶芸で、月2回陶芸教室に通っていた。
3	被保険者情報	医療保険：国民健康保険 介護保険：現在申請中 身体障害者手帳：今後申請予定
4	現在利用しているサービスの状況	現在受けているサービスはない
5	障害老人の日常生活自立度	ランク：B-2
6	痴呆性老人の日常生活自立度	ランク：正常
7	主訴	本人：構音障害があり、聞き取りにくい、筆記や文字板などを利用すればコミュニケーションは可能。在宅介護を希望している。可能であれば簡単な家事（洗濯物たたみ）を行って夫を助きたい。 夫：長年連れ添った妻の介護をすることは、夫として当然である。82歳と高齢ではあるが健康状態は良好である。妻は糖尿病や高血圧など合併症のため食事療法が必要となるが、調理は長年妻に任せきりであったため自信がない。インシュリン注射やリハビリの技術に不安がある。定期的に専門職の指導を受けたい。
8	疾患・治療	疾病名：脳梗塞・高血圧は薬物治療、 糖尿病は食事療法（1,200kcal）とインシュリン注射
9	服薬内容	バファリン81mg アダラート ペンフィルN30単位

●アセスメントに関する項目

NO	アセスメント項目	主な内容例
10	主な症状	①主な症状：手足のしびれ ②バイタルサイン：体温は正常、脈拍68～80、血圧146/90 ③機能障害：右片麻痺、軽い構音障害、知覚障害
11	ADL（カッコ内はしているADL）	①寝返り：自立（自立） ②起き上がり：自立（自立） ③移乗：見守り（一部介助） ④歩行：見守り（一部介助）

		⑤更衣：見守り、ただしボタンかけのみ介助（一部介助） ⑥整容：見守り（一部介助） ⑦入浴：一部介助（一部介助） ⑧排泄：自立（一部介助）
12	IADL（かっこ内はしているIADL）	①調理：一部介助、味つけなど（病院内ではお茶を入れている） ②掃除：一部介助、簡単な拭き掃除可（病院内ではシーツ交換や枕カバーの交換を一部手伝っていた） ③買物：一部介助（病院では売店で買物を行っている） ④洗濯：一部介助（病院ではコインランドリーで洗濯を行う） ⑤金銭管理：見守り（一部介助） ⑥服薬状況：見守り（一部介助） ⑦交通機関の利用：一部介助（病院では実施せず）
13	認知	日常の意思決定は問題ないが、計算に時間がかかる。電卓使用可
14	コミュニケーション能力	①意思の伝達：構音障害があり、ゆっくりと話すことで理解可能。利き手交換をしており、左手で字が書ける。文字板など代替コミュニケーションは可能。 ②視力：年齢相応 ③聴力：問題なし
15	社会との関わり	①社会活動への参加意欲：通所リハを利用して、リハビリを継続し、いずれは趣味である陶芸教室に通いたい。 ②社会との関わりの変化：現在のところ変化は見られない ③喪失感や孤独感：主婦としての役割を喪失するのではないかと、自分は家族にとって役に立たない人間になってしまったのではないかとという焦りがみられる
16	排尿・排便	①排尿排便方法はトイレ（洋式）で行える。 ②排尿回数：6～7回／日、夜間のみリハビリパンツ使用 ③排便回数：便秘傾向で緩下剤を2日に1回服用している ④排泄後の後始末はビデ・乾燥機能のある便座を使用すればほぼ自立できる
17	褥瘡・皮膚の問題	皮膚はやや乾燥している。褥瘡はない。
18	口腔衛生	①歯：部分入れ歯で、入れ歯の手入れは見守りでできる ②口腔内の状態：特に問題ない
19	食事摂取・栄養	利き手交換をしており、左手ではしを使用して食事ができる
20	問題行動	なし
21	介護力	介護者は夫で、在宅介護の意思は強い。ただし、調理など家事一般に対する負担を心配している。隣町に住む長女はフルタイム勤務であるが、週末は家事・介護を手伝うことができる
22	居住環境	①福祉用具：短下肢装具、T杖、シャワーチェア、滑り止めマット、簡易スロープ ②住宅改修：段差解消（浴室）、手すりの設置（トイレ、玄関、浴室）
23	医学的処置	インシュリン自己注射 糖尿病食事療法

3. プログラム第3日目:看護師が行う退院調整の実際

3-2. 神経難病患者の在宅支援

1) 演習の目標

- ①病状進行に伴う生活障害を予測したアセスメントを行い、実際に退院支援計画を立てる。
- ②患者自身が、疾病・病状を受け止め、生活目標を持ち、主体的に退院支援計画に参加できるよう支援する。
- ③残存機能を活用した日常生活動作訓練を行い、可能な限り自立支援を援助するとともに介護力の軽減を図る
- ④利用できる社会資源を活用し、地域支援体制の導入を図る
- ⑤保健所の保健師、訪問看護師、病棟看護師、外来看護師、退院調整看護師との看看連携のあり方と役割分担について検討する。

2) 演習の進め方

プロセス	内 容	資料	方法	時間
事例紹介	①事例紹介やアセスメント表など、演習に必要な用紙を配布する。 ②事例について説明する。	事例紹介	個人ワーク	10 分
アセスメント 退 院 支 援 計 画立案	① 患者情報から、アセスメント表を使って整理・分析をする。 ② 大きく『医療問題』『ADL 評価からの身体介護・家事援助問題』に整理し、患者・家族の意向に合わせたニーズの確認作業を行う。 ③ 退院支援計画書に記載する。	アセスメント表 (別紙①) 退 院 支 援 計 画 書(別紙②)	個人ワーク	60 分
看看連携と役割分担	①保健所の保健師、訪問看護師、病棟看護師、外来看護師、退院調整看護師の役割分担を整理する。 ②看看連携のシステム構築上の課題:いつ、誰が、どのように、連携するのか、課題は何か。		GW 発表と 意見交換	50 分
発表	①神経難病における退院調整について発表し、意見交換をする。 ②他のグループの発表を聞き、退院調整のポイント・課題など共有化する。 ③まとめ		発表	60 分

3) 演習の具体的展

神経難病の在宅支援は、病状が進行したり、合併症を併発することから、医学的管理が十分提供されるよう主治医、訪問看護ステーションとの連携が重要である。残存機能を活用した日常生活動作訓練を行い、生活機能が低下しないよう自立支援を図るとともに、介護力の調整を行う。また、保健所、訪問看護師、外来看護師、病棟看護師と連携を図り、利用できる社会資源し、地域支援体制の導入を図る。

(1) 事例紹介：10分

Bさん(65歳)男性 筋萎縮性側索硬化症(ALS) 妻と二人暮らし。2年前から、指先が動きにくい、ボタンがかけられないといった症状出現し、精査入院し確定診断を受けた。今年に入り、呼吸状態が不安定、嚥下機能の低下も見られ今後の方針決定のため入院となる。

経口摂取のみでは、栄養管理が不十分で一日一回の経鼻栄養開始、夜間のみマスク式人工呼吸器装着する事になる。運動機能は両上肢のみ障害あり。病棟看護師より退院調整依頼が入り、支援開始される。

(2) 演習方法:展開1は60分、展開2は50分

■展開1:神経難病患者の在宅ケア導入時における退院支援計画のポイントについて、拡大カンファレンスで検討する。以下にポイントを例示する。

- ①現在の病状と今後の進行状況から必要な医学的管理について検討する。
- ②残存機能を活用し、可能な限り自立支援を目指すとともに、介護負担が最小限ですむ日常生活動作をリハビリスタッフとともに検討する。
 - ・できるADLに着目し、
 - ・できないADLおよび今後できなくなると予想されるADLについては、福祉機器や介護用品を活用するなど可能な限り自立を支援するとともに、介護力の負担軽減を図る。
- ③医療行為および看護技術の検討
- ④保健所等と連携し、利用できる社会資源を活用し、地域支援体制の導入を図る
 - ・保健所：難病医療費助成等および難病重症度認定の申請、地域リハビリテーションの導入の検討
 - ・市町村：身体障害者福祉制度および支援費制度の利用
 - ・介護支援専門員：要介護認定の更新依頼、ケアプランの作成検討
- ⑤家事および家族介護力の調整
 - ・家事担当者、主介護者、キーパーソンの役割分担
 - ・家族介護力のアセスメントと介護力の調整

■展開2:保健所の保健師、訪問看護師、病棟看護師、外来看護師、退院調整看護師との看護連携のあり方と役割分担について検討する。以下に役割分担を例示する。

- ①看護職の役割分担を整理する
 - ・保健所保健師：難病相談および難病医療制度給付の支援、保健所による訪問リハビリの検討、地域リハビリテーション事業の調整、在宅療養環境整備の支援

- ・訪問看護師：主治医との連携、定期的な病状観察、医療および看護技術の実施と家族への指導、日常生活動作の維持向上への援助、在宅療養環境整備の支援（保健師や理学療法士との協働作業）、家族支援
- ・病棟看護師：医療および看護技術の実施と指導（訪問看護師と共に）、日常生活の留意事項の整理と指導
- ・外来看護師：主治医および訪問看護師と連携して在宅療養を支援、家族会や患者会の開催や相談
- ・退院調整看護師：患者および家族の意向の確認、全体の調整、退院支援計画の作成、カンファレンスの主宰と司会

②看看連携のあり方を検討する

- ・いつ、だれが、どのように連携するか。
- ・連携上の課題は何か

③発表

- ・神経難病における退院調整について発表し、意見交換をする
- ・他のグループの発表を聞き、退院調整のポイント・課題などを共有化する
- ・まとめ

3. プログラム第3日目:看護師が行う退院調整の実際

3-3. 終末期患者の在宅支援

1) 演習の目標

- ①終末期にある癌患者の在宅支援のポイントを学ぶ
- ②病状を予測した医学的管理をアセスメントする
- ③24時間安心できる在宅サービス体制を構築する
- ④在宅医療導入の過程を学ぶ(在宅指導管理料、物、お金の流れ)
- ⑤患者・家族の「どう生きるか、どうありたいか」という想いを共有し支援ができる

2) 演習の進め方

プロセス	内 容	資料	方法	時間
事例紹介	①事例紹介やアセスメント表など、演習に必要な用紙を配布する。 ②事例について説明する。	事例紹介	個人ワーク	10分
退院支援計画立案～拡大カンファレンス	①拡大カンファレンスの場面を想定し、退院支援計画を検討し、在宅サービス事業者との連携を構築する ②患者・家族への告知内容、看取りへの希望や意向を確認し、これらを尊重した終末期ケアを前提とする。 ③主治医・病棟看護師と共に、医療ニーズについてのアセスメント、在宅での医療提供、看護ケアの必要性から退院支援計画の原案を作成する。 ④拡大カンファレンスを開催し、24時間安心できる在宅サービス体制を検討する。 ⑤主治医や訪問看護師との連携のポイントを整理する。	退院支援計画	GW	60分
在宅中心静脈栄養管理導入を学ぶ	①患者用ビデオや資料を参考に導入過程を学ぶ ②退院指導の役割分担を行う (主治医・病棟看護師・薬剤師・退院調整看護師) ③在宅医・ポンプレンタル業者・調剤薬局への連絡等、外部との連絡内容の確認 ④訪問看護への継続看護内容の確認 ⑤退院時の準備物品確認、退院後の材料調達方法確認、指導管理料の請求	早期退院ガイドライン(日本看護協会出版会) 在宅療養指導とナースングケア(医歯薬出版) 在宅医療点数の手引き(全国保険医団体連合会)	G.W	50分
発表	①終末期ケアにおける退院調整について発表し、意見交換をする。 ②他のグループ発表を聞き、退院調整のポイント・課題など共有化する ③まとめ		発表	60分

3) 演習の具体的展開

終末期における在宅支援で患者・家族が最も不安を感じる時期は、退院前後である。また終末期は時間が限定されていることから、短時間で効果的な退院支援計画を作成し、地域の在宅サービス事業者（特に主治医と訪問看護師）と連携し、24 時間安心できる在宅終末期ケア体制を構築することが必要である。本演習では、患者・家族の看取りへの希望や意向を尊重した退院支援計画と連携のポイントを学ぶ。さらに、在宅中心静脈栄養法を例に在宅医療の導入過程、役割分担、モノ・人・お金等の流れを理解する。

(1) 事例紹介：10 分

C さん(50 歳)、女性、夫・長女と同居 主婦

2 年前、膀胱癌、膀胱全摘、回腸導管造設術受ける。その後化学療法受けていたが、効果なく腸への浸潤によりイレウス状態となり中心静脈栄養管理となる。

『治療法がない事』『癌の進行により経口摂取が困難になっている事』を主治医から聞いて「これからどうしたらいいのか」と病棟看護師に日々不安を訴える。本人・家族ともに在宅ケアを希望しているが、出来るかどうか不安なため、迷っている。主治医・病棟看護師より退院調整看護師に相談依頼となる。

(2) 演習方法：展開1は 60 分、展開2は 50 分

■展開1：終末期ケアにおける退院支援計画のポイントについて、拡大カンファレンスで検討する。以下に文献を参考した、在宅支援のポイントを例示する。

①本人と家族が望む看取りへの支援

- ・希望する看取りの場の確認
- ・家族の役割と介護負担時の対応方法

②24 時間安心できる在宅終末期ケアの体制づくり

- ・後方病院（バックベッド）との連携
- ・予測される緊急事態と連絡方法
- ・主治医の医学的管理の確認（往診・訪問診療の内容・頻度・連絡方法）
- ・訪問看護師による医学的管理の確認（訪問看護の内容・頻度・連絡方法）

③予測される症状変化と対応方法

- ・現在現れている症状と対応方法（疼痛コントロールを含む）
- ・中長期的に現れる症状と対応方法
- ・予後予測の合意
- ・緊急入院の基準（どこまで在宅ケアで対応するのか）

④安楽で快適な療養環境づくり

⑤安全で安楽な看護・介護技術の提供

⑥過不足なくモノ・サービスを供給するシステムづくり

⇒この部分は展開2「在宅医療の導入過程」と重複する

- ・在宅指導管理料を算定する医療機関の確認
- ・衛生材料等の供給方法
- ・医療器具を使用する場合は取り扱い業者との連携

■展開2:在宅医療の導入過程について、ビデオなど視聴覚教材を用いて具体的なイメージを持ちながら整理する。本演習では在宅中心静脈栄養法の導入過程を例示する。

- ① 主治医・病棟看護師・薬剤師・退院調整看護師の指導内容を整理し、役割分担を行う
- ② 在宅医・ポンプレントル業者・調剤薬局への連絡等、外部との連絡内容の確認
- ③ 訪問看護への継続看護内容の確認
- ④ 退院時の準備物品確認、退院後の材料調達方法確認、指導管理料の請求

3. プログラム第3日目:看護師が行う退院調整の実際

3-4. 小児の在宅支援

1) 演習の目標

- ①小児の在宅支援における特徴的な問題を理解し、利用できる制度・提供可能な社会資源の現状を把握する。
- ②介護者(主に母親)の苦悩や不安を受け止め、主体的に退院調整に参加できるよう支援する。

2) 演習の進め方

プロセス	内 容	資料	方法	時間
事例紹介	①事例紹介やアセスメント表など、演習に必要な用紙を配布する。 ②事例について説明する。	事例紹介 アセスメント表 (別紙①)	個人ワーク	10 分
アセスメント 退 院 支 援 計 画立案	①「医療上の問題」、「介護負担による生活上の問題」、「児の成長発達に応じた教育・療育上の問題」「医療費等の経済的な問題」といった小児に特徴的な問題別にどのような支援が必要かを検討する。 ②支援提供のための、地域で活用できる制度・社会資源について調べる。	アセスメント表 (別紙①)	個人ワーク GW	60 分
退 院 前 共 同 指 導 場 面 の 想定	①退院前共同指導の場面を『拡大カンファレンス』開催として模擬的に実践する。 ②情報共有の場面として、主治医からの病状説明、病棟看護師から現在提供している看護内容と家族への教育・指導内容説明。家族の不安な所、希望について ③退院時共同指導の場面として、経管栄養、気管内吸引、気切部消毒、カニューレ交換 ④退院後の方向性確認として、外来受診について、緊急時対応、消防署との連携、、吸引器・パルスオキシメーター手配、日常的な介護体制の確認 ⑤訪問看護の説明(内容、料金説明、日程調整) ⑥保健師との連携確認(退院後の相談窓口として機能)		模擬カンファレンス	50 分
発表	①小児の在宅支援における退院調整について発表し、意見交換をする。 ②他のグループの発表を聞き、退院調整のポイント・課題などを共有化する。 ③まとめ		発表	60 分

3) 演習の具体的展開

小児の在宅支援は、成人と比較して対応できる制度や社会資源が少ない事、児の成長と合わせて主に母親を中心とした家族に対する支援が中心になる。

小児の発達段階や特徴を理解し、アセスメントを行い退院支援計画を家族と共に立案する。社会資源についても、地域差もあるため、自分たちの地域の実情を学ぶ。

(1) 事例紹介：10分

出生時、低体重、早期産で誕生（35週、アプガースコア1分8点・5分9点）。声門下狭窄があり、気管内挿管となる。状態安定に伴い挿管チューブ抜管試みるも呼吸困難と酸素化障害認め、5ヵ月後気管切開術施行。

以後、状態安定し、今後の声門下狭窄の改善状況によって閉鎖の可能性あり。経管栄養も継続するが、スプーンでの食事摂取も開始。知能・発達段階には問題ない。家族状況は元看護師の母親、勤務医の父親。両親の実家の協力は困難、

(2) 演習方法

- 展開1:患者情報から、アセスメントシートを使ってどのような支援が必要かを検討する。
 - 展開2:利用できる制度、社会資源について研修1日目の復習をかねてグループで検討する。
 - 展開3:訪問看護師が退院前に病院で主治医・看護師と実施する『退院時共同指導』の場면을『拡大カンファレンス』もかねて模擬的に実施する。
- 情報提供、退院に向けた確認事項を整理する。

4. プログラム第4日目:院内の退院調整システム構築と臨床実習オリエンテーション

1) 演習目標

- ① 院内における退院調整の現状と課題を整理する。
- ② 訪問看護や外来看護との連携を進めるための院内における課題を整理する。
- ③ 退院調整看護師の業務内容について検討する。
- ④ 効果的な院外連携システムの構築（アクションプラン）を検討する。
- ⑤ 臨床実習における目的・方法・内容・記録についてオリエンテーションを受ける

2) 演習の具体的な進め方

■課題1:所属する病院・施設において実際行われている退院調整の現状を把握し、効果的な院内連携システムについて検討する。

- ①研修の事前学習である「退院調整調査表」に基づいて、所属する病院・施設の現状を整理する。
- ②病院機能毎にグループになり、各自が自院における現状と課題を発表し、効率的な院内連携システムについて検討する。
- ③退院調整看護師の業務内容について検討する（専任で退院調整看護師を配置した場合と、病棟看護師を兼務した場合に分けて）

■課題2:早期在宅支援のためのガイドライン活用・看護サマリーの充実・外来看護と訪問看護の連携方法等について検討する。

- ①訪問看護、外来看護との連携について、所属する病院・施設の現状を整理する。
- ②訪問看護、外来看護との連携を促進するためのツール、ガイドラインや看護サマリー等について検討する。

■課題3:効果的な連携システム作りにおけるアクションプランを立てる。

課題1および2を整理し、自院における効果的な連携システム作りにおけるアクションプランを立案する。

■課題4:臨床実習オリエンテーション

- ①臨床実習の目的・方法・内容について理解する。
- ②臨床実習における記録物の種類と記載方法について理解する。

退院調整調査表

氏名：

1. 勤務している病院（施設）では、誰が「退院調整」を担当していますか。

- ☐ 特別な部署は設置せず、受け持ち看護師が実施している
- ☐ 特別な部署は設置せず、病棟師長または主任が実施している
- ☐ 特別な部署は設置していないが、病棟に退院調整看護師を配置して実施している
- ☐ 『相談室』『地域連携室』等を設置し、主に医療ソーシャルワーカーが実施している
- ☐ 『相談室』『地域連携室』等を設置し、主に退院調整看護師が実施している
- ☐ その他

2. 貴施設で実施されている『退院調整』について現状と課題について記載して下さい。

3. これまで『退院調整』を実施した経験はありますか。

はい いいえ

4. 3で、「はい」と回答した方は、「退院調整」ではどのようなことが大変と感じましたか。（複数回答可）

- ① 病棟の看護業務と退院調整に関する業務の時間的配分が大変であった。
- ② 利用できる地域の社会資源の情報収集が困難であった。
- ③ 介護保険制度等、制度に関する知識が不足していたため、適切なアドバイスができなかった。
- ④ 医師の理解が得られなく、調整が困難であった。
- ⑤ 看護師やコメディカルの理解が得られなく、調整が困難であった。
- ⑥ 訪問看護師や外来看護師との連携が困難であった。
- ⑦ 患者本人と家族意見が異なる場合、調整が困難であった。
- ⑧ 介護支援専門員など地域のサービス担当者との連携が困難であった。
- ⑨ その他

5. 院内の連携を円滑にするために、貴院ではどのようなツールを活用していますか。

例) 連携クリニカルパスなど