

No. \_\_\_\_\_

## 病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成に関する調査

【記入上のお願い】

- ・ 回答は相談せず、ご自身のお考えを記入してください。
- ・ 調査票の記入が済みましたら返信用封筒に入れ、平成19年10月31日までに病棟ごとの回収用袋に入れてください。

### 【I. 現在所属している病棟の退院支援に関する質問】

\* 以下の項目について、最もよく当てはまる番号に○をしてください。(○は一つ)

	全くその通り	その通り	どちらともいえない	どちらかといえば違う	違う
1. 普段からスタッフの間で患者の退院支援に関する話題が多い	5	4	3	2	1
2. 日々の退院支援の取り組みについて病棟の理解がある	5	4	3	2	1
3. 病棟に退院支援を積極的に取り組もうという雰囲気がある	5	4	3	2	1
4. 病棟に退院支援に関する相談相手がいる	5	4	3	2	1
5. 病棟に、退院支援に関して指導してくれる看護師がいる	5	4	3	2	1
6. 病棟に、一緒に退院支援に取り組んでくれる同僚がいる	5	4	3	2	1

## 【Ⅱ. 自分の退院支援の意識に関する質問】

\*以下の項目について、最もよく当てはまる番号に○をしてください。(○は一つ)

	全くその通り	その通り	どちらともいえない	どちらかといえば違う	違う
1. 退院支援に主体的に看護師が取り組むことが大切だと思う	5	4	3	2	1
2. 入院時から退院後の生活を気にかけている	5	4	3	2	1
3. 在宅でも継続できるケア方法を、日々心がけている	5	4	3	2	1
4. 入院時から退院困難になるリスクを見逃さないように心がけている	5	4	3	2	1
5. 入院早期から退院困難にならぬよう、廃用症候群の予防などに取り組むようにしている	5	4	3	2	1
6. 入院早期から家族とも信頼関係を築けるように、密なコミュニケーションを心がけている	5	4	3	2	1
7. 退院支援に必要な社会資源の情報を得る努力をしている	5	4	3	2	1
8. 退院支援に関する院内・院外の研修に自分から希望して参加している	5	4	3	2	1
9. 退院支援に興味がある	5	4	3	2	1
10. 退院支援の専門性を極めたいと思っている	5	4	3	2	1
11. 退院支援を行なうにあたり、他職種と連携をとることが大切だと思う	5	4	3	2	1
12. 退院支援を行なうにあたり、他職種との連携を意識している	5	4	3	2	1

### 【Ⅲ. 退院支援の過程についての質問】

\*あなたは以下の項目それぞれについてどの位出来ていると思いますか。

あなたご自身の最近3ヶ月において、最もよく当てはまる番号に○をつけてください。(○は一つ)

	十分 できて いる	だ いた い で き て い る	ど ち ら と も い え な い	あ ま り で き て い な い	で き て い な い
1. リスクスクリーニングに必要な情報収集をする	5	4	3	2	1
2. 決められた時間内にリスクスクリーニングをする	5	4	3	2	1
3. リスクのある患者を特定する	5	4	3	2	1
4. 患者の治療・看護・リハビリニーズのアセスメントをすることができる	5	4	3	2	1
5. 患者・家族の日常生活ニーズのアセスメントができる	5	4	3	2	1
6. 患者・家族の精神的ニーズのアセスメントをする	5	4	3	2	1
7. 患者の退院先のアセスメントをする	5	4	3	2	1
8. 患者・家族に教育すべきことを明確にする	5	4	3	2	1
9. 継続ケア（治療・看護）の体制を把握する	5	4	3	2	1
10. 患者・家族が退院後の生活環境の中で実施可能なプランを策定する	5	4	3	2	1
11. 退院後ケアが継続されるようなプランを策定する	5	4	3	2	1
12. ヘルスケアニーズ、社会的ニーズ、経済的ニーズを考慮に入れたプランを策定する	5	4	3	2	1
13. 患者の治療・ケアの到達目標を把握する	5	4	3	2	1
14. 関係者（患者・家族・他職種）へ退院計画の伝達をする	5	4	3	2	1
15. 退院後に必要となる知識や技術習得のための患者・家族教育をする	5	4	3	2	1
16. 保健医療福祉関係者・関係機関との連携をとる	5	4	3	2	1
17. 介護者の支援体制の調整をする	5	4	3	2	1
18. 患者にあったセルフケアを促進する	5	4	3	2	1
19. 家族へのカウンセリング・精神的支援をする	5	4	3	2	1
20. 退院準備のために患者・家族・重要他者を支援する	5	4	3	2	1
21. 適切な時期の退院のために、さまざまなケア提供者との調整をする	5	4	3	2	1
22. 退院時の患者移送手段の手配をする	5	4	3	2	1
23. 他職種にもわかる紹介の記録を書く	5	4	3	2	1
24. 患者・家族の退院の準備状況を観察する	5	4	3	2	1
25. 新たにリスクが発生した患者を把握する	5	4	3	2	1
26. 地域医療連携部へ依頼する時期を把握する	5	4	3	2	1
27. 入院に伴う廃用症候群などを最小限にするケアを行なう	5	4	3	2	1
28. 病棟で提供しているケアを在宅用にアレンジする	5	4	3	2	1
29. 必要時、地域医療連携部に依頼する	5	4	3	2	1

#### 【Ⅳ. 以下の設問にお答え下さい】

\*最もよく当てはまる番号に○をつけてください。(○は一つ)

問1. あなたは介護保険についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや申請方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや申請方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 介護保険について全く知らない

問2. あなたは、障害者自立支援法についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや申請方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや申請方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 障害者自立支援法について全く知らない

問3. あなたは、訪問看護についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや利用方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや利用方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや利用方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや利用方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 訪問看護について全く知らない

問4. あなたは難病対策についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや申請方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや申請方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 難病対策について全く知らない

問5. あなたは、東大病院の地域医療連携部についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや連絡方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや連絡方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや連絡方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや連絡方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 地域医療連携部について全く知らない

【V. あなた御自身のことについてお尋ねします】

\* 最もよく当てはまる番号に○をつけてください。(○は一つ)

問1. あなたの年齢をお聞かせください。(該当する番号に○)

(平成19年4月1日現在で御記入下さい)

年齢 : ① 20～24歳    ② 25～29歳    ③ 30～34歳    ④ 35～39歳  
         ⑤ 40～44歳    ⑥ 45～49歳    ⑦ 50～54歳    ⑧ 55～59歳

問2. この3ヶ月の間に退院支援に関する院内の研修に参加しましたか。(該当する番号に○)

1. はい      2. いいえ

※ 問2で「1. はい」とお答えの方にお尋ねします。

問2-a 参加しようと思ったのはどのような理由からですか。(○は一つ)

1. 退院支援に興味があり、自分から希望して参加した
2. 上司・先輩に勧められて
3. 同僚・友人に誘われて
4. 必修の研修であったから

問3. この3ヶ月の間に退院支援に関する院外の研修に参加しましたか。(該当する番号に○)

1. はい      2. いいえ

※ 問3で「1. はい」とお答えの方にお尋ねします。

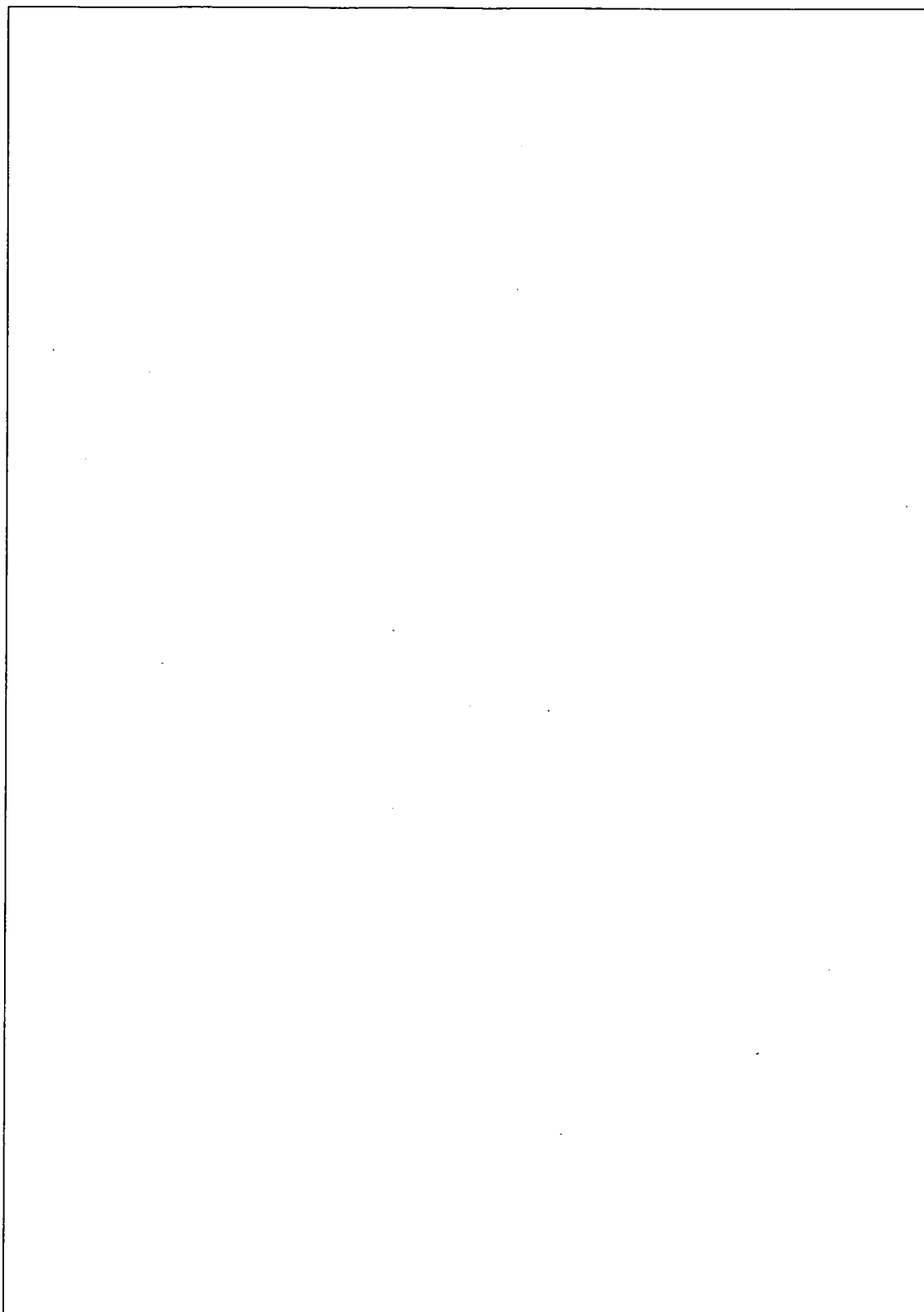
問3-a 参加しようと思ったのはどのような理由からですか。(○は一つ)

1. 退院支援に興味があり、自分から希望して参加した
2. 上司・先輩に勧められて
3. 同僚・友人に誘われて
4. 必修の研修であったから

問4. あなたはこの3ヶ月の間に退院支援について、問2、問3以外で自主的に本やその他で勉強しましたか。(該当する番号に○)

1. はい      2. いいえ

問5. 退院支援教育プログラムについて、何かご意見ご要望などございましたらご記入ください。



お忙しい中、アンケートにご協力頂きましたことを心より御礼申し上げます。  
ご記入済みのアンケート用紙は同封の封筒に入れ密封し、回収袋へご返信くださいますようお願い申し上げます。

「病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成とその効果」に関する研究に  
ご協力を頂いた病棟の看護師の皆様

本研究にご協力いただきました病棟の看護師の皆様、ありがとうございました。

この結果をもとにさらに改良を重ね、日々の看護実践に活かせる内容にしていきたいと思っております。

大変恐縮ですが以下の設問にもお答えください。

問1. あなたは研究者が日勤終了後に実施した、2種類のそれぞれの勉強会に参加されましたか。  
当てはまるところに○をつけてください。

【第1回：病棟から始める退院支援】

参加：不参加

【第2回：退院支援に必要な各種制度の概要】

参加：不参加

問2. 研究者が参加した13時30分からのカンファレンスに、あなたは何回参加されましたか。  
当てはまるところに1つ○をつけてください。

- |         |          |           |         |
|---------|----------|-----------|---------|
| 1. 0回   | 2. 1~2回  | 3. 3~4回   | 4. 5~6回 |
| 5. 7~8回 | 6. 9~10回 | 7. 11~12回 |         |

お忙しい中、アンケートにご協力頂きましたことを心より御礼申し上げます。

様

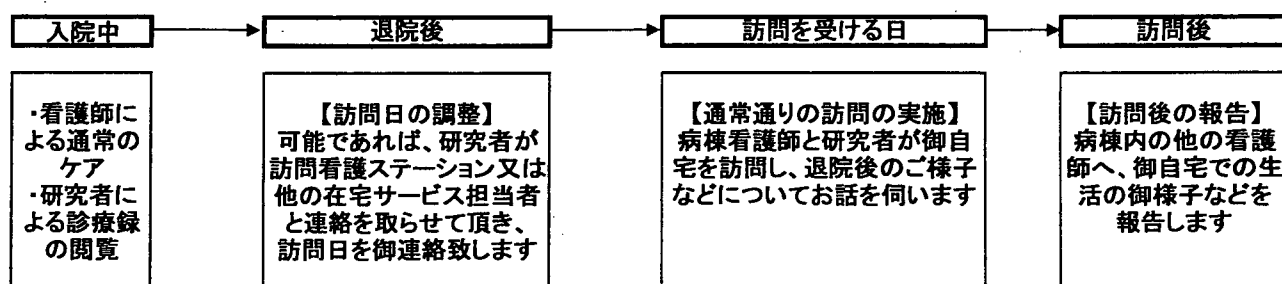
## 病棟看護師の退院支援に関する教育プログラム作成とその効果 研究説明書

私は東京大学医学部附属病院の看護師です。現在、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野の修士課程で、患者様に安心して退院していただくための研究を行っています。

この度、患者様に安心して退院いただくための、病棟看護師の技量の向上を目指し、教育プログラムを作っています。その1つとして、病棟看護師が退院後の患者様のご自宅での様子を伺う機会を設けたいと考えております。それにより、病棟看護師が退院後の患者様の生活をイメージしやすくなり、患者様に安心して退院していただくための技量が向上すると考えております。

退院後、御家庭に伺うことは是非御協力をお願い申し上げます。研究期間中いかなる時でも、患者様の意思を尊重するように配慮することをお約束致します。

### 【訪問実施までの流れ】



### 《訪問について》

- ・入院中に、患者様の病状、入院中の経過、退院後の治療のご予定などの情報を得るために、診療記録・看護記録などを拝見させていただきます。
- ・訪問看護又は他の在宅サービスの訪問日に合わせて、病棟看護師と研究者が同行し、訪問をさせていただきます。
- ・研究者が訪問看護ステーション又は他の在宅サービス担当者と連絡を取ることを御了解いただけるのであれば、研究者から直接連絡し、訪問日の調整をいたします。
- ・訪問時には、訪問看護師または他の在宅サービス担当者の活動を見学させていただきます。
- ・場合によっては、患者様の生活場所の状況（風呂場、寝室など）を拝見させていただきます（お断りいただいても結構です）。
- ・病棟看護師は、直接血圧を測るなどの行為は行ないませんが、退院後のご自宅での様子などについてお話をお聞きすることがあります。
- ・病棟看護師の学びを深めるために、退院後の生活や訪問時の様子を、病棟内の他の看護師へ報告させていただきます。



《研究参加について》

- ・ 研究の参加は任意です。もし参加をお断りになっても、看護上、医療上ともいかなる不利益も被ることはありません。
- ・ もし、研究参加に同意なされた後でも、参加を取りやめることは自由にできます。
- ・ 訪問の途中でお断りになることも自由です。
- ・ 研究で得られたデータに関しては、研究にのみ使用し、研究終了時点で速やかに破棄いたします。
- ・ また、得られたデータは、研究者以外の目に触れぬようにし、施錠できる戸棚に、厳重に保管いたします。
- ・ 成果公表の際にも、匿名性を保持いたします。

ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせ下さい。

なお、本研究は厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業)の一部として行われます。

平成 19年 月 日  
東京大学大学院医学系研究科

健康科学・看護学専攻 地域看護学分野

実務担当者 大学院生 鈴木樹美

主任研究者 講師 永田智子

教授 村嶋幸代

連絡先：〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1  
電話：03-5841-3597 (地域看護学教室事務)  
E-mail (鈴木)：shigemi-ky@umin.ac.jp

## 同意書

東京大学医学部長 殿

私は下記の研究に参加するにあたり、研究者（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野 鈴木樹美）から別紙説明書の事項について説明を受け、これを十分理解しましたので研究に参加することに同意いたします。

## (説明事項)

1. 研究の内容について
2. 研究を受けることに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
3. 研究を受けることに同意した後でも、自由に取りやめることが可能であることについて
4. プライバシーの保護、秘密保持の件について  
 研究で得られたデータに関しては、研究にのみ使用する  
 得られたデータは、研究終了時点で速やかに破棄する  
 また、得られたデータは、研究者以外の目に触れぬようにし、必要時以外は、施錠できる戸棚に施錠し、厳重に保管する  
 成果公表の際にも、匿名性を保持する

## 記

研究の名称：病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成とその効果

患者 氏名 \_\_\_\_\_ 平成19年 月 日 印

住 所 \_\_\_\_\_

\*親族 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 (被験者又は患者との続柄 \_\_\_\_\_)

\*住 所 \_\_\_\_\_

注) \*印は被験者又は患者が未成年者又は記載不能の場合に記入して下さい。

※別紙説明書を参照願います。

## 「退院支援に関する教育プログラムの作成とその効果」について 説 明 書

私は、東大病院の看護師で、現在東大病院を休職させていただき、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野で退院支援に関する研究を行っています。この度、看護部からのご紹介を受け、こちらの病棟でこのプログラムを実施させていただくことになりました。

退院支援は、専門部署が行なうものだと考えられがちですが、実は、患者様に最も近い臨床の第一線で働く看護師の役割が非常に重要であると思います。そのためには、病棟看護師の力量を向上することが必要であると考えました。そこで患者様が安心して退院できるよう支援するための病棟看護師向けの教育プログラムの作成に取り組むことにいたしました。このプログラムでは、勉強会、定期的な退院支援カンファレンス、退院後の患者様のご自宅への訪問を行います。

この研究により、退院支援の教育プログラムを作成し、皆様の退院支援活動がより良いものになることを目指しております。ぜひご協力いただきたく、お願い申し上げます。

1. 本研究の内容について
  - ・ この研究は病棟看護師に退院支援の教育プログラムを行ない、行ったプログラムの効果を検証するために行われます。
2. プログラムの内容
  - ・ 勉強会、1回／週のカンファレンスの実施、退院後患者宅への訪問です。

### <勉強会について>

- ・ 研究者によって全2回の勉強会を実施します。
- ・ 2回とも参加をお願い致します。

### <カンファレンスについて>

- ・ 1回／週の退院支援に関するカンファレンスを、病棟看護師の方々が中心となって実施していただきます。（研究者も参加します）
- ・ カンファレンス対象患者：退院支援合計スコア得点が5点以上の患者様を中心に行なっていただきます。スコア得点が5点に満たなくても、退院後の生活に心配があると判断した場合もカンファレンスの対象としてください。

### <訪問について>

- ・ 訪問は、訪問を希望する看護師の方を対象とします。なお、もし訪問を希望されなくても、いかなる不利益をも被りません。
- ・ 訪問を希望する看護師の方には、退院後の患者様宅への訪問をしていただきます。（訪問は訪問を希望する看護師の方1人につき、1回の予定です。）

【訪問を希望する看護師の方へ】

- ・ 訪問を希望する方は訪問対象とする患者様を決め、看護師長にお伝えください。
  - ・ その後研究者が訪問対象となる患者様に御説明し同意を得ます。
  - ・ 訪問は対象となる患者様が、訪問看護又は他の在宅サービスを受ける日に合わせて訪問を行ないます。
  - ・ 訪問には研究者も同伴します。
  - ・ 訪問前に在宅での患者様の様子をアセスメントしていただきます。
  - ・ 訪問時には、訪問看護師や他の在宅サービスを担う方々の活動を見学していただきます。
  - ・ 訪問後に、訪問前のアセスメントと比較して検討を行っていただきます。
  - ・ その後、訪問したことで感じたこと、考えたことなどを研究者に話していただきます。
  - ・ 訪問後、同じ病棟の看護師へ訪問時の患者様の様子を報告していただきます。
3. プライバシーの保護、秘密保持の件について
- ・ 得られたデータは、研究にのみ使用し他には使用しません。
  - ・ 名前は全て匿名とし個人が特定されないように配慮いたします。
  - ・ 得られたデータは全て施錠できる戸棚に厳重に保管します。
4. その他
- ・ 訪問は休日を利用して実施していただきますので、訪問時については労働者災害補償保険の対象とならないことを御了承下さい。

いつでも構いませんので、ご不明な点がございましたら研究者が病棟にいる時にお声かけ下さるか、下記へお問い合わせ下さい。

なお、本研究は厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業)の一部として行われます。

平成19年7月吉日  
東京大学大学院医学系研究科  
健康科学・看護学専攻 地域看護学分野

実務担当者 大学院生 鈴木樹美  
主任研究者 講師 永田智子  
教授 村嶋幸代

連絡先：〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1  
電話：03-5841-3485 (地域看護学教室院生室)  
内線：23485  
E-mail (鈴木) : shigemi-tky@umin.ac.jp



## 第1回 病棟から始める退院支援

### はじめに

#### 《退院支援の重要性》

- ・ 退院支援 ⇒ 看護そのもの、どの病棟の病棟看護師にも必要な技術
- ・ 患者に一番近い病棟の看護師が行なう日々の実践の積み重ねが重要
- ・ 看護師が主体的に退院支援を実践 ⇒ 患者の満足感↑、看護師のやる気↑

#### 《勉強会の目的と構成》

勉強会の目的： 医療管理上の問題、生活介護の問題についてアセスメントポイントが分かる  
退院支援スコア票が適切に活用できる  
各種制度の概要を理解でき、患者にその概要が説明できる  
地域医療連携部の理解を深め、よりスムーズな連携ができる

- ・ 勉強会の構成： 第1回目「病棟から始める退院支援」  
第2回目「退院支援に必要な各種制度の概要」

### 退院支援って？（退院調整・退院計画・・・）

- 平成18年度の医療法改正 ⇒ 「連携」が法的に規定  
医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供、在宅医療の充実によるQOLの向上
- 在院日数の短縮、早期退院を迫られる患者の急増・・・継続医療・継続看護の重要性
- 病院での退院支援・退院調整は患者が退院後どのような環境で生活するのかをイメージするとスムーズと言われる ⇔ 病棟看護師は在宅をイメージしにくい、病院から在宅への移行がスムーズに行なわれていないという指摘
- 病棟看護師が在宅のイメージをしやすいするための取り組み
  - ・ 訪問看護ステーションで一日訪問体験：東京都・大阪府の看護協会、一般病院でも

## 1. 退院支援とは

- 「退院支援（退院計画ともいう）とは、個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラムである」

手島 1996

- 多職種が行なうチーム・アプローチ



## 2. 看護師だからできること

- 疾患に対する深い理解をもち、患者の一番身近に接する機会が多く、患者・家族への生活支援の視点もあわせもつ看護師ならではの働きがある
- 退院支援は、看護師が退院後の患者の生活をイメージし、その人に必要なことを一緒に考えることから始まる



## 3. 入院から退院までに沿って病棟看護師ができること

《入院時》ハイリスクの患者を逃さない

### ① 退院支援スコア票(スクリーニング票)の活用

- ・ 入院早期から退院支援の必要性を見極める
- ・ 入院時は大切な情報収集ができる時
- ・ 家族の情報ももらうこと
- ・ 家での状況、困っていたこと
- ・ 病気を抱える家族の有無を確認(特に主介護者や、副介護者になる家族など)
- ・ 看護師から患者・家族と退院について話し始める(主治医も巻き込んで)

### <退院支援スコア票で留意する点>

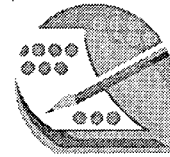
- ・ 5点以上⇒退院支援が必要か検討  
地域医療連携部(以下連携部)へ連絡の時期を検討
- ・ 4点以下⇒本当に退院支援は不要かを検討  
介護力の検討  
介護保険認定済みだが、入院時よりも退院時にADLが下がる可能性

### <介護保険に関連して>

- ・ 65歳以上の患者→特に注意（40歳以上も対象疾患あり）
- ・ 介護度を確認
- ・ 入院前から介護保険を利用している場合→ケアマネジャーの連絡先も確認
- ・ 既に受けている在宅サービスを確認

さらに・・・

- ・ 介護保険の利用方法を知らない患者は??



### ② 「医療ニーズ」と「介護ニーズ」に分けて考えること

#### 【医療ニーズ】

- (1) 在宅療養上に問題あり、再入院を繰り返す
- (2) 在宅医療導入、再教育目的の入院である
- (3) 末期がんである、症状コントロールが必要である

#### 【介護ニーズ】

- (1) セルフケア能力・介護力に問題がある
- (2) すでに在宅サービスを受けている
- (3) 今回の入院治療後、ADL低下が予測され、生活スタイルの再編が必要である

- ・ 【医療ニーズ】・・・入院目的は何なのか、今病状経過のどの時期にあるのか、退院時のイメージはどうか、ということに関係者から情報収集し、総合的にアセスメントをすることが重要
- ・ 【介護ニーズ】・・・入院前の生活状況を知り、退院時にその場所に帰すことを可能にすることが重要

### 《入院中》

#### ◆ アセスメントポイント

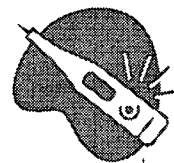
##### 【医療ニーズ】

- ① 在宅療養上の問題があり、再入院を繰り返す場合  
→在宅療養の問題点を患者・家族と共有  
再入院を防ぐ在宅支援の工夫の余地はなかったかを検討

- ② 末期がんや症状コントロールが継続して必要な場合  
⇒主治医と今後の方向性を確認し、患者・家族の意向を確認しながら、在宅療養を継続するのか入院療養を選択するのかを検討
- ③ 新たに在宅医療を導入又は、退院後も在宅医療に伴うサポートが必要な場合  
⇒訪問看護、訪問診療などのサポートが必要であれば連携部へ早期に依頼
- ④ 病態の予測、急変の可能性、ADL の変化の予測  
⇒病気の進行と、それに伴う支援の必要度の変化  
急変に伴う、家族、地域の支援体制の必要性の有無  
退院後に予測される ADL のレベル

### 【介護ニーズ】

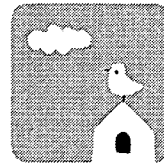
- ① 入院前の生活状況と比較し、新たに必要な介護・看護提供について、在宅で介護可能かアセスメント（ADL、IADL、介護力、自宅環境など）
  - ・セルフケア能力・介護力に問題があり、新規に社会資源の利用が必要な場合
  - ・ADL の低下が予測され、生活スタイルの再編が必要な場合
  - ・調整が必要な点が多く、多くの機関との連携を必要とする場合
 ⇒連携部へ早期に依頼
- ② 既に在宅サービスを受けている場合  
⇒受けていたサービス内容で、退院後も在宅生活が可能か検討  
他の在宅サービスの必要性を検討



### ◆ ケアのポイント

- ① 入院に伴うリスクを最小限にとどめる  
⇒感染、寝たきりなど長引く依存状態、検査・治療などに伴う危険、なじみのない環境、治療優先の環境など
- ② 入院時には問題がなくても、入院の経過中に状況が変化し退院支援が必要となる場合もあるため、常に退院支援の必要性の有無を考え日々のケアを行なう





◆ さらに退院後の生活を予測して

在宅では、24時間看護師はいない→病棟でのケアをそのまま在宅では継続できない

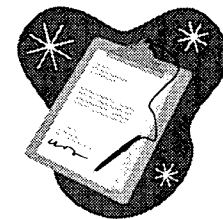
- ① 患者・家族へ在宅医療に関する指導・教育を行ないながら、サポートの必要性を判断する
- ② 退院後も続けられるシンプルなケアへの切り替え  
⇒時間ごとのオムツ交換、体位変換、経管栄養の注入などは、在宅で実施可能な方法を検討
- ③ 家族の意思を確認、思いを汲むように配慮
- ④ 患者自身で出来ることは行なえるようにする

そして・・・

連携部に依頼が必要な場合 ⇒ 速やかに依頼票を提出

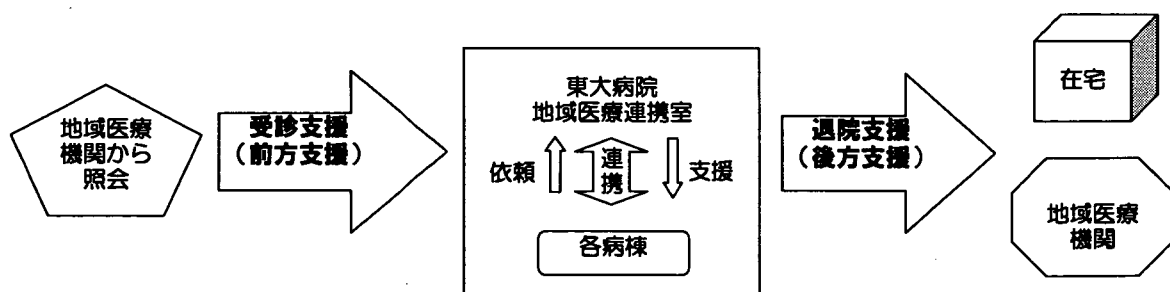
《退院までに》

- ・ 必要なケアを患者・家族に伝え理解を得る
- ・ 不安なこと、疑問点を明らかにして退院できるようにする



4. 地域医療連携部の業務の流れ

(1) 連携部の構成：医師3名(専任2名、兼任1名)、看護師3名(専任1名、兼任2名)、医療ソーシャルワーカー(MSW)3名、事務1名



- 受診支援（前方連携・紹介）

⇒地域医療機関からご紹介いただいた患者の受診を支援。受診手続、受診予約、資料作成・送付、返書などの諸手続を行う

- 退院支援（後方連携・逆紹介）

⇒東大病院に入院している患者の退院時の様々な問題を解決し、在宅や地域医療機関への円滑な退院を支援

（例えば、高齢で介護が必要なケース、医療依存度の高いケース、自宅に帰りたいと希望するターミナルのケースなど）

## （2）退院支援依頼票の受理

- ・ 依頼票が届いたら…各スタッフがそれぞれの立場で情報収集を行い、ミーティングにて退院先や支援内容・方法などの退院支援の方針を固め、担当スタッフを決定
- ・ 担当スタッフが実質的な退院調整を進める

## （3）連携部との連携方法

- ① 依頼が必要 ⇒ 退院支援依頼票を提出（医師でも看護師でも提出可）
  - ※ 看護師が提出する場合、看護師長、主治医へその旨伝える
- ② 連携部の担当者が決定するので、担当者と連携をとる
  - ※ 退院日などが決定したら、速やかに連携部へも連絡を忘れずに
  - ※ 直接看護ステーションと連絡を取りたい場合など、担当者へもその旨伝える



### 《文献》

木下由美子編 在宅看護論 第5版 医歯薬出版 2006

篠田道子編 「ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり」日本看護協会出版会 2006

京都府立医科大学付属病院看護部 編 「ナースのための退院指導マニュアル」改訂第2版 南江堂 2003



## 第2回 退院支援に必要な各種制度の概要

勉強会の目的：医療管理上の問題、生活介護の問題についてアセスメントポイントが分かる  
退院支援スコア票が適切に活用できる  
各種制度の概要を理解でき、患者にその概要が説明できる  
地域医療連携部の理解を深め、よりスムーズな連携ができる

### 1. 介護保険制度

- ・ 2000年4月より、高齢者が適切な保健医療サービスや福祉サービスが受けられるよう制定
- ・ 2006年の改正のポイント
  - ① 予防重視型システムの確立
  - ② 施設給付の見直し
  - ③ 新たなサービス体系の確立
  - ④ サービスの質の確保・向上
  - ⑤ 負担のあり方制度運営の見直し

#### ※ 特に大きく変わったこと

→介護予防を重視したシステム、施設に入所中でも居住費・食費の負担が加わったこと、  
介護度の区分が6段階から7段階へ変わったこと、特定疾病に末期がんが加わったことなど

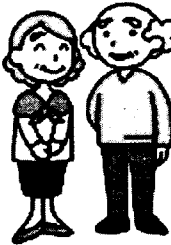
➤ 対象者：第1号被保険者：65歳以上の者

第2号被保険者：40歳以上64歳以下の医療保険加入者

65歳以上

**第1号被保険者**

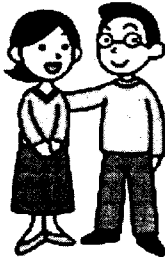
- 全員に被保険者証が交付されます
- 介護や支援が必要と認定された場合にサービスを利用できます（原因は問われません）
- 保険料は、年金から天引き等で徴収されます



40歳以上64歳未満

**第2号被保険者**

- 要介護認定※を受けた方に、被保険者証が交付されます（認定を受ける機会がない人には交付されません）
- 老化が原因とされる病気（特定疾病）により、介護や支援が必要と認定された場合にサービスを利用できます
- 保険料は、医療保険の保険料と一括して徴収されます



➤ 特定疾病とは

- ・筋萎縮性側索硬化症 ・後縦靱帯骨化症 ・骨折を伴う骨粗鬆症 ・多系統萎縮症
- ・初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症等） ・脊髄小脳変性症
- ・脊柱管狭窄症 ・早老症（ウエルナー症候群）
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ・脳血管疾患
- ・パーキンソン病関連疾患 ・閉塞性動脈硬化症
- ・関節リウマチ ・慢性閉塞性肺疾患
- ・両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- ・末期がん



➤ 申請先：市区町村窓口

例) 文京区：介護保険部介護保険課（文京シビックセンター）  
地域包括支援センター（区内4ヶ所あり）

➤ 申請することができる人

- ・ 本人の他に、家族・親戚・居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）、地域包括支援センターが申請できる

➤ 申請に必要な書類

- ① 要介護認定申請書（窓口にあり）
- ② 介護保険証（介護保険被保険者証…医療保険に加入している40歳～64歳以下の方で、特定疾患に該当する方は、加入している医療保険証）
- ③ 主治医の情報：医師の姓名（フルネーム）、医療機関名、診療科目、所在地、電話番号
  - ※ 申請後に市区町村から主治医に直接「意見書」を依頼するため、申請前に主治医に申請手続きを行なうことを伝えておく
  - ※ 主治医意見書…申請の際に記載した主治医が意見書を作成する

➤ 訪問調査

- ・ 申請すると調査員によって行なわれる
- ・ 予め日時を決めて、本人の心身の状態を聞き取り調査する
- ・ 基本的には自宅で行なわれるが、退院前に病棟で行なうこともあり
- ・ 病気に関する情報などを看護師から聞くこともある