

より良い退院支援とは

1 訪問看護ステーション
フレンズ
保坂 明美

生活と医療を統合する思考枠組み

○ 生活と医療を統合するイメージ

```

    graph TD
      A[これまでの知り、これから予測する] --> B[人々のつながりを統合する]
      B --> C[持続するシステムとして統合する]
      C --> D[今必要なことは何か最善の方法を考える]
      D --> E[生活と医療を統合する]
      E --> F[地域で自立した生活が出来るように支援する]
    
```

はじめに

- 退院支援を始める前に考えて欲しい事

↓

- 生活を知るために必要な「地域」と言う視座
- その人の生活が中心にあり個別的支援ニーズを明らかにして、家族とのつながり、そして地域とのつながり、さらに地域社会での生活を支える仕組みとのつながり

類似する概念 1

- ケアマネジメント

ケアマネジメント・ケアコーディネーション・ケースマネジメント

「対象者の社会生活上でのneedsを充足させる為、適切な社会資源と結び付ける手続きの総体である」白澤政和(1992)

その人の人生

家族のつながり

その人と家族が暮らす地域とのつながり

地域社会での生活を支える仕組みとのつながり。

その人の状態変化をモニタリングしつつその人にとって最適な生活機能を持続する環境づくりの目標
その人からスタートし、その人に帰る

3

- 第1領域: クライアントの諸種のニーズをアセスメント
- 第2領域: アセスメントに基づき提供されるべきサービスや支援との連結を計画
- 第3領域: 計画の実行
- 第4領域: モニタリング、ニーズとサービスが合致しなければ再度アセスメント

基本要件:クライアントと適切なサービスを調整(Coordinate)対象者とサービスの接合サービス(linkage service)、ないしは情報提供サービス(Information and referral service)

- 担い手:全ての対人援助職
ソーシャルワーカー、看護師、保健師、OT、PT、医師、ヘルパー、ケアマネ

継続看護の必要性

- 退院支援・調整していく為には行われている看護、ケアが在宅に戻っても継続される事が大切。



- 生活と医療を統合する看護、ケアとなる。

類似する概念2:退院支援・退院調整

- 退院支援・医療と介護を受ける側にある患者が考えていることと、提供する側との間のギャップを埋める為に必要となるもの
- 退院調整・患者・家族が自宅や老人ホームなどで療養を継続していく為に必要な環境を整える作業。

全ての看護師に在宅看護の視座を!

- 看護師共通の思考過程として、生活と医療を統合する看護へ
- 何を継続するのか
 - 1-ケアの継続、看護の継続
 - 2-時間と場所を連続体で捉える。
 - 3-その人の連続性
 - 4-その人が必要とする生活を維持する機能を維持向上する。
 - 5-その人の意向を理解しケアの目標の共有と人との繋がりが支える(専門職が繋がること)

退院支援・調整の現状

- 入院時から取り組む患者・家族への提供されるケア。

誰が?取り組む。
いつ?取り組む。



病棟看護師の関わり方が左右する。
しかし、業務に追われて本来の看護が出来ないのが現状である。...それでいいの?

継続が生み出すもの

- 人と地域が物理的にも心理的にも繋がる
地域一体型の生活丸ごと豊かにするケア

事例紹介

- 80歳 男性
- 糖尿病、腎不全、変形性膝関節症、網膜症
- 糖尿病のインシュリンの単位もしっかり見えず、薬も10種類もありシートから出すこともままならず、腎機能の悪化で浮腫みが激しく入院。1ヶ月後退院。この時カンファレンスを行う。
- 1週間後、発熱、呼吸状態悪化で入院
- 2週間で退院。突然連絡が入る。しかし1泊しただけで呼吸苦があり再入院

- この事例は、退院後の通院同行で形成外科だけでなく泌尿器も同時受診だったので、双方の看護師と医師とも顔の見える関係を構築した。
- また、このケースの病状説明の時もケアマネと一緒に同席した。

ICの時、訪問看護師の同席を



- このケースについても考えて見ましょう！

- この事例は、入院時も退院時も病院からの連絡もなくヘルパーから、「今日帰ってきました。顔色悪く苦そうなので来てください。」と・・・
- 入院状況も全くわからず添書もなく、とにかく訪問して呼吸状態が良くないので、救急搬送で指定病院へ。



- このケースについても考えて見ましょう！

とある退院時カンファレンスの出来事

- カンファレンス開始し、病棟看護師から経過説明がありました。質問で高カロリー栄養剤の名前や量、量からみるカロリーを聞いたら、ステーションに戻り聞いて来ます。と席を立った。
- カンファレンス開始して直後時間がないので早くで経過説明した途端失礼しますと、席を去った看護師長さん。質問する間がない。
- 退院時カンファレンスなのにPTより車椅子乗車してない、関節の可動域の訓練もしていませんと言われ、「この状態で退院は無理です。」と入院して3周経過してました。退院すると言われて家族もみんな集まっている状況での話。

事例紹介

- 78歳 男性
- 糖尿病、前立腺がん、頸椎損傷、仙骨に10×10の褥創
- 退院調整看護師からの依頼
- 褥創処置、インシュリン注射の管理での訪問
- 退院時カンファレンス行いWOCと一緒にポジショニングの実際を行い、サ高住に帰る為介入するスタッフと共に学ぶ。退院後はさらにスタッフ達を集めてポジショニングの実際を指導する。

退院支援 調整

- 退院支援・調整を担っているのは退院支援看護師やソーシャルワーカーばかりが行う業務ではない！
- この患者、家族に関わるすべての看護師
- **つまり病棟看護師も、外来看護師も！**



- 患者、家族には生活があるので在宅看護の視座が必須！

さらに、入院している病院スタッフの意識が生活と医療の統合的看護、ケアであることの思考過程をもつことが大切と考える。

支える医療へ

- 長寿を豊かなものに
GOLを考える
生命の質、生活の質、人生の質
延命から尊厳ある死へ



病气や障害があっても、生き活きと生き、
穏やかな人生を歩み、人生を終える。
支える医療に取り組む

在宅側の退院支援・調整

- ケアマネ、訪問看護師、各種介護保険サービス担当者。



- 紹介され情報を貰った時点から自分達も退院調整に参加すると言う意識が必要。
- カンファレンスまでに在宅看護過程のプロセスで問題点の抽出、計画を立案しカンファレンス時にすり合わせが出来るようにすることが望ましい。

ご清聴有難うございました。



23

おわりに

- 退院支援、調整について
出す側、受ける側の共同作業である事。
双方が患者、家族の意思決定に添った
コーディネートである事。



住み慣れた地域で最後まで暮らすための地域包括ケアシステム