



# 在宅療養者の現状と 病院との連携

社会福祉法人恩賜財団

大阪府済生会吹田訪問看護ステーション

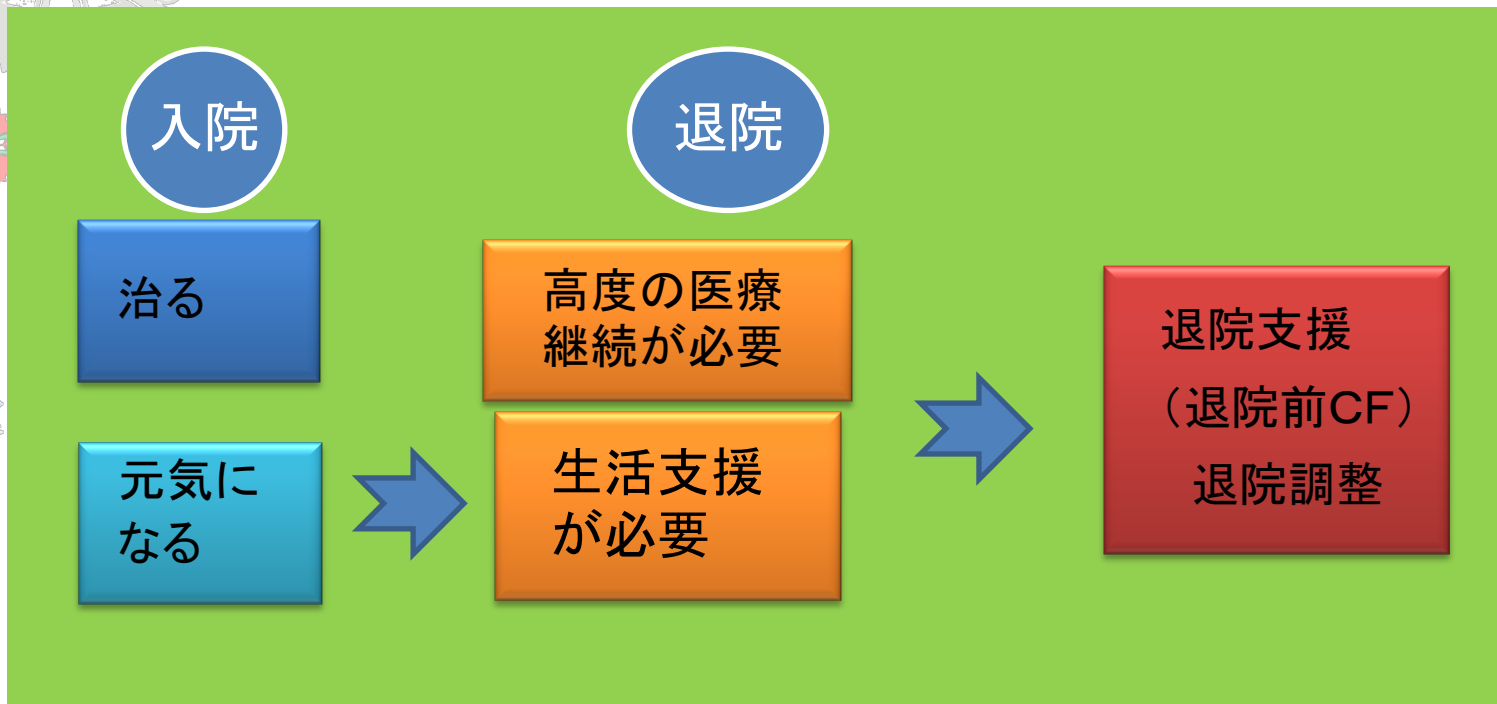
訪問看護認定看護師

児浦 博子

# 「退院支援」が必要な時代

2006年 改正医療法

病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き医療を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、適切な環境の下での療養の継続に配慮しなければならない」



# 病院と地域の連携：退院前カンファレンス

再入院のリスク  
(病状不安定)

継続する医療  
処置がある

入院前よりADL  
が低下した

独居・  
介護力がない

通常の制度  
利用が困難

# 退院前カンファレンス

- 家族の在宅生活に対する希望
- 病状の経過や今後の治療方針
- ADLを踏まえた看護状況
- 在宅療養を見据えた家族への介護指導
- 訪問看護師指示書  
(退院当日～1週間の在宅生活支援が鍵)

# 問題点

- ・退院前カンファレンスがないまま退院する
  - ・退院前カンファレンスを介護支援専門員とだけ行っている
  - ・病棟看護師が退院支援の必要性を理解しない状態でカンファレンスに参加する
  - ・在宅療養を見据えた家族への介護指導でない  
(医療処置は在宅版へ変更する)
  - ・退院後に通院困難や在宅見取り希望していてもその意思を確認してもらえていない
- 退院後体調悪化時の受診の仕方の指導がない

## 病院と地域の連携：外来患者さんの場合 カンファレンスを行う時間はない

- ・病状経過・既往歴・薬内容・ADL状況が分からない
- ・タイムリーに訪問看護指示書がもらえない
- ・病状変化・薬に対する指示がもらえない
- ・地域連携室、外来部門等の窓口がない



- ・担当部門・担当者を決めて頂けないか...
- ・情報共有の工夫(紙媒体等)

# 病院看護師の研修を受けて

- ・在宅生活のイメージがなくてなかった
- ・こんな人でも在宅で暮らせるんだ
- ・看護師が医療面について考え・提案する  
必要性が理解できた
- ・病院で行ってる処置方法をそのまま指導する  
のではなく、在宅版に変えなくてはいけない
- ・家族が一人ではできない場合が多い  
(例：輸液交換・体位変換を2時間毎に……)
- ・家族を介護力として期待してはいけない



# 「慣れ親しんだ家で過ごしたい」 その願いを看護と介護の連携で支えたい

人々の願い：  
自宅で穏やかに  
最期まで過ごすこと

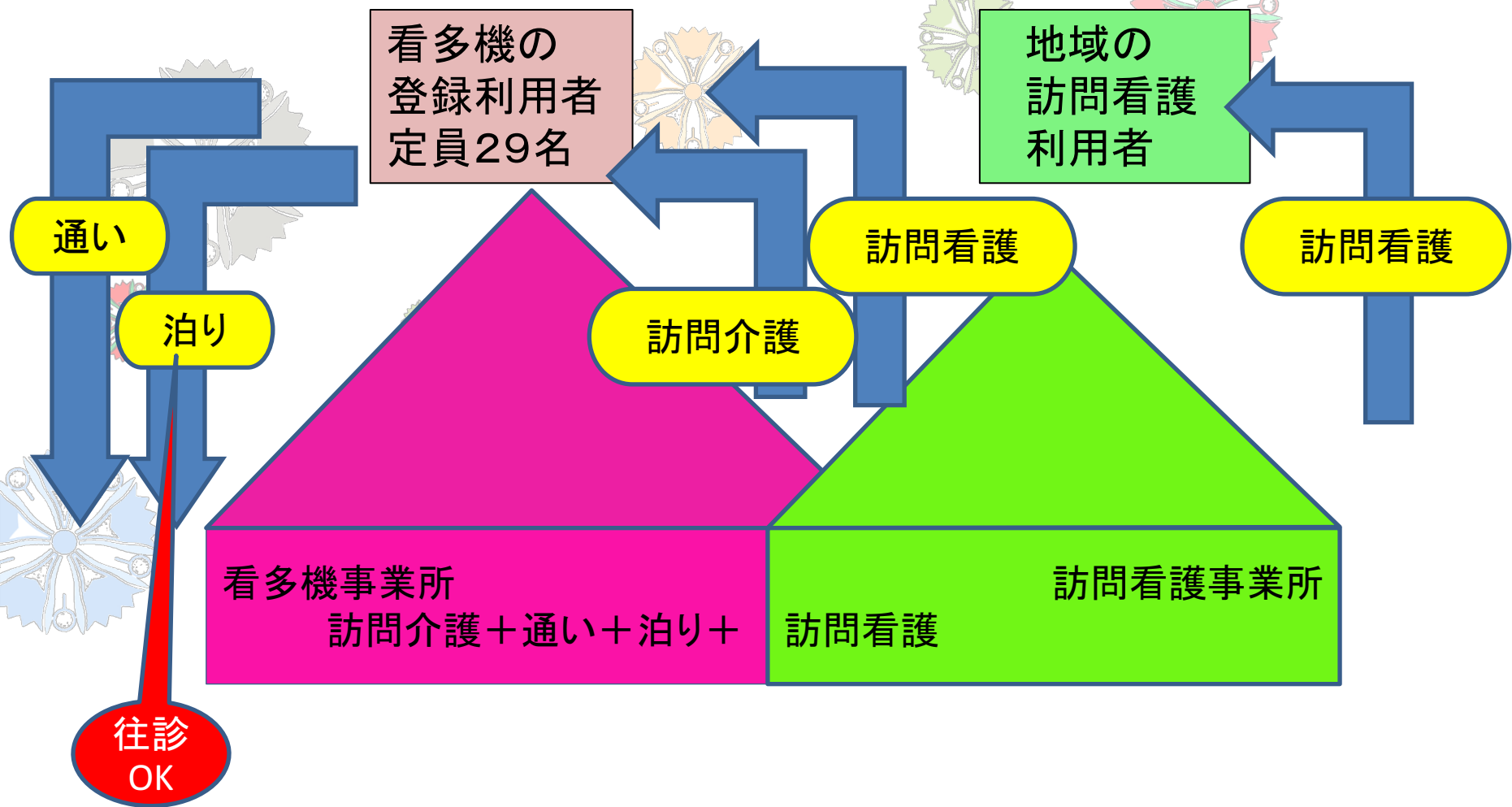
病院で最期を  
迎える方が多い

家族が介護できなくなったらどうするの？

具合が悪くなったら  
病院や施設  
しか行き場がない



**看多機**：訪問看護と小規模多機能型居宅介護  
(通い・泊り・訪問看護・介護) を一体的に提供します。



# 看多機の特徴と魅力

一体的かつ柔軟な  
サービスで  
緊急時に対応

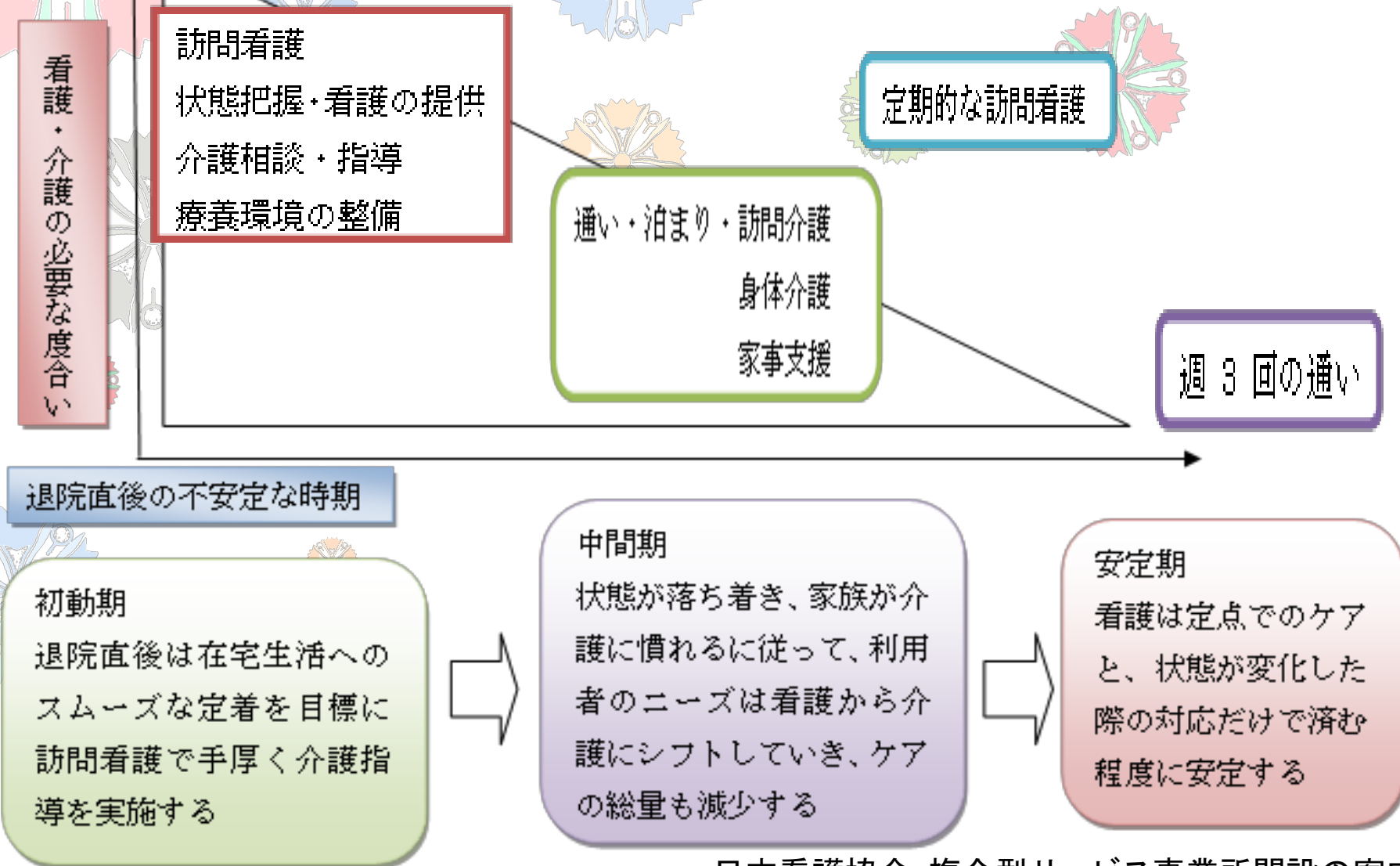
要介護度に応じた  
月額固定の  
包括報酬

医療ニーズの高い方  
の受け入れが可能  
(訪問看護指示書  
が発行される)

効率的で効果の  
高いケアの実現

# 看多機の特徴と魅力

## 《効率的で効果の高いケアの実現》



# (仮) 吹田看護小規模多機能型居宅介護

令和2年2月1日開設予定

場所：特別養護老人ホーム高寿園 1階

問い合わせ：済生会吹田訪問看護ステーション

☎06-6318-5522 児浦

