

「在宅と病院の法人内連携

～入退院患者の推移と地域連携上の課題検討～」

○滝島 恵津子 林 文月 蛭名 由美子 鈴木 実枝
柚木 祐子 森松 静 進藤 晃

【はじめに】

当法人の在宅と病院の法人内連携において、地域連携上の課題が多く見えてきた背景には、在宅で療養生活を送る方の病態悪化時の緊急入院の病床確保や、迅速に入院し治療や看護介護の提供を行い、退院後在宅での療養生活を継続して行えるような慢性期医療病院の必要性が高まっている。

継続的で切れ目のない看護介護が行われなくてはならないが、多職種連携の現場では、必要な情報が伝わり難く連携上支障が生じていた。相互の管理体制を根本的に見直し、地域在住の療養生活を送る方にとって安心してその人らしい生活を送るように地域連携上の課題検討を行った。

【方法】

1) 入退院患者の推移調査、2) 地域連携会議発足、3) 情報不足に対する補足、4) 退院情報用紙の標準化、5) 訪問と病院の相互の現場研修、6) 研修伝達講習会、7) 在宅部門で「病棟紹介・施設基準の説明」を開催、8) 自宅退院困難患者の症例研究実施

【結果・考察】

地域連携会議での検討内容は1/3が「患者情報」。それ以外の2/3は職場環境・連携システム等であった。目の前に起こる問題解決をするだけでなく、管理者が職場環境をカイゼンする努力がとても大切である事を再確認した。

連携会議開催から1年後、情報不足による混乱が減った。

訪問看護は介護者である家族が中心であり、利用者と家族へのサポートも重要である。入院中の情報提供が訪問看護にいかにより必要で、十分なサポートが提供できるかを在宅研修で理解した。また、在宅部門での施設基準についての勉強会では入院調整準備が効率的になるための知識として有効であった。症例研究では在宅復帰困難な症例研究から、複雑な準備や家族の受け入れ・環境調整などのたくさんの退院支援を再確認した。

【おわりに】

在宅との連携において看看連携は基本連携で、多職種連携が協働することが重要である。その継続的な連携では、看護の特性をフルに活かすべき所かと考える。

在宅と病院の法人内連携

～入退院患者の推移と地域連携上の課題検討～



日本慢性期医療学会 2017. 10.19

医療法人財団利定会 大久野病院

滝島 恵津子

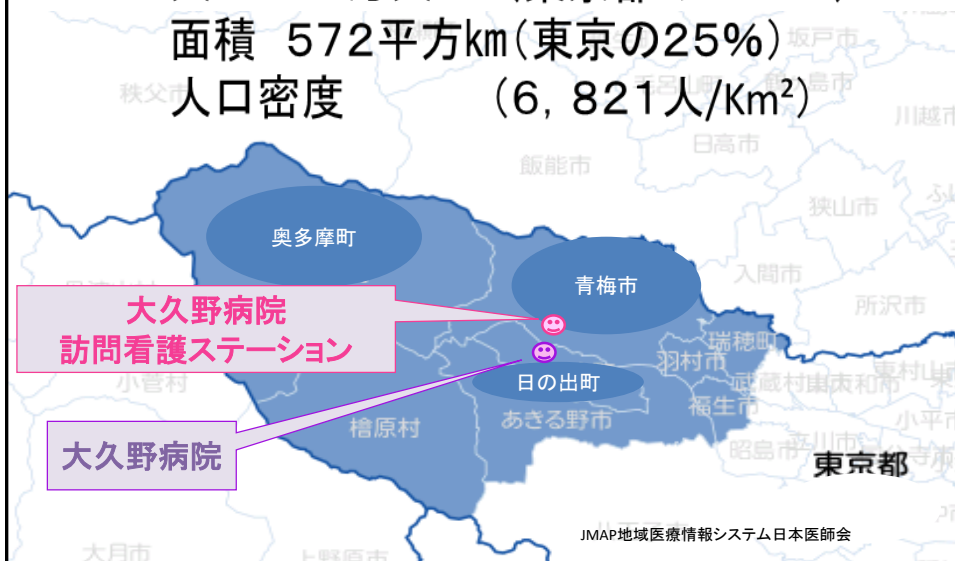
医療法人財団利定会
大久野病院

西多摩医療圏

人口 39万人 (東京都の2.9%)

面積 572平方km (東京の25%)

人口密度 (6,821人/Km²)



JMAP地域医療情報システム日本医師会

大久野病院の概要

診療科目 内科・リハビリテーション科・皮膚科

病棟	回復期リハ病棟	1病棟50床	計158床
	医療療養病棟	1病棟50床	
	介護療養病棟	1病棟58床	

従業員数:約200人

関連事業所:

- ・ 進藤医院
- ・ 訪問リハビリテーション
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 居宅介護支援事業
- ・ 西多摩地域リハビリテーション支援センター（東京都より受託）
- ・ 西多摩高次脳機能障害支援センター（東京都より受託）
- ・ 東京都看護職員地域確保支援事業
- ・ 東京都介護者吸引等研修事業



3

はじめに

在宅と病院の法人内連携における連携上の課題

患者情報不足

- ◆ 在宅で療養生活を送る方の緊急入院時
- ◆ 入院相談から入院に至る間
- ◆ 在宅への退院支援において

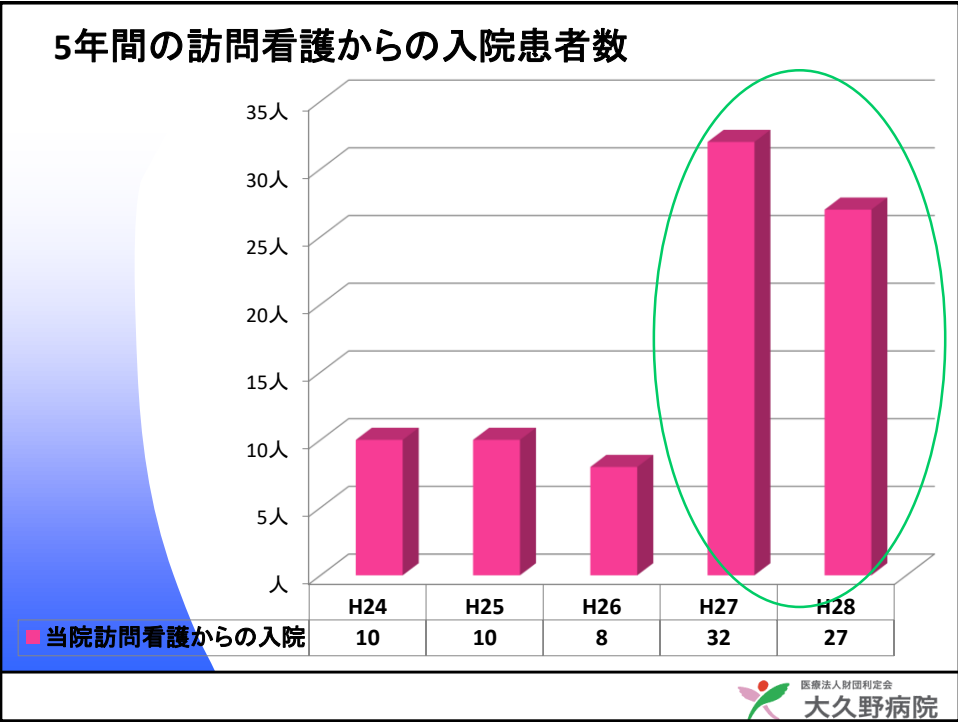
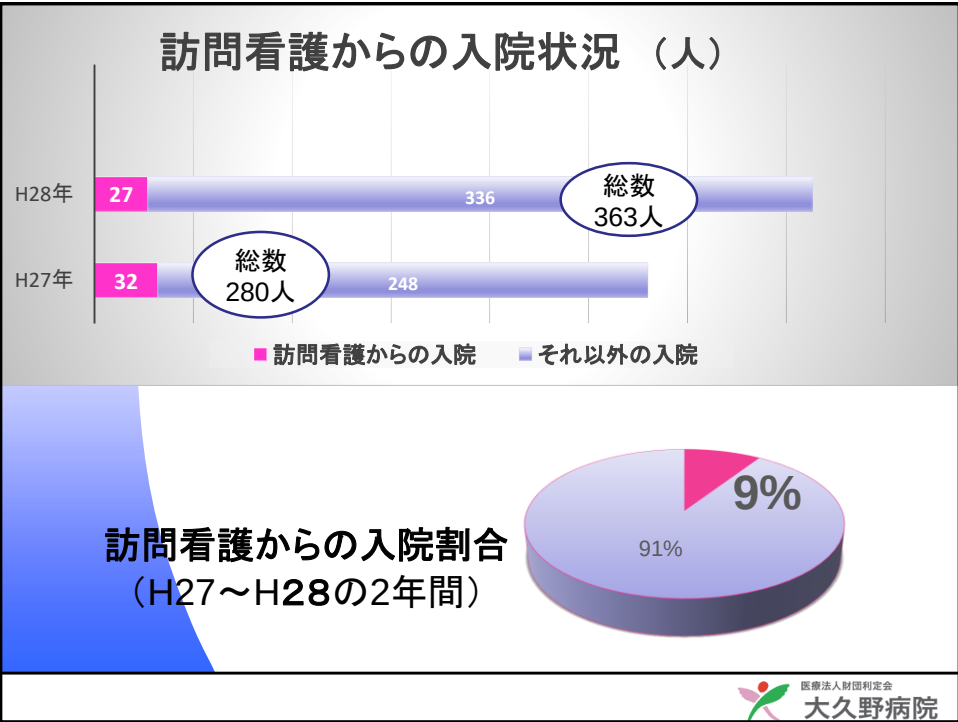


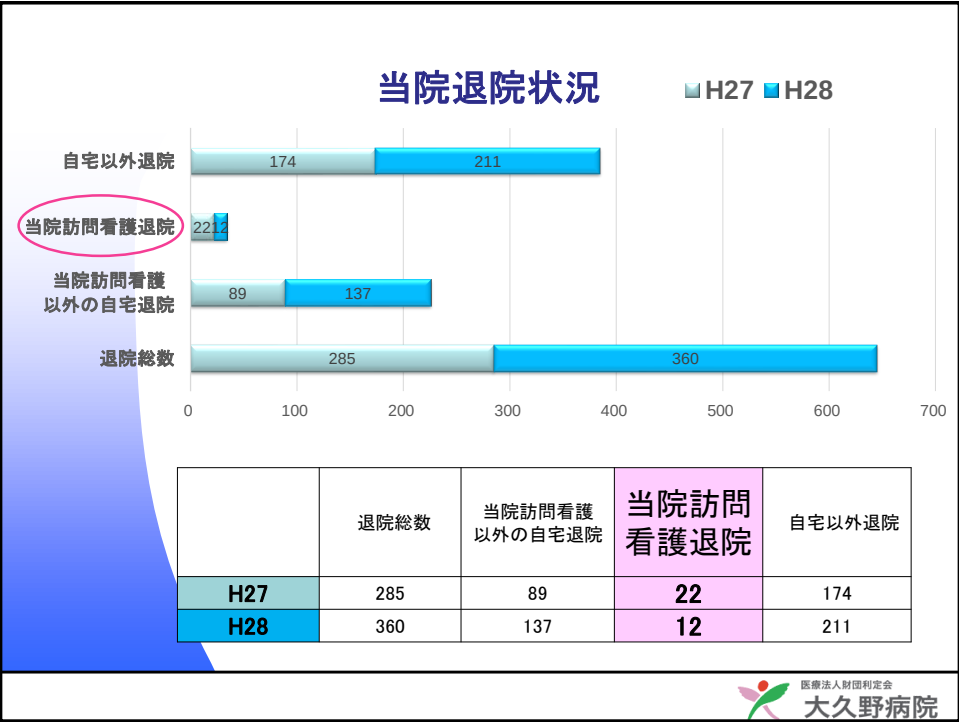
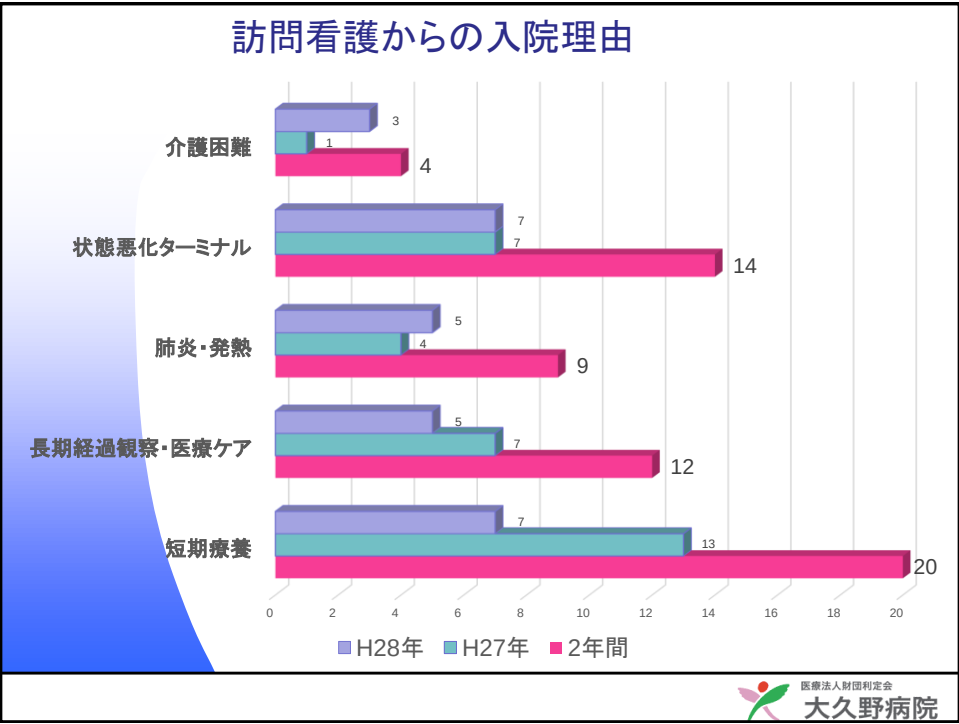
方法

1. 入退院患者の推移調査
2. 地域連携会議発足
3. 情報不足に対する補足
4. 退院情報用紙の標準化
5. 訪問と病院、双方の現場研修
6. 研修の伝達講習会
7. 在宅部門で「病棟紹介・施設基準の説明」を開催
8. 自宅退院困難患者の症例研究

結 果 1

* 入退院患者の推移調査 について



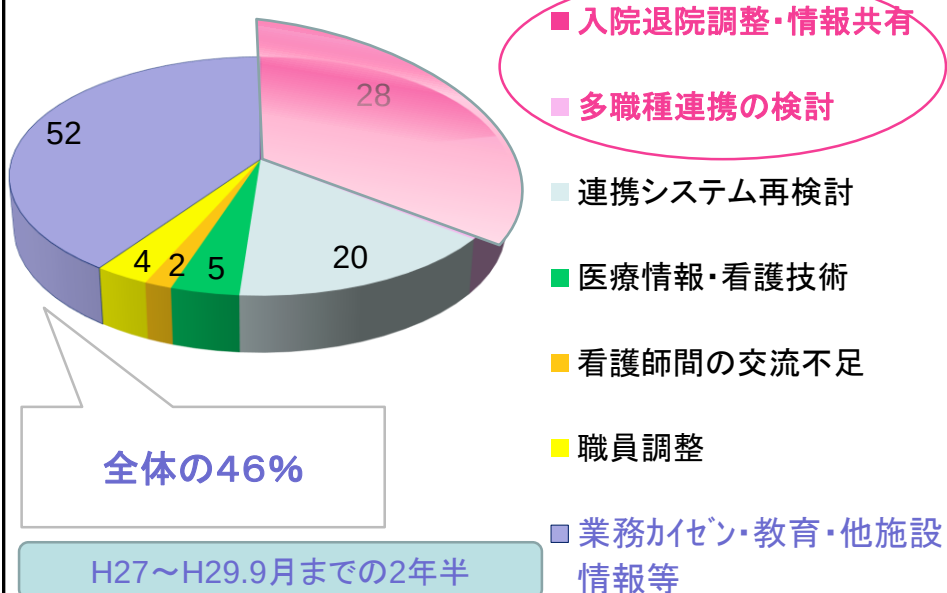


結 果 2

* 地域連携会議



看護部・在宅部連携会議での検討内容



結 果 3

- * 情報不足に対する補足
聞きたい！確認したい！
ここどうなってるの？

電話ルール

- * 担当NSから直接TEL
- * 不在の場合の対応は、師長・在宅部長
に問い合わせる

結 果 4

- * 退院情報用紙の標準化

看護基本情報 - 1

食事摂取状況、夜間睡眠状況、排泄状況、問題がない場合も記入
例) 夜間消灯後起床まで入眠
例) 毎日自然排便あり
例) 食事自力摂取可能

屯用薬の有無
使用状況を記入
(下剤・座薬・浣腸・目薬・軟膏・吸入など)

看護基本情報 - 2

食事内容で注意点がある場合記入
(食事形態・経管の種類・カロリー・食事回数・介助方法・姿勢など)

排泄パターン・移乗時の注意や具体的方法
他、必要な報告内容

大久野病院

医療法人財団利定会
大久野病院

必要な情報項目の追加

看護基本情報シート-3

食事関連
食事形態
経管栄養
摂食状況
回数
介助状況
姿勢

排泄関連
排泄パターン
下剤使用状況
介助状況
トランス方法

薬剤関連
軟膏
点眼
外用薬使用状況
薬剤自己管理状況

睡眠関連
睡眠状況
眠剤使用状況

看護基本情報-3

4F	患者氏名	
食事関連	食事形態	
	摂取状況	
	介助状況	
排泄関連	排泄パターン	
	下剤使用状況	
	介助状況	
薬剤関連	軟膏	
	点眼	
	外用薬使用状況	
	薬剤自己管理状況	
睡眠関連	睡眠状況	
	眠剤使用状況	

回復期リハビリテーション病棟用

医療法人財団利定会
大久野病院

結 果 5

- ① 訪問と病院の看護師の相互の現場研修
- ② 新入職看護師の在宅教育研修を導入
- ③ 研修後の病棟で伝達講習

結 果 6



在宅部門で勉強会を開催

「病棟紹介・施設基準の説明」
について

結 果 7



自宅退院困難な患者の症例研究実施

【症例紹介】

60歳代後半男性 KP妻 認知症なし 要介護度5
間質性肺炎憎悪 関節リウマチ 気管切開(吸引5回/日)
胃瘻(経管栄養) w/c自立 移乗介助

H29年1月
東京都慢性期医療協会事例発表会で報告



考察

1. 多職種協働の重要性とすり合わせ
 - * リーダー中心にした場面調整とその役割分担
 - * 病状の変動に即した迅速な情報共有
 - * 治療方針・目的
 - * 日常生活のケア・居室環境
 - * 社会資源・その調整
2. 入院する病棟の基準や特色を本人家族に説明し理解を得る
3. 重症化、多様化に対応していくため、職員教育の推進や業務整理・業務カイゼンが必要



おわりに

- 在宅と病院の連携において、病院職員がもっと在宅医療について知る事が必要
- 多職種連携するために、情報共有することは、安全で安心でその人らしい生活支援になくてはならない
- 継続的な連携では、双方の立場の違い、その理解のもと、歩み寄り協働していかななくてはならない

ご清聴ありがとうございました



看護部ではユニフォームを自由化しています♡