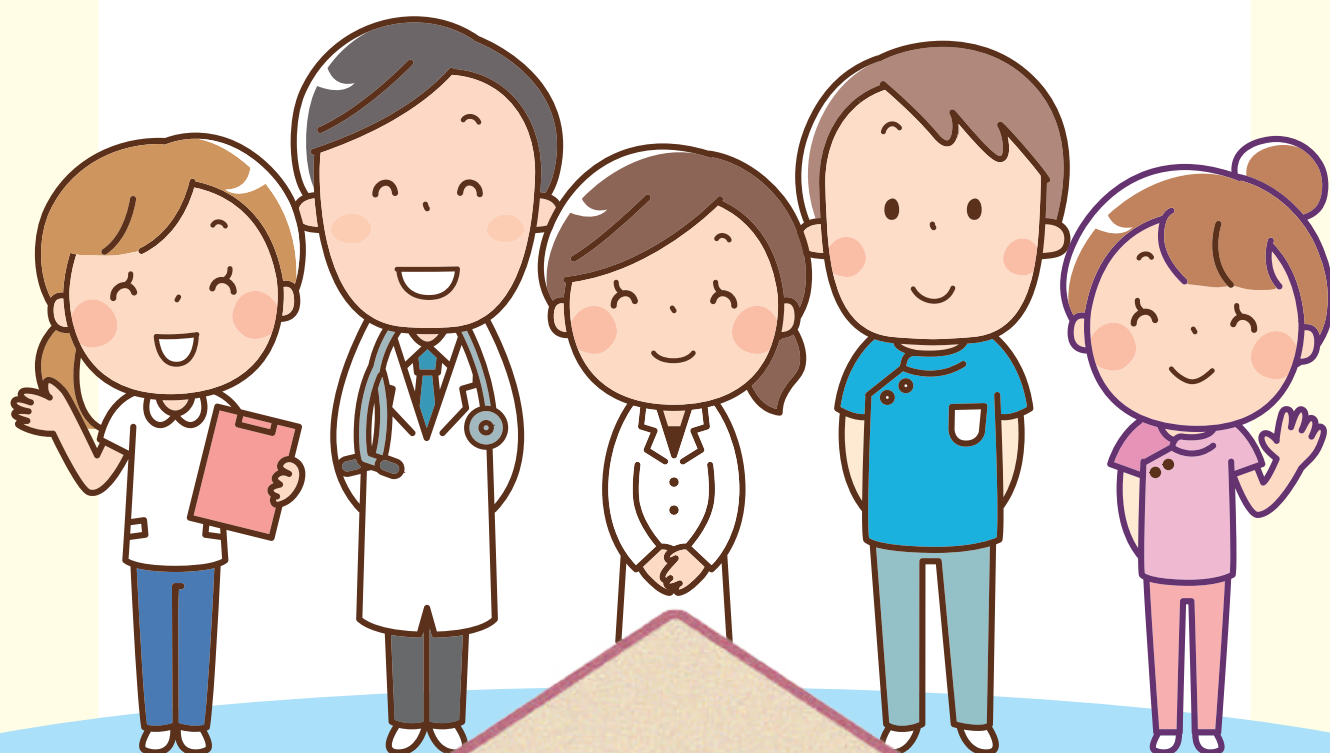


在宅で安心して
その人らしく暮らすことを
支える手引き



公益社団法人

山梨県看護協会

在宅で安心して その人らしく暮らすことを 支える手引き

◆ はじめに	1
◆ 退院支援マネジメント養成研修事業実施の経緯と手引きの活用方法	2
◆ 事例	5
事例 1 本人の思いを尊重して家族が在宅での看取りを決意することを支援した事例	
事例 2 入退院をくり返す高齢者が認知症の配偶者と暮らし続けるための環境を 家族と共に整えた事例	
事例 3 多職種チームで「排泄を自立して家に帰りたい」という本人の思いをかなえた事例	
事例 4 急変により呼吸器を装着した患者と家族の自宅での 24 時間の生活を支えた事例	
◆ 資料	
退院支援マネジメント研修会の開催状況	23
1) 中央研修	
2) 地区支部研修	
退院支援マネジメント研修会の成果報告	34
1) 山梨看護学会交流集会	
2) 平成 29 年度 山梨看護学会発表演題	
◆ 平成 26 年度～平成 30 年度 訪問看護等在宅ケア推進委員名簿	35
◆ 編集後記	36



はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年さらには、その先の 2040 年に向けて、国は、重度な要介護状態となっても住み馴れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築、実現に取り組んでいます。

そのような中、山梨県看護協会では訪問看護等在宅ケア推進委員会が中心となり、在宅でその人らしく安心して生活していくために、病院と地域の連携を強化し、入院医療から在宅療養への円滑な移行支援を推進するための指針として「退院支援マネジメントガイドライン－山梨版－」を平成 27 年 3 月に発刊しました。このガイドラインを活用して「退院支援のマネジメント力の強化」を目的に本会や各地区支部で研修会を開催し、さらには研修会の成果をまとめ、学会で発表しました。また、大変光栄なことに他県看護協会のモデルにもなっています。

この冊子は、前述のガイドライン作成時の思いである「多くの現場で活用していただき、改良を重ねていきたい」を実現するために、実践を通して得た「事例」を丁寧にまとめたものです。「ガイドライン」第 2 弾の位置づけに加えて、実用書として、さらにより具体的に活用できる指針となると確信しています。

本冊子を活用して、さらに在宅療養へのスムーズな移行支援が推進でき、充実した在宅療養に繋がりますよう期待しています。

冊子作成・発刊にあたりご尽力いただいた関係者の皆さまに深く感謝申し上げます。

公益社団法人山梨県看護協会

会長 古 屋 玉 枝



退院支援マネジメント養成研修事業実施 の経緯と手引きの活用方法



地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅への移行をスムーズに支援できるマネジメント力を持った看護職の育成や、病棟、外来、地域、施設といった多様な場で提供される看護をつなぎ、場を超えて一貫した質の高いケアを提供する体制の強化が課題となっています。これを受け、山梨県看護協会では、これまで培ってきた看看連携を基盤として、病院と地域のさらなる連携強化を図るために、「療養者とその家族が在宅で自分らしく暮らし続けること」を支えることのできる退院支援マネジメントの実践力を強化することが重要と考えました。そこで、平成26年度から3年間、地域医療介護総合確保基金を活用し、退院支援マネジメント養成研修事業を訪問看護等在宅ケア推進委員会が中心となり、展開してきました。

委員会では、退院支援マネジメント養成検討会議を月1回開催し、事業計画・実施・評価を行いました。その中で、病院・地域・福祉施設の看護職等が退院支援マネジメントに対する共通認識を持ち、連携を推進するための標準ツールが必要であると考え、「退院支援マネジメントガイドライン－山梨版－」を作成しました。そして、ガイドラインの活用を普及するとともに、病院と地域の連携による退院支援の推進を目指して、平成26年度から研修会や事例検討会を実施してきました。研修会は、管理者とリーダー、実践者に分けて体系的に研修を組み立てて取り組んできました。

特に退院支援推進の要となるリーダー研修では、退院支援マネジメントガイドラインをテキストとして活用し、退院支援マネジメントの基礎的な理解と実践に向けた方略を学びました。さらに、受講生がそれぞれの実践の場で、退院支援を推進するための自己の課題に対するフィールドワークに約6か月間取り組み、研修最終日には、互いの実践報告を共有し合い、振り返るためのワークショップを行いました。研修の成果として、施設内研修を組織的に実施して看護職の退院支援マネジメントの実践力を強化した取り組みや病院と地域の情報共有ツールを見直し、タイムリーな連携を目指した取り組み、入院早期から地域の看護職と連携し、協働して退院支援に取り組んだ事例等、参加者のさまざまな実践の成果が寄せられました。

平成29年度からは、協会教育研修のひとつである「地域・外来・病棟をつなぐ退院支援研修」に引き継がれ、訪問看護等在宅ケア推進委員が演習のファシリテータとして研修に関わり、現在に至っています(図1, 3ページ参照)。

また、地区支部においても、訪問看護等在宅ケア推進委員が参画し、各医療機関等で退院支援の役割を担う看護職、訪問看護ステーション、市町村、保健所等地域の看護職を対象に、「退院

支援マネジメントガイドライン「山梨版」を活用し、在宅で安心してその人らしい生活を支えるための退院支援について理解し、在宅療養移行に向けた支援ができる力をつけるための研修会を開催しています(表1, 4ページ参照)。

この手引きは、参加者が取り組んだ退院支援の体験事例を集約し、事例を通して参加者の学びや成果を退院支援に関わる多くの関係者の皆さまと共有したいと考え、作成いたしました。これまで訪問看護等在宅ケア推進委員会や各地区支部で開催してきた研修の報告や退院支援マネジメントを普及するために取り組んだ実践研究の成果も掲載しています。本書が、病院の退院支援研修や地域の継続看護研修、他職種との連携を推進するための事例検討・交流会等で活用され、退院支援に関わる専門職が共通理解を深め、多職種協働による支援の推進に貢献できれば幸いです。

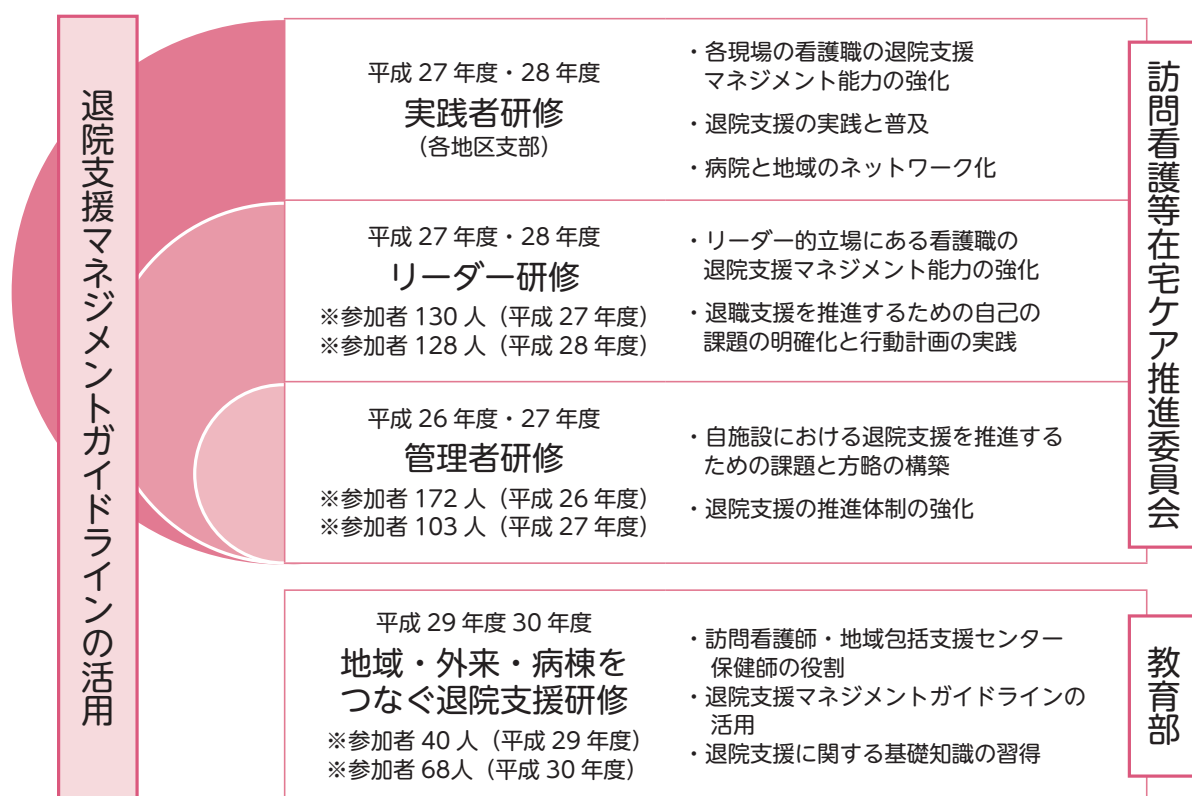


図1 退院支援マネジメント養成研修体系

表 1 地区支部の退院支援マネジメント関連の研修会一覧

地区支部 年度	中 北	峡 北	峡 東	峡 南	富士東部
27年度	・退院支援マネジメント研修会 テーマ：事例で学ぶ退院支援マネジメントガイドラインを活用して 開催日：平成28年2月18日(木) 参加者：54人	・継続看護に関する研修会 テーマ：安心・安全な在宅療養につなげる継続看護のあり方について考える 開催日：平成28年2月19日(木) 参加者：看護職37人 他職種11人	・退院支援マネジメント研修会 テーマ：退院支援を推進する取組 ～退院支援マネジメントガイドラインを活用して～ 開催日：平成28年1月28日(木) 参加者：84人	・退院支援マネジメント研修会 テーマ：事例で学ぶ退院支援マネジメントガイドラインを活用して～ 開催日：11月12日(木) 参加者：35人	・事例で学ぶ退院支援マネジメント研修会 テーマ：事例で学ぶ退院支援マネジメントガイドライン 開催日：12月5日(土) 参加者：49人
28年度	・退院支援マネジメント研修会 テーマ：事例で学ぶ退院支援マネジメントガイドラインを活用して 開催日：12月8日(火) 参加者：34人	・その人らしい生活を支える継続看護研修会 テーマ：退院支援・在宅療養者支援のために取り組んでいること、取り組みたいこと 開催日：平成29年2月17日(金) 参加者：看護職34人 他職種9人	・退院支援事例を通しての検討研修会 テーマ：円滑な連携による在宅療養支援 開催日：平成29年2月2日(木) 参加者：94人	・退院支援マネジメント基礎研修会 テーマ：事例で学ぶ退院支援マネジメントガイドラインを活用して～ 開催日：8月19日(金) 参加者：39人 ・退院支援マネジメント実践研修会 テーマ：事例で学ぶ退院支援マネジメントガイドラインを活用して～ 開催日：平成29年1月20日(金) 参加者：看護職34人	・事例で学ぶ退院支援マネジメント研修会 テーマ：事例で学ぶ退院支援マネジメントガイドラインを活用して～ 開催日：平成29年1月28日(土) 参加者：49人
29年度	・退院支援マネジメント研修会 テーマ：病院と地域の連携による退院支援マネジメント 開催日：9月27日(水) 参加者：75人	・その人らしい生活を支える継続看護研修会 テーマ：退院支援や、在宅での療養支援と連携について学び看護に活かす 開催日：平成30年2月7日(水) 参加者：看護職33人 他職種19人	・医療と介護の連携における合同研修 テーマ：多職種連携～医療と介護の連携について～ 開催日：平成30年2月15日(木) 参加者：61人 介護支援専門員64人	・退院支援マネジメント基礎研修会 テーマ：退院支援マネジメントのポイント～ガイドラインを活用して～ 開催日：8月29日(火) 参加者：35人 ・退院支援マネジメント実践研修会 テーマ：病院と地域がつなぐ退院支援 開催日：12月6日(水) 参加者：看護職29人 他職種31人	・事例で学ぶ退院支援マネジメント研修会 テーマ：病院と地域が繋がる看護の力 開催日：10月21日(土) 参加者：45人
30年度	・退院支援マネジメント研修会 テーマ：病院と地域の連携による退院支援マネジメント 開催日：平成31年1月31日(木) 参加者：54人	・その人らしい生活を支える継続看護研修会 テーマ：退院支援や、在宅での療養支援と連携について学び看護に活かす 開催日：平成31年2月14日(木) 参加者：看護職28人 他職種16人	・継続看護研修会 テーマ：多職種連携～医療と介護の連携について～ 開催日：平成31年2月14日(木) 参加者：看護職71人 介護支援専門員70人	・退院支援マネジメント基礎研修会 テーマ：退院支援マネジメントガイドラインを活用し、外来・病棟・地域との連携について学ぶ 開催日：8月22日(水) 参加者：32人 ・退院支援マネジメント実践研修会 テーマ：退院支援マネジメントガイドラインを活用し、外来・病棟・地域との連携について学ぶ 開催日：12月5日(水) 参加者：看護職33人 他職種11人	・事例で学ぶ退院支援マネジメント研修会 テーマ：経験した事例をもとに効果的な退院支援について検討し、病院と地域のネットワーク化を図る。 開催日：11月10日(土) 参加者：58人

事例

在宅で安心してその人らしく暮らすことを支える手引き

事例
1

本人の思いを尊重して家族が在宅での看取りを決意することを支援した事例

事例概要

花江さん 99 歳 女性

疾患名 右浅大腿動脈閉塞・右下肢壊疽

家族状況 長男、長男の妻と3人暮らし。長男夫婦は農業を継いでいる。長女、孫が近隣在住。家族関係は非常に良好。長女は介護に協力的である。夫は15年前に花江さんが自宅で看取っている。

経過 98歳の時にトイレで転倒し、歩行困難となった。要介護3と認定され、訪問看護と訪問介護、訪問入浴を利用していた。訪問看護師が右下肢のチアノーゼに気づき在宅医へ連絡。その後、A病院を受診し、右下肢動脈閉塞、下肢壊疽と診断され入院となる。主治医は「閉塞性動脈硬化症の終末状態としての血栓閉塞であり、すでに日が続いているので血行再建の適応はない」と家族へ説明。家族は「手術は望まない。適宜鎮痛剤を使いながら本人の生命力にまかせたい。しばらくは入院させておきたい。農業が一段落すれば自宅で看てあげたい。」と希望した。しかし、ほどなく病状が進行し、医師から家族へ「全身状態から考えると農閑期の頃まで頑張ることは厳しい。看取りを含めた在宅療養も可能である。」と説明された。

入院時の
花江さんの
状況と
思いの把握

日常生活自立度 C-2

傾眠傾向であり、食事や水分の摂取量も少ない。右足全体の痛みの訴えあり。右足は表皮剥離が拡大しているが、出血や浸出液はみられていない。今後のことについて、花江さんの気持ちを聞くと、目を閉じて「お任せします」と話すだけであった。

病棟看護師
の
考えたこと

未告知のままで看取りを含めた本人の意思を確認するのは難しい。花江さんならどう考えるだろうか、家族や訪問看護師の意見を知りたい。



入院中の病状を訪問看護師とケアマネジャーと情報共有、今後のケアの方向性について話し合った。



入院前の状況と大きく変化したため、家族の状況を把握できている訪問看護師が自宅訪問し、本人や家族の思いを傾聴する事にした。

本人・家族の思い



「お前（長男妻）
が看られるなら
自宅でみてあげ
たい」
長 男



「家に帰りたい」「家で死にたい」という
花江さんの本音を把握しており、「本人も
家に帰りたいがっているので、退院させたい」
「でも痛みはどうすればいいのだろう」
「繁忙期で、介護ができるか不安」
長男妻



「うちで寝ていて
も、病院で寝てい
ても同じ」「可能
な限り協力する」
長 女

訪問看護師の介入により、それぞれの家族の思いを
共有するために、家族の話し合いの場をもった。

本人の意思を尊重して、
家族の思いが一致して、自宅で看ることにした

ここが
ポイント 1



病棟看護師の退院に向けたアセスメント

◆退院に向けて「医療管理上」と「生活ニーズ上」の検討課題の抽出

【医療管理上の検討課題】

- ・ 右下肢の壊疽は乾燥壊死を目指して
敗血症を予防する
- ・ 苦痛を防ぐ為、頻回なガーゼ交換は
行わない
- ・ 痛みのコントロール

【生活ニーズ上の検討課題】

- ・ 経口摂取の為の食事の工夫が必要である
- ・ 苦痛、体力の消耗を最小限にする為の体位
変換、移動、清潔、排泄援助が必要である
- ・ 家族は仕事と介護の両立に不安がある
- ・ 今後の病状と看取りに対する不安や今後の
病状の見通しに対する不安がある

◆院内退院準備カンファレンス

医 師

患部は乾燥壊死に向かっている。
ガーゼ交換は最低限にする。痛み止
めは、心・腎機能への影響を考えると積極的に使うことは避けたいが、
必要時に内服薬を用い、経口が困難
になれば座薬を用いる。次第に衰弱
し食事が摂れなくなるかもしれない
が点滴は予後の改善につ
ながらない。状態が上向
くことはなく、今後の経
過は本人次第。肺炎、褥
瘡予防が大切。



訪問看護師

苦痛、体力の消耗を最小限にする
ケアを提供していきたい。（疼痛
コントロール、症状緩和）。また、
身体状況をみながら福祉用具
の導入も検討したい。創の処置等
在宅で支える他のスタッフが実践
できるか不安。家族も介護には不
安があるので、介
護力に合わせて家
族にできることを
共に確認し、すす
めていきたい。



家 族

長男は畑仕事の合間に顔を
見に行く。長男妻は畑と家事、
オムツ交換、水分補給、食
事介助を行う。長女は介護や
畑仕事を泊まり込みで協力す
る。孫が県外からたびたび帰
省する。その他の親族からも
畑の手伝い、介護協力が得ら
れる。



◆ 退院前カンファレンス

ここが
ポイント 2

【病 状】

- ・容体は安定。依然傾眠的だがレベル低下はない。ときどき重症不整脈が出現する。
- ・呼吸が浅く SpO_2 : 94%前後 血圧 : 130~140mmHg台
- ・体位変換や清潔ケア時に痛みを訴えるが、痛み止めを使用する程ではない。
- ・下肢、体幹に浮腫が著明でエアマット使用中である。
- ・患部はガーゼと弾性包帯で柔らかく保護し、クッションで支持する。
- ・臭気は掛物をかけていると、さほど気にならない程度である。
- ・食事は0~2割程度、濃厚流動食を少量むせなく摂取する。
- ・「退院の準備をしているんですよ」と伝え、いつもと同じく「お任せします」といいながらも、表情を和らげ、目を閉じて、何度もうなずいていた。

【退院準備】

- ・**食事** : 長男妻が調理、食事介助、飲水介助。昼は訪問介護員が介助する。
- ・**排泄** : オムツ使用。尿とりパットを扇状にしてあて、交換負担を減らす。訪問看護師が状況により摘便して、排便コントロールをする。
- ・**移動** : 退院時は介護タクシーを利用。ベッド上安静で、ケアや食事時の体位変換やベッドアップ調整は2人体制。事前に病室ベッドサイドで訪問看護師、ケアマネジャーと実践してみる。エアマットの自動体位変換機能を活用する。
- ・**疼痛コントロール** : 医師から、痛み止めの心・腎機能への影響から、積極的に使うことは避けたいと指示あり。訪問看護師が医師と連携して調整する。安静時の痛みやケア時の強い痛みが出現したら、内服薬を使用する。ケア時の痛みがあれば、ケア前に使用する。
- ・**清潔** : 訪問介護員が口腔ケア、清拭、陰部洗浄、更衣を実施。事前に病室ベッドサイドで訪問看護師が実践し、負担のない方法を検討する。
- ・**環境** : 明るい陽が射し、軒下や庭が見える窓がある座敷に、思い出の写真や家具が目に入るようにベッドを配置する。
- ・**創処置** : 訪問診療時医師が実施。患部の浸出液がガーゼ上層まで至った場合は、尿とりパットを当てて訪問看護師に相談する。

ここが
ポイント 3

退 院 時

◆ 退院時訪問で検討した内容を関係者と自宅のベッドサイドでカンファレンス

★退院後の状況を確認

- ・訪問看護師、ケアマネジャー、訪問介護員、福祉用具担当者が自宅で待機し、相談室看護師、緩和ケア認定看護師同行で、介護タクシーを使用し、ストレッチャーにて退院した。
- ・ストレッチャーで寝所へ向かい、福祉用具担当者が体位変換モード設定、ベッドアップ背上げ設定、操作方法を家族、訪問介護員、訪問看護師に指導した。体位変換、ベッドアップを訪問介護員が実践。臥床時とベッドアップ座位時それぞれの安全と患部や拘縮部位への影響を確認した。
- ・花江さんは「痛くない」と笑顔を見せた。

事例の「ここがポイント」



ポイント の解説 ①

意思決定支援を訪問看護師とともに

退院支援の目的は、療養者とその家族が、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けることにあります。医療と生活の両面からとらえることのできる看護職は、療養者・家族が納得し自ら意思決定しながらすすめられているかという視点も持ちながら、本人や家族の思いを引き出す役割を持っています。

花江さんの事例では、病棟看護師が本人や家族だけでは最善の方向性を見出すことが難しいと判断し、これまで長く関わってきた在宅側の支援者であるケアマネジャーや訪問看護師と情報共有し、支援策を検討しました。意思決定支援においては、こうしたチームアプローチが非常に大切です。検討後、訪問看護師は、家族間で話し合う場を設け、花江さん・長男、長男の妻他、それぞれの意見を集約しつつ方向性を見出すし、家族が自ら意思決定できるよう支援していきました。

このように、本人や家族それぞれの状況や思い、生活状況を把握している訪問看護師だからこそ、本人と家族を取り巻く様々な事情も含めて、折り合いをつけながら、本人・家族の決定に寄り添う支援ができたのだと思います。

ポイント の解説 ②

退院前カンファレンス

〈退院支援マネジメントガイドラインP19〉

退院前カンファレンスは、療養者の退院後の安定した療養と生活を整えるために、当事者を含めた病院スタッフと在宅の支援者間での情報共有のために行います。

特に、本人と家族にとっては、いよいよ「病院から離れて自宅で生活する」という心構えをもち、当事者としての主体性を認識する場でもあります。したがって、カンファレンスの開催にあたっては、本人・家族の生活への希望事項や退院前カンファレンスで確認したいことなどは、事前に聞きとっておくことが求められます。花江さんの場合、退院後も継続的な医療管理が必要となるため、医療ケアの提供方法、衛生材料の供給、訪問回数や必要な経費など具体的な支援内容の確認が必要となります。そして、退院後必要な医療管理と日常生活ケアを家族も含めて、在宅サービス提供者とどのように役割分担するのか、本人・家族の意向を尊重して検討する必要があります。退院前カンファレンスでは、関係職種が一堂に会する場合が多いため、本人や家族は大勢の中でかなり緊張感も高まり、思うように気持ちが伝えられないということもあります。したがって、看護職はそのような本人・家族の思いを察し、自分たちの思いを伝えられるよう支援したり、時には代弁していくことも求められます。

また、花江さんのように病状悪化が予測される場合には、状態が悪化したときの本人・家族の最初の相談先や対応方法、医療体制の確認も重要となります。

ポイント の解説 ③

退院後訪問

〈退院支援マネジメントガイドラインP30〉

入院中に家族にケアや処置の方法を指導した病棟看護師が、退院直後に自宅を訪問し、実際にどのようにしているのかを確認しフィードバックを行うことは、家族にとって安心感につながります。特に、花江さんのように、高齢で状態が不安定な方が在宅での生活を希望して退院する場合には、家族は「本当にできるだろうか。」と不安になることが予測されます。今回の事例のように在宅で支援するスタッフと同行訪問し、家族を含めて自宅で生活に合わせた方法を再確認して、ケアの継続性を確保することはとても大切です。

また、病棟看護師が、療養者生活の場である自宅でどのような表情で過ごし、家族がそれをどのように支えているのかを見ることは、自分たちの実践した退院支援の評価にもつながり、質向上のために有効です。

事例
2入退院をくり返す高齢者が認知症の配偶者と暮らし
続けるための環境を家族と共に整えた事例

??



事例概要

育造さん 85 歳 男性

疾患名 総胆管結石

家族状況 妻と2人暮らし。近くに住む甥が2人の生活を見守り必要時支援している。
 子供は2男1女（長男は県外で会社員、次男は県外で医師、長女は隣市で公認会計士）
 妻は若い頃から酒好き。認知症の進行と共に飲酒の回数が増えている。
 食事の用意が難しく、夫の食事に飲酒を勧めている。

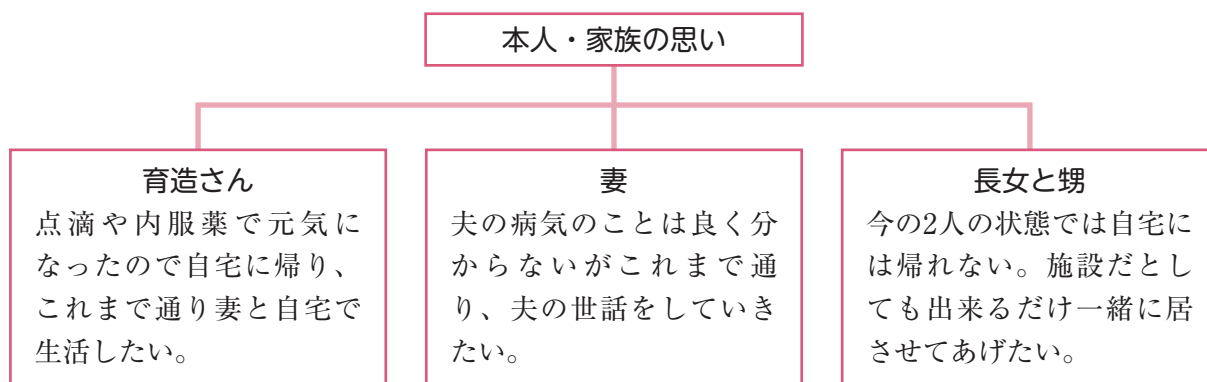
経過 慢性硬膜下血種・慢性心不全・肺炎等の複数の慢性疾患をかかえており、特に
 80歳を過ぎてからは短期間に入退院を繰り返している。
 腹部に激痛があり、救急外来を受診し、総胆管結石と診断され、入院となる。

《主治医の治療の見通し》

内視鏡下で碎石を試みたが出来ず、保存的に経過を見ていく。
 症状が落ち着いてきたため、今回は退院し、今後、症状が悪化すれば手術も検討する。

ここが
ポイント 1

退院支援マネジメント



◆ 病棟看護師の退院に向けたアセスメント

【病棟看護師が育造さんと妻の生活について考えたこと】

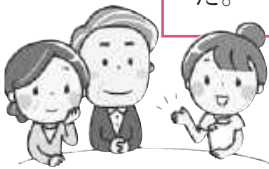
これまで、夫婦互いに支えあって生活してきているため、これからもそうしていきたいという2人の思いを尊重していくことが必要ではないか。それぞれが一人では生活することは難しいが、一緒に暮らせば互いを支え合って生活することが可能と考えた。

在宅移行に必要な本人、家族の思いや介護力の整理

本人も妻も自宅への退院を希望している、認知機能が低下している妻は、食事の用意も難しく、夫の世話は無理だろう。

長女と甥は以前、市役所で介護保険の相談をした時に対象外だと言われているので、もう市役所には相談出来ないと思っている。今のままでは退院後の生活に対する不安があり、「自宅には帰れない」「施設を探さなければ」と考えている。

退院支援看護師はそれぞれの思いを確認し、在宅療養移行に必要な条件を、一緒に検討する必要があると考えた。



ここが
ポイント **2**

娘と甥と退院後の生活について話し合おう！

2人のこれまでの生活状況や思いを確認しあった上で、育三さんと妻の今後の生活について、長女と甥の思いを話してもらった。

⇒育三さんと妻の思いを尊重して、自宅に帰ることを決める。

自宅に帰るためには、何が必要？ 何ができるか

- 甥は毎日、時間はまちまちだが自宅に訪問して様子を見ることはできる。
- 長女は、土日の訪問(掃除、買い物)と受診には同伴できる。
- 前回申請時よりADLが低下しているので、介護保険の変更申請を行う。
- 妻の認知機能低下も進行しているので、妻も介護保険を申請する。

退院支援看護師から事前に情報提供

家族が介護保険の申請・相談

地域包括支援センターと連携

ここが
ポイント **3**

介護保険サービス利用について相談

⇒入院中に変更申請し、要介護3（暫定）となり、育三さんと面識があるケアマネジャーへ依頼し、担当が決まる。妻も介護保険を申請し、要介護1の認定を受けた。



病院と地域で、退院に向けての最終調整

ここがポイント 4

◆退院前カンファレンス

参加者：長女、甥、主治医、受け持ち看護師、退院支援看護師、
ケアマネジャー、地域包括支援センター職員

内容：2人で自宅で生活するための支援体制について検討

訪問介護：月～土（調理、服薬確認、妻への声掛けアドバイス）

通所介護：月・水・金（二人一緒に）

家族：甥 月～土毎日夕方訪問

長女 土・日訪問（掃除、洗濯、買い物）

薬剤師：1回／月 処方日に訪問

訪問薬剤管理指導（お薬カレンダー）

近所の友人：見守り

二人の生活を良く知る
インフォーマルな支援
体制を調整すること
で、ご本人たちにも安
心感がうまれます。

このケースから見えた、高齢者にとっての住み慣れた環境

50年以上も暮らしてきた地域には、二人を良く知る近所の友人がいます。結婚して二人で作上げた住み慣れた家には、認知症になっても混乱することはない生活の動線があります。言葉は無くてもあうんの呼吸で成り立ってきた「夫がいて、妻がいる」という夫婦の生活を維持することで、一人では自立した生活は難しいが、見守りがあれば夫婦という単位での生活が可能となります。公的なサービスにプラスして地域の見守り機能を確保することで、この家族なりの自立した生活の維持につながったと考えます。高齢者にとっての住み慣れた環境で暮らす重要性を改めて、学んだ事例でした。

育造さんと妻のその後

退院後10日目で、胆石による症状が出現し緊急入院となってしまったが、腹腔鏡下胆嚢摘出術が行なわれ、1週間でサービスの変更も無く自宅に退院した。その後も、肺炎で入院することはあったが、自宅で生活できている。

周囲の見守りにより、飲酒がほとんど無くなった妻の認知機能も回復傾向で、退院半年後の現在も二人で生活できている。



事例の「ここがポイント」



ポイント の解説 ①

病状・病態予測は早目に把握

〈退院支援マネジメントガイドラインP12〉

退院に向けての準備を進めるにあたり、まず、入院後できるだけ早期に主治医に今後の病状予測と治療の見通しを確認する必要があります。

育造さんの場合、慢性心不全や肺炎等で短期間に入退院を繰り返しているため、今回入院のきっかけとなった総胆管結石だけでなく、今後、病状の悪化が予測される他の疾患についても、主治医が退院時の状態像をどのようにイメージしているのか、また、どのような医学的な管理が必要となりそうか把握することが大切です。

ポイント の解説 ②

納得のいく退院後の生活を定めることができる意思決定支援

〈退院支援マネジメントガイドラインP16〉

* 本人・家族、それぞれの思いをふまえてすり合わせて、その上でどのような状態なら帰れそうなのか、退院後の生活をイメージできるよう支援する必要があります。

⇒退院に向けて不安な思いに傾聴し、寄り添うこと

どのようなことに不安を感じているのか具体的に、不安な状況をできるだけ解決できるように、ともに検討して寄り添う姿勢が大切です。

* その為には、在宅で支援していくチームと情報を共有し調整することが大切です。

ポイント の解説 ③

社会資源の調整

本事例では、入院中から介護保険の申請が必要となります。

→地域包括支援センターとの連携

* 退院後の医療的管理として、総胆管結石の再発予防・慢性心不全の病状管理・服薬管理・日常生活援助が必要と考え、医療保険の特別指示書で訪問看護の導入を検討

⇒特別指示書にて退院直後から2週間の訪問看護(医療保険)が可能となります。

それにより、悪化防止、症状緩和を図りながら予防的に対処できたり、必要に応じて主治医につなげることも可能となります。また、訪問看護を継続したほうが良いか、どのような支援があれば生活安定ができるのか見通しを立てることもできます。その時点で判断して決めていくこともできます。

ポイント の解説 ④

地域包括支援センターとの連携

〈退院支援マネジメントガイドラインP23〉

住み慣れた地域での暮らしの継続を支えるためには、地域のつながりを活かした見守り体制の構築が重要となります。

→入院前の二人の暮らしぶりを知る地域包括支援センターと情報共有を図って見守り体制をつくり上げていくことが必要となります。そのためにも、入院早期から地域の支援チームと退院後の生活をイメージした検討が必要となります。

事例
3多職種チームで「排泄を自立して家に帰りたい」という
本人の思いをかなえた事例

事例概要

節子さん 87歳 女性

疾患名 左大腿骨骨折 人工骨頭置換術後

家族状況 長男夫婦とその子供との4人暮らし。長男夫婦は共働きであり、日中独居になる。本人、家族共に自宅への退院を希望しているが、家族は排泄の介護に対して不安がある。

経過 左大腿骨骨折で人工骨頭置換術後、リハビリ目的で療養型B病院へ転院した。転院時は車いす移動であり、移乗には介助が必要である。尿意・便意はあり、我慢することもできるが、トイレへの移動行動が不十分であり、おむつ対応となっていた。認知機能の低下なし。
入院前の介護度は要介護1。入院前はデイサービスに週2回を利用。住宅改修でトイレ・玄関に手すりを取り付けた。入院前はシルバーカーを使用して歩行していた。トイレまで歩行できており、排泄は自立していた。

◆ 本人と家族の思いの把握、意思決定支援

ここが
ポイント 1

本人の思い

- ・慣れ親しんだ自宅で生活したい。
- ・今は車いすなので歩行できるか心配。
- ・排泄が自立できないことが不安。

家族の思い

- ・退院してほしいが、日中一人になってしまう為、排泄が自立できないと退院しても支援ができない。
- ・今のままでは自宅への退院は考えられない。



トイレでの排泄を自立できれば
家に帰れるのではないかな？

看護師の
アセスメント



退院に関わる問題点の明確化と目標を
本人に関わる多職種チームで共有

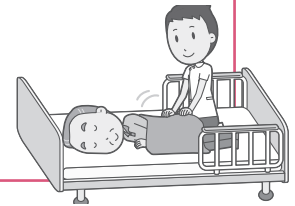
◆院内退院準備カンファレンスの実施

ここが
ポイント 2

《参 加 者》 本人、家族、主治医、病棟看護師、理学療法士、
訪問介護員、退院調整看護師、介護支援専門員

《協議内容》

1. 本人、家族がどのようになれば退院可能と考えているかを確認
2. 主治医が現在の病状で、本人、家族の希望がかなえられるかを評価
3. 病棟看護師が現在の ADL について情報提供
4. 入院前の生活状況の共有（家屋・段差・トイレ・手すり・浴槽・寝室等）
5. 本人、家族の意向を踏まえた退院に向けた目標の確認
6. どうすれば目標を叶えられるかの検討
7. 各職種の支援内容と役割の確認



目標：歩いてトイレに行き、自分で排泄できる

◆患者の思いをかなえるためのそれぞれの役割を明確にする

《医 師》 疾病や障害の診断・評価とリハビリテーションゴールの設定を行う

《病 棟 看 護 師》 排泄行動をチェックし、日中はトイレで排泄できるようにリハビリパンツをはく。夜間はおむつで対応。慣れてきたら終日トイレでの排泄を行う。衣服の着脱は出来るだけ自分で行い、自立を目指す。

《理 学 療 法 士》 トイレ移動の指導やバランス訓練を中心に、筋力強化。家族が、面会に来た時にはリハビリの状況をみてもらい、家族にも安心してもらう。

《訪 問 介 護 員》 看護師と連携し、自立に向けた排泄介助の方法を検討する。

《退院調整担当者》 自宅環境を確認。介護支援専門員と連携を取り、退院に向けた退院準備を行う。

ここが
ポイント 3

3か月後

- ・歩行は介助でシルバーカー
- ・ズボンの上げ下げが自分で可能
- ・排泄行動は見守り
- ・夜間はポータブルトイレ使用

本人・家族・院内外多職種で情報の共有

- ・出来るが増えてきている
- ・節子さんの生活にあったリハビリを強化していくことが必要
- ・試験外泊を行い、自宅で出来たこと課題となったことを明らかにする。
- ・外泊時、病棟看護師、理学療法士、退院調整看護師、介護支援専門員も同行し、客観的評価を行う。

◆ 外泊1回目

ここが
ポイント 4

本人・家族の評価

- 【本人】家は良かった。動けたからすぐにでも帰れると思う。
- 【家族】日中は出来るだけ臥床しないようにした。
- ・夜間は大きめの尿取りパットを使って対応。失禁はなかった。
 - ・トイレへは歩いて行けずポータブルトイレを使った。
 - ・移動時、ふらつきがあり、心配である。

病棟看護師・理学療法士・
退院調整看護師・介護支援専門員の評価

- ・自宅の廊下が狭く、車いすで移動することは不可能である。
- ・介護保険のサービスが増えることが予測されるため、介護保険の区分変更を行う。
- ・シルバーカー歩行が自立していないと自宅生活は難しそう。
- ・ふらつきがあるため、転倒の危険があった。
- ・排泄行動は自立して行えてよかった。
- ・基本的に体力がない印象、退院後もしリハビリが必要である。
- ・玄関とトイレに手すりがあったが、風呂場にも必要である。
- ・介護用ベッドも必要である。

ここが
ポイント 5

退院前カンファレンス【ゴールを見定める】

- ＜参加者＞本人、家族、主治医、病棟看護師、理学療法士、退院調整看護師、介護支援専門員、福祉用具業者、デイサービス・デイケア担当者
- ＜目的＞外泊での課題を明らかにし、各職種の役割を明確にする。
- ＜協議内容＞
- ・自宅ではシルバーカーが必要となる。シルバーカー歩行の自立を目指す。
 - ・ふらつきがあるため、筋力強化、バランス強化が必要。
 - ・基本的に体力が低下しているため、日中は離床を促し、臥床しないようにする。
 - ・介護保険のサービスでは福祉用具の追加とデイケアにも行き、筋力の低下を予防していく必要がある。
 - ・2週間後、再度外泊を行い、自宅での生活が送れるか評価をして退院日を決める。

◆ 外泊2回目

退院に向けての最終確認

本人・家族の評価

- 【本人】出来ることが増えてうれしい。
- 【家族】こんなに動けるようになるとは思っていなかった。安心して家でも生活できる。早く連れて帰りたい。

病棟看護師・理学療法士・退院調整看護師・
介護支援専門員の評価

- ・シルバーカーでの歩行が自立となり、歩容も安定している。
- ・福祉用具の貸与、デイサービス、デイケアも手配できている。自宅環境も整い、退院が可能と判断した。

院内外多職種で外泊の情報を共有し、無事自宅へ退院となった

事例の「ここがポイント」



ポイント の解説 ①

本人と家族の思いをしっかり聴く

〈退院支援マネジメントガイドラインP12〉

患者や家族が語る今後どうなりたいかを確認し、考えましょう。患者と家族と双方に思いを確認することが必要です。両者揃って話を聴くだけでなく個別で話を聴くようにしましょう。「遠慮して本音が言えない」ということもあるかもしれません。

ポイント の解説 ②

チームカンファレンス

〈退院支援マネジメントガイドラインP16〉

退院支援に関わるメンバーが退院後の生活をイメージして帰れる状態を目指すためのチームカンファレンスをします。入院前に地域で関わっている職種がいれば、患者や家族からの情報を客観的に見つめるために参加してもらいましょう。患者家族が望む状況が可能なかどうか関係者で検討しましょう。

節子さんの場合、日中独居になることから「トイレでの排泄の自立」が必須となりました。多職種でこの目標を共有し、それぞれが役割を明確にしてアプローチしたことで、節子さんの残存機能の低下を予防する関わりにつながっていました。

ポイント の解説 ③

それぞれの役割を明確にする

〈退院支援マネジメントガイドラインP18〉

退院調整は多職種協働によるチームアプローチが必要となります。院内外の専門職が力を合わせて、患者・家族の望む生活に近づけるように各職種が役割を明確にし、患者や家族と関わります。定期的にお互いの進捗状況を報告しあい、望む方向に進めているか確認しましょう。

ポイント の解説 ④

多職種で客観的に在宅の様子を知る

〈退院支援マネジメントガイドラインP30〉

外泊では現在のADLが退院後の生活にどのくらい対応できるかを見極めます。自宅環境を直接見てくることは、個別性を持った退院支援や退院指導に大変重要な情報となります。

節子さんの場合、病棟看護師、理学療法士、介護支援専門員も同行することで客観的に生活の様子を見ることができ、トイレの自立動作だけでなく、環境調整も必要ということがわかり、退院に向けての支援内容が明確となりました。

ポイント の解説 ⑤

ゴールを見定める

〈退院支援マネジメントガイドラインP19〉

退院前カンファレンスでは、本人・家族の退院後の生活に対する思いの確認と、最終的にどのような状態で退院するのかを見極め、それによって必要な在宅支援を最終確認する場です。医療的な注意点はどこか、ADLのゴールがどこか、それにより必要な支援は何かを明らかにします。

節子さんの場合、歩行時の補装具はシルバーカーが必要なこと、そのためにもう少し筋力強化が必要であること、退院後の必要なサービスとして、福祉用具とデイケアが追加されました。最終的にもう一度外泊に行くことで本人や家族の自信にもつながり、無事に退院できました。

事例
4

急変により呼吸器を装着した患者と家族の自宅での 24 時間の生活を
支えた事例 ―本人と家族のゆらぎに寄り添う―

事例概要

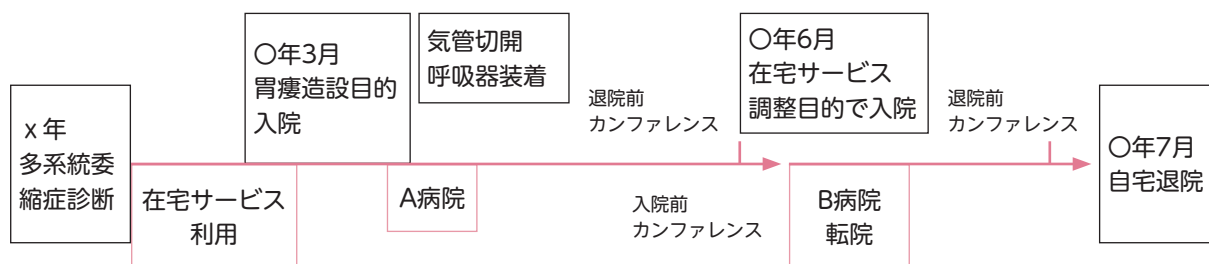
良子さん 60代 女性

疾患名 多系統萎縮症

家族状況 夫（60代）と二人暮らし 長女は他県在住で介護協力は困難
夫は日中仕事をしながら介護をしている。

経過 診断後、要介護3にて、在宅サービス（訪問看護・訪問リハビリ・訪問介護等）を利用しながら生活。病気が進行し主治医から胃瘻造設を勧められたが、本人と家族が決断するのに約1年かかった。今回、胃瘻造設目的でA病院へ入院したが、入院中に誤嚥性肺炎を発症し呼吸機能の悪化から人工呼吸器装着となる。医師から、呼吸器の離脱が難しく気管切開が必要と告げられた。急な病状変化に戸惑う夫の話を、入院前に担当していた訪問看護師が傾聴した。また、病棟看護師は夫が不在時の妻の病状について詳しく説明すること、揺れ動く夫の気持ちに抜管の可能性を否定せず寄り添った。その結果、「この方法しか生きる道がないのなら気管切開をすることに決めました」「全く想像ができないから不安だけど勉強しようと思っています」と夫から前向きな言葉が聞かれた。その後、在宅サービス調整目的でB病院（地域包括ケア病床）へ転院となる。

在宅移行までの経緯



B病院（地域包括ケア病床）

◇ 支援の方向性・方針

- ・在宅療養移行に向けての助走
- ・新たに関わる在宅関係者との関係づくり

◇ 入院前カンファレンスの開催（転院1週間前）

目的：本人の状態と家族の思い等を関係者で情報共有し、在宅療養へ向けての課題を明らかにする

参加者：B病院ケースワーカー，B病院病棟看護師，担当ケアマネジャー，
訪問看護師，訪問リハビリ担当者

転院する前に関係者
でカンファレンスを
行いました

<医療管理上の検討課題>

- ① 内服薬の注入回数の検討
- ② 経管栄養注入後の腹部膨満感
- ③ 排便コントロールの方法
- ④ 夫・訪問介護員に医療的ケアについて技術指導が必要

例えば・・・

《1日3回の内服注入》
誰が行うのか(夫は日中仕事をしている)?
時間は? 1日2回への変更は可能か?

<生活ニーズ上の検討課題>

- ① 呼吸器装着時の移動方法
- ② 新たなコミュニケーション方法
- ③ 夫の仕事と介護の両立支援
- ④ 在宅支援体制

○入院中の良子さんと夫の思い

「早く家に帰りたい。でも呼吸器をつけた状態で初めて家に帰るから、いろんな事が不安。サービスの調整をしてくれたけど、土・日はヘルパーさんしかいないから、医療的なことを自分がしないといけないけど、このやり方で大丈夫か心配になる」

不安を解消する為に・・・

病棟看護師の関わり

ここがポイント1

まず訴えを聴くこと
そして、夫の医療的ケア技術の習得に向けて確認を行った

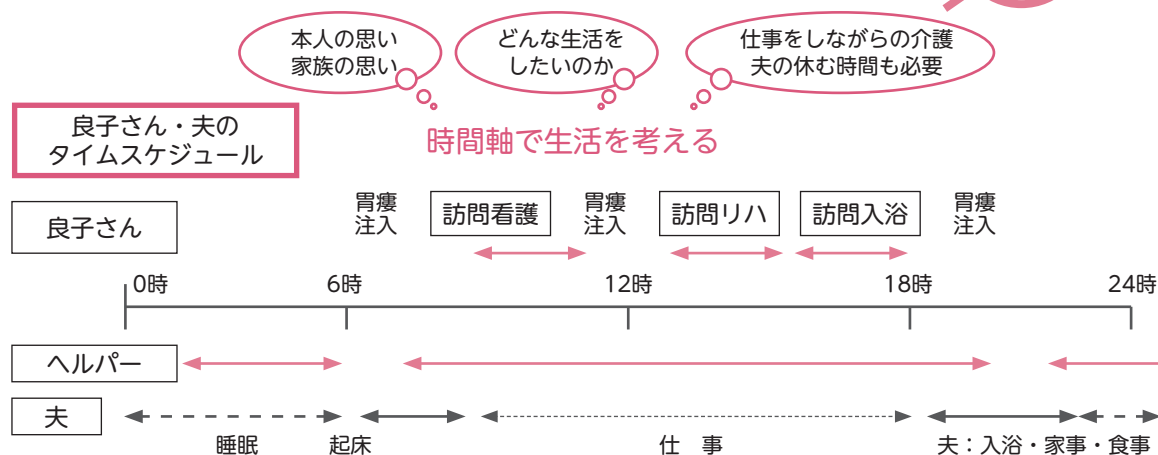


関係者が同じ方向を向いて共同して行われた退院支援

多職種で退院後の生活を支える

- ◇ 本人と家族の生活を見据えた支援の提案で退院後の生活がイメージできる。
- ◇ 良子さんと夫の生活を時間軸でとらえながら必要なサービスを考える。

ここがポイント2

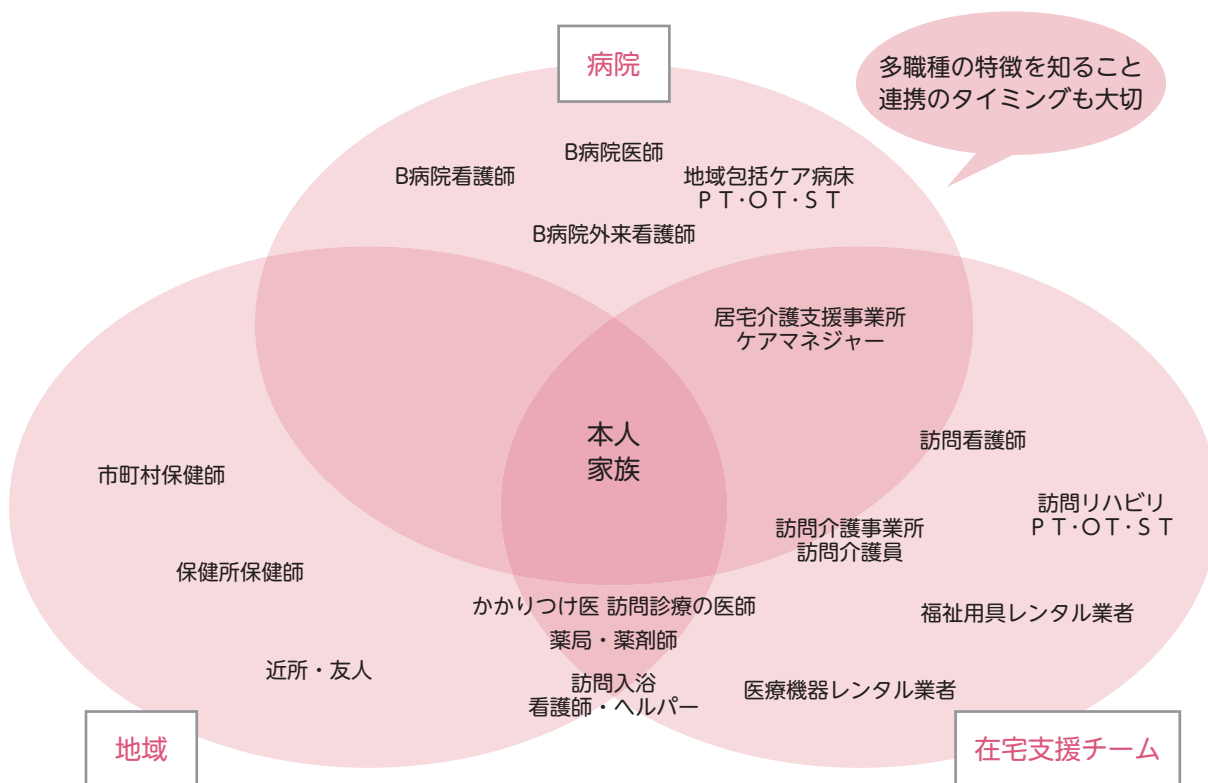


退院に向けての最終調整

良子さんと夫が自宅での生活が具体的にイメージできるよう援助が行われた。

病 院	良子さん自身にどんな生活になるのか、看護師やリハビリ担当者から随時説明を行った。
本 人 ・ 家 族	・ 良子さんは声掛けに笑顔を返し、人工呼吸器をつけた状態での車椅子乗車に対しても積極的な様子がみられた。 ・ 夫は良子さんの傍らでその様子を見て嬉しそうにする姿があった。 又、良子さんが自宅に帰ってからベッド上でテレビが見えやすいよう環境調整するなど、夫自身が考え動くようになった。
在宅支援 チーム	介護負担を考え1日のスケジュールだけでなく、1週間・1か月を考えた体制とした。また、ショートステイ先の確保を行った。
	多職種の役割と、緊急時の連絡方法を明確にした。

退院後の支援体制



良子さんの関係者の役割

	職 種	役 割
病 院	医師	病状と今後予測されること、注意点等を指示 緊急時の入院受け入れ体制の確保
	病棟看護師	医療上、生活上で課題への対応 良子さんと夫の入院中の様子や課題を情報提供
	外来看護師	病院と在宅をつなぐ役割
	PT/OT/ST	入院中のリハビリ状況や移乗方法の情報提供 コミュニケーション方法の情報提供
在宅支援 チーム	ケアマネジャー	居宅サービス計画の提案・調整・統合 本人、家族、各サービス事業所との調整
	在宅医	訪問診療 2回/月 気管カニューレ交換 胃瘻交換 緊急時往診
	薬剤師	医師、看護師との連携 薬剤管理
	訪問看護師	定期的な体調確認と管理 呼吸器管理 胃瘻管理 ヘルパーへの吸引等医療的ケアの指導と管理 排便コントロール 清潔ケア 介護指導等家族への支援 緊急時対応 など
	PT/OT/ST	関節可動域訓練 座位訓練 コミュニケーション方法の再検討
	訪問介護員	日常生活ケア 清潔ケア 排泄介助 胃瘻より食事注入 吸引 環境整備等
	訪問入浴 看護師・ヘルパー	体調チェック 自宅での入浴・清拭
	福祉用具レンタル業者	ベッド・エアマット・車椅子の貸与および点検
	医療機器レンタル業者	呼吸器の貸与および点検
地 域	市町村保健師	介護保険サービス、障がい福祉サービスの調整
	保健所保健師	難病に関する相談・支援



3週間の入院期間で調整を図り、自宅への退院となった。

事例の「ここがポイント」

ポイント
の解説 ①

本人・家族の気持ちの揺れに寄り添う

本人・家族は、一度自宅で暮らすことを決意したとしても、治療経過に伴う状態の変化や介護者自身の健康状態などによって、退院に向けた準備を進めながらも、自宅での生活に不安が生じることがあります。良子さんの場合、入院中に人工呼吸器を装着し、胃瘻も造設し、24時間体制の医療的ケアが必要な状況となりました。良子さんも夫も「病院にいたほうが楽かもしれない」「この状態で家に帰って介護できるのだろうか」「やはり病院で過ごしたい」と気持ちが揺れました。本人や家族にとって、大きく生活が変化することを決断するわけですから、不安な気持ちが生じることは当然であると受け止めることが大切です。

今回の事例では、病棟看護師が良子さんと家族の気持ちを十分に聴き、不安や迷いといった気持ちの揺れに付き合いながら、その時々で必要な情報を提供し、共に考える姿勢で関わりました。

そして、自宅で暮らすという意思決定に固執するのではなく、状況によって方向性を変更することも可能であるという柔軟な姿勢で支えることが必要です。

ポイント
の解説 ②

本人と家族の退院後の生活を時間軸でとらえる

今回の事例のように、入院前とは異なる身体状態の変化あるいは24時間体制の医療的ケアが必要となる中で、本人も家族も、「家に帰りたいけど、入院前と生活がどのように変わるのかイメージできない。」「介護が必要になるということは思っているけど具体的にイメージできない。」という不安を抱いていたと推察されます。

しかも、夫は仕事をもち、今後も継続していきます。夫の生活にどのように介護をとりいれられそうなのか、これまでの生活とどこが具体的に変わるのか、そのために退院後予測される支援は何か、それは誰が担うのか、退院に向けての見通し（イメージ）が持てるような情報提供をしながら、本人や家族が納得して決めることができるよう丁寧に関わることが求められます。

この退院に向けてのイメージが持てるような情報提供をする時に、本人と家族の生活を時間軸で整理し、関係者で共有し、話し合いながら退院後の生活を描いていくことが有効です。

本人と家族の生活の流れに、必要な医療とケアを入れ込みながら退院後の暮らしを一緒に作り上げていきましょう。この話し合いのプロセスをとおして、一日の流れを本人・家族も含めた関係者で共有すると、退院後の生活のイメージにつながります。

資 料

在宅で安心してその人らしく暮らすことを支える手引き

退院支援マネジメント研修会

1) 中央研修

【平成26年度】

退院支援を推進するための研修(管理者研修)

ねらい	1. それぞれの施設において、自施設の在宅療養移行の支援を推進するための「しくみ」が確認でき、在宅療養支援の体制強化のための課題が明確になる。 2. 退院支援マネジメントガイドラインを知り、その活用がイメージできる。	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター大研修室	
参加者	保健医療・介護福祉施設等における管理的立場にある看護職 172人	
日 時	内 容	講 師(敬称略)
平成27年 2月28日(土) 9:30～16:00	講義1：地域包括ケアシステムの実現に向けて ～先駆的な病院の取り組み～ 講義2：在宅療養支援の推進について 講義3：退院支援マネジメントガイドライン-山梨版- について グループワーク： それぞれの施設において在宅療養支援を推進するために	公益財団法人豊郷病院 看護部長 力石 泉 山梨県福祉保健部医務課 看護指導監 市川 敏美 山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 演習コーディネーター： 山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 演習支援者：訪問看護等在宅ケア推進委員 助言者： 公益財団法人豊郷病院 看護部長 力石 泉
成 果	先駆的な取り組みの講義をふまえて、退院支援における看護の役割や意識改革の必要性、地域ネットワークづくりなど、さまざまな観点からこれからの自施設における取り組みについて検討した。参加した多くの看護管理者が、具体的な方策を考えるきっかけを得ていた。	

【平成27年度】

1. 看護管理者研修

ねらい	自施設における退院支援を推進するための課題とその方策を検討し、在宅療養支援の強化を図ることができる。	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター大研修室	
参加者	保健医療・介護福祉施設等における管理的立場にある看護職 103人	
日 時	内 容	講 師(敬称略)
1日目 8月4日(火) 9:30～12:00	*リーダーク看護職合同研修 退院支援における看護職の役割 退院支援のプロセスとステップ 退院調整と社会資源の活用 他	在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮 宏子
2日目 10月20日(火) 9:30～16:00	講義1：退院支援マネジメントガイドライン-山梨版- の活用について 講義2：退院支援システムの構築と課題 ～豊郷病院の取り組みを通して～ グループワーク 自施設における退院支援を推進するための課題と方策	山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 公益財団法人豊郷病院 看護部長 力石 泉 演習支援者：訪問看護等在宅ケア推進委員 助言者： 公益財団法人豊郷病院 看護部長 力石 泉
3日目 平成28年 3月2日(水) 13:30～16:30	講義：地域とともに取り組む在宅療養移行 ～茨城県立中央病院の取り組み～ 実践報告： 1. 訪問看護ステーションにおける実践事例 2. 退院支援にむけたリーダーク職の活動を支える看護 グループによる意見交換	茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 看護局長・がん看護専門看護師 角田 直枝 ゆうき訪問ステーション 副所長・訪問看護認定看護師 齋藤 弓子 大月市立中央病院 総看護師長 笠井 英美
4日目 平成28年 3月15日(火) 13:00～16:00	*リーダーク看護職合同研修 成果発表会 テーマ：明日からの実践に向けて ～在宅療養移行支援を推進するために～	在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮 宏子
成 果	先駆的な取り組みの講義をふまえて、退院支援における看護の役割や意識改革の必要性、地域ネットワークづくりなど、さまざまな観点からこれからの自施設における取り組みについて検討した。参加した多くの看護管理者が、具体的な方策を考えるきっかけを得ていた。	

2. リーダー看護職研修

ねらい	1. 療養者とその家族が、在宅で安心してその人らしい生活を支えるための退院支援について理解し、在宅療養移行に向けてマネジメントできる能力を養う。 2. それぞれの施設における退院支援を推進するための課題を共有し、今後の実践活動において取り組む自己の実践課題に対する行動計画を明確にできる。 3. ②で明らかにした行動計画に対する実践の成果を共有し、新たな取り組みへと発展できる。	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター大研修室	
参加者	医療機関等で退院支援を担うリーダー的立場にある看護職と市町村、保健所、訪問看護ステーション、施設等のリーダー的立場にある看護職 130人	
日 時	内 容	講 師(敬称略)
1日目 8月4日(火) 9:30～12:00 *管理者合同	退院支援における看護職の役割 退院支援のプロセスとステップ 退院調整と社会資源の活用 他	在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮 宏子
13:00～16:00	グループワーク 1. 退院支援マネジメントを実践する上での自分の課題を発見できる。 2. 課題に向けて今後どのように取り組むべきか明らかにできる。	ファシリテーター： 訪問看護等在宅ケア推進委員
2日目 8月18日(火) 9:30～12:00	事例で学ぶ退院支援マネジメント ～退院支援マネジメントガイドライン-山梨版-を活用して～	山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵
13:00～16:00	グループワーク 在宅療養移行支援における自己の課題の明確化と課題達成につなげるための実践計画の立案	ファシリテーター： 訪問看護等在宅ケア推進委員
フィールドワーク(6か月) 自施設において、それぞれが研修で立案した退院支援を推進するための実践計画にそって取り組む。期日までに実践報告書にまとめ、提出する。		
3日目 平成28年 3月15日(火) 9:30～12:00	グループワーク 1. 退院支援推進のために取り組んできたことの成果の共有 ・今回の活動を通して取り組めたこと ・取り組んでみて見えてきたこと(課題) 2. 今後の取り組みに向けての検討 地域全体がつながり合っていくために ・組織として取り組めること(取り組んでいきたいこと) ・地域として取り組めること(取り組んでいきたいこと)	コーディネーター： 山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 ファシリテーター： 訪問看護等在宅ケア推進委員
13:00～16:00 *看護管理者合同	成果発表会 グループワークで検討した内容を研修成果として発表 ※地区支部単位で発表	スーパーバイザー： 在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮宏子
成 果	先駆的な取り組みの講義をふまえて、退院支援における看護の役割や意識改革の必要性、地域ネットワークづくりなど、さまざまな観点からこれからの自施設における取り組みについて検討した。参加した多くの看護が、具体的な方略を考えるきっかけを得ていた。	

3. フォローアップ研修

※リーダー研修受講生を対象にフィールドワーク期間中に希望者のみに実施した。

ねらい	退院支援を推進するために取り組んでいることや課題を共有(中間報告)し、今後の活動に活かすことができる。	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター大研修室	
受講者	リーダー研修受講生 90人	
日 時	内 容	講 師(敬称略)
12月3日(木) 13:30～16:30	グループ演習 1. 現在まで取り組んでいることをグループ単位で共有する。 2. 取り組みのなかで、良かったこと(成功体験)、困難に感じていることを確認しあう。 3. 課題となることについて解決策を検討する。 4. 全体発表とディスカッション	小講義・演習コーディネーター： 山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 ファシリテーター： 訪問看護等在宅ケア推進委員等

【平成28年度】

1. リーダー看護職研修

ねらい	1. 療養者とその家族が在宅で安心してその人らしい生活を継続できるための退院支援について理解し、病院と地域の看護職が協働して退院支援マネジメントできる能力を養う。 2. 自施設において退院支援を推進するための自己の課題を明確にできる。 3. ②で明らかにした課題に対する実践の成果を共有し、次への取り組みに反映できる。	
会 場	1日目：夢わーく山梨 2日目：公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター大研修室	
参加者	医療機関等で退院支援を担うリーダー的立場にある看護職と保健所、市町村、訪問看護ステーション、施設等のリーダー的立場にある看護職 128人	
日 時	内 容	講 師(敬称略)
1日目 9月29日(木) 9:30～16:30	講 義 病院から 暮らしの場へ 「在宅療養移行」できていますか？ ～aging in placeを実現するために～ 事例演習 【事例】 ①在宅看取りの事例 ②医療的ケアの必要な要介護の事例	在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮 宏子 ファシリテータ： 訪問看護等在宅ケア推進委員 事例提供者： 山梨県立中央病院 板底 節子 山梨赤十字病院 三浦 和美
フィールドワーク(4か月) それぞれの職場あるいは地域で退院支援マネジメントを実践する。期日までに退院支援実践事例をまとめ報告書を提出する。		
2日目 平成29 年 3月7日(火) 9:30～16:30	講 義 「病院と地域がつなぐ退院支援マネジメント」 事例の振り返りの視点 1. 今の病状についてどのような説明を受け、どのように受けとめているのか、また今後どんな生活を望んでいるのか、という本人や家族の思いを十分に把握しているか。 2. 医療管理上の課題と生活ニーズ上の課題について整理できているか。 3. チームで退院に関わる問題の明確化や目標共有するためのカンファレンスをしているか。「だれと」「なにを」連携することが必要かを明確にしているか。 4. 事例検討をして明らかになったこと 15グループに分かれ各グループ午前と午後で2事例を検討した。 全体発表・まとめ	講師・演習コーディネーター： 山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 ファシリテータ： 訪問看護等在宅ケア推進委員

2. フォローアップ研修

※リーダー研修受講生を対象にフィールドワーク期間中に希望者のみに実施した。

ねらい	療養者とその家族が、在宅で安心してその人らしい生活を支えるための退院支援マネジメントについて理解できる。	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター大研修室	
受講者	リーダー研修受講生 70人	
日 時	内 容	講 師(敬称略)
11月17日(木) 13:30～16:30	事例で学ぶ退院支援マネジメント ～退院支援マネジメントガイドライン-山梨版-を活用して～ 事例演習 退院支援マネジメントの一連のプロセスをふまえて、グループワーク形式で事例検討を実施	講 義 山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 山梨大学医学部附属病院 医療福祉支援センター 看護師長 穴水 美和 演習コーディネーター： 山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 ファシリテータ： 訪問看護等在宅ケア推進委員

3. アドバンス研修

ねらい	退院支援推進に向けての取り組みや課題を共有し、具体的な方策を明らかにできる。	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター大研修室	
参加者	平成27年度退院支援マネジメント研修受講者 54人	
日 時	内 容	講 師(敬称略)
10月21日(金) 9:30～16:30	講義 病院の時代から地域包括ケアの時代へ ～aging in placeを実現するために～ グループワーク 1.これまで取り組んできたこと 2.検討視点 ・その人の入院前の生活やこれまでの生き方を知り、人生を遮断させないための関わりができていますか？ ・今の病状についてどのような説明を受け、どのように受けとめているのか、また今後どんな生活を望んでいるのか、という本人や家族の思いを把握して関わっていますか？(意思決定支援) ・チームで退院に関わる問題の明確化や目標共有するためのカンファレンスをしていますか？ 3. 発表と講師コメント 4. 実践報告 ・病院、訪問看護ステーションの取り組み、地域包括支援センターの取り組み 5. グループワーク 「実践報告」を聞いて感じたこと、今後取り組んでいきたいこと	在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮 宏子 演習コーディネーター： 在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮 宏子 ファシリテータ： 訪問看護等在宅ケア推進委員 実践報告者： 市立甲府病院看護支援室 看護師長 名取三恵 訪問看護ステーションすみ 副所長 秋山奈菜子 大月市地域包括支援センター 保健師 小佐野美幸

【平成29年度】※看護協会年間教育計画による研修として実施

ねらい	患者が安心・納得して退院し、住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、退院支援に対する基礎的知識を理解する。	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター大研修室	
学習段階	Ⅰ～Ⅲ	
参加者	40人	
日 時	内 容	講 師(敬称略)
8月31日(木) 9:30～16:30	講義 病院の時代から地域包括ケアの時代へ ～aging in placeを実現するために～ グループワーク 1. 事例「自己管理が困難な慢性閉塞性肺疾患をもつ独居高齢者への支援」について、「医学的判断・状況」「患者の思い・家族の意向」をふまえて、医療・生活上のニーズに沿ってアセスメントし、退院後の生活を組み立てる。 2. 1の演習を通して気づいた退院支援を実践する上での自己や地域の課題を明確にする。	在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮 宏子 スーパーバイザー： 在宅ケア移行支援研究所 代表 宇都宮 宏子 ファシリテータ： 訪問看護等在宅ケア推進委員
9月20日(水) 9:30～16:30	講義 地域包括支援センターにおける実践と保健師の役割 訪問看護の現場における在宅療養支援と訪問看護師の役割 退院支援に向けたアセスメントのポイント	大月市 地域包括支援センター 保健師 小佐野 美幸 甲州市社会福祉協議会訪問看護ステーション 所長・在宅看護専門看護師 松本 令子 山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵
＜4か月間フィールドワーク＞		
平成30年 1月31日(水) 9:30～16:30	グループワーク フィールドワークの結果を基に、退院支援実践事例の振り返りを行う。	総括： 山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 ファシリテータ： 訪問看護等在宅ケア推進委員

【平成30年度】

ねらい	退院支援の基礎的知識および退院支援マネジメントガイドラインを活用するプロセスを学び、実践に取り組み、その成果や経過を報告することで、今後の課題を見出す。	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター大研修室	
学習段階	Ⅰ～Ⅱ	
参加者	68人	
日 時	内 容	講 師(敬称略)
9月13日(木) 9:30～15:30	講義 ・2025年に向けた医療体制の動向 ・退院支援マネジメントガイドラインを活用したアセスメント ・退院時支援とモニタリング 等 ・地域包括支援センターにおける保健師の役割と実践 ・訪問看護師の役割と在宅看護の実際 ・レポートの書き方	山梨大学医学部附属病院 医療福祉支援センター看護師長 穴水 美和 大月市地域包括支援センター 保健師 小佐野 美幸 甲州市社会福祉協議会訪問看護ステーション 所長・在宅看護専門看護師 松本 令子
＜約2か月間フィールドワーク＞		
12月13日(木) 9:30～15:30	グループワーク ・事例検討を通して、療養者とその家族が 退院後、在宅で安心して生活するための退院支援の在り方を検討する。	総括： 山梨大学医学部附属病院 医療福祉支援センター 看護師長 穴水 美和 ファシリテータ： 訪問看護等在宅ケア推進委員

IV. 研修成果

平成26年度から退院支援マネジメント研修会として実施し、現在も実践現場のニーズに対応するため、毎年内容を改良しながら継続している。毎回の研修アンケートの理解度・満足度は、肯定的に回答する割合が8～9割以上と高かった。

特に、リーダー看護職の研修では、ガイドラインを活用して、退院支援マネジメントの展開に必要な基礎的な知識を理解した上で、現場のフィールドワークを通して、退院支援の実践・評価を体験した。この体験を実践報告としてまとめ、事例検討方式によるグループワークにより振りかえり、さらに新たな課題を見出し、今後の取り組みにつなげていくための方略を検討した。この研修の一連のプロセスを通して、退院支援を推進するためのPDCAサイクルを実践できたことが参加者の達成感につながったと考える。

また、研修会では、参加者が互いの成果をグループワークで共有し、認め合い、共感的に課題について意見交換できたことが、解決策の具体的な検討にもつながっていた。

本研修の特徴として、管理者研修とリーダー看護職研修、スタッフ研修と対象別に研修会を組み立て、内容により合同開催とするなど、重層的に展開してきた。退院支援を推進していくためには、職員の意識啓発や円滑な連携システム等組織的な取り組みが必要となるため、管理者とリーダー看護職の研修を合同で実施し、両者が協働して取り組む体制の促進を図った。研修に参加した管理者からは、「管理者とリーダーがともに研修に参加することで、これからどのように退院支援をすすめていくべきか、そのためには何が課題で具体的にどう活動していくのか、リーダーを中心とした組織的な取り組みにつながった」「管理者もリーダーも協力して、気持ちを一つにしていけないと前には進まないと思った」との感想が寄せられた。リーダー看護職からも今後の実践につながる研修になったとの感想が多く参加者から寄せられた。主な感想を以下にまとめた。

＜参加者の研修後の主な感想＞

- ・学習した知識を、施設内に広げていく際、退院支援に向けて何を大切にするか同じ意識で支援を行うベースになった。
- ・グループワークでは、他施設との意見交換を通してとても刺激を受けた。自施設の具体的な取り組みに活かすことができると思った。
- ・地域包括病棟での今後の取り組みについて、課題が多くあるが、とても参考になった。
- ・保健師として病院側と地域を結ぶために何ができるのか、少し可能性が見出せた。
- ・退院支援は自分の施設の中の取り組みだけでは限界で、地域全体で課題を共有して取り組んでいかないと本当の意味での解決につながらないと実感できた。

2) 地区支部

(1) 中北地区支部

平成27年度 退院支援マネジメント研修会		
日 時	平成28年2月18日(木) 14:30~16:30	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター	
参 加 者	看護職 54人	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：事例で学ぶ退院支援マネジメントガイドラインを活用して 意見交換：自施設における退院支援を推進するための課題		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵
平成28年度 退院支援マネジメント研修会		
日 時	平成28年12月8日(木) 9:30~16:00	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター	
参 加 者	看護職 34人	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：事例で学ぶ退院支援マネジメントガイドラインを活用して 退院支援マネジメント演習		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 事例提供者：山梨県立中央病院 板底 節子
平成29年度 退院支援マネジメント研修会		
日 時	平成29年9月27日(水) 9:30~16:00	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター	
参 加 者	看護職 75人	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：病院と地域の連携による退院支援マネジメント 事例検討：「在宅移行に向け取り組んだ事例」 「人工呼吸器を装着して自宅に退院となった難病患者の 退院支援」		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 事例提供者： 甲府共立病院 折山 愛 斉藤 理香 竜王リハビリテーション病院 橋本 久美子 しらゆり訪問看護ステーション 矢崎 梓
平成30年度 退院支援マネジメント研修会		
日 時	平成31年1月31日(木) 9:00~16:00	
会 場	公益社団法人山梨県看護協会 看護教育研修センター	
参 加 者	看護職 54人	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：「退院支援マネジメントのポイント」～ガイドラインを活用して～ グループワーク		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵
これまでの 研修会を ふり返って	平成27年度は、事例をもとにガイドラインを活用した退院支援について自施設での課題について意見交換 を行った。その翌年からは、事例をもとに患者さんの思いを大切に支援すること、地域や職種との連携につ いて、外来看護師の役割、その人らしさを支える支援のポイントについて学びを深めた。	

(2) 峡北地区支部

平成27年度 継続看護に関する研修会		
日 時	平成28年2月19日(木) 13:30~16:30	
会 場	北巨摩合同庁舎101会議室	
参 加 者	看護職 37人 他職種 11人	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：安心・安全な在宅療養につなげる継続看護のあり方について 考える 事例検討：退院に不安をかかえる終末期のケースを通して		訪問看護ステーションはっと・はっと 荏崎 訪問看護師 山口 勝美

平成28年度 その人らしい生活を支える継続看護研修会		
日 時	平成29年2月17日(金) 13:30～16:30	
会 場	北巨摩合同庁舎101会議室	
参 加 者	看護職 34人 他職種 9人	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：退院支援・在宅療養者支援のために取り組んでいること、取り組みたいこと 実践報告：退院支援の取り組み		韮崎市立病院地域連携室 主任看護師長 小澤 宏美
平成29年度 その人らしい生活を支える継続看護研修会		
日 時	平成30年2月7日(水) 13:30～16:30	
会 場	北巨摩合同庁舎101会議室	
参 加 者	看護職 33人 他職種 19人	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：退院支援や在宅での療養支援と連携について学び看護に活かす 導入：退院支援マネジメントのポイント 事例提供：在宅で看取りを行った事例から グループワーク・全体討議 在宅へ帰り療養するための支援と連携 事例提供者からの実践報告		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 事例提供者： 訪問看護ステーションあらぐさ 主任 渡辺 梨花
平成30年度 その人らしい生活を支える継続看護研修会		
日 時	平成31年2月14日(木) 13:30～16:30	
会 場	北巨摩合同庁舎101会議室	
参 加 者	看護職 28人 他職種 16人	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：事例検討によって介護支援専門員の役割を知り、改めて退院支援や在宅療養者支援における看護の役割を学ぶ。 介護支援専門員の役割について紹介 導入： 事例提供：いくつになっても自分らしく生きる ～医療と介護の連携～ グループワーク・全体討議		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 山梨県介護支援専門員協会 峡中支部長 渡辺 美代香 事例提供者： 武田の里居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員 横内 和美 韮崎市立病院 副看護師長 保坂 美智 訪問看護ステーションほっと・ほっと韮崎 訪問看護師 佐藤 一美
これまでの研修会をふり返って	峡北地区支部では、平成27年度より事例を通して退院支援マネジメントガイドラインの活用方法を深めてきた。対象者が病院から地域で生活していくには、その人らしく安心して生活できる環境をつくっていくことが大切であるということを実例検討していく中で学ぶことができた。専門職である看護職、介護支援専門員、行政等の多職種がそれぞれの役割を発揮して連携を図り、情報交換ができる顔の見える関係づくりが重要であることを認識することができた。	

(3) 峡東地区支部

平成27年度 退院支援マネジメント研修会		
日 時	平成28年1月28日(木) 13:30～16:30	
会 場	夢わーく山梨	
参 加 者	84人	
内 容		講 師 (敬称略)
講義 ・退院支援を推進する取り組み ～退院支援マネジメントガイドラインを活用して～ ・事例紹介 「スクーリングシートを活用した退院支援の関わり」 ～ADL自立から全介助へと変更した患者への支援～ グループワーク		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵

平成28年度 退院支援研修会

日 時	平成29年2月2日(木) 13:30~16:30
会 場	夢わーく山梨
参 加 者	94人
内 容	講 師 (敬称略)
講義：円滑な連携による在宅療養支援 ・事例紹介 ・事例検討 ・グループワーク	山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 事例提供者：加納岩総合病院 石川 直子

平成29年度 医療と介護の連携における合同研修会

日 時	平成30年2月15日(木) 13:30~16:30
会 場	山梨市民会館
参 加 者	61人、介護支援専門員64人
内 容	講 師 (敬称略)
テーマ：多職種連携～医療と介護の連携について～ ・手引きの概要説明 ・事例検討 ・手引きの運用状況 グループワーク：運用上の課題	峡東地区支部長 雨宮 栄子

平成30年度 継続看護研修会（医療と介護の合同研修）

日 時	平成31年2月14日(木) 14:00~16:30
会 場	山梨市民会館
参 加 者	合計141人（内訳：看護職71人、介護支援専門員70人）
内 容	講 師 (敬称略)
テーマ：多職種連携～医療と介護の連携について～ ・手引きの概要説明 ・事例検討 グループワーク：入院直後、中、退院直前の連携内容の検討	峡東地区支部研修委員
これまでの研修会をふり返って	「山梨県峡東地域 医療と介護の連携の手引き」の周知がされておらず、看護と介護支援専門員の連携を強化していくことが必要であり、研修会を継続していく。

(4) 峡南地区支部

平成27年度 退院支援マネジメント研修会

日 時	平成27年11月12日(木) 9:30~15:30
会 場	富士川町鯉沢総合福祉センター
参 加 者	看護職35人
ね ら い	退院支援プロセスを理解できる自施設における退院支援を推進するための課題と方策について考えることができる

内 容	講 師 (敬称略)
講義：事例で学ぶ退院支援マネジメント ～退院支援ガイドラインを活用して～ グループワーク 事例「血糖コントロール不良でインスリン注射の導入が必要になった事例」	山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵

平成28年度 退院支援マネジメント基礎研修会

日 時	平成28年8月19日(金) 14:00~16:30
会 場	富士川町民会館
参 加 者	看護職39人
ね ら い	看護師が退院支援マネジメントの基本を理解し実践できる
内 容	講 師 (敬称略)
事例で学ぶ退院支援マネジメント基礎研修 ～退院支援マネジメントガイドラインを活用して～ 平成27年度退院支援レポート 取り組みの成果発表	山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 取り組み報告者： 峡南医療センター市川三郷病院 今福 史香 しもべ病院 佐藤 遥 峡南病院 望月 恵美

平成28年度 退院支援マネジメント実践研修会		
日 時	平成29年1月20日(金) 13:30～16:30	
会 場	富士川町民会館	
参 加 者	看護職34人	
ね ら い	看護師が退院支援マネジメントの基本を理解し実践できる	
内 容		講 師 (敬称略)
事例で学ぶ退院支援マネジメント基礎研修 ～退院支援マネジメントガイドラインを活用して～ グループワーク 事例：糖尿病のコントロール不良で入院となった事例		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 事例提供者： 峡南医療センター市川三郷病院 今福 史香
平成29年度 退院支援マネジメント基礎研修会		
日 時	平成29年8月29日(火) 14:00～16:30	
会 場	峡南保健福祉事業所	
参 加 者	看護職35人	
テ ー マ	退院支援マネジメントガイドラインを活用し、どんな視点でアセスメントをしていくのか	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：退院支援マネジメントのポイント ～ガイドラインを活用して～ グループワーク		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵
平成29年度 退院支援マネジメント実践研修会		
日 時	平成29年12月6日(水) 14:00～16:30	
会 場	峡南保健福祉事業所	
参 加 者	看護職29人 他職種31人	
ね ら い	退院支援マネジメントにおける多職種との連携	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：病院と地域がつながる退院支援 グループワーク： 事例「終末期にある高齢療養者とその家族の退院支援事例」		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 事例提供者： 峡南医療センター富士川病院 市川 紀代美
平成30年度 退院支援マネジメント基礎研修会		
日 時	平成30年8月22日(水) 14:00～16:30	
会 場	峡南保健福祉事務所	
参 加 者	看護職32人	
ね ら い	退院支援マネジメントガイドラインを活用し、外来・病棟・地域との連携について学ぶ	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：退院支援マネジメントガイドラインを活用し、外来・病棟・地域との連携について学ぶ グループワーク 事例：慢性疾患を抱えて入退院を繰り返している高齢者夫婦への支援		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵
平成30年度 退院支援マネジメント実践研修会		
日 時	平成30年12月5日(水) 14:00～16:30	
会 場	峡南保健福祉事務所	
参 加 者	看護職33人 他職種11人	
ね ら い	退院支援マネジメント実践研修、多職種との連携について事例を通して学ぶ	
内 容		講 師 (敬称略)
講義：退院支援マネジメントガイドラインを活用し、外来・病棟・地域との連携について学ぶ グループワーク 事例：認知症のある夫婦の住み慣れた地域での暮らしを支える		山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 事例提供者： 訪問看護ステーションふじ 所長 内田 早苗

これまでの 研修会を ふり返って	退院支援マネジメントガイドラインを活用した研修会を平成27年度から開催し、まずは看護職が基礎から実践までを講義と実際の現場での事例を基に学んだ。その中から多職種との連携の重要性を導き出し、平成29年からは多職種を交えた研修会の開催となり、検討する事例も地域で活動する訪問看護師からの提供もあり、それぞれの役割がもつ視点から解決へ向けた意見交換も年々、活発になる研修内容へと発展している。退院支援に関わる全ての職種が共通認識をもつ機会となり、それぞれの職種が得た知識を今後も現場で活かすことができる自信に繋がれた研修であると考え。
------------------------	--

(5) 富士東部地区支部

平成27年度 事例で学ぶ退院支援マネジメント研修会	
日 時	平成27年12月5日(土) 13:30~16:00
会 場	都留消防署
参 加 者	看護職 49人
内 容	講 師 (敬称略)
ねらい：療養者とその家族が、在宅で安心してその人らしく生活を支えるために退院支援マネジメントガイドラインを活用することができる。 テーマ：事例を通して、患者が安心して病院・施設・在宅で過ごせるように他職種間の連携について学ぶ	山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵
平成28年度 事例で学ぶ退院支援マネジメント研修会	
日 時	平成29年1月28日(土) 13:30~16:30
会 場	大月市立中央病院
参 加 者	看護職 49人
内 容	講 師 (敬称略)
ねらい：訪問看護等在宅ケア推進委員会との連携推進研修として、退院支援マネジメント標準ツールを効果的に活用した事例をもとに退院支援を推進する。 テーマ：療養者とその家族が、在宅で安心してその人らしい生活を支えるために退院支援マネジメントガイドラインを活用することが出来る。 事例提供：慢性疾患を複数抱え、入退院を繰り返す老々介護事例	山梨県立大学看護学部 准教授 泉宗 美恵 事例提供者： 山梨赤十字病院 三浦 和美
平成29年度 事例で学ぶ退院支援マネジメント研修会	
日 時	平成29年10月21日(土) 13:30~16:30
会 場	健康科学大学看護学部 都留キャンパス
参 加 者	看護職 45人
内 容	講 師 (敬称略)
ねらい：訪問看護等在宅ケア推進委員会との連携推進研修として退院支援マネジメント標準ツールを効果的に活用した事例をもとに退院支援を推進する。 テーマ：病院と地域が繋がる看護の力 事例提供：病院から地域へそして看取りまで看護が魅せる連携技	健康科学大学看護学部 学部長 山崎 洋子 助 教 渡邊 美樹 事例提供者 大月市立中央病院 蔦木 みゆき つる訪問看護ステーション 小林 博子 共立診療所さるはし 矢崎 明子
平成30年度 事例で学ぶ退院支援マネジメント研修会	
日 時	平成30年11月10日(土) 13:30~16:00
会 場	健康科学大学看護学部 都留キャンパス
参 加 者	看護職 58人
内 容	講 師 (敬称略)
ねらい：訪問看護等在宅ケア推進委員会との連携研修として、地域で経験した事例をもとに効果的な支援について検討する。 テーマ：経験した事例をもとに効果的な退院支援について検討し、病院と地域のネットワーク化を図る。 事例提供：住み慣れた我が家で最後まで暮らし続けるための本人・家族へのアプローチ	健康科学大学看護学部 学部長 山崎 洋子 助 教 渡邊 美樹 事例提供者 富士吉田市立病院 渡辺 遥香 大月市立中央病院 井上 勝美
これまでの 研修会を ふり返って	富士東部地区支部では、平成27年度より退院支援マネジメントガイドラインの理解と活用方法について、事例を通して学んできた。その中で看護の連携（特に看護師間の連携）の強化を重要と考え活動してきた。研修受講者の多くは病院の看護師であるが、行政の保健師・地域包括支援センター・訪問看護ステーション看護職・介護支援専門員とさまざまな立場の看護職同士がグループワークの中で意見交換することで、お互いの立場を理解し顔の見える関係作りができ、退院支援の重要性を改めて認識する機会となった。

退院支援マネジメント研修会の成果報告

平成 29 年度山梨看護学会 平成 29 年 12 月 9 日(土)

交流集会

「その人らしさ」を支える看護のつながり
－退院支援マネジメント研修の成果と課題－

訪問看護等在宅ケア推進委員会では、山梨版「退院支援マネジメントガイドライン」の活用を普及し、病院と地域の連携による退院支援の推進を目指して研修会や事例検討会を平成 26 年度から実施してきた。そこで、交流会ではこの取り組みの成果と研修を通して明らかになった退院支援の課題を学会参加者と共有し、その人らしさを支えるためには、今後どのように看護がつながり、退院支援に取り組んでいくべきか、意見交換する。

- 座 長 泉宗 美恵（訪問看護等在宅ケア推進委員会委員長 山梨県立大学看護学部）
発表者 1. 看護のつながりを強化した退院支援マネジメントの推進を目指して
山本 和子（山梨県看護協会中北地区支部 貢川訪問看護ステーション）
2. 看護職・介護支援専門員の連携推進を目指した取り組み
石川 直子（山梨県看護協会峡東地区支部 加納岩総合病院）
3. 病院における退院支援マネジメントの推進に向けた取り組み
井上 勝美（平成 27 年度退院支援マネジメント研修受講者 大月市立中央病院）

研究報告 1

リーダー的な立場にある看護職の退院支援推進の取り組みの実態（第 1 報）
－Y 県看護協会退院支援マネジメント研修の演習記録の分析－

○原田有佳, 泉宗美恵, 三浦和美, 金子仁美, 山寺秀美, 櫻田計子, 小佐野美幸, 板底節子, 赤堀治美（訪問看護等在宅ケア推進委員会）, 吉川俊恵, 嶋崎信子, 鈴木操（山梨県看護協会）

目的：Y 県内医療機関及び地域のリーダー的立場の看護職の退院支援への取り組みを明らかにする。
対象：平成 27 年度 Y 県看護協会主催の退院支援マネジメント研修会（以下：研修会）を受講した医療機関や地域のリーダー的立場の看護職 136 名。方法：研修会で「各施設の退院支援の取り組み」をテーマに 7～8 名でグループワークを実施した。演習記録を基に、退院支援の取り組みをコード化し、内容分析を行った。倫理的配慮：Y 県看護協会の承認を得て実施した。結果及び考察：分析の結果、152 のコードから 19 個のサブカテゴリーと 6 個のカテゴリーが抽出された。リーダー的立場にある看護職は、退院支援の推進に向けて【組織的な退院支援実践力の強化】【タイムリーな情報共有の仕組みやツールの開発】【施設内の多職種連携を推進して、チームで取り組む体制の強化】【本人や家族の自己決定支援】【病院と地域の多職種連携の推進】【地域住民への意識啓発】に取り組んでいた。今後さらに、看護職の退院支援実践力の強化や多職種連携を推進する必要性が示唆された。

研究報告 2

リーダー的な立場にある看護職の退院支援を推進する上での課題（第 2 報）
－Y 県看護協会退院支援マネジメント研修の演習記録の分析－

○穴水美和、泉宗美恵、石川直子、小澤ちよみ 丸茂美恵、根津昌恵、倉澤千鶴、並木奈緒美、望月澄子（訪問看護等在宅ケア推進委員会）嶋崎信子（山梨県看護協会）

目的：医療機関及び地域の看護職が退院支援に取り組むことで見出した退院支援を推進する上での課題を明らかにした。
対象：平成 27 年度 Y 県看護協会主催の退院支援マネジメント研修会の受講生で医療機関や地域の各施設でリーダー的な立場にある看護職 136 名。方法：退院支援マネジメント研修会において「各施設の退院支援推進の課題」をテーマに 7～8 名のグループワークを行った。演習記録をもとに、退院支援をする上での課題について記述した内容を抽出してコード化し、内容分析をおこなった。結果及び考察：分析の結果、100 コードから、15 個のサブカテゴリーと 4 個のカテゴリーに分類された。退院支援に取り組んだことで分かった課題は【退院支援の仕組み・体制】【看護職の退院支援の実践力・認識に関する課題】【病院と地域の連携】【住民に対する意識啓発】であった。したがって、課題を解決するためには「病院と地域の連携による退院支援実践力の向上」と「退院支援を推進するための体制の強化」が必要であることが示唆された。

◎ 委員長 ○ 副委員長 ㊟ 事務局

平成26年度

- ◎ 泉宗 美恵 (山梨県立大学)
 ○ 並木 奈緒美 (ゆうき訪問看護ステーション)
 山田 和美 (山梨県立中央病院)
 赤堀 治美 (かいこま訪問看護ステーション)
 穴水 美和 (山梨大学医学部附属病院)
 小澤 ちよみ (北杜市立塩川病院)
 市川 ゆき江 (ますほ訪問看護ステーション)
 今橋 美穂 (甲州市役所)
 小野 千恵 (山梨県福祉保健部医務課)
 流石 和美 (富士吉田市立病院)
 佐藤 富明 (日下部記念病院)
 佐野 京子 (身延山病院)
 原田 有佳 (甲府共立病院)
 山本 和子 (貢川訪問看護ステーション)
 渡邊 早苗 (つる訪問看護ステーション)

㊟ 石原 準子 (山梨県看護協会)

平成27年度

- ◎ 泉宗 美恵 (山梨県立大学)
 ○ 並木 奈緒美 (ゆうき訪問看護ステーション)
 赤堀 治美 (かいこま訪問看護ステーション)
 穴水 美和 (山梨大学医学部附属病院)
 市川 ゆき江 (ますほ訪問看護ステーション)
 小澤 ちよみ (北杜市立塩川病院)
 小野 千恵 (山梨県福祉保健部医務課)
 櫻田 計子 (峡南病院)
 佐藤 富明 (日下部記念病院)
 流石 和美 (富士吉田市立病院)
 霜村 信子 (峡東保健福祉事務所)
 原田 有佳 (甲府共立病院)
 山田 和美 (山梨県立中央病院)
 山本 和子 (貢川訪問看護ステーション)
 渡邊 早苗 (つる訪問看護ステーション)

㊟ 三浦 富貴子 (山梨県看護協会)
 吉川 俊恵 (山梨県看護協会)

平成28年度

- ◎ 泉宗 美恵 (山梨県立大学)
 ○ 並木 奈緒美 (ゆうき訪問看護ステーション)
 赤堀 治美 (かいこま訪問看護ステーション)
 穴水 美和 (山梨大学医学部附属病院)
 石川 直子 (加納岩総合病院)
 板庇 節子 (山梨県立中央病院)
 小佐野 美幸 (大月市役所)
 小澤 ちよみ (北杜市立塩川病院)
 金子 仁美 (しらゆり訪問看護ステーション)
 倉澤 千鶴 (峡東保健福祉事務所)
 櫻田 計子 (峡南病院)
 原田 有佳 (甲府共立病院)
 三浦 和美 (山梨赤十字病院)
 望月 澄子 (訪問看護ステーション西八代)
 山寺 秀美 (山梨県福祉保健部医務課)

㊟ 嶋崎 信子 (山梨県看護協会)
 吉川 俊恵 (山梨県看護協会)

平成29年度

- ◎ 穴水 美和 (山梨大学医学部附属病院)
 ○ 金子 仁美 (しらゆり訪問看護ステーション)
 秋山 愛 (訪問看護ステーションあらぐさ)
 石川 直子 (加納岩総合病院)
 泉宗 美恵 (山梨県立大学)
 分部 照美 (都留市役所)
 丸茂 美恵 (北杜市立塩川病院)
 川窪 三陽子 (飯富病院)
 桑原 裕子 (山梨県立中央病院)
 並木 奈緒美 (ゆうき訪問看護ステーション)
 根津 昌恵 (山梨市役所)
 原田 有佳 (甲府共立病院)
 三浦 和美 (山梨赤十字病院)
 望月 澄子 (訪問看護ステーション西八代)
 山寺 秀美 (山梨県福祉保健部医務課)

㊟ 一瀬 礼子 (山梨県看護協会)
 鈴木 操 (山梨県看護協会)

平成30年度

- ◎ 穴水 美和 (山梨大学医学部附属病院)
 ○ 秋山 愛 (訪問看護ステーションあらぐさ)
 相川 恵美 (巨摩共立病院)
 泉宗 美恵 (山梨県立大学)
 井上 勝美 (大月市立中央病院)
 内田 早苗 (訪問看護ステーションふじ)
 川窪 三陽子 (飯富病院)
 桑原 裕子 (山梨県立中央病院)
 並木 奈緒美 (山梨県訪問看護ステーション連絡協議会)
 根津 昌恵 (山梨市役所)
 原田 有佳 (甲府共立病院)
 広瀬 和枝 (富士温泉病院)
 古屋 理恵 (山梨県福祉保健部医務課)
 森本 初美 (貢川訪問看護ステーション)
 分部 照美 (都留市役所)

㊟ 鈴木 操 (山梨県看護協会)
 池田 直子 (山梨県看護協会)

編集後記

『山梨県は退院支援と地域連携に力を入れて取り組んできた。この取り組みと成果、山梨県の看護の質の向上を、ぜひ、1冊にまとめたい!!』これが、この手引きを作成するきっかけとなりました。もともとやる気が漲っている訪問看護等在宅ケア推進委員会の委員なので、直ぐに一致団結して作成いたしました。

手引き内に掲載されている事例は、3年間の研修を受講した看護職が実践したものです。みなさんが日ごろ実践している退院支援や在宅療養支援に役立てられ、かわりのプロセスがイメージできるよう工夫してまとめました。読んでみていかがだったでしょうか。

これからも山梨県看護協会訪問看護等在宅ケア推進委員会は、「住み馴れたところでその人らしく生活し続ける」という願いを叶えられるよう、病院と地域の協働による退院支援を推進していきたいと思っております。

令和元年 8 月

訪問看護等在宅ケア推進委員会

委員長 穴水 美和

編集委員 (50 音順)

穴水 美和 (山梨大学医学部附属病院)

石川 直子 (加納岩総合病院)

泉宗 美恵 (山梨県立大学)

金子 仁美 (しらゆり訪問看護ステーション)

三浦 和美 (山梨赤十字病院)

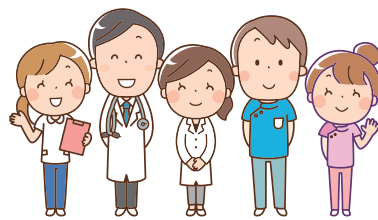
事務局

鈴木 操 (山梨県看護協会)

池田 直子 (山梨県看護協会)



在宅で安心して
その人らしく暮らすことを
支える手引き



●発行●

令和元年6月

●編集●

訪問看護等在宅ケア推進委員会

公益社団法人山梨県看護協会

〒400-0807 甲府市東光寺2丁目25-1 TEL 055-226-4288 FAX 055-222-5988

●印刷●

株式会社 港北出版印刷