

# 病院と地域の連携に関する実態調査

病院で働く看護職が患者の在宅療養を  
支援するために行っている活動の現状



公益社団法人 長野県看護協会

看護師職能委員会 I

平成 26 年 9 月発行

## 病院と地域の連携に関する実態調査

「病院で働く看護職が患者の在宅療養を支援するために行っている活動の現状」

調査目的：病院で働く看護職が患者の在宅療養を支援するために行っている活動の実態を把握し、今後の委員会活動に役立てる。

調査対象：長野県内 129 施設の看護部長・総看護師長

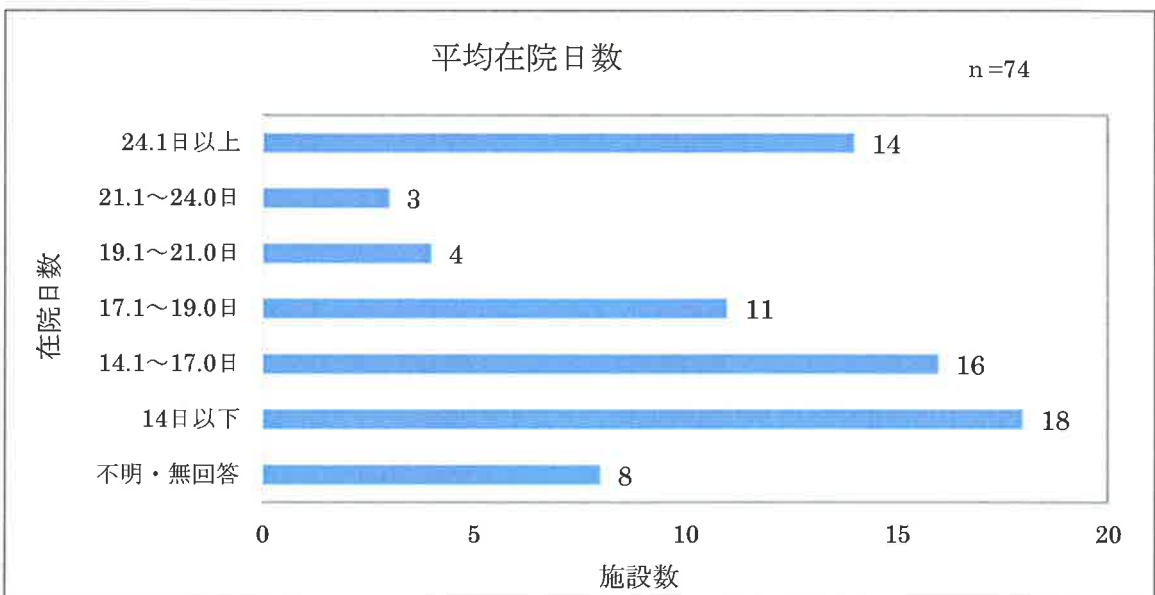
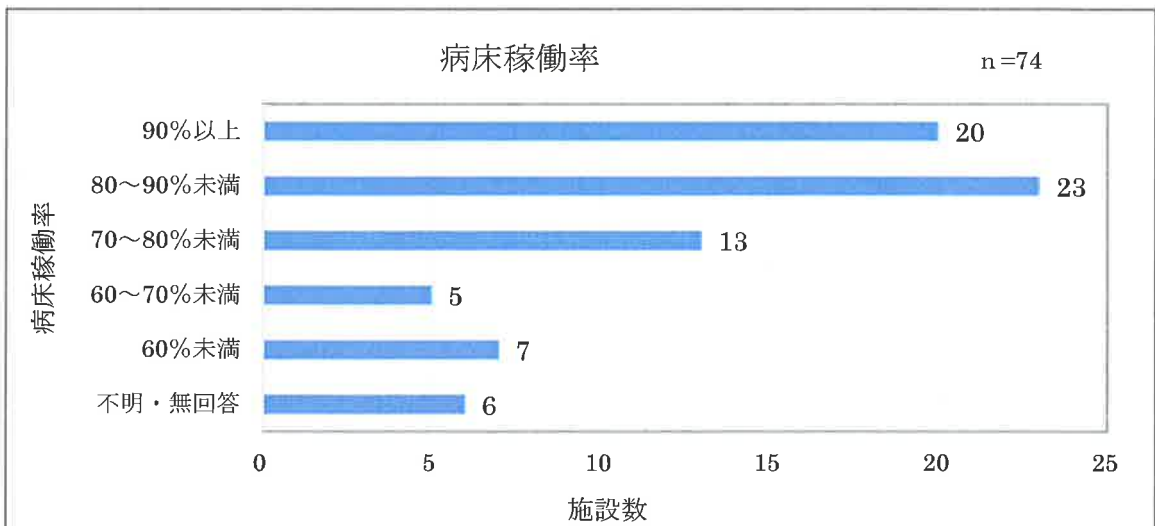
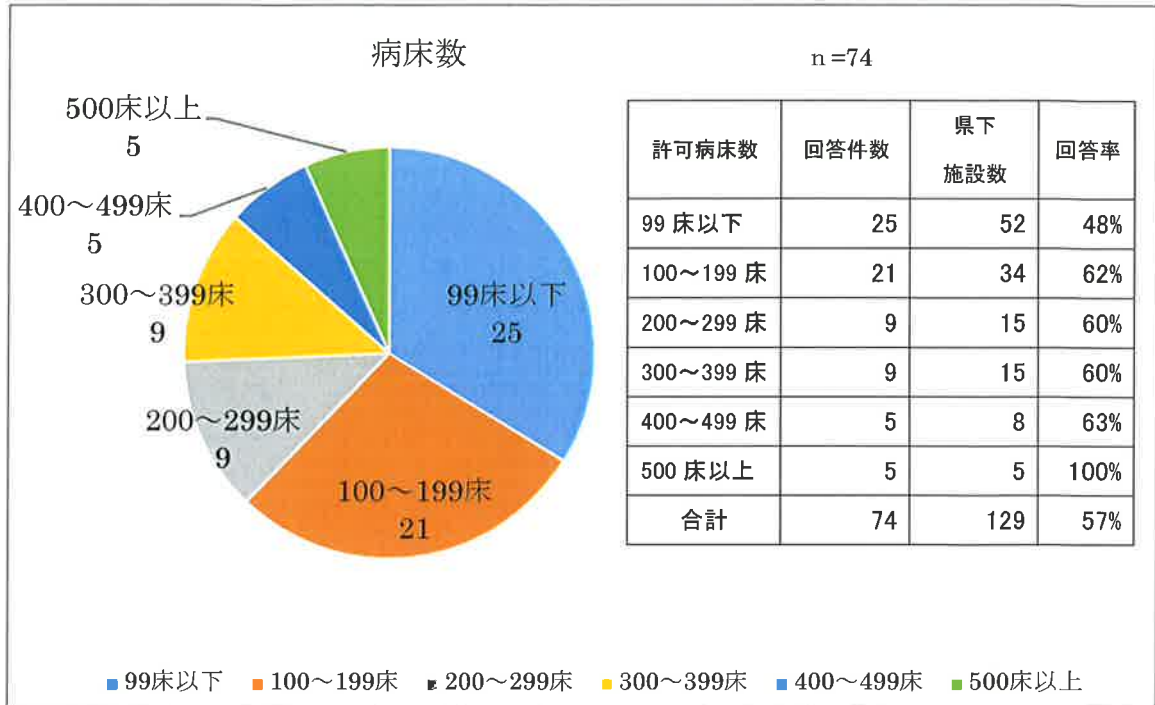
調査方法：アンケート用紙を郵送し返信用封筒で回収した。

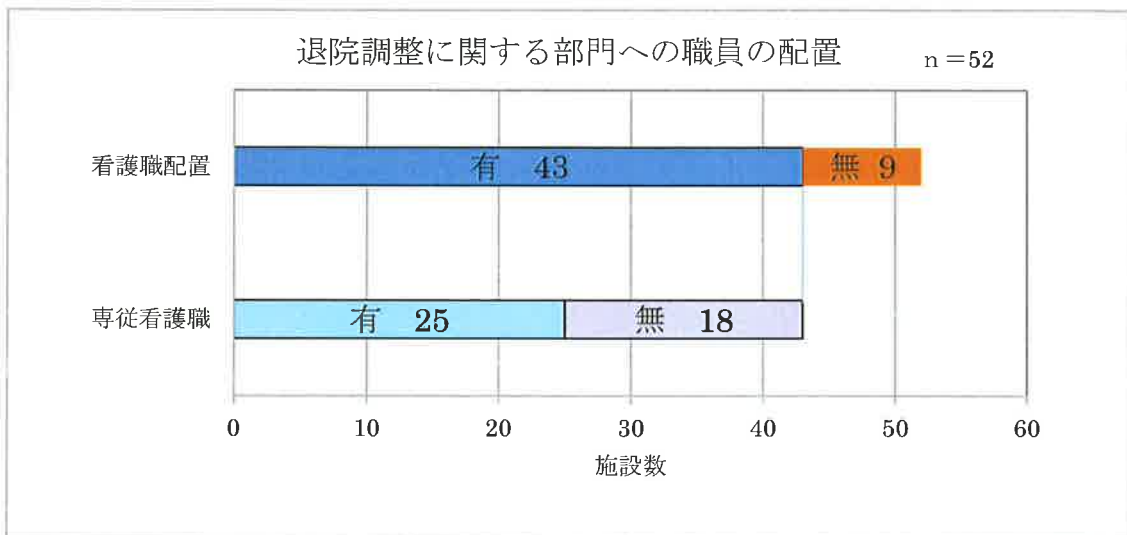
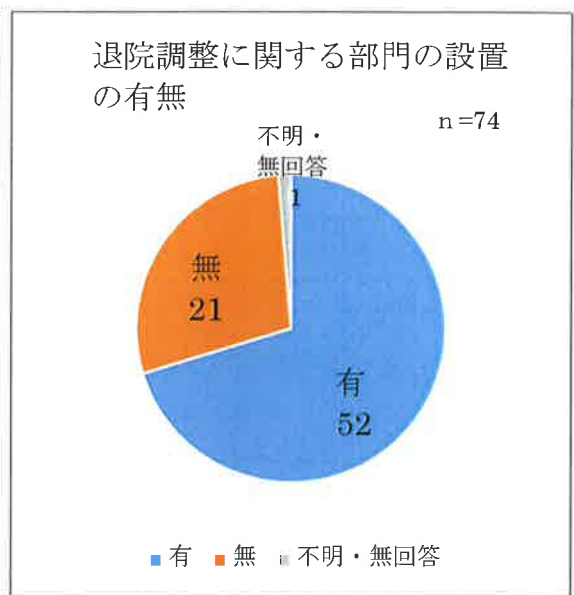
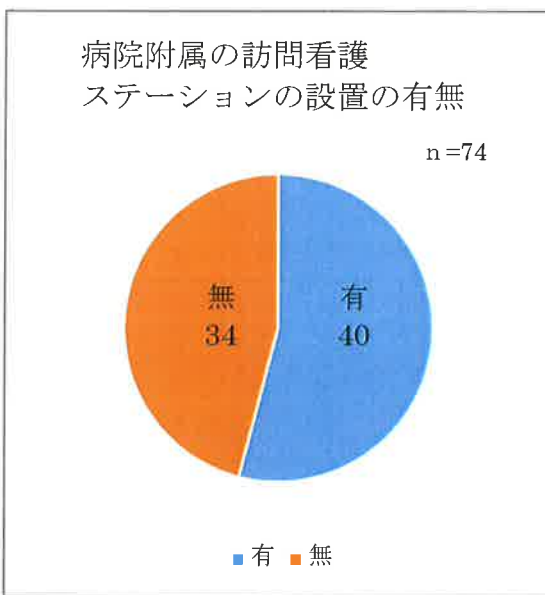
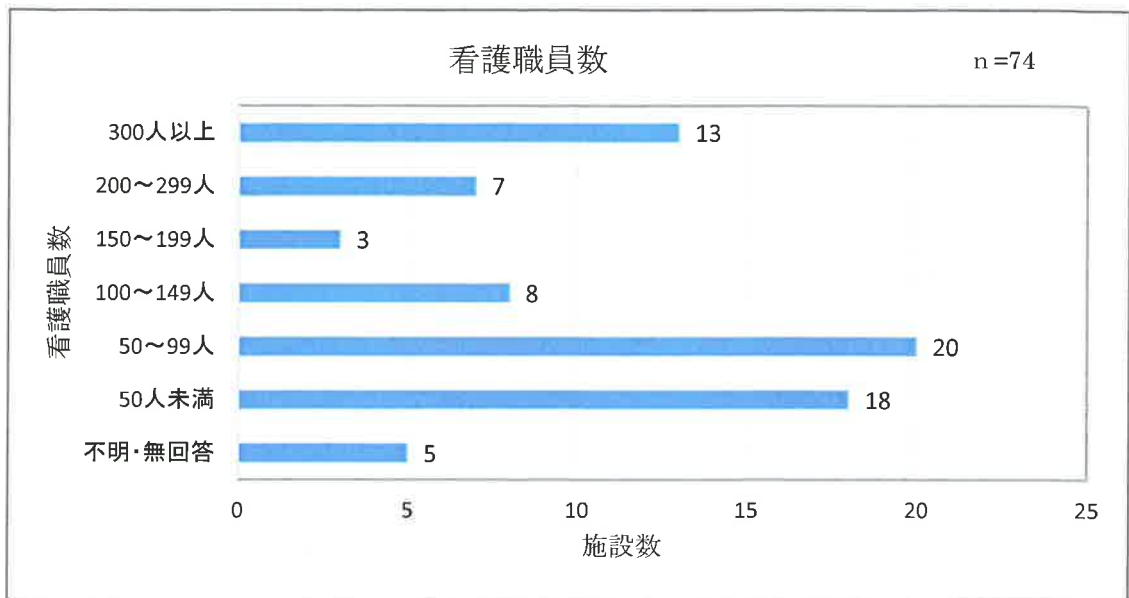
調査期間：平成 26 年 6 月 1 日～6 月 30 日

調査対象施設：129 施設

回答施設：74 施設（回答率 57.4%）

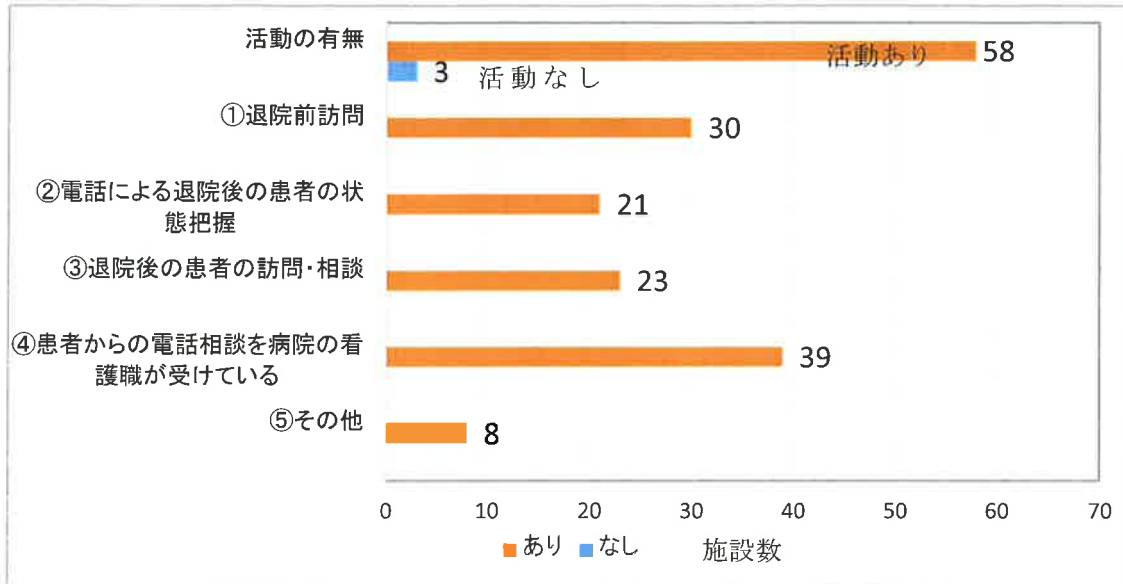
1. 病院の基礎情報（平成 26 年 6 月 1 日現在）





2. 病院で働く看護職が患者の在宅療養を支援するために行っている活動内容について

1) 患者の在宅療養をするために看護職が行っている具体的な活動



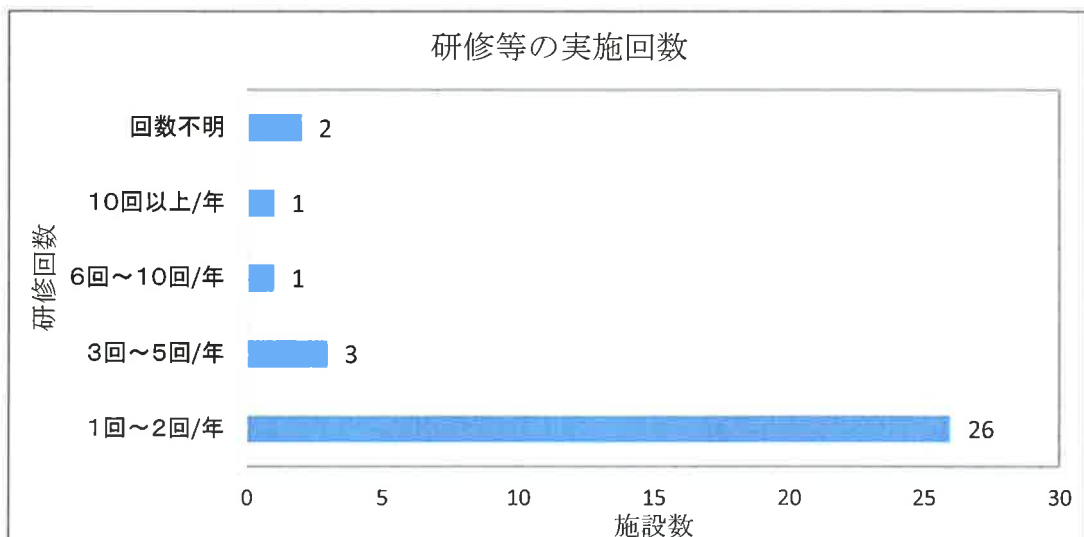
【その他活動の内訳】

- ・退院前カンファレンスで関連する多職種が集まり、サービスの確認や家族の不安について話し合う
- ・介護支援専門員等中心に多職種との退院共同支援カンファレンス
- ・退院前担当者会議への参加
- ・関係する社会福祉施設の職員（看護、介護、生活指導員等）からの電話相談を受ける
- ・産科単科で育児支援という形で産褥外来がある。必要と判断したケースは電話訪問を積極的に実施
- ・訪問看護師との連携
- ・介護支援専門員・訪問看護師からの相談
- ・家族教室

2) 看護職が患者の在宅療養を支援する能力を向上させるための活動

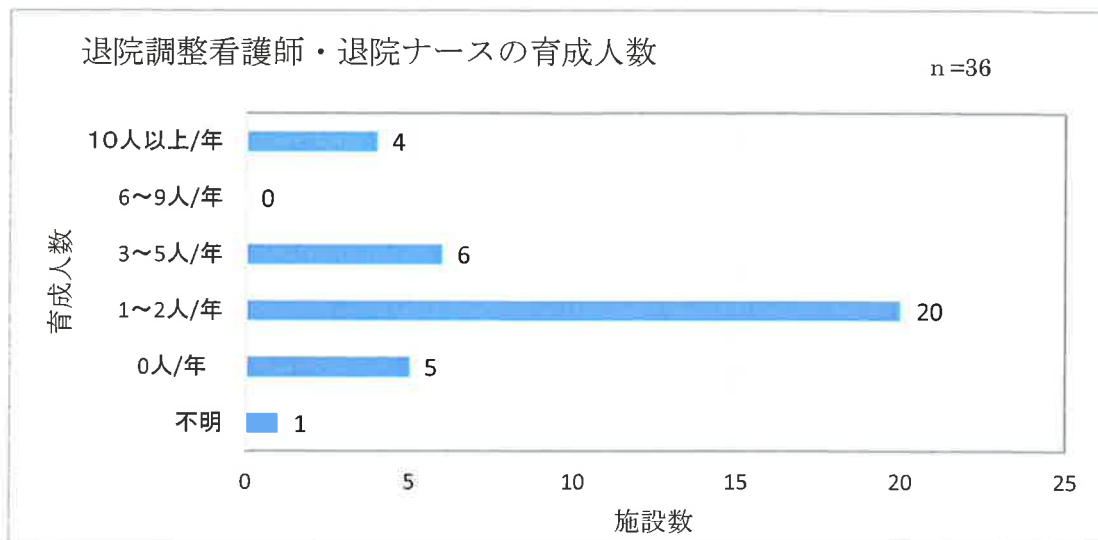
(1) 研修等の実施・・・・・・・・・・33施設

研修等の実施回数 (病院全体での回数)

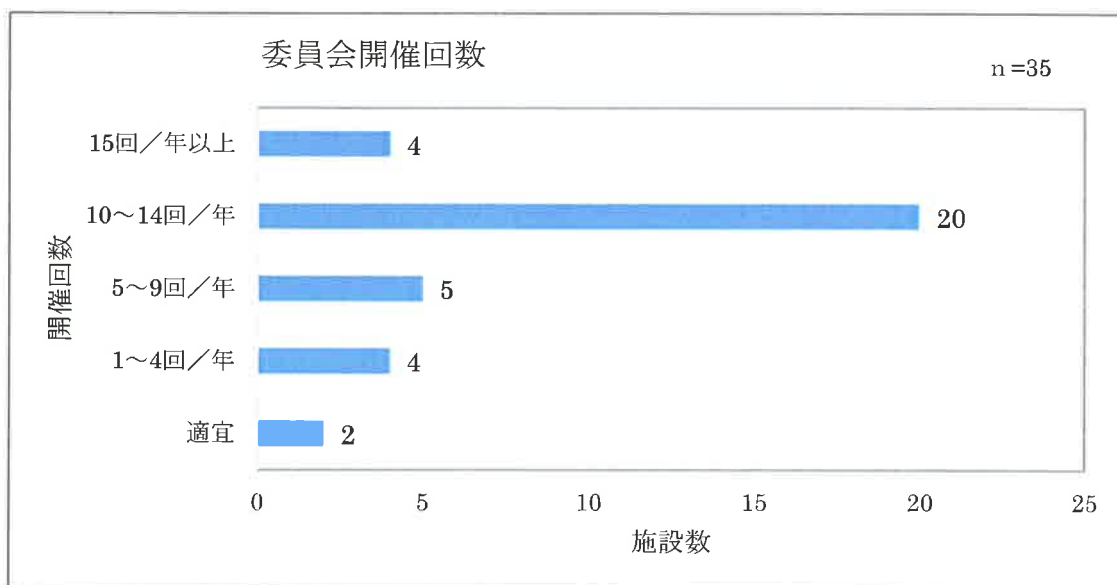
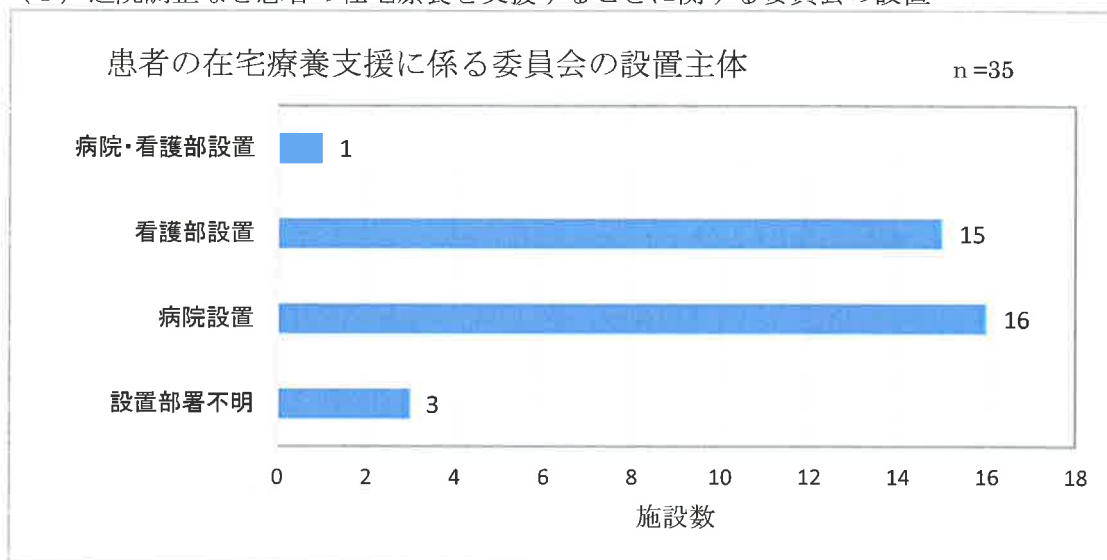


(2) 退院調整看護師・退院支援ナースの育成実施

育成人数 (病院全体での人数)



(3) 退院調整など患者の在宅療養を支援することに関する委員会の設置



委員会名例の内訳

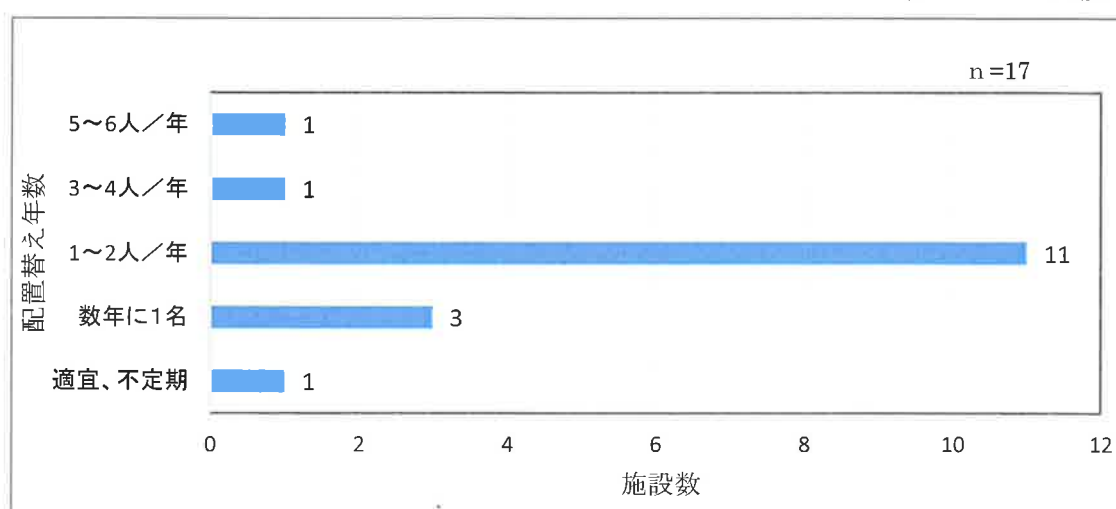
病院設置委員会名	件数
訪問看護委員会	1
医療保険入退院者退院支援運営委員会	1
亜急性会議	1
在宅ケア委員会	1
在宅診療運営委員会	1
生活支援委員会	1
退院支援委員会(チーム)	3
退院促進委員会	1
退院調整委員会(会議)	2
入退院調整委員会	1
病床管理委員会	1
病床調整委員会	1
医療連携推進	1

看護部設置委員会名	件数
入退院支援委員会	1
地域活動委員会	1
退院調整看護師会	1
退院支援サポートチーム	1
退院支援コアチーム	1
退院支援委員会	3
在宅委員会	1
継続看護委員会	3
入退院支援センターチーム会	1
入退院支援ナース会	1

病院・看護部設置委員会名	件数
地域連携推進委員会	1
継続看護委員会	

(4) グループ内での訪問看護ステーションから病院への配置換えの実施

有・・・17施設



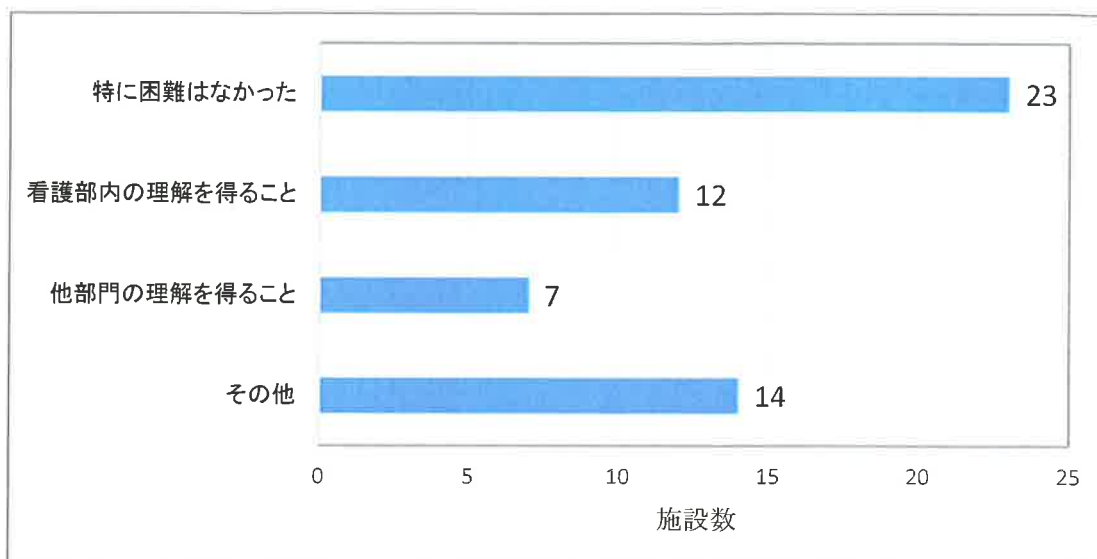
3) 上記1) 2) 以外に支援するための活動

- ・病棟看護師が訪問看護ステーション看護師と同行訪問
- ・地域のケース会議への参加
- ・在宅診療合同カンファレンス 2回/月 (多職種カンファレンス)
- ・退院に向け、地域の担当者、家族等含めた検討会
- ・月1回地域の緩和ケア研究会を開催 (事例検討等)
- ・退院促進委員会の下部組織として退院支援推進チームがある。(グループホーム、施設等の見学、事例検討会、外部支援者による学習会等)
- ・部署に退院支援ナースを決めている。
- ・外来に患者・家族相談窓口を設置し、対応。

- ・MSW が中心となり、入退院調整を行っている。
- ・MSW と看護師との合同カンファレンス
- ・退院支援チーム会議 1回/2week
- ・病棟毎週1回退院支援カンファレンス
- ・訪問看護ステーションや訪問診療担当看護師や地域の介護支援専門員との連携
- ・関係機関との連携、情報交換と交流
- ・顔の見える連携、協力、ネットワークづくり
- ・研修として退院支援専門コースを実施（ラダーレベルⅢ以上）。4回コースで学んだ後、自部署で事例を展開し、事例発表会を公開で実施。
- ・卒後3年目研修として訪問看護ステーション研修 1日



### 3. 病院で働く看護職が在宅療養を支援するための活動を始めるときに困難だったこと



#### 1) 看護部内の理解を得ること 12 施設

【内訳】 看護単位の管理監督者 1 施設  
看護単位のスタッフ 12 施設

##### 【具体的事例】

- ・退院前訪問に現在看護師も同行しているが、以前はリハビリ担当者から言われて行っており、必要性を理解してくれるまでに時間がかかった。
- ・在宅療養をする上での制度、サービス等の知識不足
- ・在宅ケアに直接関わるスタッフとの認識のずれ
- ・在宅に向けての支援の協力体制について
- ・病棟看護職の在宅療養支援の知識を向上させるために、継続看護委員会が中心となり勉強会を何年も行っているが、成果につながらない。
- ・患者及び家族の生活についての情報を得ようとしていない。関心がないのか、特定のスタッフのみがかかわっているだけ。退院支援にかかわる職員の仕事と考えているようだ。
- ・患者さんを線や面でとらえられるようになる。コミュニケーションやマネジメント能力も必要

#### 2) 他部門の理解を得ること 7 施設

【内訳】 医局、診療部（医師） 3 施設  
医療福祉支援センター 1 施設  
事務部門 1 施設  
不明 1 施設

##### 【具体的事例】

- ・カンファレンスやその記録等、超過勤務となることが多い。カンファレンスの簡略化等検討するよう言われた。
- ・医師に退院支援の流れを理解してもらうこと。
- ・医療福祉支援センターと部署看護師との連携

### 3) その他 14 施設

- ・ 人員・人材不足、確保
- ・ 病棟と訪問看護の異動を行いたいが、希望者がなかなかいない
- ・ 地域包括支援センター、スタッフ、行政社会福祉課との連携
- ・ 看護師や多職種で退院支援を行っても医師の方針で変わってしまう。
- ・ 専門スキル
- ・ 各種書類記載の手間
- ・ 個別研修として同行訪問を企画した際、人員不足もあり、本来の業務の間に訪問することで負担が大きくなった
- ・ 在宅支援時の資源（医療機器も含む）
- ・ 指導パンフレットの統一を行った退院支援チームとして退院困難事例を職場と協働して退院の方向性を探ること
- ・ 加算等に結びつく方法
- ・ 委員会など体制は整えられているが部門に任されることが多い
- ・ 家族への医療処置の指導（介護者も高齢なため）
- ・ 患者家族の理解、受け入れ先の選択

### 4) 上記の困難についての意見、要望。在宅へのスムーズな移行への取り組み、工夫など

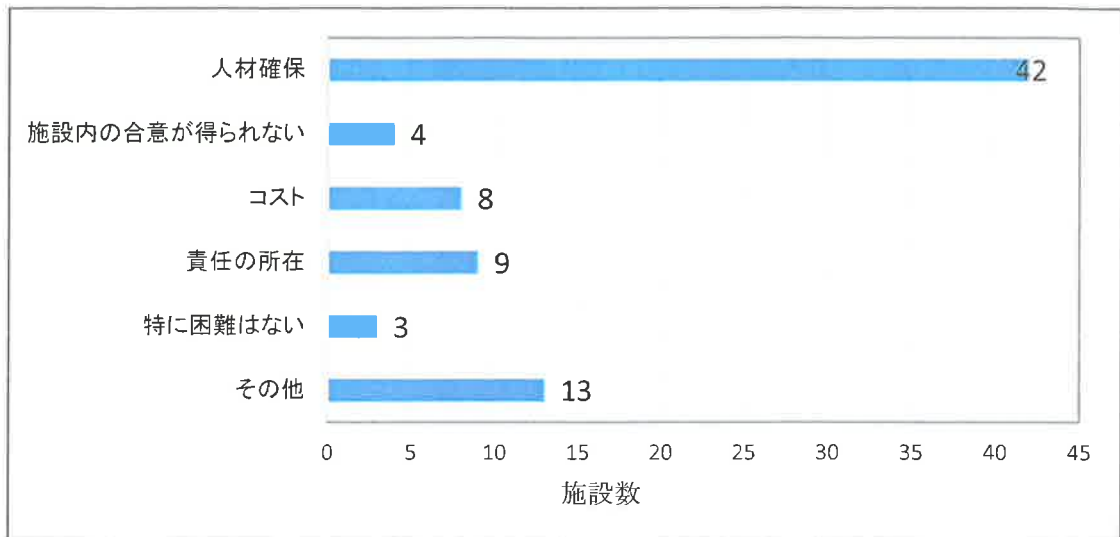
#### 【意見・要望】

- ・ 研修会への参加
- ・ 介護保険の導入、介護支援専門員との連携を行うことで、病院から在宅へスムーズな移行が可能となったが、連携会議を設ける時間の工夫が必要。
- ・ 家族の負担軽減を含めた家族支援
- ・ 地域支援センターなどとの連携
- ・ ケア会議等の充実
- ・ 地域の市町村との連携
- ・ 院内・院外問わず様々な職種での合同勉強会の開催。

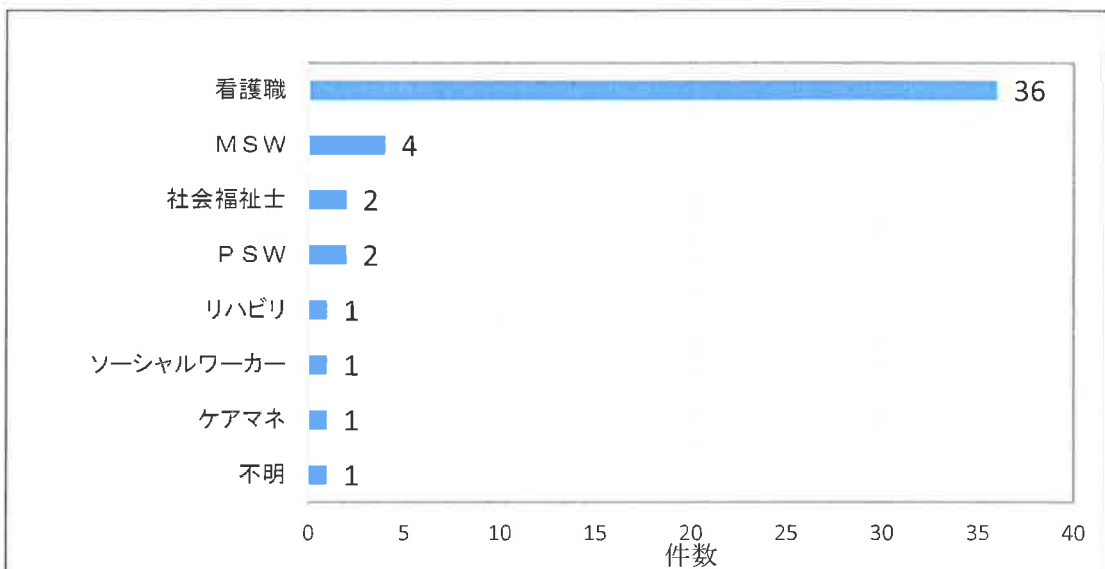
#### 【取組、工夫】

- ・ 担当部門ができ、役割分担が明確になり活動がしやすくなった
- ・ 精神病床ではソーシャルワーカーとの同行訪問（退院前訪問）を行い、在宅の状況を見ることで、退院指導が具体的かつ個別性となり、成果を上げている。
- ・ 介護支援専門員、家族等に情報提供し、その後、受診時の相談にのっている。入院時から介護支援専門員、家族とのコンタクトなどスムーズにしている。
- ・ マニュアルの作成や訪問看護との人事交流
- ・ 病棟看護師の知識向上（退院支援に関する）の為の研修
- ・ 訪問看護に病棟職員（看護師）を同行させると、理解と協力を得る助けとなる。
- ・ 退院支援のフロー作成、それに沿ってシステムを整備し、チーム医療としてみえるようにしている。
- ・ 入院時から退院に向けてのアセスメントを開始し、必要な場合早期から MSW 介入。入院中から多職種が、連絡をとりあい、家族の相談に応じている。

#### 4. 病院で働く看護職が患者の在宅療養を支援するための活動を展開する上での課題



人材確保が困難な職種 複数回答



- ・入院中に在宅をみすえた看護が提供できるようにしていくこと。
- ・スタッフへの教育
- ・在宅療養を支援するために必要な知識、技術の向上
- ・今、仕事をこなすことで精一杯なので、人員増を図らなければ時間的余裕がない
- ・MSWに任せきりとなっている
- ・教育、介護保険制度、多職種との連携
- ・院外連携、他施設、多職種との連携
- ・入院が必要になった時のバックアップ、在宅医の確保
- ・地域・家族の理解、協力を得ること（支援の方法を相談すること）
- ・看護師自身が他人に任せにしないで、主体的に家族に関わるという意識
- ・地域住民の意識、地域包括ケアに関する理解の不足
- ・看護師のみの訪問に保険点数が得られない
- ・在宅療養のケースが少ない

## 【意見・要望】

- ・当院には地域医療部に訪問看護、訪問リハビリ、居宅介護支援事業所、通所リハビリがあるので在宅療養を支援できていると思うが、訪問看護師不足や高齢化がある。
- ・医師不足を理由に、責任者である医師を配置できなかった。今年度から入退院支援センターを設置し、センター長に医師を配置した。責任の所在が明確になった。
- ・突然の訪問キャンセルが入ると採算が合わない等と指摘される。訪問、在宅生活に欠かせない旨をしっかりと話し合うことで、採算も安定し、再入院も減り、在宅療養支援の発展につながる。国からの規制緩和も期待したい。
- ・退院調整の専従者確保のための財源が不足していると思う。退院調整加算 340 点算定だけでは、在宅支援にまで人材を回すことは不可能。在宅復帰率が数値として求められるようになり、丁寧な退院調整をしないと、在宅介護が破綻したり、再入院率を低くすることが難しくなる。
- ・病棟の看護職は「在宅のイメージがない」から在宅療養支援が出来ないと考え、勉強会を行ったり、訪問看護ステーションから病棟の配置にしたりしてみたが、在宅療養を支援するのは難しいと感じている。訪問看護師が病棟へ関わっていくのがよいと考え、病棟カンファレンスや退院指導に参加し、病棟看護師が在宅支援について知識を深められればと考えている。
- ・看護師も介護保険などの社会保障制度やサービスの知識があればなお良いと思う。
- ・看護師自身が情報を得ようと患者及び家族とのかかわりを深くもたない。多職種よりの情報交換、収集もされていない。
- ・家族の負担軽減を含めた家族支援
  - ・スタッフの育成教育（退院調整看護師育成はもとより、看護スタッフの意識・知識の向上）
- ・これから取り組まなければならない課題だと認識している。
- ・退院支援部門を独立設置（専従）したいが、看護師人員不足によりできない。
- ・看護師が患者の退院療養に関して、もっと関わりを持つことが必要と思っている。が、現実には、夜勤要員の不足もあり、病棟、外来での業務が優先されている。退院調整もようやく兼務で1名の配置を考えただけ。MSW が多くいるため、MSW に依頼することが多い。