

地域・在宅看護基礎知識Ⅱ

3回目

在宅医療への 移行に伴う看護



在宅医療への移行

- ① 入院治療から、退院後の在宅医療への移行
- ② 外来受診の継続困難からの、在宅医療への移行
- ③ 未受診状態からの、病状悪化に伴う在宅医療の利用

① 入院治療から退院後の在宅医療への移行

入院前の状況や入院中の患者の状態によって、退院後の通院が困難と思われる場合は、退院時に在宅医療の利用を考える必要がある。

在宅医療に変える場合は、入院している病院の医療相談室や地域連携室などが相談窓口になる。また、在宅医療を行う際は、介護保険が必要となるので、各市区町村の介護保険の担当部署に申請し、退院前に在宅医療の主治医やケアマネジャーを決める。

病院から在宅への移行にあたっては、医療関係者が退院後の在宅での療養上必要な説明や指導を、在宅診療医、訪問看護師、薬剤師、ケアマネジャー等、患者や家族を交えてカンファレンス（退院時共同指導）を行う。

退院時共同指導では、今後の在宅医療の進め方を共有し、チームで退院後の生活を支えていくことになる。

地域連携クリニカルパス(クリティカルパス)について

クリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表である。

このシステムは、1950年代に米国の流れ作業の工場で導入されはじめ、1990年代に日本の医療機関においても手術の流れや、病棟での治療計画で用いられた考え方。

診療の標準化、根拠に基づく医療の実施（EBM）、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されている



② 外来受診の継続困難からの、在宅医療への移行

通院している患者は、自身では在宅医療を希望しないことが多い。しかし、医師や家族を含めた周囲の人が患者の通院が困難と判断した場合は、在宅医療への移行を考える。

患者によっては、長年の医師との関係が断たれる、整った医療設備がなくなり、安心して診療が受けられないといった不安を持つことがある。

そのためにも、在宅医療でも必要な治療を継続して受けることができ、様々な職種によるチーム医療によって、日常生活に則したきめ細かなケアが可能であることを認知してもらう必要がある。

在宅医療を検討するタイミングは、患者の病態、精神状態、環境などによって異なるが、在宅で介護保険サービスを利用し始める頃が在宅医療のタイミングの目安になることが多い。

③ 未受診状態からの、病状悪化に伴う在宅医療の利用

統合失調症など精神疾患を患っている患者の中には、自宅で引きこもってしまい、病院への受診を拒むことがしばしばある。

患者は精神疾患以外の内臓疾患等についての医療を受ける機会を失っている場合があり、健康管理や健康維持はとても難しい状態になっていることが多い。

このような場合、在宅医療を考慮することが必要になり、患者には治療を受ける必要性について理解してもらうことから始まるわけだが、まずは保健所や福祉事務所などに問い合わせ、保健師やケースワーカーなどと連携して進める必要がある。

その後、医師やケアマネジャーなどを含めて在宅医療の進め方について話し合い、患者の生活に沿った療養を行っていく。

医療機関における病床機能の分化や在院日数の短縮が進むなか、看護職には、外来診療・入院治療・在宅療養をシームレスにつなぎながら患者の療養生活の継続を支える視点が求められている。

第103回 訪問看護師が、在宅医療に移行する患者の退院調整のために医療機関の看護師から得る情報で、優先度が高いのはどれか。

1. 医療処置の指導内容
2. 経済的な問題への対応
3. 介護サービス利用の有無
4. 訪問看護指示書の記載内容

第106回 訪問看護の利用者に関する訪問看護と病院の外来看護の連携で適切なのはどれか。

1. 訪問看護報告書は外来看護師に提出する。
2. 利用者の個人情報の相互共有に利用者の承諾書は不要である。
3. 利用者が使用している医療材料の情報を外来看護師と共有する。
4. 訪問看護師から外来看護師に外来診察の予約を依頼する。

第96回 自宅への退院が予定されている全介助が必要な95歳の女性。70歳の娘と2人暮らし。退院前カンファレンスに訪問看護師が参加した。

訪問看護師が行うことはどれか。

1. 要介護認定の申請
2. 介護用ベッドの購入
3. かかりつけ医の決定
4. 介護力の査定

第98回 病棟看護師が入院初期に高齢者の退院計画を立てる際、最も重要な患者情報はどれか。

1. 経済的な状況
2. 近隣との関係
3. 地域の在宅サービス
4. 入院前の日常生活動作

第101回 病院内の退院調整部署による退院支援について正しいのはどれか。

1. 65歳以上の高齢者を対象とする。
2. 医師が退院日を決めてから、支援を開始する。
3. 退院調整看護師は、訪問看護導入の可否を検討する。
4. 退院調整部署の設置は診療報酬の算定要件ではない。

第103回 地域連携クリニカルパスについて正しいのはどれか。

1. 診療報酬の評価の対象ではない。
2. 市町村を単位とした連携である。
3. 記載内容は医師の治療計画である。
4. 医療機関から在宅まで継続した医療を提供する。

第110回 Aさん(83歳、女性)は、1人暮らし。誤嚥性肺炎で入退院を繰り返していた。今回の退院後に、訪問看護が導入されることになり、退院前カンファレンスが行われた。

誤嚥性肺炎の再発を予防するために病棟看護師が訪問看護師に情報提供する内容で優先されるのはどれか。

1. 嚥下機能検査の判定結果
2. 栄養状態を示す検査データ
3. 入院中の日常生活動作(ADL)
4. 誤嚥性肺炎の治療に用いられた薬剤

第109回 Aさん(55歳、男性)は、妻と2人暮らし。建築士として主にデスクワークの仕事を行っていた。脊髄損傷のため下半身の不完全麻痺となり、リハビリテーション専門の病院へ転院した。電動車椅子を用いて室内の動作は自立できるようになった。訪問看護部門の看護師との面接でAさんから「元の職場に戻りたい」と話があった。

Aさんの自己決定を支援する看護師の助言で適切なのはどれか。

1. 「元の職場の仕事を在宅勤務に変更しましょう」
2. 「デスクワークなので職場復帰は可能と思います」
3. 「職場復帰にあたりAさんが課題と思うことを整理しましょう」
4. 「元の職場にこだわらずAさんの障害にあった職場を探しましょう」

