

ひらか 連携ニュース

平成29年1月13日、継続看護委員会が主催する退院支援の拡大学習会で、介護支援連携指導を通じたケアマネジャーとの連携について、発表する機会をいただきました。学習会では当室の他、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションによるミニレクチャーと、継続看護委員による退院調整看護師養成研修会の報告が行われました。
今回は、当室で発表した内容を一部抜粋し、報告させていただきます。

継続看護委員会 主催 退院支援 拡大学習会 テーマ「患者・家族の想いに寄り添った退院支援・退院調整」

介護支援連携指導について

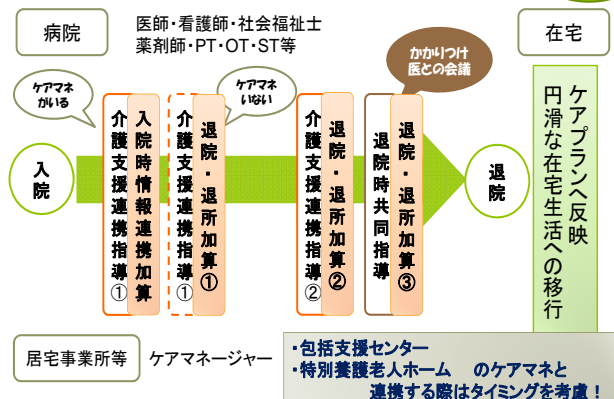
地域医療連携室 大沢 知佳

超高齢社会における国の医療政策の一つに在宅医療・介護の推進が挙げられます。平成22年の診療報酬改定では、病院の医療者とケアマネジャーとの連携を評価するため、「介護支援連携指導料300点」が新設されました。平成28年の診療報酬改定にて、400点へ引き上げられ、ケアマネジャーとのさらなる連携強化が求められています。

介護支援連携指導の目的は、退院直後から、患者・家族が適切な療養場所で、安全に安心して過ごせるよう、患者の病状や家族の介護力に応じた介護サービスを調整することです。ケアマネジャー側も、連携の場面に応じて「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」の介護報酬を算定することが可能です。このような連携の機会を活かして、病院の医療者とケアマネジャーが、今回の入院の目標や治療方針、退院後の生活について情報共有・協議を重ね、患者・家族の望む暮らしを実現できるよう支援することが、患者・家族の想いに沿った退院支援につながると思います。

退院支援は、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するのか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援です。介護支援連携指導を通し、在宅療養をサポートするケアマネジャーとともに、患者・家族の意思決定支援を行い、「aging in place ～住み慣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～」の実現を目指していきましょう。

介護支援連携指導・退院時共同指導のタイミング例



ケアマネジャーとの連携・情報共有

・看護師がほしい情報

入院前にどんな生活を送っていたのか？
ADL・IADL、家族の介護力、利用している介護サービス
家屋の状況、経済状況等
ケアマネが持参する「医療連携情報提供書」を参考に！

さらに

受容支援・意思決定支援のためには

- ・ 病気や老いによる変化をどう理解し、受け止めてる？
- ・ どんなことを大切に生きてきた？
- ・ 今回の入院をどうとらえてる？
- ・ これからどのように暮らしていきたい？

**患者・家族の受容支援・意思決定支援を
ケアマネジャーを含めた在宅チームと一緒にすすめ
ゴールを想定することが大切！**