

在宅支援に対する取り組み

2017年

Do(実行)

1. 退院支援体制の再構築
2. 地域との連携体制の再構築
3. 患者家族へのかかわりのフィードバックを踏まえ、院内全体でのがん看護の実践力向上を図るための教育体制を強化する

Plan(計画)

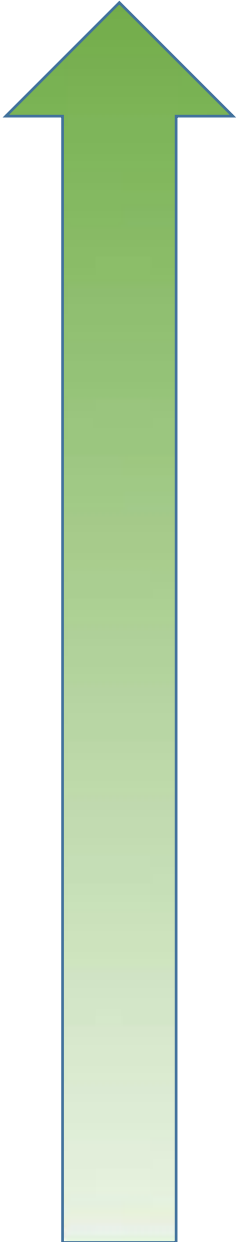
- 1,2,3に対し 退院支援加算1算定のため、新たな退院支援体制の構築が必要
介護支援専門員との連携実績：介護支援連携指導料算定数が当院の算定対象数を上回るような実績が必要
連携する医療機関等（20か所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）：面談した医療機関や介護支援専門員との面談実績を記録することが必要
退院支援、緩和ケアリンクナース会での効果的な教育運営が必要
院内、地域医療者への患者支援に関する研修会の企画運営が必要

Action(改善)

1. 退院支援加算1算定に向けてシステムの構築をおこなう
2. 地域医療者や介護支援専門員との連携体制を構築する
3. 院内の患者支援、がん看護教育の充実

Check(評価)

- 1.2. 退院支援1算定に向けて、新たな退院支援体制の構築が必要となった
退院支援加算1の要件を満たすような内容に変更する
3. がん看護フォローアップコース全8回終了 受講者それぞれが自己の課題を見出し今後の知識や実践力の向上を目指していくことを目標としていた 次年度は緩和ケア院内認定コースを開設していく



Do(実行)

- 1,に対し
 - ・退院支援加算1算定を満たすような、退院支援部門の人員の配置が必要
 - ・退院支援部門、病棟看護師が周知できるようなシステムの構築が必要
 - ・退院支援に関する記事記載の統一化が必要
 - ・病棟看護師、退院支援リンクナースに対し運営についての周知が必要
- 2,に対し
 - ・地域の介護支援専門員との情報交換のシステムの構築
 - ・介護支援専門員との面談実績、地域医療機関との面談実績のデータ化が必要
- 3,に対し
 - ・緩和ケア・退院支援リンクナース会の教育内容を充実させることが必要
 - ・緩和ケア院内認定看護師の養成をおこない、各病棟の実践力の向上を図っていくことが必要

Plan(計画)

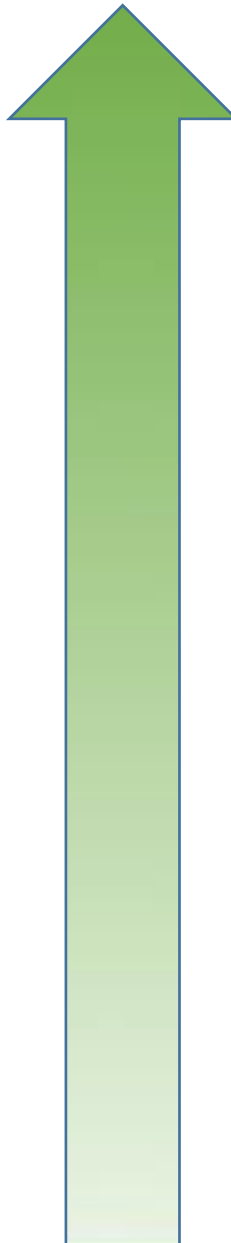
1. 退院支援加算1算定に向けてシステムの構築をおこなう
2. 地域医療者や介護支援専門員との連携体制を構築する
3. 院内の患者支援、がん看護教育の充実

Action(改善)

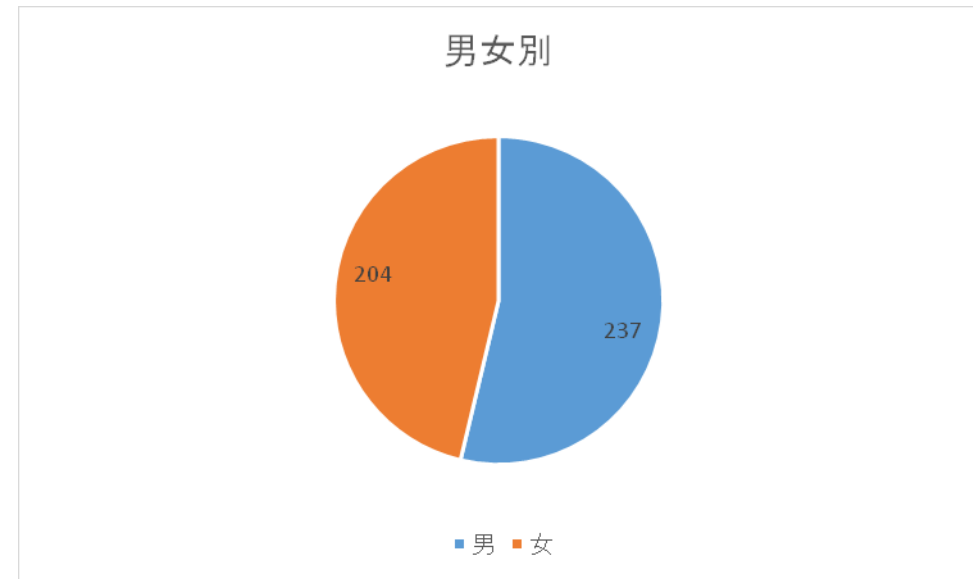
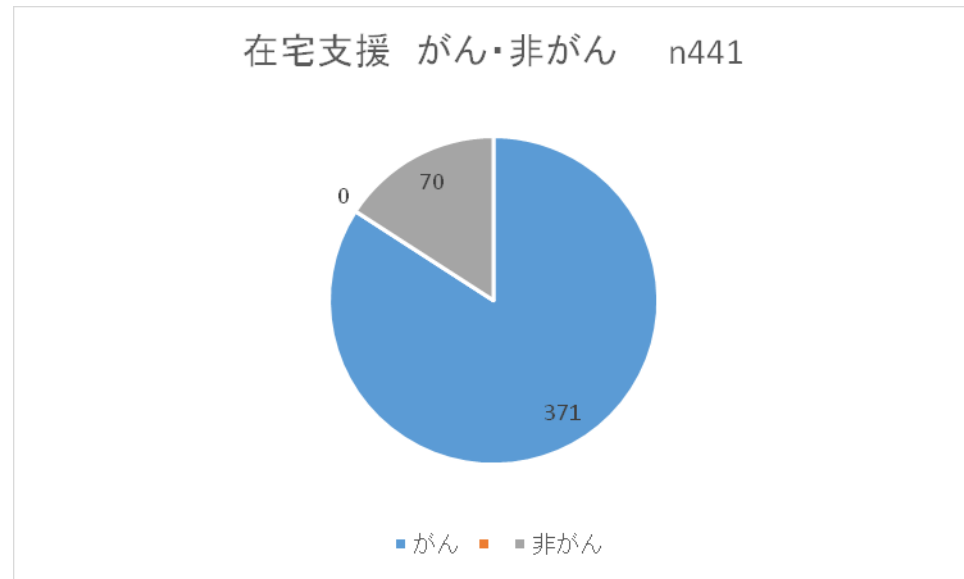
1. 退院支援加算1算定は9月実績をもって10月に申請
2. 地域医療者や介護支援専門員との連携体制の継続
3. 緩和ケア院内認定看護師教育の継続

Check(評価)

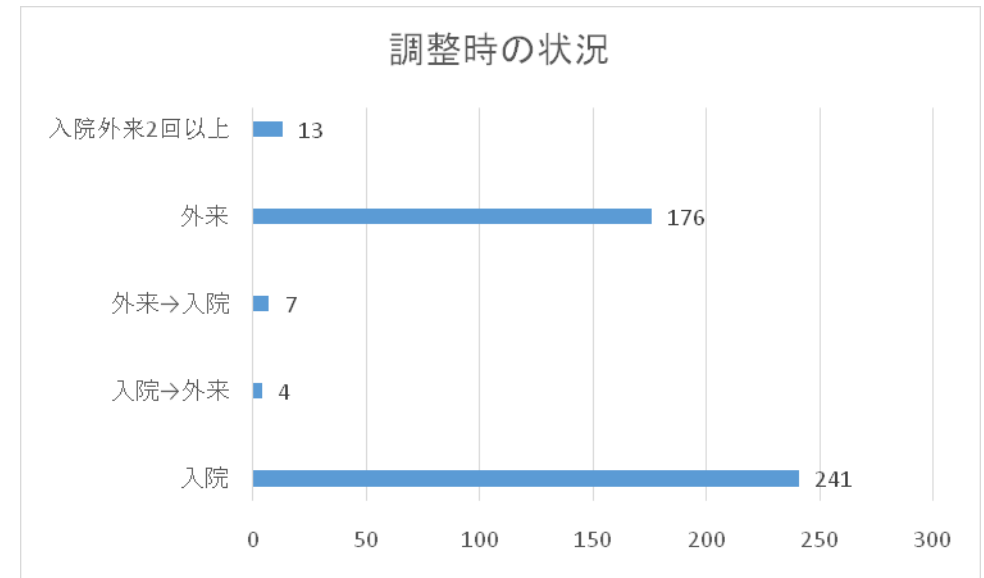
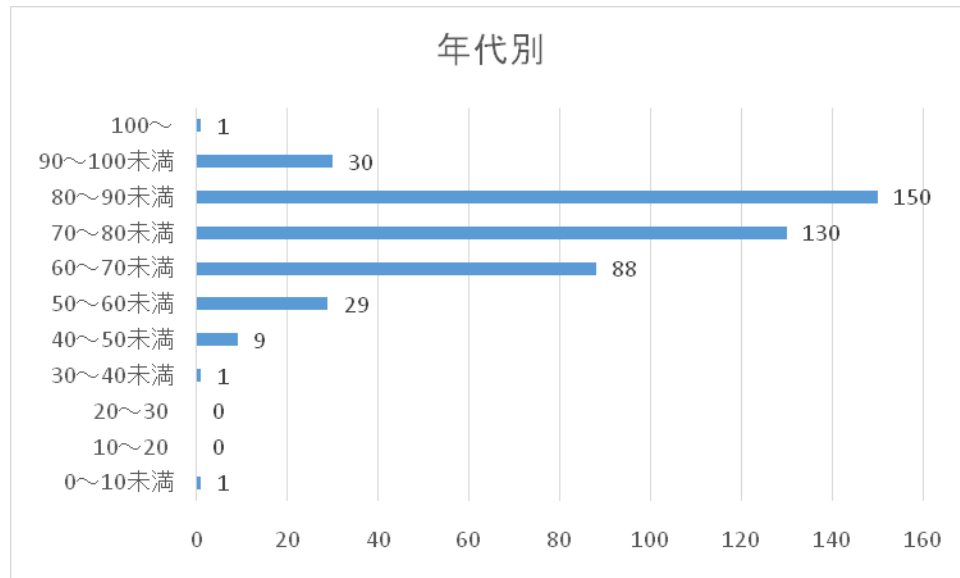
- 1,に対し
 - ・退院支援部門の人員の配置をおこない、システムに沿って7月より稼働開始
 - ・病棟看護師、退院支援リンクナースに対し運営についての周知は繰り返しおこなっていく
- 2,に対し
 - ・地域の介護支援専門員から入院前に情報提供を受け取る体制を構築し実践中
 - ・介護支援専門員との面談実績、地域医療機関との面談実績のデータ化→実践中
- 3,に対し
 - ・2016年度 緩和ケア院内認定コースを開設し養成中



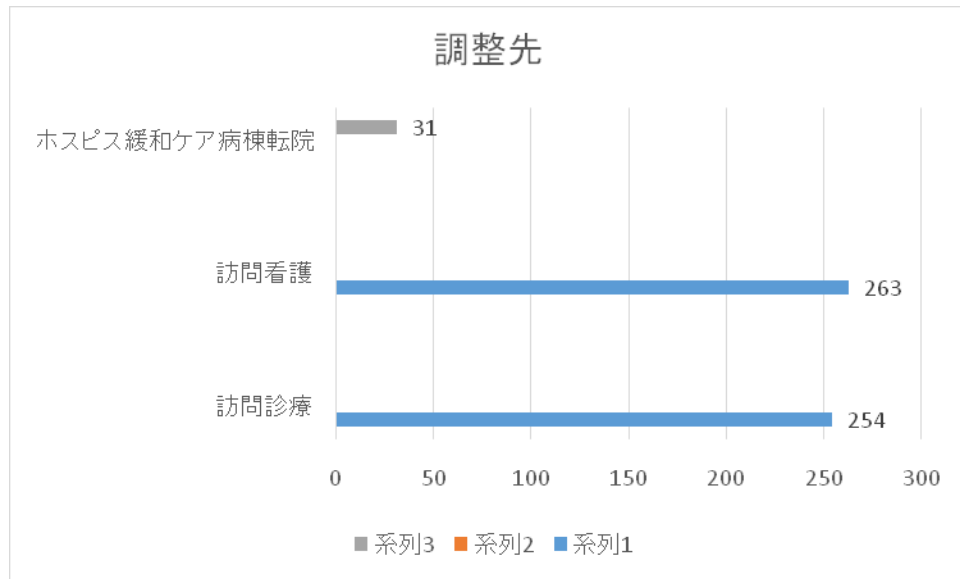
2016年度看護部相談支援室 在宅支援



2016年度看護部相談支援室 在宅支援



2016年度看護部相談支援室 在宅支援



Do(実行)

- 1, 退院支援体制の再構築に対し
 - ・各訪問看護ステーションと定期的に在宅支援患者のカンファレンスを持ち、支援が患者の意向に沿っていたか評価をおこなう
- 2, 地域との連携体制の再構築に対し
 - ・介護支援専門員や地域医療機関と積極的に面談を実績する
- 3, 患者家族へのかかわりのフィードバックを踏まえ、院内全体でのがん看護の実践力向上を図るための教育体制を強化する

Plan(計画)

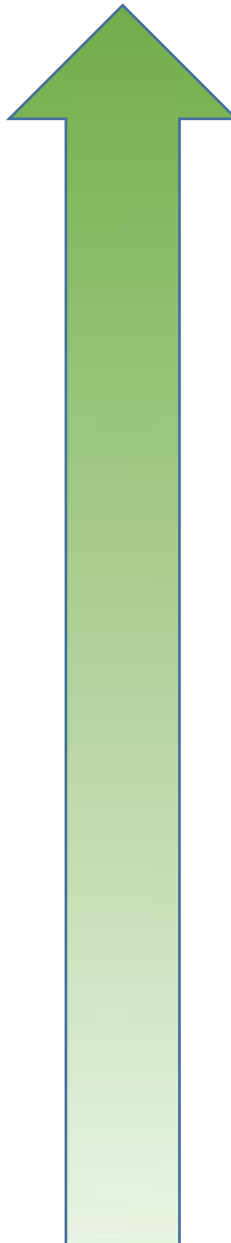
1. 地域医療者と定期的にカンファレンスをもつ
2. 地域医療者や介護支援専門員との連携体制を構築する

Action(改善)

1. 在宅支援の評価をおこない、改善点を見出すことが必要か
2. 地域医療者や介護支援専門員との連携体制の継続

Check(評価)

- 1, に対し
 - ・退院支援部門の人員の配置をおこない、システムに沿って7月より稼働開始 退院支援加算1算定 11月～平均約500件算定 多職種カンファレンス ピックアップ患者にほぼ100%おこなえている
- 2, に対し
 - ・地域の介護支援専門員から入院前に情報提供を受け取る体制→小平市包括、多摩小平保健所それぞれの管轄で継続中
 - ・介護支援専門員との面談実績→124件/年 地域医療機関との面談実績→44件/年 (20施設3回以上)
- 3, に対し
 - ・緩和ケア院内認定コース終了合格者3名/緩和ケア院内認定看護師計5名



Do(実行)

- 1, 退院支援体制の再構築に対し
 - ・各訪問看護ステーションと定期的に在宅支援患者のカンファレンスをもち、支援が患者の意向に沿っていたか評価をおこなう
- 2, 地域との連携体制の再構築に対し
 - ・介護支援専門員や地域医療機関と積極的に面談を実績する

Plan(計画)

1. 地域医療者と定期的にカンファレンスをもつ⇒継続
2. 地域医療者や介護支援専門員との連携体制を構築する⇒継続

Action(改善)

1. 個々の患者に対しては電話で確認していることもあるが、もっと全体的なカンファレンスも必要
2. 入院中にケア会議、退院前カンファレンスをおこない、介護支援連携指導録・共同指導録が提出されている分の算定のチェックが必要

Check(評価)

- 1, に対し
 - ・9月時点で未実施
- 2, に対し
 - ・継続中 データチェック中 介護支援連携指導料、共同指導料が算定できていないことがあった
- 3, に対し
 - ・地域連携部としての新たな組織となったため削除 看護部へ移譲

