

Y9-07

退院支援調整委員会の活動の振り返りと今後の課題

高松赤十字病院 医療社会事業部

○藤原 正美

【はじめに】本院では、入院患者が適切な期間に適切な医療を受け、退院後も安全な療養が継続できるようにするために、院内連携・地域連携を基盤とした退院支援について実施手順を作成し積極的に取り組んでいる。平成21年4月、退院計画システムを他職種で効果的に運用することにより、患者・家族が安心し、満足して退院できるよう地域と連携しながら退院支援の推進を図る、という目的で看護部退院調整支援委員会（病棟看護師9名）が発足した。平成22年4月から医療社会事業部の看護師1名が加わり、効果的に運用できる方法や書類作成の手順、スタッフ教育等退院支援に関する検討を行っている。看護師の退院支援についての理解度や業務の実施状況を把握するためにアンケート調査を平成22年度末と平成23年度末の2回実施した。また各病棟からの要望や意見を委員会で話し合った。結果、退院調整支援委員会における検討課題や活動の方向性についての示唆を得たので報告する。

【方法】アンケート調査調査内容：退院支援の実施手順13項目の実施状況。時期：平成23年3月・平成24年3月の2回実施。対象：病棟・外来看護師

【結果】1.退院支援実施手順13項目のうち12項目の実施状況が、平成24年3月はすべて増加。2.特に実施状況が向上した項目・「総合的な機能評価の結果を説明したことがある」15.8%→53.6%増加・「退院支援計画書を記入したことがある」29.2%→52.9%増加
3.意見、要望書類が多くて書きにくい、高齢者患者には書類の字が小さい、病棟にマニュアルがほしい、患者情報を外来にもほしい、全体の勉強会を企画してほしい、救急病棟や外来看護師も委員会に参加させてほしいなど。

【まとめ】今後はアンケート結果や、各病棟からの要望や意見を基に、必要書類の簡素化や退院支援を円滑に実施するための勉強会の企画等に取り組むたいと思う。

Y9-08

医療ニーズの高い終末期のがん患者に対する退院支援の一考察と今後の課題

高松赤十字病院 医療社会事業課

○松永 晴美

【目的】2012年の診療報酬改定において、医療と介護の役割分担と連携強化、在宅医療の充実が重視すべき課題としてあげられ、診療報酬も新たに設定された。また、がん対策基本法においても、がん患者が自宅において適切な医療や緩和ケアを受ける体制を整備することが必要とされ、病院と地域との連携の必要性が高まっている。在宅療養を支える医療や介護の資源と、患者とつなげ支援するMSWとしての役割が重要であると考え。終末期がん患者の退院支援の事例を振り返り、地域との連携について考察する。
【事例】大腸がん末期の80代男性。妻と二人暮らし。子供は県外在住。本人は自宅に帰りたい希望が強いが、ほぼ寝たきり状態。妻も在宅療養を望んでいるが自分の介護力・病状の変化への不安が強く退院に踏み出せない状況であった。本人・家族ともに在宅療養を希望していたため、ケアマネージャー・訪問看護ステーションと連絡をとり情報提供し自宅でのサービス体制を整えた。一方在宅療養が困難になった場合のために緩和ケア病棟のある病院への申し込みを家族へ勧めた。3週間後、妻が「介護がしんどい」と来院されたため、レスパイト入院を緩和ケア病棟へ依頼し受入れていただいた。

【考察・課題】希望する自宅での生活もでき、介護者の負担を軽減することもでき、患者家族双方の希望が叶えられた事例だったと思われる。患者にとって、限られた時間を過ごす場所は重要である。自宅を望む人が多いが、医療ニーズが高いため家族が不安を強く抱え、「家」へ帰れないことも多い。地域の医療スタッフ（在宅支援診療所・訪問看護ステーション）との連携を継続し、地域をひとつの「病院」として感じられるような支援をすることが今後の課題である。院内の連携協働だけでなく地域を視野に入れた支援をしていきたい。

Y9-09

中山間地域基幹病院との退院支援～おしかけ連携を行って～

松江赤十字病院 医療社会事業課¹⁾、看護部²⁾、消化器外科³⁾

○上田 崇平¹⁾、杉谷 朗子¹⁾、奥 公明¹⁾、石飛 仁美²⁾、坂井 学²⁾、小池 誠³⁾、高橋 佳史³⁾

当院は、鳥根県東部に位置し、がん診療連携拠点病院としての役割を担う急性期医療機関である。県庁所在地の松江市内でも急性期、慢性期医療機関は決して多くないが、山間部ではさらに医療機関は少なく、医師不足も相まって、専門的な治療を受けることが困難となっている。さらにそのような地域への退院支援においても転院先、通院手段を確保するのに苦慮している。今回、中山間地域に居住し、自宅退院を強く希望する大腸がん末期患者の退院支援を行った。患者は医療スタッフによるストーマ・瘻孔ケアが必要で、地域の訪問看護による処置を提案したが、本人は訪問サービス利用を拒み、当院へ通院することで対応できないかと強く希望した。しかし、片道1時間を要する当院への通院は現実的ではなく、患者宅に近い基幹病院での対応を検討した。先方から、患者の処置について指導依頼があった為、当院医師、看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、MSWが先方の病院を訪問し、ケアの実際を指導し、カンファレンスを行った結果、自宅退院へとつなげることができ、さらに患者死亡後のデスカンファレンスも実施した。本症例では、電話や書面ではなく、医療スタッフが実際に足を運んで情報提供が行われた。このことは、まさに「顔が見える連携（おしかけ連携）」であり、医療処置の適切な情報提供のみならず、それを行うことで患者自身の安心感にもつながった。これらの効果や課題を整理し、医療資源が限定される中山間地域での円滑且つ、効果的な連携方法について検討したので報告する。

Y9-10

在宅型人工呼吸器を装着したまま療養施設転所を実現した看護

高松赤十字病院 看護部

○兵頭 理恵、塩田 直子

【研究目的】高齢患者の病院から施設へのシームレスな移行を可能にした看護について事例を振り返り、地域連携を担う病院における亜急性期病棟の果たす役割を検討する。

【事例の概要】A氏、80歳代男性、慢性閉塞性肺疾患急性増悪により人工呼吸器装着となる。病状安定し在宅型人工呼吸器装着に変更。退院調整看護師の調整によって施設（有料老人ホーム）へ転所することとなり、亜急性期病棟に転棟してきた。

【結果】人工呼吸器装着患者を初めて受け入れるため、勉強会や転棟前訪問を実施し、看護師全員が統一した看護を提供できるよう準備した。また、SpO2モニターを指標に排泄・食事・移動時の呼吸状態の観察を行いながらADLの拡大を進めた。転所先施設の療養環境づくりに向け、介護支援連携を実施した。施設スタッフが来院し、ADL状況の確認、気管切開カニューレや人工呼吸器の管理について確認・準備し、人工呼吸器の取り扱いに関する留意事項の確認、及び吸引などの処置演習を行った。不安を軽減するために転所施設への見学目的で試験外出を計画した。転所時には、必要な援助が継続できるよう施設スタッフにC氏の情報を細かく伝え、施設転所後も入院中のADL状況は継続され、人工呼吸器などのトラブルもなく経過されている。

【考察】高齢患者の病院から施設へのシームレスな移動を可能にした看護の中で、B病棟看護師が患者を取り巻く人々との調整役になり、ベッドサイドケアを行っていた。このことから、亜急性期病棟看護師の役割は、患者が移動先の環境と調和して生活できるよう、患者を取り巻く人的資源を活用して看護ケアを行う連結ピンのような役割を果たすことと解釈でき、「患者を取り巻く人々と連携協働する能力」と「環境変化に伴う患者を擁護する能力」を意図的に強化していく必要性が示唆された。