

Y5-20

「家に帰るなら今日」を支援した一事例 第二報－退院調整看護師の役割－

姫路赤十字病院 地域連携課

○成定 啓子

当院は病床数503床、平均在院日数約11日の急性期病院である。医療の機能分化により地域医療連携は重要となり、多くの病院において地域連携部門が強化され、退院調整に取り組んでいる。当院では平成12年より、看護部在宅療養支援委員会を中心に退院計画を導入し、各病棟ごとに地道に退院調整を推進してきた。平成20年度より、病院組織編成がされ、地域連携係から地域連携課として新たな部署が立ち上がり、FAX紹介や病床管理とともに、退院調整看護師業務が加わり、活動を始めたところである。これまで積み上げてきた退院計画を基盤に、病棟看護師と退院調整看護師、院内のチーム医療から地域のチーム医療へと切れ目のない医療、ケアに向けて取り組んでいる。退院調整は入院時から計画的に行うことが基本であるが、急性期病院においては、不安定な病状の中で方向転換を余儀なくされることもある。今回、朝早く病棟看護師から「今日退院したいターミナル期の患者がいる」「朝9:00に医師も含めてカンファレンスをするので来てほしい」と急な電話で退院調整の依頼を受けた。A氏の状態が刻々と悪化するなか、自宅までたどり着けるかと思いつつも、患者家族、医師、病棟看護師、その他メディカルの協力と、地域のかかりつけ医、訪問看護師、その他の地域の在宅医療を担う在宅ケアスタッフの協力のもと、夕方には自宅へ帰ることが出来た。A氏は退院翌日自宅にて永眠されたが、ご家族がそろって、「家族みんな大変満足している」と、日をおかず挨拶に来られた。この事例について、命のタイムリミットの中で、退院調整の過程を地域連携の視点から振り返ったので報告する。

Y5-21

2次救急の紹介患者に関する地域医療 連携としての取り組み

芳賀赤十字病院 地域医療連携課

○会沢 紀子、菅 麻美、吉川 圭子、

中三川 幸子

【背景】当院はベッド400床を有する地域唯一の2次救急病院である。昨年の救急車搬送数は3343件で、県内有数の救急受け入れ病院でもある。医療機関からの紹介や転院に関する問合せは、救急外来、外来窓口、地域医療連携課、直接医師になど、先方の指示により電話が振り分けられ、これまで院内で統一された仕組みはなかった。そこで、地域医療連携課への看護職を含む増員配置を機に、救急の紹介患者に関する窓口を、2008年6月より地域医療連携課に統一した。

【取り組みと効果】それまで、地域医療連携課には月10件程の救急の紹介患者に関する連絡があったが、現在は毎月約90件の紹介電話を受けている。効果として、紹介先と院内での一貫性ある対応、救急外来スタッフが患者対応に専念できる、という利点をもたらし、院内外に対する統一した仕組みが構築されつつある。

【救急の紹介患者の特性】当院の救急外来受診患者の入院率は昨年度32.7%、一方、事前に連絡のあった救急の紹介患者の入院率は、同62.7%であった。よって、医療機関とのスムーズな連携と共に、入院の可能性が高い患者の早期対応として、救急の紹介患者に関する態勢整備の意義は大きい。

【今後の課題】2次救急受け入れに関する院内の既存課題は多いが、今回の取り組みから生じた看護職としての課題を考察する。患者の来院前に状態を把握できる事は、入院した場合に退院困難なリスクを有するか否かを知る機会でもある。その利点をいかし、スムーズな入院治療と退院計画に繋がる院内連携体制を構築していくことが、地域医療連携に携わる看護職の今後の役割の1つであると考えられる。