

Y6-22

退院調整部門を開設しての3年間の振り返りと今後の課題

高山赤十字病院 医療社会事業部医療社会事業課
和田 功輔、田中みどり、田中 望、
善名 里江、定標 幸江、芝 寛志

【目的】当院は岐阜県の北部に位置する飛騨地域を医療圏とするベッド数491床の急性期病院である。平成20年に地域連携課を開設し、前方連携である病診連携室、そして後方連携である退院調整係に機能を分化し、地域の医療福祉機関との連携の窓口として体制を整えてきた。しかし、26%以上の高齢化率を含む複雑な社会背景、後方支援病院が少なく、在宅への退院率が高い地域特色から、退院調整にも苦慮することが多い。退院調整業務の開始から、3年が経過し今日までを振り返るなかで、今後の課題もみえてきたことから考察も含め報告する。

【現状】地域連携課は医療社会事業部に組織し、退院調整係には看護師2名、MSW2名が配属されている。病棟担当制であり、必然的にその病棟の診療科専門の退院調整となりやすい。それに伴い退院調整依頼の増加し、依頼される経路も主治医からが多くなり、介入時期も入院と同時に調整を依頼される現状がある。また病棟から退院に関する事項は、担当者に頻回に連絡が入るようになり、病棟によるスクリーニングが形骸化し、退院調整の必要性について判断がしづらい。

【課題・考察】入院から退院までを調整する役割が強く求められる一方、早期の介入が必要になり、患者家族の問題意識がある前に、つまり退院が困難になる前に介入していくことが多くなり、調整ケースの増加とともに退院調整の質が課題として挙げられる。さらに診療報酬に退院調整がフォーカスされ、担当者の調整から組織としての調整が求められており、地域と連携していくなかで、退院調整の標準化が課題として挙げられる。

Y6-23

地域との連携をスムーズに行える退院支援システムへの取り組み

富山赤十字病院 看護部
駒見 敏子、新井 真弓

入院医療から在宅医療への移行支援として患者・家族のニーズやQOLを尊重した退院支援計画が求められている。当院では平成20年度から退院調整看護師を配置、退院支援システムを構築し院内外チームと連携を図りながら退院支援を行っている。平成22年度の退院支援依頼は月平均54件で、そのうち70%が在宅支援、30%が転院依頼である。退院支援患者の転帰は在宅52%、転院36%、死亡12%であった。退院調整部門として看護師とMSWの協働が必要であるが、看護師とMSWの勤務部署が異なっていたため在宅と転院に分け退院支援依頼されておりお互いの動きが把握できていない現状があった。またケアマネジャーが来院しても病棟スタッフと情報交換されていない場合があり、地域との連携強化を図る必要性を感じた。そこで退院支援システムの見直しとケアマネジャーや在宅ケアスタッフが来院しやすい環境づくりに取り組んだ。退院支援依頼場所を一箇所に集約し、退院調整部門として定期的にカンファレンスを行うことでチームとしての連携や情報共有を図ることができるようになった。また地域連携室に受付窓口を設け、ケアマネジャーや在宅ケアスタッフが来院時、地域連携室から事前に病棟へ連絡することにした。その結果病棟側の受け入れもスムーズに行えるようになり、情報交換することで顔の見える連携が図れるようになった。退院支援に関わる地域連携室来院者は月平均87人でそのうちケアマネジャーが76%を占め介護支援連携につながっている。受付を始め6ヶ月経過後来院者105名にアンケート調査を行った。結果、連携が図りやすくなった96%、相談しやすくなった97%の回答が得られ連携強化につながったと評価した。