

## Y5-02

### 病棟との連携を強化した効果的な退院支援

富山赤十字病院 地域医療連携課

○新井 真弓<sup>1)</sup>、寺林 麻子<sup>2)</sup>、駒見 敏子<sup>3)</sup>

平成24年4月に行われた診療報酬・介護報酬同時改定では「在宅医療の推進」という基本方針を受けて、退院支援・退院調整に関わる項目が強化された。退院調整加算の算定要件には「入院7日以内に患者の入院している病棟等において、退院困難な要因を有する患者を抽出すること」が必須化された。当院でも入院患者の高齢化が進み、退院調整の必要性が年々高まっている。平成24年度より退院調整部門を看護部から地域医療連携課に移し、スタッフも看護師1名から看護師2名、社会福祉士1名と増員された。入院早期からの退院支援が必要であるが、病棟看護師は退院困難な要因を有する患者の抽出に時間を要し、退院支援の開始が遅れていた。そこで、退院調整部門が直接各病棟を巡回し、退院調整の退院計画スクリーニングシートの重要性和活用や退院困難な要因を有する患者の抽出について勉強会をおこなった。また、退院調整部門が3人に増員されたことを契機に病棟担当制とし、担当病棟の多職種カンファレンスに出席し助言や支援を行った。そして、入院7日以内に退院支援カンファレンスが行えるように、担当病棟に働きかけた。その結果、入院から退院支援依頼日までの日数が平均20.4日から8.2日と短縮された。これは、病棟看護師の退院支援への早期介入が意識づけられ、行動化してきたことによると考える。また、退院調整部門を病棟担当制としたことで、いつでも相談ができる関係性を築くことができ「誰に相談したらよいかわかりやすくなった。」との声が聞かれ、直接担当者に連絡が入るようになった。退院支援依頼件数も684件から1440件と増加した。退院調整担当者として、患者の一番近い存在である病棟看護師が、入院早期より連携し、退院後の療養を見据えた関わりを行うことで、効果的な退院支援が可能になったと考える。

## Y5-04

### 急性期病院における退院前カンファレンスの工夫

石巻赤十字病院 地域医療連携課

○橋本 千賀<sup>1)</sup>

震災後、当院は石巻地域唯一の急性期病院となり平均在院日数11日～12日で日々退院調整を行っている。在宅支援を行う中で、地域と共に退院前カンファレンスは継続的に支援を行うために重要であり、限られた時間を有効に活用できるように実践する必要がある。当院では在宅医や訪問看護師等が参加する場合は、連携室担当者が主導となってカンファレンスを行い、退院時共同指導計画書を作成し患者・家族へ説明している。しかしケアマネジャーのみが参加する場合は病棟看護師が主導で行うことが多く、経験が浅い看護師にとっては不安が大きいという問題を抱えていた。またケアマネジャーとのカンファレンスの場合は患者・家族へ話し合った内容を提示する用紙はなく、数日で退院するためケアプランを確認することはほとんどできない状態であった。そこで病棟看護師でも負担なく活用でき、また退院後の支援の方向性も確認できるような用紙を地域と共に検討し運用に至ったので報告する。ケアマネジャーが必要な情報で、医学的留意事項・療養上の注意点を記載できるようにし、病院側としては継続しなければならない看護問題や日常生活で支援を行っている部分を抽出し必ず伝えたい情報を記載するようにした。用紙を活用しながら経験が浅くてもカンファレンスを実践できるように、リンクナースを通じて教育を行った。そして、退院後のケアプランの方向性を確認できるように、用紙の半分はケアマネジャー記入欄とし、カンファレンスの際に当日病院でケアマネジャーに記載してもらおうと協力し運用開始となった。使用したケアマネジャーからもこのような取り組みがあるとよいという意見が多く、また双方の診療報酬算定にも活用している。

## Y5-03

### 地域へつなげる退院支援 第3報 退院支援カンファレンスの現状と課題

前橋赤十字病院 8号病棟<sup>1)</sup>、  
呼吸器内科<sup>2)</sup>、退院支援部門<sup>3)</sup>、薬剤部<sup>4)</sup>

○山口 早月<sup>1)</sup>、石川 真里<sup>1)</sup>、新井 里佳<sup>1)</sup>、高橋 恵子<sup>1)</sup>、  
月田 幸枝<sup>1)</sup>、大館由美子<sup>1)</sup>、堀江 健夫<sup>2)</sup>、林 修巳<sup>3)</sup>、  
林 昌子<sup>3)</sup>、小野里謙司<sup>4)</sup>

【背景】高齢重症患者の長期入院が増えつつある当病棟では退院支援部門と共同で多職種による退院支援会議を週1回定期開催している。限られた時間のなかで有意義な議論ができるよう、患者の退院支援の進捗を3つのステップ（ステップ1：情報収集・問題抽出と介入、ステップ2：在宅・転院の方針決定、ステップ3：退院・転院まで）で判定しクリニカルパスの導入を行い、支援の可視化を図ってきた。

【目的】退院支援会議の現状を把握し課題を抽出する。

【方法】2012年6月から2013年4月末までに8号病棟（呼吸器内科・外科、糖尿病内分泌内科、放射線科）で実施した退院支援会議記録より患者年齢、疾患、検討時間、支援ステップについて後方視的に検討を行った。

【成績】302名（平均年齢77±12歳）の患者に対して延べ845回の検討がなされた。入院診療科毎では呼吸器内科217件（72.5%）、呼吸器外科38件（12.6%）、糖尿病内科22件（7.3%）であった。主病名毎では誤嚥性肺炎53件（17.5%）、肺癌52件（17.2%）、肺炎32件（10.6%）の順で、それぞれの平均在院日数は37±23日、30±25日、24±20日であった。患者1件あたりの検討時間は132±94秒で、診療科間で差を認めなかったが、ステップ毎の検討時間はステップ1（153±95秒）・ステップ2（158±102秒）とステップ3（75±72秒）間で有意な差を認めた。119例（39.4%）でMSW介入がなされ、転帰は自宅退院（49%）、転院（26%）、死亡（18%）、施設入所（5%）であった。

【結論】一時間を超える退院支援会議をさらに効率的に実施し、早期退院を推進するためにはステップ1の短縮化と介護施設とのアクティブな連携を模索する必要がある。

## Y5-05

### 退院調整カンファレンスによる病棟看護師の知識と行動の変化

日本赤十字社和歌山医療センター 看護部

○楠本 康代<sup>1)</sup>、藤本 未央<sup>2)</sup>

【はじめに】入院中に最も深く患者と関わる病棟看護師の知識と技術により、患者の退院後の生活は大きく左右される。病棟看護師は、患者の思いを聞きだし生活を想像し、「患者が病氣と向き合い、どのように医療と生活を統合し継続することが本人にとって幸せにつながるか」を考えることが必要である。今回、病棟看護師の退院支援に関する実践能力向上を目的として、病棟カンファレンスに退院調整看護師が参加し教育的に関わるることによって、その効果が見られたため報告する。

【目的】病棟カンファレンスに退院調整看護師が参加し、教育的に関わることによる効果を明らかにする。

【方法】平成24年7月から平成25年2月、病棟カンファレンスに退院調整看護師が週に1回参加した。カンファレンス参加前とカンファレンス参加7ヶ月後、病棟看護師27人を対象に、自由記述式質問紙調査を実施した。質的帰納的分析を行い、前後の質問紙の内容を比較し退院支援カンファレンスの影響について検討した。

【倫理的配慮】本研究は、所属病院の看護部倫理委員会の承認を受けた。調査票には無記名で記入し、調査結果は個人が特定できないような形で公表すること、秘密を保持することを明記し、調査票の回収をもって同意を得られたものとした。

【結果と考察】調査票の回収率は参加前92%（25名）参加後69%（18名）であった。退院支援カンファレンス参加後の看護の変化は100%（18名）であった。病棟看護師は、患者や家族と入院時から退院後の事を考え関わるようになった。積極的に患者・家族・医師と関わりを持ち、退院に関する情報収集能力が向上していた。

【結論】病棟カンファレンスに退院調整看護師が参加し、教育的に関わることにより、病棟看護師の情報収集、アセスメント能力が向上することが示唆された。