



大阪医療センターの退院支援部門カンファレンス

要な患者さんかどうかを判断します。福祉制度を活用し、経済的・心理的な面も含めて生活の支援が必要だと判断された時は、早い段階から地域医療連携室の医療ソーシャルワーカー(MSW)とも連携を図りながら、主に2つの方法で情報を集めていきます。

一つは、退院支援看護師自らが、患者さんが入院している病棟で情報を集める方法です。部門全体を統括する師長・副師長を除く7名の退院支援看護師には、それぞれに担当する病棟があります。退院支援看護師は毎日、担当する病棟に散って病棟カンファレンスに参加したり、必要に応じて患者さ



在宅調整のため、担当のケアマネジャーと電話で話す齊前裕一郎看護師。大阪医療センターで働く約1割の男性看護師の一人

んと面談したりして、入院中の治療経過や患者さんの気持ちを確認しています。

もう一つはチーム医療を生かした方法です。患者さんと他のスタッフとの何気ない会話に、患者さんの本心や問題点が隠れていることもあります。そこで情報を多職種で共有できるよう、電子カルテを用いてリハビリスタッフや薬剤師、管理栄養士などがキャッチした情報を病院全体で共有するのです。

### 南九州病院での支援の具体例

慢性期の患者さんが多い南九州病院(鹿児島県始良市)では、退院支援を強化するため、2018年4月に新たに入退院支援センターが設けられました。入退院支援センターは地域医療連携室と連携しながら、入院から退院までの支援を担っています。やはり退院支援を主導するのは4名の退院支援看護師ですが、大阪医療センターのように専従ではなく外来や地域医療連携室に所属する看護師で、病棟の担当はありません。その代わりに、各病棟には退院支援を補助する退院調整リンクナース※2が配置されており、リンクナースと連携して患者さ

んの情報を集め、支援に繋げています。

南九州病院でも電子カルテで情報が管理されていますが、特徴的な工夫の一つに「介入用紙」があります。この用紙には、入院が決定した瞬間から退院支援看護師が各スタッフと何を確認すべきかなどが、細かな項目として時系列で記されています。各項目を記入・チェックすることで漏れのない退院支援を実現しているのです。当然これは基本的な流れなので、他のスタッフと連携しながら、患者さんに応じた情報のキャッチと支援に努めています。

※2 退院支援を担当する病棟の看護師。師長の推薦や本人の希望により病棟の看護業務と兼務する



首藤真奈美副看護部長(左)は、「センターが稼働してようやく1年。まだまだ改善して充実させたいです」と今後の抱負を語ってくれた。辻智子看護部長(右)は急性期病院での長い勤務経験があり、南九州病院では2年目。「慢性期の病院は初めてで、患者さんとスタッフとの温かい関係に感動しました」と笑顔で話してくれた(南九州病院にて)



南九州病院の「入退院支援センター」

### 退院前合同カンファレンスと退院前後訪問

大阪医療センターでも南九州病院でも、退院が迫ってくると退院前合同カンファレンスが行われます。参加者は、担当医、退院支援看護師や病棟看護師、医療ソーシャルワーカーなどのほか、患者さんが退院後に過ごす地域からは、退院後の治療や看護を担ってくれる在宅医や訪問看護師、介護が必要な場合はケアプランの作成や介護事業者との調整を行うケアマネジャーなどが参加します。退院後の治療・介護と生活をどのように具体化するか、患者さんやご家族を交えて確認し合える大切な機会です。

必要に応じて患者さんの自宅を訪問することもあります。退院前訪問・退院後訪問と呼ばれるもので、退院支援看護師と病棟看護師を基本に、必要に応じて医療ソーシャルワーカーや在宅医が同行し、生活環境に問題がないかを具体的にチェックし

ます。患者さんやご家族からの伝聞だけではなく、自らの目で自宅の状況や環境を確認するのです。病棟で患者さんを担当した看護師も同行するので、患者さんやご家族の安心にも繋がります。



退院前合同カンファレンス。まず、担当医から経緯の説明があり、今後も継続していく医療や介護について、退院後の患者さんの生活に問題が起こらないよう調整する(大阪医療センターにて)