

東京女子医科大学看護学会第 11 回学術集会 シンポジウム
「2025 年問題に向けた私たちの挑戦」

退院支援の充実に向けた取り組み

大堀 洋子（東京女子医科大学病院 社会支援部）

社会支援部では、全入院患者の約 6%の医療依存度の高い患者の退院調整に関わっているが、転院調整、在宅調整いずれも調整に時間を要している。その要因としては、患者側の要因、2025 年問題に対する医療費抑制に絡む要因、そして病院が抱える要因に大別される。

患者側の要因では、高齢者の独居世帯や認知症世帯の増加による介護者不在、若い世代でも経済的な問題や支援者の不足によって、病気を抱える家族員を支える力の脆弱化が調整に影響している。

国の施策が絡む要因としては、療養目的の受け入れ病院はなく、介護保険の申請が厳しくなり、急激に ADL 低下が起こる悪性腫瘍の終末期患者の療養環境調整が難しくなっている。

病院が抱える要因としては、病院機能の分化から紹介率・逆紹介率、在宅復帰率の推進、在院日数の短縮が求められているが、患者側がそれらを理解するまでには時間を要しており、急性期医療に徹する難しさがある。

これらの要因を抱えた患者の退院調整に対しては、当部署の対応だけでは限界と感じ、院内の連携に関する整備 << 看護師のスキルアップ研修 >> 患者 / 家族の理解促進 << 地域医療 / 福祉職との連携 >> などの活動を進めている。

2025 年問題に対しては、急性期病院の治療優先に進む医療モデルから生活モデルにシフトすることが求められている。それには看護師の「医療的介入の見極め」と「暮らしを見る力」が重要であり、病態や暮らしをアセスメントする力、チームのコーディネーター役、意思決定を支援する力が必要になる。これらは、手順やマニュアルでは表すことが難しい患者の生活を想い、想像することから始まる。当部署では、退院調整のスキルアップ研修や実践を通し、これらの大切さを伝えている。

退院調整の要を担う看護師の役割は、チーム医療のなかで看護の視点で患者と家族の生き方、価値観を述べながら、共に医療方針を導き出すことであり、これからの高齢者社会に向けて、益々重要となると考える。

最後に、地域医療構想が進むなかでの当院のポジション作りに触れたい。

当院の強みは、20 年以上も前から地域連携に力を入れ、病院の理念である「至誠と愛」の精神である。これらの強みを生かした急性期から在宅復帰までの医療やケアを継続的に行う、機能分化を院内に取り入れていくのも一つの方法であろうと考える。