

病院と地域の看護をつなぐために －生活者を支えるための院内・地域連携－

石橋みゆき（千葉大学医学部附属病院地域医療連携部）

退院支援のプロセスは、退院支援が必要な患者の早期発見・見極めを病棟で行うことから始まります。地域医療連携部では、病棟からの退院支援の依頼を受け、退院支援のためのアセスメントと退院計画の立案、今後の療養方法に関する患者・家族と医療スタッフの意思統一を図ります。病棟の看護師が退院後の生活をイメージして退院指導ができるよう指導の内容を共に考えたり、退院後に生活する場所の見取り図をご持参いただき、住宅改修の必要性や、室内での移動の工夫などをリハビリスタッフと共に検討したり、その中で本人と家族がどのように考えているのかを把握しながら、「地域でどのような支援を必要としていくのか」を院内のチームで見極めます。

一方、退院前に地域における適切なケア提供者を見極め、ケアの内容や実施上の留意点を引き継いでおくこともまた退院支援では重要な点です。とくに、看護職同士の連携では看護サマリが大変役立ちます。看護サマリの内容は、ケアの継続先の看護職が求める情報を中心にまとめる必要があります。例えば、退院後の生活をイメージし、生活上の困難が予測されるときに必要なケアが具体的に記載されていれば、退院後の看護計画立案の参考にできると考えます。また、病院では退院後もサマリの内容について訪問看護ステーションや保健センターから問い合わせを受けられる体制を整えることも大切です。必要に応じ、退院前にケアカンファレンスを実施し、お互いに顔の見える環境でケアをひきつぐことで、細かいニュアンスでケアの情報交換が可能となり、異なる機関に所属する多職種がそれぞれの役割を認識できますし、病院にとっては患者さんを生活者として捉えなおす機会となっています。これらは、退院計画の実施＝院内・地域連携①病院内外でのチーム編成②チームが有機的に機能するための準備にあたります。そして、退院後の外来受診に合わせて相談をお受けするなど、退院支援の評価・モニタリングを実施しています。退院支援期間が短く、地域での支援体制がまだ不十分であるときには、外来通院中にも地域関係機関との調整を実施するなどして、そのときの患者の状態と家族の状況に応じた支援体制を整えていくように調整しています。