

セッション6 退院支援における家族看護の役割

チーム医療で取り組む退院計画システムの構築 ～患者・家族の早期退院への理解と安心感を確保しながら 在院日数の短縮をするために～

平田貴代美

済生会山口総合病院

近年医療費抑制と病院機能分化の流れのなかで、急性期病院にとって在院日数短縮は避けては通れない課題となった。当院は、平成6年より退院調整専門看護師を配置し安心できる退院提供に取り組んできた。そして、この退院調整により築いた地域との窓口を生かし、前方・後方連携を担う地域連携室として平成14年に再スタートした。病診連携と退院調整の機能を集約した地域連携室看護師として活動するなかで、患者・家族への早期退院への理解と安心感を確保しながらの在院日数の短縮でなければならないことを痛感するようになった。そこで、急性期病院としてのチーム医療で取り組む退院計画システムの再構築に向けて取り組みを行なっているので報告する。

現在地域連携室は、退院調整・療養相談・病診連携・連絡調整業務を担う看護師3名と企画・広報・渉外業務を担う事務職2名で構成されている。退院調整については、この3名の看護師が2病棟ずつの担当制で行っているが、患者・家族への早期退院への理解と安心感を確保しながらの在院日数を短縮するという目標を達成するには、全スタッフに退院計画・退院支援の重要性を認識してもらうことが重要と考えた。そこで、現在の問題点を明確にチーム医療としての退院計画システムの導入の必要性をまず看護師長会に提案し、導入の承認を得た。また、チームリーダーができる看護師・看護主任・副看護師長・看護師長を対象に退院計画の意識調査をおこなった。その結果は、退院計画を責務として感じているとともに、入院早期から退院に関することを考えようとしている。しかし、めまぐるしい業務に追われることで、カンファレンスを開催し具体的な退院計画への取り組みができていくかということに関しては低い評価であった。

患者・家族と共に全スタッフが情報と目標を共有したうえで、退院後の生活を考えた各職種による計画的な指導や支援を行い、転院・入所または在宅へつないでいくことが重要である。しかし、めまぐるしい入退院にじっくり腰をすえてカンファレンスを行うことができない現状に残された手段は、記録の統一であった。そこで、退院計画に関する情報はすべて統一した様式に記載することを提案、退院計画チャートを作成した。退院計画の必要性とこの記録の統一に関し、医師をはじめ看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・医事課職員へ理解と参加を求める働きかけを行った。このシステム導入半年後、再度意識調査を行なったところすべての項目に対し評価は上昇していたが、退院計画システムを再構築し実践するこの変革のキーパーソンは、チームリーダー・主任・副看護師長・看護師長ら看護師である。彼らに変革理論を用いてアプローチを行い、意識は変化しつつある。そして、その実践は、患者・家族の早期退院への理解と安心感を確保しながら在院日数の短縮を可能としている。

退院調整・療養相談および病診連携に取り組むながら、組織戦略にもかわりを持つことになった地域連携室である。山崎も、「退院計画は医療・看護の質を決定する重要な要因であるといわれている」と述べているように、この医療・看護の質を落とすことなく経済的効果を上げていくことの戦略として、退院計画システムの定着に今後も取り組んでいく。