

当院における退院支援の取り組み  
～病診連携室との協働による退院支援の推進～

八王子消化器病院  
病棟師長 鈴木 瑞枝

<はじめに>

我が国の高齢化は急速に進んでおり、2025年には団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者になる。高齢者世帯は1,840万世帯にのぼり、その約7割が高齢者夫婦や一人暮らしである。また、75歳以上の老々介護は約3割を超え、高齢者の一人暮らし世帯は約4割に達すると言われている。一方、未婚率の上昇を背景に、シングル介護や晩婚・晩産化に伴う育児と介護の同時進行など、高齢者を支える家族の在り方も変化している。

このような状況は、当院の入院患者にも表れ、患者・家族背景や生活・介護上の問題、生活の場に対する患者・家族の考え方の違いなど様々な課題がある。その課題を明確化し、安全で安心な生活の場を提供するため、病診連携室との協働による退院支援推進の取り組みを紹介する。

<現状と対策>

当院は、消化器疾患専門の急性期病院である。消化器外科手術、内視鏡治療、化学療法、各種検査入院、インスリン指導、疼痛管理・緩和ケアと入院目的は様々であるが、入院患者のうち75歳以上の比率は4割を超え、独居や介護を要する患者が増えている。入院時に病棟看護師が家族歴・キーパーソン、既往歴などの情報収集を行い、要件を満たした患者は退院支援アセスメントシートを用い評価を行い、カンファレンスで評価内容を共有し、疾患や治療内容から予測される患者の変化を想定しながら退院支援を行っている。ただし、患者・家族の想いは様々で「今までと同様の生活ができる」「子供には迷惑をかけたくない」と思う高齢患者や、治療を終え外来診療へ移行したくても認知症や独居、家族の疎遠などで安全に日常生活を送れない事情がある。また「家に帰りたい」「家で最期を迎えたい」と願う患者に対し「面倒はみられない」と家族が戸惑うケースなどが増えている。また退院支援は内服管理、化学療法による副作用の把握、ドレーン管理、インスリン注射・医療機器の取扱いなど医療管理上の指導や、外来通院、食事、排泄、清潔保持など生活上の支援など多岐にわたり、支援・調整に苦慮し入院が長期化することが散見されるようになった。そこで病診連携室と協働して問題点を分析した結果、聴取する情報量不足と変化している社会背景に対応できていないという問診票の問題が明確となった。そのため、①身体的・社会的情報②地域医療連携の情報③社会的支援の有無などの情報を追加した問診票を作成し、入院予約時から病診連携室が問診票の聴取をする運用を開始した。

<結果>

運用開始から僅かの期間であるが、入院前の早い段階から情報収集ができ、病診連携室と協働で分析・評価することで入院時から退院支援を展開することが出来た。また、入院前に患者・家族に地域包括ケアシステムについての情報提供を行い、地域包括支援センターとの連

携が取れている状況で入院することで、退院調整も速やかに行うことが出来た。

< 結語 >

多岐にわたる退院支援への取り組みや、患者・家族の想いに介入する意思決定への支援には多くの課題はあるが、患者・家族が望む日常生活や社会復帰、患者が望む最期、幸せな看取りを実現するために、またより効果的な退院支援を図るために医師や多職種とも協働しながら継続的に活動していきたい。