

退院支援の取り組み

医療機能分化の促進にともない、急性期病院から医療依存度の高い患者さんの在宅への移行が増加している現在、在宅療養支援にかかわる地域の皆様には、連携への深いご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。

看護部では平成21年度に退院支援の充実を図る目的で、退院支援推進委員会が発足しました。また部署に退院支援に関する周知・指導を行い、実践力を高めるために各部署1名のスタッフによる退院支援実行委員会も同時に活動を開始しました。



初年度は元京都大学医学部付属病院の宇都宮宏子先生の著書を基に、退院支援についての学習から始め、3段階からなる退院支援システム(1:スクリーニング、2:アセスメント、3:退院調整担当係との連携)を構築し、平成22年8月よりスタートさせました。

これによって病棟看護師が、入院時から退院後の生活を見据えて情報収集・アセスメントを行なうことになりました。

平成23年度は、病棟と外来との連携強化と多職種が共有できる退院支援記録の検討に取り組みました。医師・看護職・退院調整担当係・リハビリテーション科・薬剤部等が、退院支援計画と進捗について情報を共有し入力できる1枚のシートを作成し、平成24年7月より運用を開始したところです。このように、少しずつ患者さんを中心とした多職種の連携が浸透しつつあります。

また平成22年度のシステム開始当初看護師は、医師の病態予測にのみ着目してアセスメントする傾向にあったため、意思決定を支援する受容支援が出発点であると委員会活動を通じて指導してきました。

現在では患者さんの病状のとらえや思いを確認し、受容支援を行えるようになってきましたが、さらに在宅における患者さんの療養生活を具体的にイメージして、アセスメントが

できる看護師を育成することが課題となっています。そこで、在宅療養支援に必要な看護の視点を明らかにするために退院支援実行委員の「訪問看護同行研修」を企画いたしました。



訪問同行につきましては、すでに文書にて各訪問看護事業様へお願いしたところでございます。お忙しいところ誠に恐縮ですが、当院病棟で退院支援を行い在宅療養されている患者さんの訪問看護に同行させていただきたく、お願い申し上げます。

また、年度末には患者さんの個別性に配慮した退院支援であったのかを評価し、質の向上につなげる目的で、退院後の患者さんや訪問看護ステーションの担当者の方に満足度調査をお願いする予定です。忌憚のないご意見を伺い、改善につなげ、患者さんが安心して在宅で過せるように“つなげる看護”の実践に努力したいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。



平成24年8月25日
宇都宮宏子先生を
招き「退院支援講
演会」を開催しまし
た。

院内外より235名の
参加者があり宇都宮
ワールドの中、充実し
た時間を共有する事
ができました。

