

## 患者・家族が安心して生活できる退院支援への取り組み

施設名 公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 氏名 平野 典子

### 【概要】

福島県立医科大学附属病院地域連携部は、2017年5月医療連携・相談室と統合され患者サポートセンターに名称変更となる。各々が対応していた前方・後方連携、相談窓口、病床一元管理、入院前面談、退院支援が統括される。看護師長2人体制で看護師5名、社会福祉士3名の増員が見込まれ、事務を含め約30名の組織となる。現在、入院前面談は一部の診療科に限っているため、医師の説明と患者・家族の受けとめ、今後の療養への思いや不安が確認できない。入院前面談を導入していない診療科の退院支援は、病棟から依頼があった患者のみが対象となり、退院や転院までに時間を要している。また、外来通院中に入院決定になった際、医師や看護師が退院困難要因のリスク評価を行うシステムがなく、退院支援に係わる情報が早期に把握できない現状がある。以上のことから外来や入院前面談と退院支援の連携強化のため、看護部副部長兼地域連携部副部長として、地域連携部内の体制整備を行い、患者の多様なニーズに早期に対応できることが課題である。

### 【背景】

患者が安心して、住み慣れた場所で生活し続けるためには、入院治療後スムーズに生活の場へ戻れるようにすることが大切である。そのため、福島県立医科大学附属病院地域連携部は、入院前面談と退院支援に力を入れている。入院前面談は退院困難要因有無の視点で行い、全診療科33中5診療科で先行実施した。しかし、一部の診療科に限った入院前面談のため、全ての入院患者に医師の説明と患者・家族の受けとめ、今後の療養への思いや不安が確認できないでいる。入院前面談を導入していない診療科の退院支援は、病棟から依頼があった患者のみが対象となり、退院や転院までに時間を要している。今後全診療科に入院前面談を拡大するためには、先行している診療科で更なる成果を挙げることが大切ではないかと考える。また、外来通院中に入院決定になった際、医師や看護師が退院困難要因のリスク評価を行うシステムがなく、退院支援に係わる情報が早期に把握できない現状がある。以上のことから外来や入院前面談と退院支援業務の連携強化のため、看護部副部長兼地域連携部副部長として、地域連携部内の体制整備を行い、患者の多様なニーズに早期に対応できるよう取り組んでいきたいと考える。

### 【実践計画】

1. 入院前面談と退院支援の連携を図り、早期に退院困難要因を把握し入院前から支援を開始する。
  - 1) 入院前面談に退院後の生活を見据えた視点で問診し、支援が必要な場合、退院支援へつなぐ。
  - 2) 入院前面談が入っていない診療科は、外来の医師や看護師から患者の要望や不安等を「入院患者連絡票」に記載し、病床管理師長経由で退院支援へつなぐ。
  - 3) 手術室看護師の入院前面談（1診療科）を導入し、3ヶ月後評価し面談内容の修正改善を図る。
2. 入院前面談で患者・家族と入院目的や退院の目安を共有できる環境を整備する。
  - 1) 医師からの情報提供として、入院予約時に「転院・退院チェックリスト」を作成し、入院目的や退院時の状況、予測される退院日を記入してもらう。
  - 2) 入院前面談の運用上の問題点を明確にし、必要時医師と協議し改善する。
  - 3) 入院前面談を1診療科拡大する。

### 【結果】

1. 平成28年7月手術部看護師は、手術目的に入院する患者（1診療科）の入院前面談を開始した。地域連携部の入院前面談に退院後の生活がイメージできるような説明に重点を置き、患者の理解度に合わせた説明を行い、必要時、数回にわたり説明を行った。入院前面談を行った患者で平成28年11～

12月に退院した患者を対象にアンケート調査を実施した。その結果、「入院生活の説明は理解できた・まあまあ理解できた」97%、「治療の説明は理解できた」96%、「退院後の生活のイメージはできた」92%であった。外来の看護師から、患者の要望や不安等を病床管理師長につなげる「入院患者連絡票」は、平成29年1月23日から開始し2月6日現在で113枚届けられた。介護力低下、認知機能低下、ADL低下、介護認定、その他（経済的不安など）にチェックがあれば退院支援へつないでいる。

2. 平成28年10月から入院前面談を1診療科拡大した。開始後は月平均面談回数約50件増加した。患者アンケート調査で「安心して入院できた」86%、「入院中不安はなかった」74%であった。すでに入院前面談を導入している診療科は、入院申込や転院・退院チェックリストに記入漏れがある場合、診療科の医師直接ヒヤリングを行い、改善策を共に検討して協力体制を構築しつつある。

#### 【評価及び今後の課題】

入院前面談を1診療科拡大し、手術部看護師面談も1診療科から開始した。退院後の生活に焦点をあてた面談を行い、患者・家族の意向を尊重した取り組みができたと考える。また、外来の看護師が早期に患者の状態をキャッチし、ADLの変化や不安を抱えている情報等を退院支援につなぐことができた。

平成29年度、地域連携部は患者サポートセンターとして看護師5名、MSW3名増員の予定である。退院支援加算1取得を目指し、病棟専任退院支援看護師や社会福祉士の教育体制の強化、多職種連携の強化を図っていきたい。さらに、入院患者の一番身近にいる病棟看護師へ退院支援の教育計画を取り入れ、入院早期から退院後の生活を見据えた支援を、タイムリーに進めることができるようにしていきたい。