

退院支援看護師（地域ネットワーク医療部）

➤ 地域ネットワーク医療部のメンバー

医師 2名（1名専任）

師長 1名 副師長 2名 看護師 5名

医療ソーシャルワーカー 9名

事務職員 2名



➤ 業務概要

平成12年10月に開設

患者・家族のQOLの高い療養生活を実現するために
退院支援看護師・ソーシャルワーカー（MSW）が、
主治医や看護師と協力して、病状や療養環境の
アセスメント・それに基づいた新計画の立案・要請を行う



退院支援と退院調整

➤退院支援

入院患者さんが、適切な期間に適切な医療を受けたのち、退院後も安全な療養が継続できるよう患者・家族へ提供されるケアであり、入院時から治療と並行して取り組むことが必要

• 受容支援

患者さんが自分の病気や障害を理解し、どこで療養するのか、どのような生活を送りたいか、自己決定するための支援

• 自立（自律）のための支援

退院後も継続が必要な医療や看護を、誰がどのように実施するのか、患者さんやご家族への指導を行いながら検討する

➤退院調整

患者さんの自己決定を実現するために必要な医療や看護が継続されるよう、社会保障制度や社会資源ににつなぐためのマネジメントの過程



退院支援における看護師の役割

➤ 病気や障害を抱えながらどうやって暮らしていくのかを支える (療養生活のサポート)

看護師は患者さんにとって一番良いことを知っていて、正しい方法を指し示すものだと思っている人が、まだまだ多いと思います

しかし退院支援において、患者さんが納得した上で自分の道を歩んでいくためには、“お任せではなく、患者さん自身が決定に関わる”ことが重要です

その信念の元に、患者さんや家族の本音に寄り添い、納得して進んでいっていただけるような支援（看護）が必要です



京大病院における

退院支援・退院調整

第1段階・・・情報収集・アセスメント

病棟看護師が「総合機能評価・退院困難事例特定シート」を活用し支援必要性を検討、スクリーニングする

第2段階・・・受容支援と自立（自立）支援

病棟看護師がチーム医療の中心となり、患者さんが自分の病気や障害を理解(受容)し、今後どこで療養するのか、どのような生活を送るのか、自己決定できるように支援をする

第3段階・・・サービス調整

既存支援者との情報共有（ケアマネージャー、かかりつけ医）
退院前カンファレンスや看護情報提供書で情報共有
退院（転院）時の必要物品準備
連携先（転院先）検索・打診etc...



京大病院における

退院支援看護師の役割

➤ 病棟看護師をサポート

当院入院中の患者さんの今後の療養に関わる医療問題・生活問題の整理と調整の方向性について、主治医・病棟看護師をはじめ多部門、多職種との合同カンファレンスを実施
病棟看護師を中心とした退院支援がすすめられるような体制づくりや情報提供

➤ MSWや多職種との協働

退院支援・調整過程における医療問題解決のため、多職種・他機関との連携、情報交換を行う
特に医療面についての知識や技術の情報提供は看護師の役割として重要



京大病院における 退院支援看護師の役割

- **外来患者さんの在宅療養に関する相談・支援（後述）**
外来担当医師からの支援依頼に基づき支援開始する



- **地域機関からの問い合わせに対応（患者さんの同意に基づく）**
当院の治療方針の確認、臨床治験中の薬剤管理、
地域機関との役割分担について、
院内スタッフの連絡・調整を行い、
チーム医療の継続を図っている



退院支援過程のサポート

➤ 入院1週間以内の多職種カンファレンス

病棟看護師、退院支援看護師・MSWで、入院1週間以内にカンファレンスを実施し「総合機能評価・退院困難事例特定評価シート」で退院支援の対象となった患者さんの情報を共有、方針の確認をする

➤ 「医療者間ファレンス」への参加

主治医・病棟看護師をはじめ多部門、多職種との合同カンファレンスに参加し、入院中の患者さんの今後の療養に関わる医療問題・生活問題について、課題の整理と調整の方向性について検討する



退院支援過程のサポート

➤ ICの同席・面談

病棟看護師とともに、意思決定支援の介入をおこなったり患者さん・ご家族と面談を行い、自宅療養について具体的なイメージを描いていただけるよう説明している

➤退院前カンファレンスの開催

患者さん・家族・主治医・病棟看護師・退院支援看護師もしくはMSW・退院後に関わる全ての職種（在宅医・訪問看護師・ケアマネージャー・福祉用具専門相談員など）に参加していただき、患者さんが安心して自宅へ帰ることができるよう、在宅状況や治療方針などの情報共有をしている



外来患者さんの在宅療養支援

➤ 外来患者さん・ご家族と面談

体調悪化等による通院困難なケース、体調維持管理のために当院以外の医療サポートが必要なケース、緩和医療への移行についての相談などを行っている

➤ 地域社会資源との連携・調整

状況に応じて、かかりつけ医・在宅医の紹介、京大と連携体制の調整、介護保険申請のサポート、地域包括支援センターや訪問看護・介護・生活サービス等の社会資源へ依頼ケースによりMSWと協働している



退院支援システムの維持・向上

➤ 教育的活動（地域とも連携できる看護師の要請）

看護学生への講義、2年目見学研修、4年目在宅療養支援研修、レベルアップ研修（ラダーⅢ以上）

➤ 退院支援委員会・担当者会（隔月開催）

部署毎の課題解決のための取り組みをサポート

➤ 病棟・部署毎勉強会

➤ 退院支援手順の改訂、配布

➤ 情報発信

情報共有や変更事項の周知

