

地域連携における病院看護師の役割と課題

佐藤真幾子[†]

第69回国立病院総合医学会
(平成27年10月3日 於札幌)

IRYO Vol. 71 No. 1 (11-13) 2017

要 旨

近年、疾病構造の変化、少子高齢化で要介護者が増加すると同時に、介護の担い手も高齢化している。そのような状況で、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごすことができる医療・介護サービスが求められている。在宅医療を提供する機関等を拠点とし、多職種協働で医療と介護が連携し、地域における包括的、継続的な在宅医療の提供を目指さなければならない。

北海道医療センター（当院）は、地域医療支援病院として「まいにちから、まんいちまで」をスローガンに地域に密着した医療を目指している。また、地域医療連携室は、「顔の見える関係」構築のため、在宅医との懇談、地域住民への講演会やイベント等の実施、在宅ケア連絡会議に参加し連携強化に努めている。

退院支援・調整においては、看護師の役割も重要である。患者・家族が退院後の生活を安心して過ごせるように、平成23年度より看護部地域医療連携チーム会を立ち上げ、退院支援・調整・在宅患者指導マニュアルの作成、学習会、事例検討会を実施した。診療報酬改定で退院調整部門の強化が示され、平成25年度は副看護師長会が「退院支援推進班プロジェクト」活動を展開し、スクリーニングシートを活用した病棟カンファレンスの定着、医療・介護上の課題を明確にする取り組みの話し合いを通じて、地域支援者との調整と共に、区内の病院、包括支援センター、訪問看護ステーションとの連携を強化した。プロジェクト開始から4年が経過し、退院支援システムも定着し病棟スタッフの意識も高まってきているが、生活を踏まえての支援はまだ不十分である。今後は看護師教育、多職種連携、情報共有できるシステムの構築がますます必要である。

キーワード 退院支援, 連携, 看護師教育

国立病院機構北海道医療センター 地域医療連携室 [†]看護師

著者連絡先：佐藤真幾子 国立病院機構北海道医療センター 〒063-0005 北海道札幌市西区山の手5条7丁目1番1号
e-mail: satomaki@hok-mc.hosp.go.jp

(平成28年3月1日受付, 平成28年10月14日受理)

Role of Hospital Nurse in Community Medical Cooperation

Makiko Sato, NHO Hokkaido Medical Center Regional Medical Liaison Office

(Received Mar. 1, 2016, Accepted Oct. 14, 2016)

Key Words: discharge planning, cooperation, nursing education

北海道医療センター（当院）は、平成22年3月に国立病院機構西札幌病院と国立病院機構札幌南病院が統合し開院した。道内の「神経・筋疾患、成育疾患、免疫異常」、臨床研究、教育研修、専門的医療、災害時の診療支援機能を備えた施設として整備され、地域の医療機関、行政機関と連携し役割を果たしていくこととなった。病床数は500床で一般、精神、結核、救命救急、ICU、一般ICUの12病棟の他、手術室、透析室、外来部門があり診療科は27科ある。昨年度の年間入院患者数は9,016人、退院患者数は9,010人、平均在院日数は一般病棟で13.4日で退院患者の大半が急性期治療終了後自宅療養となるが、約10%に退院支援・調整が必要である。また、他病院や施設からの急変時受け入れ治療後は元の施設へ、脳血管外科や整形外科の手術治療後は自宅復帰前のワンクッションとして、回復期・慢性期病院へ転院する例も少なくない。自宅への支援・調整が必要な患者を診療科別でみると、神経内科が最も多く、次いで循環器内科、整形外科となっている。

地域医療連携室は、平成15年に国立療養所西札幌病院時代に設置され、統合時には副看護師長、昨年から看護師長が配置され、院内外の連携がスムーズに運ぶよう看護師が日々奮闘している。地域医療連携室は、医師、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、看護師、事務職員で構成されており、紹介予約業務、返書管理、窓口管理、広報、各相談、退院支援・調整をはじめさまざまなことを行っている。なかでも当院は地域医療支援病院として地域に密着した医療を目指しているため、患者のためになる顔の見える関係構築作りとして、在宅ケア連絡会議の出席や昨年度から在宅医、他医療機関との懇談・談話会を開催し、意見交換を始めた。

退院支援・調整において、医療ソーシャルワーカーが主に中心となり行っているが、医療ニーズが高い場合は退院調整看護師も介入している。退院調整の過程でカンファレンスは欠かすことができないものであるが、地域医療連携室スタッフが参加するカンファレンスとして、「退院支援カンファレンス」、「リハビリカンファレンス」、「退院時共同カンファレンス」がある。週1回以上全病棟でカンファレンスが実施され、治療方針の確認、退院時期の見込みや継続課題の予測、患者・家族の意思決定に基づいて計画的に退院支援を進めている。「退院支援カンファレンス」は、救命救急と外科で毎日、他病棟は週1回以上、「リハビリカンファレンス」は、他部

門スタッフも参加し、脳血管外科、心臓血管外科、循環器内科、整形外科、神経内科、糖尿・脂質内科で実施している。医師やコメディカルが参加することで問題が解決し、タイムリーな退院支援の方向性が共有でき、患者・家族も次のステップに安心して進めることに役立っていると思われる。

看護においても、老人看護・訪問看護・在宅看護分野で退院支援・調整の必要性がさらにうたわれるようになった。当院も平成23年度より看護部地域医療連携チームを立ち上げ、「退院支援・調整の知識を得て、看護スタッフの育成者となる」ことを目標に指導マニュアル、器材連絡票を作成し学習会や報告会を行った。結果、チーム員はスタッフに指導できたがアセスメントやカンファレンスが不十分で支援に結びつけられなかったり、相談・介入依頼は医師からがほとんどで病棟と地域医療連携室の連携がとれていないという課題が残った。平成24年度は課題を解決すべく入院時スクリーニングシートの評価・変更、患者用マニュアル作成、学習会と報告会の対象を拡大して実践することで病棟と地域医療連携室間で連携がとりやすくなった。平成25年度からは副看護師長会の退院支援推進班が活動の主体となり、現在も退院支援・調整に取り組んでいる。退院調整システムができ、退院支援・調整への病棟看護師の意識は少しずつ変わってきており、以前に比べ患者・家族、医師と意見・情報交換をする場が増えた。しかし、看護経験年数により差があり、退院後の生活を見据えた看護介入が少ない状況である。病棟で「退院調整が必要なし」とアセスメントした患者でも、地域医療連携室で再アセスメントすると実は、介入が必要である場合もある。それらを解決するためには新人からの退院支援・調整の教育が必要と考える。入院後早期から患者・家族と長時間関わるのは看護師であり、看護師が主体となって支援しなければならない。そうすることで生活の場に帰るための医療の視点で、生活場面を患者・家族とともに創造し、退院時の目標も共有できるのではないかと思う。当院では、看護部教育看護師長と検討を重ね、国立病院機構看護職員能力開発プログラムACTyナースに則り、地域医療連携室、退院調整養成研修を受けた看護師らで研修内容を立案し、次年度から教育研修に組み込むことができた。また、病棟看護師や医師が多職種の方々と「顔の見える連携」がとれるよう、連絡会議や談話会参加を促す。退院調整看護師には病棟での指導的立場としてリー

ダーシップをとってもらい、生活支援に関わる情報伝達をし病棟スタッフに意識づけすることも大切となる。患者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、これからも皆で協力し、より質の高い生活支援を目指していく。

〈本論文は第70回国立病院総合医学会シンポジウム「住

み慣れた地域で暮らし続けるために－医療・介護連携の具体的仕組みづくり－」において「地域連携における病院看護師の役割と課題」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。