



退院後、地域で安心して療養生活を送るために ～退院支援看護師の役割～



秋田厚生医療センター 入退院支援室 ほしの ゆきこ 星野 由紀子 看護副師長

突然ですが、入院したことはありませんか？ご自身だったり、ご家族だったり。入院するという事は、入院した方にとっては病気を抱えながら、とても不安で心配な非日常の生活を強いられることになり。すぐに治療が始まりますが、急性期医療により症状が落ち着いてくると主治医から退院が許可されます。その後は退院の日程を決め退院、そして元の日常生活に戻っていく。おおよそこのような過程をたどることになります。

現代はご存知のとおり高齢化社会です。高齢者のいる世帯は全体の4割といわれ、そのうち「単独」「夫婦のみ」の世帯が半数と社会背景から退院調整のニーズやサービスを必要とする人が増加している時代です。

例えばこんなことはありませんか？

家に残してきた妻が心配で施設は考えていない、出来れば妻と2人家で暮らしたいと思っていると、認知症がある母と父の二人暮らしが心配、自分も妹もそれぞれ家庭があるから同居は難しい、できればこれを機会に施設に入ってもらいたいと思っていると、退院後も処置がある、またはトイレに1人で行けない、お薬がきちんと飲めていない、入院前ほど歩けない、何回も入

院を繰り返しているなど。こんな時こそ退院支援看護師を頼ってください。

退院支援看護師の主な役割は2つ

1つは、患者・患者家族の意思決定支援「これは患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や介護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援です。もう1つは「患者・患者家族の意向を踏まえ、その後の療養環境を整える退院調整支援」、患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程の支援です。

実際の関わりとしては、第1段階として生活状態や家族状況、介護体制、住宅環境、自宅以外からの入院など入院前はどんな状態だったのか、退院後はどうなるのかなどの、退院支援が必要な患者の情報把握をします。第2段階では医療管理上の課題や生活・介護上の問題はないかなど生活の場に戻るためのアプローチをします。必要に応じてケアマネージャー・医療相談員・主治医・機能訓練士・栄養士・薬剤師などの多職種との日程調整をします。第3段階では必要な多職種が一堂に会し

退院前のカンファレンスを開催し、退院後の生活、ヘルパーによる日常生活の介助、訪問看護による短期介入、在宅かかりつけ医と訪問看護師の連携によるフォロー、住宅環境の調整など地域・社会資源との連携と調整を行います。

退院先が決まったら終了ではありません。退院後も継続的にケアが必要な患者とそのご家族が安心して退院、又は転院し療養生活を送れるよう支援、調整をします。

秋田厚生医療センターでは各病棟担当の退院支援看護師がおります。患者さんが安心して住みなれた地域で療養や生活が出来るようお手伝いいたします。退院後の生活や在宅介護、社会福祉やその手続きに、介護サービスなどの相談についてお気軽にお声がけ下さい。

一番大事なことは患者さんやご家族が納得して退院後の生活をその人らしく継続できることです。

今後は入院早期から退院後の生活を見据えて患者・家族が安心して退院後の生活が送れるよう関わり、意思決定を尊重しそれが実現するために多職種との連携を図りながら地域へと繋がる退院支援を展開していきたいと思っています。

