

信楽園病院だより

115号 平成22年10月1日 発行

〒950-2087 住所 新潟市西区新通南3丁目3番11号 Tel 025-260-8200

FAX 025-260-8199

E-mail main@shinrakuen.com ホームページアドレス <http://www.shinrakuen.com>

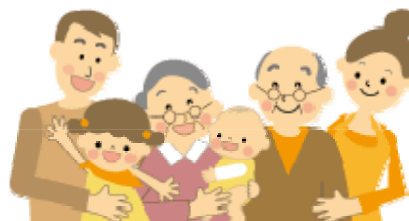


退院支援・退院調整について



地域医療連携室看護師長 松井 昌子

ここ数年で、日本の人口は少子化を伴い、急速に超高齢社会に変化しました。30年後には高齢者人口がピークを向かえ、死亡数はピークの年間170万人に及ぶと推計されています。現在の、約50%の増加が見込まれています。そして、現在は死亡数の約80%が医療機関で最後を看取られています。国は在院日数を短くして医療費の抑制や、自宅や高齢者施設においても看取りができる体制を整えようとしています。このような状況を背景に、退院支援・退院調整が重要な役割を果たすことが、非常に注目されています。



🎃 退院支援と退院調整 🎃

退院支援とは、患者様・ご家族が退院後の療養生活を自分で選ぶことができるように、その思いを引き出しながら必要な情報を提供していくことと、退院後も医療を継続できるように調整することです。

退院調整は、療養を継続していくために必要な環境を整える作業を言います。

🎃 患者様の家に帰りたい思いを大切に 🎃

それでは、退院支援・退院調整は病院のどこで誰が行っているのでしょうか。当院では、平成20年に退院調整委員会を発足しました。地域医療連携室の看護師1名、各病棟から看護師1名ずつと外来看護師1名、ケースワーカー、訪問看護ステーションの所長、皮膚・排泄ケア認定看護師で構成しています。月1回集まり、患者様・ご家族が安心して生活の場に戻れるよう、退院後も継続した療養生活が送れるよう、その人に合った適切な援助を目的として活動しています。

患者様の気持ちに沿った看護ができるのは、病棟看護師、中でも受け持ち看護師が一番の要になります。「ちょっと難しいかもしれないけど家に帰りたい、連れて帰りたい」患者様・ご家族のそのような気持ちを第一に考え対応するよう教育を行っています。在宅医療・介護を円滑に勧めるために、病院内の多職種スタッフと協働し、病院外ではケアマネージャー、他院や施設のスタッフと連絡を取り、カンファレンスを計画し訪問看護の利用を勧め、在宅医との調整を図ることを行っています。

