

# 入退院の不安解消を目指して

## ～市立総合病院の入退院支援～



磐田市立総合病院は、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、がん診療センターに加え、平成29年9月に外国人患者受入拠点病院として認定された、地域の中核病院です。

今月は、磐田市立総合病院が現在取り組んでいる「入退院支援」について紹介します。

① 磐田市立総合病院

☎ 0538-38-5000(代)  
FAX 0538-38-5050

### 医療機関の役割分担

高齢化の進行に伴い、いつまでも住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域づくりが進められています。

その中で医療機関は、より質の高い医療を提供するため「かかりつけ医」「急性期病院」「慢性期病院」などに分かれ、役割を分担しています。

磐田市立総合病院は地域の中核的な「急性期病院」として、より詳しい検査・入院治療、手術などの専門的な医療を担う病院となっています。

### 入退院支援とは

このような役割分担がある中で、患者が急性期医療から次の段階へスムーズに移行できることが大切です。入院した患者の治療だけでなく、退院後によりよい生活ができるように支援することが入退院支援であり、それを担っているのが「入退院管理室」です。

患者の意向に沿いながら、退院後の生活を整えることは、患者の健康を守り、再発による再入院を減らすことにもつながります。

また、急性期病院として重篤な状態の患者を受け入れる体制づくりにもつながっています。



# 入退院支援の流れ

## ①入院カウンターで入院前面談

医師からの入院の説明で分からないことがなかったかを確認し、分からないことがあれば丁寧に説明した後、入院から退院までの流れなどについて説明します。

また、患者や家族が、病気や治療についてどのように思っているかを確認し、患者の入院前の生活の様子や、今後どのような暮らしを希望されるかを伺います。面談は外国語に対応した案内や、通訳などにより外国の方でも安心して利用できる体制を整えています。緊急入院の場合や入院する科によっては、入院後に聞き取りを行う場合もあります。

**この面談は、患者や家族の考えを把握し、気持ちに寄り添いながら支援をするために欠かせないものです。**

## ②担当看護師やケアマネジャーと情報共有

面談で得た情報を入院する病棟の担当看護師に提供します。より専門的な看護支援が必要と思われる部分は、当院の認定看護師にも情報提供します。また患者が介護認定を受けている方であれば、患者の了承を得た上でケアマネジャーとも情報共有を行います。

## ③入院後 1 週間以内に、病院内カンファレンス

患者の病状や意向に沿って、これからの生活を送る上で必要な支援を病棟看護師、入退院管理看護師、ソーシャルワーカーで話し合い（カンファレンス）を行います。

## ④退院前カンファレンス

退院のめどがついた段階で患者やその家族に、看護師、医師、ソーシャルワーカー、リハビリスタッフ、薬剤師などが退院後の生活についてアドバイスをします。

退院後在宅で生活する場合は在宅ケアマネジャーや訪問看護師、訪問リハビリ、福祉用具の業者など、施設入所をする場合は施設職員などが加わり、退院後の支援について説明します。多いときには10人以上がカンファレンスに参加することもあります。

患者が退院後の生活をイメージでき、退院後の生活に関わってくれる人と患者をつなぐことで、退院後の生活の安心にもつなげています。



▲看護師だけでなく多職種が集まって、患者が退院後によりよい生活を送るにはどうすればよいかを考えます



### 入退院管理室から市民の皆さんへ

患者さんの希望どおりにいかないときもありますが、できる限り意向に沿った退院後の生活を送れるように、みんなで力を合わせて入退院支援に取り組んでいます。入退院について不安なことがあれば何でも相談してください。