

# 荻窪病院だより



## 毎日実施！多職種カンファレンス 入院した翌日から退院を見据えた道づくり

超高齢化社会に伴い、国は「治す」

医療から「治し支える」医療へ、「病

院完結型」から「地域完結型」への

転換を打ち出しています。緊急性の

高い患者さんを受け入れ、地域の医

療機関につないでいく急性期病院

である当院は、今年5月に入退院支

援加算1※を取得し、よりスムーズ

で手厚い退院支援を行っています。

そのひとつが毎日実施している「多

職種カンファレンス」です。

患者さんのこれからを考える

多職種カンファレンス

医療ソーシャルワーカー（MS

W）3名と療養支援看護師2名で

構成される地域連携室後方支援チ

ームがメインとなり、リハビリス

タッフや管理栄養士、薬剤師と

もに各病棟をラウンドする形式を

とっています。カンファレンスを

行う前にまずは、後方支援チーム

が前日〜当日（土日はさむ場合

は金曜〜当日）までに入院した患

者リストから、支援が必要になり

そうな方をピックアップします。

当院では入院患者さんの約3分の

1が該当し、そのほとんどが高齡

者です。

支援が必要になりそうな方と

は、ADL（日常生活動作）の低

下や入院までの社会的背景、病氣

の種類や進行具合、入院前にいた

自宅や施設へ戻れるかなどの観点

から、後方支援チームが総合的に

判断した入院患者さんです。

カンファレンスでは、ピックア

ップしたリストに載っている患者

さん一人ひとりについて、実際に

療養上のお世話を担当している病

棟看護師と、具体的にどのような

支援（訪問診療、訪問看護、介護

サービスなど）が必要か意見のす

り合わせを行います。

ある日のカンファレンスの様子

重度の心臓疾患で緊急入院とな

った80代男性。過去に人工股関節

置換術を受け、現在は要支援2で、

車椅子と歩行器をレンタルしてい

ます。

「入院中のリハビリを行うことで

元のADLに戻れそうです」と話

す病棟看護師に対し、「居住スペー

スがエレベーターなしの3階で、

入浴は妻の介助が必要と聞いてい

ます。さらに、妻は最近足が悪く

通院されているそうです。本人は

荻窪病院は  
地域医療に  
貢献します

理念

患者さんへ安心で信頼される医療を提供します。  
職員へやり甲斐のある仕事と豊かな生活の場を提供します。

基本方針

1. 急性期医療に全力で取り組み、地域社会に貢献します。
2. 個人の権利を尊重し、相互信頼に基づいた患者さん中心の医療を提供します。
3. 豊かな人間性と優れた技能を有する医療人の育成に努め、活力のある病院づくりをします。
4. 経営の健全化に努め、質の高い医療を地域に提供し続けます。



病室を訪問し面談する湊MSW



入院してすぐは環境がガラリと変わることでも混乱したり、目の前の治療に向き合っていることで余裕がなかったり、退院後の生活について考えづらい患者さんもいます。

多職種カンファレンスの後には、お互いの顔が見えるコミュニケーションづくりを心がけて、入院患者さんやご家族との面談も行います。

◆ 広報担当のあとがき  
入院患者さんによって病状や社会的背景、意向は様々なので定められた正解はなく、その人にとってベストな環境を考え次のステップにつないでいくのはとても難しいことだと知りました。入院後3日以内に行う「多職種カンファレンス」は退院に向けたファーストステップですが、スタッフ同士で激論を交わしていた日もありました。先のことをあれこれ言っても・・・なんてはじめはのん気

自宅に帰りたいと強く希望されているので、ADLだけの評価ではなく、介護認定区分の変更も視野に入れつつ、訪問診療や訪問看護などのサービスを追加で導入してみては」と後方支援チームの療養支援看護師が述べていました。

**退院したら終わりのじゃない  
その人が困らないように**

この男性の奥さんは、今まで協力しながら2人で暮らしてきたからこそ、これからの介護に不安があるということをなかなか言い出せずにいました。そんな中で「訪問サービスの提案をしてもらえてありがたかった。これからも夫婦で力を合わせて夫と2人で、家で生活していきたい」と話したそう

です。

その後、主治医や病棟看護師との情報共有や意見交換を行い、本人の意向を尊重しケアマネジャーやかかりつけ医、訪問サービスとの調整を経てこの男性は退院しました。入院中はリハビリを頑張つて、その後自宅へ帰ることができました。

このように、入院してすぐの情報収集や支援の必要性を検討することが、患者さんのスムーズな退院につながります。

カンファレンスでは頻繁に「ご本人が話しやすい声かけや、雰囲気づくりをしているか」、「他に困っていることや不安はありませんか?と聞くことで、他の情報を引

き出す糸口となる」などと、いかに患者さんやご家族のニーズを引き出すかについて、意見を交流させています。

**なぜ入院した次の日から  
退院後を考えるのか**

入院中は「患者さん」ですが、病院を離れたら「生活する人」にかわります。退院後の支援が必要かどうか、入院した次の日から多職種での話し合いをすることで患者さんやご家族が安心して退院日を迎えられ、また再入院を繰り返さないために、当院は多職種カンファレンスを行っています。

聞いていましたが、「それで患者さんは本当に困らないですか!」という看護師の言葉を聞いて、我に返りました。マニュアルにとらわれず、「患者さんの今後に責任を持って向き合いたい」という専門職のプロ意識を感じました。

※入退院支援加算とは、患者さんが安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにするための取り組みを評価した診療報酬。入院支援加算1とは退院のため、入院中に患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者またはその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合等に算定する。



当院は2023年12月で90周年を迎えます