

Y6-20

退院支援における後方病院との連携強化に関する取り組み

山田赤十字病院 医療社会事業課
伊藤 隆博、上部 真嗣、鈴木 貴子、
渋谷 春音、藤井 典善、落合幸太郎

【はじめに】当院では、平成20年度より病院全体、多職種連携体制による新たな退院支援システムを導入した。具体的には退院支援が必要な患者を入院早期に見つけ出す「スクリーニングシステム」や各病棟にて週に1回、退院支援のための情報交換の場としてのカンファレンスを実施し、リアルタイムで患者の情報交換を行う「退院援助カンファレンス」の導入などを行った。院内での退院支援に対する取り組みが軌道に乗ることで支援対象者は急速に増加した。こうした現象に対し、退院支援の質の向上、転院手続きの合理化を目指して平成22年には、退院支援における後方病院との新たな連携システムを構築した。

【方法】平成22年7月より、当院からの転院患者数の多いA病院（回復期リハ）B病院（療養型）C病院（緩和ケア）の3病院のMSWに週1～2回定期的に当院に来院してもらい、情報交換、患者の病状把握、家族との入院相談等を行うこととした。

【結果】これまで、診療情報提供書などの文書やMSWからの口頭の情報提供や家族受診により転院調整を行っていた。この連携システムにより、後方病院のMSWが直接患者本人や担当看護師から現在の病状を確認し、またMSW同士で今後の生活課題について検討することができるようになった。また、一部の病院は、入院の申し込み自体を当院訪問時に家族との面接にて行うことを可能にしたことで、家族受診が不要となった。

【考察】後方病院のMSWが直接院内で患者の情報収集を行うことが可能となったことで、受け入れる側の安心感にもつながり転院時のトラブルが減少したと考えられる。また、退院支援は行き先を決めるだけでなく、長期的な目線での援助が求められる。そのためにも、急性期病院から後方病院へのシームレスな支援の連携が求められると考える。

Y6-21

東日本大震災後の退院支援

仙台赤十字病院 医療社会事業課¹⁾、
医療情報管理課²⁾、
看護部³⁾
四ノ宮康子¹⁾、長尾佳代子¹⁾、広瀬 和之¹⁾、
北目久美子²⁾、菅原 三恵²⁾、齋藤 英輝²⁾、
加藤 千恵³⁾

【はじめに】2011年3月11日に発生した東日本大震災は広域に甚大な被害をもたらし、仙台市内でもライフラインが全て不通となった。しかし、当院では非常用設備が稼働できたため、予定入院や手術を調整し被災患者を可能な限り受け入れるよう体制を整えた。医療社会事業課では発災後2日は退院支援を含む医療相談が行えず、災害時のロジスティック業務に終始した。3日目以降に被災地から多くの患者を受け入れたが、その後の退院支援は困難を極めた。

【退院支援の内容】災害発生後1ヶ月間の医療相談件数は101件であり、前年平均比で約2倍に増え、内容の72%が退院支援であった。退院支援を必要とした人は70歳以上が67%を占めた。疾病別では、肺炎・骨折・血液透析の患者が多かった。退院支援が困難な要因は、「通信手段の輻輳による情報収集力の低下」「地域の介護サービスの停止」「ライフラインの不通による生活機能の低下」「災害をきっかけとした介護の継続に対する介護者の不安」がみられた。支援後の転帰先は自宅が34%を占めた。

【まとめ】災害時には限られた医療資源の中で多くの患者を治療する必要があり、治療が終了した患者に退院支援をより積極的に行わざるを得ないが、被災による「転帰先の被害」「社会資源の飽和」「要支援者の欠如」「行政機能の停止」といった退院支援を阻害する要因が多く選択肢も限られた。その一方、「日頃から関係を構築してきた組織や社会資源」「災害をきっかけに組織された民間・行政ネットワーク」「災害時の制度」の活用や広域な情報収集が退院支援に有効であった。