

## Y9-03

### 在宅療養支援専門医療ソーシャルワーカーの取り組み

伊勢赤十字病院 医療社会事業課

○落合幸太郎、上部 真嗣、伊藤 隆博、鈴木 貴子、藤井 典善、澁谷 春音、宇薄 拓哉、角谷 舞、中野 絵梨、山口美乃里、下村 晃世、阪口 郁子

【目的】 当院では昨年末の新築移転を機に、患者のニーズに対応できる支援を目指し、MSWの体制を再構築し業務開発を行ったので報告する。

【方法】 当院は病床数は655床、平均在院日数は11.5日、紹介率や逆紹介率ともに85%を超える三次救急救命センターであり「断らない救急体制」を整えている。新病院の機能をより有効かつ効率的に活用する為に、入院管理部門、MSW部門、在宅療養支援部門、訪問看護ステーション、地域医療連携課が協働できる体制の構築に取り組んだ。

【結果】 2009年2月に第一次構想を作成し「入退院センター・医療福祉相談部門構想検討会」を立ち上げて検討をスタート、名称を「患者支援センター」とし、(1) ベッドコントロール、入院に関する手続き、入院生活の説明、患者情報の収集を行う「入退院管理室」、(2) 退院後に在宅療養を予定する患者の相談や社会サービスの調整、地域のかかりつけ医との連携、自宅療養中の患者の療養相談、在宅介護期間の連携窓口となる「在宅療養支援室」、(3) 退院・転院支援、生活・経済的問題解決援助、がん治療や緩和ケアに関する相談援助を行う「総合相談室」、(4) 訪問看護ステーション、(5) 地域医療連携室を設置した。この中でMSW部門は在宅療養支援室に3名、総合相談室に7名を配置した。看護師も2名配置し、在宅療養支援を専門特化して地域の医療機関に自宅療養を過ごせるようにも支援している。

【結論】 現在、在宅療養支援室ではMSWと看護師がペアになり患者や家族に対して、医師、看護師、訪問看護ステーションと連携して支援を行っている。これにより医療・社会的ニーズの双方を汲み取り、医療と介護を組み合わせた支援が可能となった。

## Y9-04

### 医療ソーシャルワーカーの援助体制の再構築

伊勢赤十字病院 医療社会事業課

○藤井 典善、上部 真嗣、伊藤 隆博、鈴木 貴子、澁谷 春音、落合幸太郎、宇薄 拓哉、角谷 舞、中野 絵梨、山口美乃里

【目的】 急性期病院の平均在院日数が短縮されていく中で、医療ソーシャルワーカー（以下、MSWと略す）の介入が必要であったかと思われるケースがそのまま退院になってしまうことがある。新病院に移転を機会により効率的かつ効果的な援助体制を作るよう抜本的に見直し成果がみられるようになってきたので報告する。

【方法】 新病院のコンセプト「世界のどこにもないたった一つの病院」と同様「どこにもない福祉相談体制」の構築を目的とした。平成21年2月に看護部と協働し「入退院センター・医療福祉相談部門構想検討会」を立ち上げ、既存システムを見直した。他職種とMSWが更に相談や情報交換ができる環境に焦点を当てて取り組んだ。在宅退院や在宅生活について援助する「在宅療養支援室」と、転院や施設入所、生活上の問題や経済的問題について援助する「総合相談室」を設置した。

【結果】 MSW室を各階の中心に設け、担当MSWを配置することで動線と時間短縮ができ迅速な対応が可能となった。また、他職種との情報交換もスムーズにすすむようになった。スクリーニングや各病棟で毎週定期カンファレンスを持ち介入必要なケースを医師や看護師と共に関わり、ICにも積極的に同席してチームとして取り組めるようになった。また、これらの支援を要する患者の情報共有がリアルタイムにできるようになった。

【結論】 施行して約4ヶ月弱が過ぎるが、他機関から「連携が取りやすくなった」などの意見が聞かれる。しかし、支援を要する患者全てを把握しきれていないとは言えず、改善をしていく必要はある。

今後更なる内外ともに連携体制を強化し、支援を要する患者を漏らすことなく、より良い「どこにもない福祉相談体制」を構築していきたい。

## Y9-05

### 当院の退院支援におけるスクリーニングシステムの構築

三原赤十字病院 地域医療連携課

○柳迫 三寛、三阪 栄花、村上千恵美、野島 理恵、谷原 鍊平

【はじめに】 平成24年4月に行われた、診療報酬・介護報酬同時改訂において、退院支援の更なる評価がされ、退院支援におけるスクリーニングの実施による対象患者への早期退院支援の実施が求められることとなった。当院では、平成15年の地域医療連携課の立上げとともに院内における退院支援システムの構築に取り組み、入院初期段階から退院支援を実施するため退院援助スクリーニングを実施してきた。

【スクリーニングシステムの構築】 近年、患者・家族及び保健・医療・福祉機関を取り巻く環境は大きく変化をしている。その要因として、急速に進む少子高齢化や核家族化等の社会構造の変化と慢性疾患を中心とする疾病構造の変化、医療技術の進歩による医療介入を必要とする患者や、後遺障害・高齢化により介護が必要な患者が増加した事などがあげられる。また、私たちの生活のニーズも、多様化する社会とともに複雑で多様化している現状がある。このような複雑で多様化する患者と社会のニーズに対応した、医療サービスを提供するためには、医療スタッフの個々の取り組みでは対応できない現状がある。とりわけ退院支援に於いては、病院と地域の関係機関が早期から連携を図り、支援を開始する事が求められている。こうした中、退院支援の重要性が再確認され、多くの医療機関で退院支援への取り組みが報告されている。退院支援とは、退院することが目的ではなく、医療の継続性を確保し患者・家族の生活の質を高める事を目的に、患者・家族のニーズに即した支援を提供することである。ここでは、患者・家族のニーズの充足に向けた退院支援システムの一部である「スクリーニングシステム」の構築に向けた当課の戦略策定の軌跡とその取組みから見えてきた今後の課題について報告する。

## Y9-06

### 入退院支援部門による介入効果の検討

京都第二赤十字病院 看護部

○中村 真穂、乾 啓子

【はじめに】 当院は京都市の中心部に位置し、救命救急センターを有する639床の急性期病院である。地域支援病院・がん拠点病院の認定を受け地域中核病院として地域のニーズを広範囲に請け負う環境にある。

【病院背景】 これまで入院患者の病床管理は事務部門が行い、在宅を含めた退院調整部門も整備されていなかった。そのため後方病院との連携が円滑ではなく空床確保の問題から救命センターの運営や紹介患者の緊急入院に影響を与え、病床利用率の低下等の問題を生じていた。

【活動目標・内容】 平成23年度MSW・看護師で構成する入退院支援部門を設置した。初年度は効率的な病床管理、特に救命の稼働率の向上にむけ院内での病床調整を最優先とした。また病棟の退院支援の認識を高め、支援の必要な患者の実態把握を目標とした。

活動内容は、師長の輪番制による緊急入院の病床調整、毎朝のミーティングを活用し救命病棟の転床調整、各病棟の空床の確認、週1回医師・コメディカルも参加する病床調整会議を開催し、病床稼働状況の分析や問題点の共有を図った。退院支援では組織横断的に退院支援介入を行いながら、退院支援に対する啓蒙を展開し入退院支援活動を行った。

【結果】 前年度と比較すると、病床利用率89.9%→90.3%、在院日数12.9日→12.8日、救急不応需26%→21%、救命センターから一般病棟への転床は約120件増となった。退院可能なが入院している患者は調査時点で33名が10名に減少した。積極的に病床を活用しようとする発言が師長より多く聞かれ、意識の向上に繋がっている。

【考察】 看護師が主導となり入院調整を行うことは各師長を支援することに繋がり、また退院支援を同時に推進することで、師長達の効率的な病床運営の意識の向上に結び付いたと考える。