

Y5-06

在宅退院支援における多職種連携の課題と取り組み

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

現在、在宅医療が重要視される中、高齢者の生活を一変する出来事として、疾病とケガは大きな要因であり、病院は高齢者の人生の大きな転換場所として、医療と介護の専門職による多職種連携のスタート場所として大きな役割を担っている。患者・家族が生活問題とはじめに直面する病院において、退院後の生活を支えるための取り組みは病院の重要な役割である。患者及び家族が住み慣れた地域で暮らしを支えるためには、あらゆるニーズに対応できるさまざまな専門職の知識と技術が必要である。病院ではじめる医療と介護の連携は、患者及び家族の生活すべてに影響を及ぼす極めて重要なプロセスと考えられる。こうした中、当院では退院時カンファレンスを用い、医療と介護の多職種連携を充実するための課題と解決方法を明らかにすることを目的に関係各機関の協力を経て調査研究を行った。本研究では、多職種連携における課題と解決方法を明らかにするために退院時カンファレンスの効果と課題についてアンケート調査を行った。また、10症例の退院時カンファレンスを対称に、出席者へ実施後アンケートの実施や関係各機関との研修会を企画し、KJ法を用いたグループワークを行った。結果、課題は、カンファレンスのための時間調整と情報の共有のあり方であり、それとともに多職種間の専門性の違いから支援の方向性を見出すことに困難を感じているなど各職種の専門性、役割の理解をすることであると確認された。解決方法については、情報共有のためのツール作成や多職種が各専門性や特性を理解するための顔の見える関係づくりなどが確認されたので報告する。

Y5-08

患者のQOLを重視した支援—長距離搬送による重症患者の転院調整の一例—

岡山赤十字病院 医療社会事業課¹⁾、岡山赤十字病院 肝臓内科²⁾、岡山赤十字病院 看護部³⁾

○田村 綾¹⁾、小橋 春彦²⁾、牧原百合子³⁾

【はじめに】傷病の発症により多様な苦痛が出現し、人のQOLが脅かされる。苦痛の一つに心理的苦痛があり、経済的問題など様々な要因があるが、特に家族と疎遠になっている場合には、傷病の発症自体が孤独感をより一層高めると考えられる。今回、患者の心理的苦痛に着目し、QOLを重視した長距離搬送による重症患者の転院調整を行い、患者の孤独感を緩和できた症例について報告する。

【症例】60代男性、北海道出身。友人を頼りに職を求め、5年前に岡山に移住。妻子は北海道で生活。今回、急性膵炎、仮性膵嚢胞、敗血症、肺動脈塞栓症など多くの疾病を合併し入院となった。入院前より経済状況は厳しく、入院を機に生活保護受給開始。5年間北海道と岡山を行き来することはできず、妻子とは電話でのやりとりのみ。患者は入院当初より、「北海道に帰りたい。」「妻子に会いたい。」と涙を流して語られていた。病状は一進一退で退院の目処が立たない状況の中、「患者にとっての療養場所は岡山でよいのか。」と、MSWとしても疑問が出てきた。患者の希望も「北海道の病院での療養」であり、どのようにそれを実現するか、関係者・機関との話し合いを重ね、転院に向けての準備を行った。最終的には、主治医同行のもと飛行機で北海道の病院へ転院することができた。現在は、妻子と一緒に自宅で生活している。

【考察】今症例は経済的問題もあったが、それ以上に患者の孤独感による心理的苦痛が強かった。帰郷により家族からの精神的支えが可能になったからこそ、病状の回復にも繋がったと思う。患者の思いをしっかりと聞き、その患者にとってのQOLは何かを考えること、そして、関係者・機関と連携し全員が患者のQOLの向上に向かって支援していくことが大切である。

Y5-07

DPC対象患者の退院調整 入院期間3超え患者の退院調整内容の分析

福井赤十字病院 地域医療連携課¹⁾、医事サービス課²⁾

○堀口 朋美¹⁾、杉本 和恵¹⁾、横山 友美¹⁾、吉田 晴香¹⁾、幅田ゆかり¹⁾、森石 佳奈¹⁾、小川 貴司²⁾

【はじめに】当院は、退院調整の適正化を目標としている。その中で、DPC入院期間を退院時期の指標に出来ると考えた。平成24年度は、3134件の退院調整依頼があり、その内の1822件がDPC対象であった。その内、入院期間3超えが241件13.2%であった。そこで、入院期間3超えの対象者の退院調整サマリーを中心に分析し、入院期間が延長する要因と今後の課題を検討した。

【現状】1.転帰別で見ると、転院率が高い（入院期間1：14.8%、入院期間3超え：29.0%）2.疾患群では、悪性新生物59件、骨関節疾患39件、脳血管疾患30件と多い3.退院調整依頼先は、平均4.3日、7日以後の依頼は約9%で、退院調整依頼全患者の4.4日、10%と違いはない4.入院期間3を超えた日数が7日以内は、104件42.3%あった5.退院調整スクリーニングでは、退院困難な要因が複数ある対象者が179件74.3%あり、セルフケア不足205件、介護力不足178件、医療処置の継続が75件あった6.地域の担当者との退院前カンファレンスは、43件、退院患者の26.7%であった。（入院期間3：65件12.5%）かかりつけ医師の調整20件、その他ケアマネジャー・訪問看護・調剤薬局の薬剤師などのサービス調整は84件あった

【課題】DPCの入院期間3超えの患者は、退院困難な要因が複数あり、状態のゴールが明確でない事がわかる。骨関節系疾患・脳血管疾患の患者のように先の予測が出来る場合は、DPC入院期間をゴールと考えサービス調整・転院相談を行うで、入院期間3以内の退院が出来ると考える。しかし、悪性新生物患者のように、先の予測が困難な時は、話し合いによりゴールを決定する事が大切である。退院調整担当者は、在宅でのサービス担当者も巻き込み共同意思決定が出来るよう調整役を行う事で入院期間の短縮に繋がると考える。

Y5-09

高齢救急搬送患者の早期（7日以内）転院への取り組み

松江赤十字病院 医療社会事業課¹⁾、救命救急センター²⁾

○杉谷 朗子¹⁾、宇野 えり²⁾

【はじめに】

当院は、鳥根県東部に位置し、二次医療圏内唯一の三次救急指定病院である。救急搬送患者の多くは軽度・中等症であるが、救急入院に至った患者の約半数は75歳以上の高齢者であった。その約4割は誤嚥性肺炎や尿路感染症、心不全、脱水などの非専門的疾患であり、入院期間の長期化や医師のモチベーションの低下、ベッド不足が慢性化するにあたり、緊急な対策が必要となった。そこで、近隣のK療養型病院と救急入院となった高齢患者の早期（7日以内）転院に取り組んだので報告する。

【実際】

両病院で検討し、転院数は週1名程度。週末に救急入院した高齢者の中より対象患者を月曜日に医師・看護師長・MSWで選出し、木・金曜日に転院というシステムで試行した。平成24年7月開始し、4ヶ月で11名の転院を行った。

【結果】

早期転院患者は、平均年齢も高く、重症度も高かったので死亡率も高率であった。

両病院で行った検討会において、当院からは、週1床ではあるが救急ベッド確保になった。入院直後に転院可能かを見極めるため、対象患者選出困難感はあるが、高齢救急患者に対する医師のモチベーション低下に対する一助になった。K病院からは医療圏の救急医療を守る為の一つの方策だという思いは深まった。患者は急性期様相があり、病棟スタッフの負担が多く、体制が課題であるなどの意見が出た。また、家族の中には「強制転院ですね」「しかたがない・・・」といった不満や困惑の反応がみられたことがわかった。

【考察】

高齢救急搬送患者に対し早期転院システムに取り組んだのは意義があった。しかし課題も多く両病院間の連携強化、地域特性に合わせたシステムの改良が必要である。また、医療機関の機能分化に対する患者・住民のさらなる理解、地域との協働が必要であると痛感した。