

02-16

テンプレート導入による情報共有体制の強化について

熊本赤十字病院 医療社会事業課

○松尾 剛典

当院を受診する患者の背景には、経済面、家族関係面等多様多様の問題を抱えた患者が多数存在している。MSWは、そのような諸問題に介入し、早期解決を目指して日々活動している。

平成25年4月にMSWが1名増員され、4人体制となったことを機に、当課スタッフと療養支援担当看護師を2チームに編成し、それぞれに協力して、病棟を担当することで、より早期からの介入が可能となった。その結果、相談、対応件数が飛躍的に増加し、大きな業務改善となり、効果を示している。その一方で、相談内容の情報について、共有すべき情報量が増加するも、主治医、担当スタッフとの連携や情報共有が十分ではない状況であった。

その改善を図ることを目的に、平成25年8月から電子カルテ内にMSW専用のテンプレートを導入し、相談内容等を記録し、電子カルテに記載することで、より多くのスタッフと情報を共有でき、問題解決に向けて円滑に連携が図れるようになり、成果を得ている。

今回は、テンプレートの内容及びその効果について、発表いたします。

02-17

脳卒中患者の転院に関するMSWの役割効果

伊勢赤十字病院 医療社会事業課

○落合 幸太郎、上部 真嗣、藤井 典善、角谷 舞、中野 絵梨、鈴木 貴子、宇薄 拓哉、山口 美乃里、柴原 蒼

【目的】1分1秒を争う脳卒中の場合、速やかに治療が受けられる体制が重要である。当院は主に県南下の高次救命救急センターやドクターヘリ基地病院として県内広範囲から患者の受け入れができる急性期病院である。医療ソーシャルワーカー（以下、MSWと略す）として、その機能を維持するために早期介入を実施する事によって要援助者の早期発見、解決につながり、その結果在院日数の短縮に寄与している。その取り組みと成果を報告する。

【方法】より早期に介入できるように電子カルテにある医療相談システムの活用、ICに同席できるように主治医や病棟に依頼、毎週ある病棟カンファレンスで介入漏れがないか確認などシステムの構築に努めた。

【結果】その効果として、死亡退院の介入は除き、H25年度の入院日から介入日までの期間が9.8日、介入日から転院・退院日が18.4日であった。H22年度と比較して各々が3.3日、2.7日の短縮があった。また、76件の介入件数増加であった。

【考察】システムの活用などで、より早期の介入や在院日数の短縮、今まで漏れていたかもしれないケースが介入できた。MSWがケースに早期介入することは平均在院日数の短縮に繋がるだけでなく、早期に回復期病院などでリハビリが受けられる体制を調整できるなど患者やその家族にも有効であると考えられる。

02-18

中小病院の地域医療連携室における在宅医療推進の取り組み

嘉麻赤十字病院 医療社会事業部

○朝香 淳

【はじめに】当院は、一般病床100床（平成26年9月より一般病床50床（10:1）、地域包括ケア病床33床に変更予定）、特殊疾患療養病床50床のケアミックス型の病院（付帯施設：訪問看護・訪問リハ・居宅・デイケア）であり、地域の公的病院としての役割ももっている。近年の診療報酬改定と地域住民の高齢化に伴い、在宅医療のニーズはますます増加してきているなか、地域医療連携室でさらに在宅医療を推進していくために、まずは病院と居住系福祉施設との連携（病介連携）の強化を図っていく取り組みをおこなった。その結果、良好な連携が得られたのでここに報告する。

【方法】今回、在宅医療を推進していくためにまずは居住系福祉施設との連携の強化を目指した。そこで、施設の職員を対象に連携していくなかでの問題や要望等の聞き取り調査をおこない、明らかになった課題に対して院内の関連部署と連携・協同して体制の構築を図った。

【課題】(1)24時間365日の受け入れ体制の整備(2)相談窓口の明確化(3)連携不足から生じる小さな問題(4)施設職員への指導といった内容が挙げられた。

【課題に対する方策】(1)在宅療養支援病院の指定取得(2)受け入れ体制マニュアルを作成し院内各部署への周知徹底(3)定期的な連携会議の開催(4)出張出前講座の企画を実施した。

【結果と考察】在宅療養支援病院の指定を受けることを前提に24時間365日の受け入れ体制の構築を図った。また、病院側からの働きかけで定期的な連携会議や出張出前講座の企画・開催をすることで、医療機関の敷居が下がり、顔の見える、率直に話せる関係づくりを築くことができ、お互いの信頼関係がより深まりうまく連携が図れるようになってきた。その結果、よりよい在宅医療の提供が可能となったことで、在宅患者も徐々に増加し、在宅医療での安定した収益にも繋がってきているのではないかと考える。

02-19

在宅療養支援のための地域連携の取り組み～みなとセミナー Part 2～

横浜市立みなと赤十字病院 医療連携センター

○金井 緑、渡邊 貴子、嶋原 貞子、渡辺 和栄、小野 利子、瀧川 晴菜、木下 聖子、大湯 宝子、新明 拓也¹⁾、小川 早織¹⁾、亀山 友美¹⁾、持松 泰彦¹⁾、乾 尚美¹⁾

近年、障害のある方の高齢化がトピックスとして多く挙げられるようになった。厚生労働省の調査結果からも、知的障害者養護施設の利用者数の年齢層は30年前と比べ40～50代が圧倒的に増加している。障害者の高齢化に伴い、認知症の問題、身体疾患の問題など、障害分野で医療に関しての知識、情報が求められるようになっていく。当院の療養・福祉相談室では退院・療養支援部門や在宅療養支援部門という業務分担の中、看護師と医療ソーシャルワーカーが協働して退院支援、相談援助に取り組んでいる。入院中の患者さんの退院支援に関するケースワークが業務内容の大きな部分を占めるが、今日の医療、病院機能分化からも、一病院だけで完結する医療、生活支援ではない時代である。急性期病院における治療、地域の在宅医療、介護保険サービスの利用等様々な社会資源を活用してその方の生活を支える必要がある。そのために、地域の医療機関、介護サービス提供者と共有すべく、「よりよい在宅療養支援を目指して」というセミナーを昨年度までに8回開催した。在宅看取りについてのシンポジウムや、在宅医療の知識の深化のための実技体験など、介護支援専門員、訪問看護師を主な対象として開催していたが、障害分野の課題も地域のニーズとしては高まっていることを鑑み、昨年度は「障害のある方の高齢化について」というテーマでのセミナーを開催した。開催において地域関係機関と協働し、障害福祉、高齢福祉、医療の課題を共有していった経過と同時に、地域の障害者自立支援協議会において高齢化プロジェクトとしてワーキンググループも行った経緯についても報告する。