

## P9-337

### 「連携実務者ネットワーク」の立ち上げに携わって ～改善点と今後の課題～

石巻赤十字病院 医療社会事業部 医療社会事業課

○伊藤 茂樹、千田 康德

【はじめに】今まで石巻地域の連携実務者間のネットワークは、看護師、MSW、事務担当者同志等の個人間でのやり取りで行っており、システム化がなされていなかった。そこで、連携実務者の更なる連携強化を目的に、石巻地域8医療機関との間で「石巻地域連携実務者ネットワーク」を組織した。今回その構築過程について報告する。

【方法】平成20年7月、石巻赤十字病院登録医会の開催に合わせて「石巻地域連携実務者ネットワーク研修会」を開催。主要8医療機関の地域連携担当看護師、MSW、事務担当者とともに、連携実務者ネットワークの必要性を確認した。

【結果・考察】平成20年9月以降隔月（奇数月）にネットワークを開催。当面の間は顔の見える連携、情報共有、交換の場として活動していくことを目的とし、各医療機関の特性の紹介からスタートした。隔月ではあるものの定期会合を開催することにより、今まで電話だけのかかわりしかなかったものが直接顔を合わせることで、今まで知りえなかった諸問題を知ることができた。各病院で抱える問題点についてアンケートを実施。ネットワークの参加職種が看護師、MSW、事務と多岐にわたっていることもあり、「知りたい情報」「得たい知識」に若干の違いがあることがわかった。今後、分科会等に発展させ、各職種で抱える問題点について話し合う機会をつくっていくことも予定している。職種毎の連携だけでなく、職種間の情報交換、共有の場として今後のネットワークに発展させていきたいと考える。また、石巻地域において、大腿骨の地域連携パス等が構築されているが、今後、がんをはじめ様々な疾患の地域連携パスの構築が必須とされており、新たな地域連携パスの構築は当ネットワークで主導できるような取り組みも重要と考える。

## P9-339

### 内科系救急病棟における療養支援ナースによる支援 の実際

松山赤十字病院 地域医療連携課

○梶原 真理、荒木 美喜、久坂 照美、林 良美、  
渡邊 八重子

当院は、地域医療支援病院としての役割発揮に向け専門領域のエキスパートナースを、療養支援ナースとして病棟と連携課を兼務させ、療養支援業務に特化させた。内科系救急入院を専門領域とした病棟における、療養支援ナースの活動を報告する。当病棟は病床数47床で、地域の医療機関から紹介された患者の救急入院や救急搬送される患者の初期治療を担当する。活動開始10ヶ月間における総退院患者は796名であった。入院と同時に全ての患者に退院後の療養生活をアセスメントしそのうち支援が必要な患者は261人で33%であった。支援は、高齢者特有の誤嚥性肺炎や廃用性症候群による回復の遅延により、在宅退院までに継続した療養リハビリを必要と判断し療養病床や老人福祉施設への転院が62人、継続医療・看護や介護サービスを調整しての在宅療養が22人であった。在宅での問題は「単身・認知症高齢者・特に後期高齢者の在宅生活」と「急性期治療は終了したが、回復・慢性期治療を継続しながらの在宅生活」であった。これらに対し患者・家族と共に退院後の療養生活の見直しを立て、実現に向けて院内外専門職、院外専門機関とカンファレンスを実施した。期間中に病棟に入院した後期高齢者患者251名のうち172名69%を支援し後期高齢者退院調整加算として、カンファレンスは退院時共同指導料として診療報酬に反映され、経営指標と連動し支援の必要性の裏づけとなった。療養支援ナースとしての活動は、看護の専門性を発揮する看護師としての自己実現であると実感している。患者・家族の療養生活の質に視点をあてた療養支援は、医療提供体制の変更のなかで、急性期看護師の専門的活動として有効不可欠であり、さらに療養支援の質の向上と効率的な活動として整備・推進していく必要がある。

## P9-338

### 病棟看護師の退院調整に関する意識調査

仙台赤十字病院 医療社会事業部<sup>1)</sup>、仙台赤十字病院 看護部<sup>2)</sup>

○高崎 恵<sup>1)</sup>、四ノ宮 康子<sup>1)</sup>、加藤 千恵<sup>2)</sup>

【はじめに】後期高齢者退院調整加算の導入に伴い、当院では退院支援に関するシステムの準備段階において病棟看護師124名を対象に退院調整に関する意識調査を行った。

【結果】回収率は87.1%であった。退院調整に関わる13項目について病棟看護師に自己評価を求めたところ、「社会資源についての情報提供」「退院先についての家族・患者の意向の確認」「退院後の問題点の予測」「退院計画への患者と家族の意向の取り入れ」などの項目に、「十分できている」「できている」という回答が「できていない」「あまりできていない」という回答をいずれも上回っていた。また、「院内退院支援部門との連携」に関して「十分できている」「できている」との回答が48.1%、「できていない」「あまりできていない」との回答が11.1%であった。「退院調整で困難だったこと」の具体的内容は「主治医と意向の相違」「家族の在宅への受け入れ態勢の不安」「施設などの社会資源の不足と待機期間の長さ」などであった。さらに、「退院調整の連絡のタイミング」について「迷うことはない」「迷うことはあまりない」が13.9%に対して、「迷うことがある」「やや迷うことがある」は49.1%であった。「どのような時に迷うのか」の具体的内容は「退院時の状況の予測が難しい時」「治療期間と社会資源の待機期間が合わない時」などであった。【まとめ】病棟看護師は、入院時から退院調整に関わることの必要性を認識しているが、実際に行動を起こすタイミングに苦慮している傾向があった。そのため、退院調整にかかる問題点を病棟と退院調整部門が入院当初から共有し介入できるよう「医療介護福祉スクリーニングシート」を導入した。今後は、さらにシステムの機能向上をめざし、よりよい連携を図っていききたい。

## P9-340

### 医療社会事業部って何をやる所？

岡山赤十字病院 医療社会事業部

○石井 史子、久村 和史、内藤 絵里

【はじめに】医療社会事業部って何をやる所？と多くの方に聞かれるが明解な返事ができない。今回は医療社会事業部の活動について岡山赤十字病院（以下当院）の現状を述べ、他院の方々のご意見を伺えればと思い発表することにした。

【現状】当院には医療社会事業部の中に医療社会事業課と社会課がある。医療社会事業課の活動としてはMSW相談に加えて認知症専門技術センター、糖尿病患者会、地域連携パス、がん相談支援センターなどがある。社会課の活動としては災害救護業務（災害派遣、臨時救護、災害訓練参加）に加えてへき地診療、各種健康講演の調整、小児糖尿病患者会、病院ボランティア活動調整支援、在宅医療窓口などがあり、いずれも多岐に渡っている。さらに赤十字の「地域福祉活動推進要綱」によると保健・医療・福祉の総合的サービスを提供するためには病院と支部とが連携して活動を行う必要があり、そのための病院側の窓口が医療社会事業部と記されている。がそれに関係した会議も年1回開催されただけというのが現状である。

【考察】赤十字活動は本来ボランティアであるが、病院は独立採算で収支を考える必要がある。支部からの依頼の業務は災害救護業務を筆頭として利潤を産まないボランティアに属する活動が多い。病院職員は支部からの依頼については業務とボランティアの狭間に立つ事になり、近年の意識の変化から職員の間にも報酬を求める風潮も見受けられる。支部と病院との更なる連携強化により業務内容の整理と明確化を示すことが重要と思われる。