



ごあいさつ

医療連携福祉センター長の三國です。

この度、当院は、より充実した医療を提供するために組織機構の一部見直しを行い、医療連携センターと医事相談センターの相談部門はひとつとなり、今年の4月から「医療連携福祉センター」として出発することになりました。

広報誌の名称も「医療連携福祉センターだより」に変わりましたが、これまでと同じく、毎年秋の号は在宅ケアに携わる皆様への情報発信を目的に編集しております。少しでも日頃のお仕事のお役に立てば幸いです。

ご承知のとおり、わが国はすでに少子高齢化社会に突入しております。高齢者の人口に占める割合は、今後ますます高くなり、社会のさまざまな仕組みが影響を受けて、大きく変化していくことが予想されます。とりわけ、医療・介護の分野においては、日本の社会保障制度を堅持するためにも、新たな視点から仕組みを変えていくことが求められています。

このような状況を踏まえ、国は「地域包括ケアシステム」の構築を施策として展開し、住み慣れた地域、家庭といったストレスの少ない環境のもとで普段どおりの生活を送りながら医療サービスを受けることができる、かかりつけ医を中心とした在宅医療・在宅介護などの地域医療を重視した仕組みに移行することを目指しています。そのためには、医療、介護、保健、福祉、住宅、交通などの関係するあらゆる分野が緊密な連携を取り合うことが必要であり、さらにこのつながりが地域の活性化を促して、まち全体の暮らしやすさに結びつくことが期待されています。

当院は、高度急性期医療を担う特定機能病院であり、「地域包括ケアシステム」のなかの一員として自らの役割を果たしていくためにも、地域の医療、介護関係の皆様と密接で円滑な連携を取ってまいりますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。



医療連携福祉センター長
三國 信啓

地域包括ケアシステム時代の到来

— 退院支援の5年を振り返る —

副センター長 高橋 由美子（退院調整看護師）



退院支援係は平成25年度に組織化し看護師3名と社会福祉士1名が配置されて5年目を迎えました。この間、部署名は3度改称し執務室も3回引っ越し、平成30年には増築している西棟1階に患者さんに関する部門が移ることになっております。私は平成21年度より退院調整看護師として勤務しておりますが、当時は長期療養や緩和ケア病棟への転院調整に追われ患者さんは何カ月も当院で待機している状況でした。当時の在院日数は18日、退院支援スクリーニングシステムの開始により、退院困難要因を入院早期から把握し退院支援をおこない、平成28年度は14日にまで短縮しました。さて、当院の入院患者の転帰では、在宅復帰は約9割、転院は5%程度です。つまり、ほとんどの患者さんは在宅に戻っていきます。大学病院であっても「時々入院、ほぼ在宅」という地域包括ケアシステム時代の到来を実感する昨今です。当然、ケアマネージャーや訪問看護師さんと、入退院に伴う情報共有と連携は必須です。退院支援係は当初、転退院の調整を主たる業務としておりましたが、在院日数の短縮に伴い、外来における医療移行調整、在宅ケア機関からの様々な照会が増えています。調整件数の年間推移をみると、平成25年度は792件でしたが、昨年度は2,522件で、全体の1/4は在宅ケア機関からの照会や調整依頼になっています。入院についてはDr to Drを原則としておりますが、訪問看護師さんからの入院要請により主治医・看護師長と調整することもできました。また、最近、病棟看護師はもとより、医師も介護保険サービスやケアマネージャー・訪問看護の役割を認識し、在宅側からの情報を治療の参考とする機会も増えています。入院した患者さんにケアマネージャーがいることが分かると病棟看護師は積極的に連絡を取って来院してもらえよう依頼し、在宅での生活状況、家族背景、利用していたサービス等を教えていただくことで、退院後の生活を予測しながら看護を提供することが可能となっております。退院前カンファレンスの開催では主治医の参加も増えており、平成25年度はたった5件だった介護支援連携指導も昨年度は143件となりました。訪問診療医、訪問看護師、ケアマネージャー、福祉用具の担当者、時には高齢者住宅の職員とも情報共有をすることが当たり前の光景となり、感慨深いものがあります。きめ細かい情報共有と関係者間での支援方針の共通認識は、患者さんが病院で受けている医療・介護・ケアを暮らしの場で提供されうる方法へ切れ目なく移行していくため、とても重要なことであり、患者さんや家族の安心とQOLの向上にもつながります。十分に調整されないまま退院となり、在宅チームがとても苦労されるお話はよく耳にします。急性期病院だから仕方がないということにはなりません。当係では大学病院であっても、患者さんも在宅チームも安心できる丁寧な調整を心がけております。国は医療・介護の連携が特に求められる取り組みとして「介護職には『医療的マインド』をもって、医療側は『生活を支える視点』をもって」といっております。在宅の皆様とは、今後ともお互い顔の見える連携を推進して参りますので、退院支援係をご活用いただけますよう、よろしく願いいたします。

退院支援係へ配属となって

— 地域と病院をつなぐ社会福祉士として —

退院支援係 主任 ^{たむら}田邑 泉 (社会福祉士)



4月に医事相談センター相談係より異動となりました。どうぞよろしくお願いいたします。退院支援業務に久しぶりに従事することとなり異動当初は緊張の連続でしたが、約半年が過ぎ、少しずつではありますがペースを掴めてきたところです。

所属する退院支援係は看護師3名、社会福祉士(MSW)1名の計4名で構成されています。大学病院、特定機能病院という当院の特徴から、つねにスピーディな調整が求められ、また幅広い診療科の退院支援を行うため、MSWとしても広範囲の医療的な知識を常にアップデートしていく必要性を実感しています。4名がフル稼働しめまぐるしい日々ですが、連携先に無事にバトンを渡せたとき、また患者さんやご家族が「安心して退院できます」と笑顔を見せてくださったとき、ほっとすると同時に大きなやりがいを感じます。

退院支援においては、いうまでもなく院内外の密な連携が不可欠です。円滑な連携には密で丁寧な情報共有、相互の信頼関係の構築が必須であり、一つひとつのやり取りの積み重ねがとても大事だと感じています。病棟との定期カンファレンスを通じ、タイムリーな情報共有を行いながら課題を早期キャッチし、病棟スタッフとともに課題を検討しています。

また今年度、新たな取り組みも始まりました。退院支援係、医療連携係、相談係が統合され新たな組織となった「医療連携福祉センター」の社会福祉士が中心となって、社会問題となっている高齢者虐待、障害者虐待、ドメスティック・バイオレンス(DV)に関する対応マニュアルを検討・作成するワーキンググループを立ち上げました。この取り組みを通して、早期発見・早期対応の仕組み作りを実現するとともに、院内での社会福祉士としての専門性の確立に寄与できればと思っています。

地域の他機関の皆様には、日々の実践を通して常々支えられていると実感しています。今後もスムーズで丁寧な連携を心がけてまいりますので、ご指導のほどどうぞよろしくお願いいたします。

「看護のバトン」を在宅へつなぐ

— 訪問看護師養成講習会を受講して —

退院支援係 主任看護師 大谷 知寿 (退院調整看護師)



平成29年4月27日より全31日間、北海道看護協会において実施された訪問看護師養成講習会を受講しました。退院支援においては、特に当院で急性期医療を受けた患者さんの退院に医療的ケアが課題となることは多く、担当ケアマネジャー・訪問介護に携わるケアスタッフの力はもちろん、訪問看護の皆さんの力がことさら重要であると実感していた私には、病院の向こう側を知る大きなチャンスでした。

「こんなことまで考えて関わってくれていたんだ」「限られた訪問の中での工夫ってこうするんだ」と目から鱗の連続で、患者さんをお願いする私たちの立場から伝えるべきこと、継続してお願いしたい看護のバトンをしっかりと渡さなくてはならないと痛切に感じた31日間でした。また同時に、訪問看護の大きな役割とその実力が、実は病院看護師に十分届いていないことが本当に残念だと感じました。私たちが在宅ケアについて学ぶと共に、訪問看護の皆さんにはもっと「こんなことが出来ますよ」というメッセージを発信して欲しいとも思いました。

講習会後には、さっそく当院でも退院前訪問として、新しい医療ケアを開始する患者さんの在宅生活がスムーズにスタートできるよう、家屋環境の調整のための試験外出に同行するなど「退院前訪問指導料」算定の仕組みづくりに取り組みました。4人だけの退院支援係の業務が滞ることのないよう、まずは訪問エリアや疾患を絞り少しずつ始めていく予定です。

まだまだ未熟な面もありますが、在宅の力や看看連携の重要性を院内のスタッフと共に理解し、安心が継続できる退院支援に努めていこうと思います。今後ともみなさまからの声を聞かせて頂き、よりよい連携が実現出来るようご支援・ご指導をよろしくお願いいたします。

INFORMATION

医療連携福祉センターでは、特定機能病院として、高度な急性期医療などの良質で満足度の高い医療サービスの提供のために、地域の医療機関等との連携体制の推進に努めています。

より良い連携を今後も推進していくために、在宅ケア機関からお問い合わせが多い業務について、具体的にご案内いたします。

【訪問看護や介護保険サービスで担当している患者さんが当院に入院したとき】

- 病状の問い合わせは入院病棟の看護師にお問い合わせください。（病棟がわからない場合は医療連携福祉センターでもお調べします）
- 看護サマリー等は医療連携福祉センターにお電話の上、FAXしていただければ病棟にお届けします。

【訪問看護や介護保険サービスで担当している患者さんが外来通院中のとき】

- 通院中の患者さんについての情報提供は書面にして医事経営課文書受付窓口まで郵送してください。受診日が近いなど急ぐ場合は、医療連携福祉センターにFAXしていただければ外来にお届けします。訪問看護指示書の依頼や報告書も文書受付窓口でお受けしています。
 - 現在継続して受診中の患者さんの受診日の変更や病状についてのご相談は、各外来看護師に連絡してください（午前中は混み合っているため14時～15時30分をお願いします）
 - 患者さんの中には、いくつも病院にかかっているのが札幌医大病院にまとめたいという要望もあるようですが、高度急性期医療機関であることをご理解いただき、まずはかかりつけ医で対応いただきますようご協力をお願いします。
- ※退院調整看護師が関わった患者さんについてのお問い合わせは、各担当の退院調整看護師にご連絡ください。

【文書依頼】

患者さんが、通所リハビリに通いたい、訪問入浴サービスを導入したい等で、医師の診療情報提供書が必要なときは、患者さんの同意が確認できる依頼書により、診療情報提供書の提供に応じています。（有料です）

- ◇ 依頼する場合は、当院のホームページから専用書式「診療情報提供依頼書」をダウンロード（または医療連携係に電話でお申し付けください）し、内容記載、必要書類添付のうえ、医事経営課「文書受付窓口」あてに郵送をお願いします。

診療情報提供料については、患者さんあてに納入通知書を郵送しますので、届きましたらお近くの金融機関でお支払いください。

注1 施設の所定様式等がありましたら同封してください。

注2 FAX、メールでの受け付けは行っておりません。

注3 直接、医師への依頼はできません。

注4 患者さんの「生年月日」、「必要な理由及び情報提供必要事項等」の必要事項の記載漏れがないようお願いします。

注5 82円切手を貼付した返信用封筒の同封をお願いします。

詳しくは文書依頼のウェブサイトをご覧ください。

<http://web.sapmed.ac.jp/hospital/mpc/b1h640000000958.html>

（担当 医事経営課 文書受付窓口（011）611-2111（内線32040））

【相談窓口】

平成29年4月1日の機構改正に伴い、組織編成がなされました。患者さん、ご家族の医療福祉相談については医療連携福祉センター相談係のMSWが対応しています。

当院は、がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院（エイズ治療ブロック拠点病院）の指定を受けており、当院の患者さんに限らず広く次のご相談をお受けしております。



○ がん相談

がんの患者さんやご家族からの、療養や生活に関する心配ごと、社会制度の活用などについて、個別の相談に応じております。

◇ 受付電話・受付時間

011-688-9506

月曜日から金曜日（祝祭日を除く）の「8:45～17:15」

○ がん相談サロン

大学寄付講座「アイン・ニトリ緩和医療学推進講座」と連携して、がん患者さんやご家族を対象とした交流会、学習会などを開催しております。開催日時のお問い合わせは下記サロン事務局にお願いします。

◇ 受付電話・受付時間

011-616-0234

月曜日から金曜日（祝祭日を除く）の「9:00～17:00」

○ 肝疾患センター

肝疾患についての個別相談のほか、医療情報の提供を目的とした「肝臓病教室」、多くの方に肝疾患を理解してもらうための「市民公開講座」等を開催しています。

◇ 受付電話・受付時間

011-611-5700

月曜日から金曜日（祝祭日を除く）の「9:00～17:00」

○ HIV 外来の診療予約に伴う相談

HIV / AIDS 診療を受診される方（初診の方）は、予め電話により受診日時の予約が必要です。HIV の知識を持った看護師が対応し、「検査を受けたい」、「検査で陽性といわれた」などの相談も含めて対応しています。

◇ 受付電話・受付時間

011-611-2111（内科外来 内線32770）

月曜日から金曜日（祝祭日を除く）の「9：00～16：00」



札幌医科大学附属病院医療連携福祉センターのホームページをご覧ください。

URL

<http://web.sapmed.ac.jp/hospital/mpc/>

編集後記

本年4月の医療連携福祉センターの始動とともに、私が医療連携係に所属してから半年が経過しました。

当センターでは、患者さんの支援のための電話や来客の対応などで、常に賑やかです。それほど、患者さんの支援のかたち（ニーズ）は多岐にわたり、ご家族はもちろん医療機関や介護事業所、市役所（役場）などの関係機関との連携が不可欠なことがわかりました。

また、医療連携係が担当する当院への「新患外来予約」についても、「速さ」だけではなく、患者さんの状況に応じた「丁寧さ」が求められていることを感じています。

これらのことを常に意識して、各関係機関の皆様と連携をしていきたいと思えます。もし、お気づきの点がありましたら、ご意見等をお聞かせいただくと幸いです。

医療連携係 竹内 浩子



札幌医科大学附属病院 医療連携福祉センター

医療連携係（内線51210、51230、31320） 退院支援係（内線31930、51250、51260、51270）
相談係（内線31840、31890、31900、31910、31920、31940、31950、31960、31310）

〒060-8543 札幌市中央区南1条西16丁目

TEL：011-611-2111（代表） FAX：011-621-2233