

千葉メディカルセンター

≪医療ソーシャルワーカー教育プログラム≫

■医療ソーシャルワーカー(MSW)とは・・・

患者やその家族が抱える様々な課題についての相互援助を行い、安心して治療に専念できるよう、問題を解決するためのサポートや調整を行う人。

社会福祉制度や医療福祉サービス、保険、法律などの幅広い知識を有する専門家であることが求められます！

当院ではMSWが段階的に成長できるようなプログラムを準備しています。
まずは病院見学にお越しく下さい！ ＊ ＊ 見学時に詳しくご案内します ＊ ＊



■ 千葉メディカルセンターの教育プログラムとは・・・

当院では、長期的な目標の中で、習熟度に応じたマニュアル、チェックリスト等を用いて、段階的に成長できるようなプログラムを準備しています。

新卒者、経験者ともに入職者に対して、1名トレーナーをつけて習熟度に応じたきめ細やかな指導を行っていきます。

また、地域医療連携室 入退院支援部門全員で温かく見守って、共に成長出来るよう支援していきます。

新人MSW月間目標

1カ月目

2カ月目

3カ月目

4カ月目

5カ月目

6カ月目

社会人としてのマナー
を知り生活に慣れる
職場環境になれる

入院から退院までの流れが分かり根拠を考え
ながら実践できる。患者の社会生活をアセス
メントできる

指導を受けながら入退院支援ができる
大腿骨パス以外の入退院支援について理解
する

自ら行動し入退院
支援ができる

オリエンテーション
当院の役割
地域連携室の役割
各種マニュアル
1日の業務流れ
各委員会、会議
医師の顔・名前を
把握
各病棟の責任者を
把握
電子カルテが使える

他職種の特徴、役割
を理解する
・各病棟の特徴を
把握
・看護師の役割を
理解
・リハビリの役割を
理解
制度理解
・介護保険について
理解する
・医療費について理
解する

多職種連携の意義を
理解しマネジメント
が出来る
・大腿骨連携パスの
転院調整の流れを
理解する
・転院相談の連絡を
受ける
・本人、家族面談が
出来る
・記録が出来る
・介護保険の説明が
出来る

指導の下、地域連携パス（大腿骨パス）回復
期、地域包括ケア病棟への退院調整が出来る

地域連携パス（脳パス）、療養型、施設入所、
自宅退院についての退院調整見学を行い理解
する。
・在宅サービス、施設の種類・役割がわかる
・近隣病院や施設、あんしんケアセンターの
名前・場所・役割を把握する

自立
多職種連携し入退
院支援が出来る

■ MSWの1日のスケジュールとは・・・

| 時間 | 業務内容（例） |
|-------------|--|
| 8：30～10：00 | 担当患者、前日の入院患者情報収集。本日の予定業務表記載等。院内・院外連絡調整。 |
| 10：00～11：00 | メンバー全員で本日の予定業務確認、入退院支援専従へ本日の予定業務表提出。 院内・院外連絡調整。 |
| 11：00～12：00 | 患者・家族面談。院内・院外連絡調整。 |
| 12：00～13：00 | 休憩 ※職員食堂もご利用できます。 |
| 13：00～14：00 | 患者・家族面談。院内・院外連絡調整。 |
| 14：00～15：00 | 入退院支援スクリーニングカンファレンス。 院内・院外連絡調整。 |
| 15：00～16：00 | リハビリカンファレンス。院内・院外連絡調整。 |
| 16：00～17：00 | 入退院支援専従へ申し送り。院内・院外連絡調整。 |
| 17：00～17：30 | 記録、翌日の業務確認。業務日報入力。 |



患者・家族面談の様子

MSW新人職員チェックリスト（一部抜粋）

| 月間 目標 | 達成 目標 | 時期 | 分野 | 項目 | 自己 学習 | 説明 | 見学 | ロール プレイ(1)(2) | 指導者 同席(1)(2) | コメント | |
|-------------------------------|------------------------------|-------|-------|--------------------|----------|----|----|------------------|-----------------|------|--|
| 入院から退院迄の流れがわかり、根拠を考えながら実践出来る。 | 情報収集、アセスメントが出来る。本人、家族面談が出来る。 | 2～3か月 | 情報収集 | フェイスシート | | | | | | | |
| | | | | ADL | | | | | | | |
| | | | | リハビリ | | | | | | | |
| | | | | 医療行為 | | | | | | | |
| | | | | 内服確認 | | | | | | | |
| | | | | 検査確認 | | | | | | | |
| | | | 入退院支援 | スクリーニング カンファレンス | | | | | | | |
| | | | | 退院支援計画書 | | | | | | | |
| | | | | 介護支援等連携指導 | | | | | | | |
| | | | | 退院調整カンファ レンス | | | | | | | |
| | | | | 退院時共同指導 | | | | | | | |

患者・家族ケア評価指標（一部抜粋）

| ご自身が行う退院支援に関する患者・家族ケアの各項目の実施状況について、それぞれ該当する考える番号1つに○をつけてください。 | 十分 出来 ている | 出来 ている | 少し 出来 ている | 余り 出来 て いない | 出来 て いない | 全く 出来 ない |
|---|-----------------|-----------|-----------------|----------------------|----------------|----------------|
| II. 患者・家族の意思決定支援 | | | | | | |
| (1) 患者のADLより、今後の生活に対する課題について検討する。 | | | | | | |
| (2) 病状に伴い、今後起こりうる生活上の変化について患者、家族へ説明する。 | | | | | | |
| (3) 現在の病院機能と役割について患者・家族へ説明する。 | | | | | | |
| III. 社会資源の活用 | | | | | | |
| (1) 患者の存在する地方自治体には在宅療養を支えるためにどのようなサービスがあるか把握する。 | | | | | | |
| (2) 介護保険の対象者、申請方法、サービス内容について患者・家族へ説明する。 | | | | | | |
| (3) 生活保護制度による医療費の負担割合について必要時に患者・家族へ説明する。 | | | | | | |

MSW業務マニュアル（一部抜粋）

（24）身体障害者手帳

- 身体障害者手帳の申請については、必ず医師に確認が必要である為、申請希望者が来院された時には本人、家族から直接医師に申請が可能か確認をしていただく様、案内する。
- 申請可能であればMSWから制度の概要と申請方法及びメリット等を案内する。

【内容】

- 身体に障害のある方が各種の福祉サービスを受ける為に必要な手帳。

【対象】

- 身体（視覚、聴覚、平衡、音声、そしゃく、肢体不自由、心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、免疫、肝臓）に永続する障害がある方。

【障害程度】

障害の程度によって、1級（重度）から6級（軽度）までに区分される。

入退院支援マニュアル（一部抜粋）

（１）目的

- 入院 7 日以内に、入退院支援スクリーニングチェックシート該当者の入退院スクリーニングカンファレンスを開催する。メンバーは、病棟看護師と地域医療連携室は必須で、必要時、主治医、薬剤師、管理栄養士、PT・OT・STが参加して入院時に作成した入退院スクリーニングシートを元に退院支援計画書を作成する。

（２）必要書類

- 退院支援計画書
- 入退院スクリーニングチェックシート

（３）確認項目

- 病棟看護師は、退院支援計画書を作成するにあたり、多職種（医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・リハビリ等）と連携し情報収集をして入退院スクリーニングカンファレンスに出席する。
- 地域医療連携室は、患者・家族の意向を踏まえ、できるかぎりいくつかの選択肢を提案した退院支援計画書を作成する。
- 地域医療連携室は、介入している患者・家族との面談時に退院支援計画書の説明をしてサインをもらう。
- 地域医療連携室が介入していない患者の退院支援計画書は、病棟看護師が患者・家族に説明してサインをもらう。
- 病棟看護師は、退院支援計画書を 2 部コピーをして、入退院支援加算算定のため 1 部は病棟クランクに渡し、もう 1 部は患者・家族へ渡す。
- 退院支援計画書の原本は、地域医療連携室でスキャンをするため、地域医療連携室行き BOXに入れる。