

地 域 連 携

だ よ り

彦根市立病院

〒522-8539 滋賀県彦根市八坂町1882番地

TEL : 0749-22-6050(代)

問い合わせ先 彦根市立病院 地域医療連携室

TEL : 0749-22-6053 FAX : 0749-22-6093



いつもありがとうございます

限られた期間で患者家族と 向き合う退院支援の実践

患者家族支援室長 乾 昌典



患者家族支援室では、病気やけがにとともにあっておこるさまざまな生活上の困難に対して、患者さんの話を聞き、課題を整理し、解決できる方法を一緒に考える支援を行っています。メンバーは医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)が7名、看護師2名、事務員1名の計10名で主な業務は退院支援です。

当院は湖東地域で急性期病院の役割を担っており、平均在院日数は約13日と短く、短期間での退院支援を行わなくてはなりません。入院決定時から退院支援は始まっています。入院前の生活状況を初回面談で確認し、今後予想される課題を把握し、課題解決への必要な社会資源につないでいけるよう、日々の業務に取り組んでいます。

リハビリや長期療養が必要な場合も多く、近隣の医療機関と転院調整を行います。連

携をとりやすくするため、地域連携パスを活用したり、彦根中央病院・友仁山崎病院とは毎週合同カンファレンスを行っています。自宅退院についてはケアマネジャーとの連携も重要となり入院直後から連携をとります。

また当院には社会的にもさまざまな課題を抱えた方も多く入院されます。単身で親族がいない方、経済的課題を抱えた方、虐待を受けている方など多岐にわたります。急性期機能の役割を果たしつつ、社会的課題に対する支援も行っています。

限られた期間のなかで、有効な退院支援ができるよう日々患者さんやご家族と向き合っています。



◆各病棟に専任相談員(MSW・看護師)を配置

各病棟に専任相談員(MSW・看護師)が配置されており、患者さんが入院中に困ったことがあった場合の相談窓口になっています。療養中の心理的問題・社会的問題の解決や、退院調整にかかるサポートを行います。退院後の生活を患者さんとともにイメージして、生活のための支援を大切にしています。

▶初回面談でわかる不安や生活環境！～生活環境や退院先についての希望を把握～

入院初期から介入をすることでスムーズな退院支援を目指します。面談では患者さんの生活を知りきっかけになります。

経済面

服薬管理

通院状況

家族状況

身体機能

退院後にどのような生活をしたいか

▶入院中の体調変化に合わせた支援

院内多職種と連携しながら患者さんの現状について把握し、退院に向けて必要な準備や適切な療養場所についての提案をしていきます。また、院内でのカンファレンス・ケアマネジャーを交えてのカンファレンスにおいて、課題やリハビリの必要性などを話し合います。

▶新たなくらしに向けた支援

病気があったとしても患者さんらしく生活できるような社会資源を案内します。

これからのくらしに向け
ともに考え支援します

▶退院後の生活が心配

居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションなどの機関と連携し、退院のサポートを行います。

▶退院と言われたが、すぐに家に帰れない

療養型病棟や回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟などの転院調整を行います。

▶医療費が心配

高額療養費、傷病手当金、障害年金などの制度の説明を行います。

▶利用できる制度やサービスを知りたい

介護保険や身体障害者手帳、指定難病などの説明を行います。

▶かかりつけ医を紹介してほしい

患者さんの疾患や住まいに合わせた診療所を紹介します。

転院先は
どこがある
のかな

医療費
が心配

退院後の
生活どう
なるんだ
ろう

どんな制度や
サービスがある
のか知りたいな



病棟MSWの支援事例を紹介

病院にはさまざまな社会的背景を抱えた患者さんが入院して来られます。私たちの役割は、個々の事情に合わせて退院に向けたお手伝いをしていくことです。今回はその一例をご紹介します。複雑な要素が絡み合うため、全てのケースでこのように単純にはいきませんが、多機関と連携をとって支援しています。

◆身寄りのないAさんへの支援

Aさん

病気によって足腰が弱ってしまった。自宅はアパートの3階なので階段が登れないと帰れない。どこかリハビリができるところを紹介してほしいです。

MSW

このままでは在宅での生活が難しいですよ。では、リハビリができる病院や介護老人保健施設に相談してみましようか。

Aさん

良かったです。安心しました。でも私には金銭管理など助けてくれる家族がいません。それでも入所できるのですか？

MSW

確かに今のままでは入所できませんね。金銭管理など自己で難しい部分についてサポートしてくれる成年後見制度というものがあります。私から彦根市介護福祉課に相談をしてみますね。

役所

わかりました。彦根市で成年後見人の申し立てをしますね。

Aさん

おかげ様で担当の成年後見人が決まりました。これでリハビリ施設にも入所できます。

MSW

良かったですね。リハビリがんばってください。

◆私たちが目指す支援

Aさんは高齢かつ身寄りがない状態で、さらに今回の入院で体も不自由になってしまいました。MSWの支援によってリハビリ施設に入所できましたが、もし支援がなかったらAさんはリハビリの機会をなくしていたかもしれません。

社会的なハンディキャップがあっても、選択ができて、その人らしい生活ができることを目指して私たちは支援をしています。

地域の多機関多職種の皆様との連携が 私たちの支えです。

顔が見えるだけでなく、連携先の関係機関がどのようなところか、中身も見えるように下記のようなさまざまな取り組みに参画し、連携を深めています。

地域連携 パス

大腿骨頸部骨幹部骨折・脳卒中の患者さんについては回復期リハビリ病院と連携をとり早期回復を目指します。それぞれ年3回関係機関にて会議を行い、顔と中身の見える連携にしています。

自殺未遂者 対策事業

当院の救急外来には自傷行為の方も多く搬送されます。当院には精神科医師がいません。再発を繰り返さないよう、湖東圏域の行政・保健所・精神科医療機関と連携を取り自殺未遂者支援に取り組んでいます。

湖東地域 チームケア 研究会

退院支援には多職種の連携が必要となります。2か月ごとにくすのきセンターで開催されており、医師・歯科医師・薬剤師・ケアマネジャー・訪問看護ステーション等の多職種が集いさまざまな事業や症例検討を行っています。

多分野との 連携

当室には多岐にわたる相談が入ります。障害・子育て支援・虐待・生活困窮・権利擁護サポート・難病などさまざまな分野の関係機関と連携をとり支援します。幅広い知識が必要となるため行政との学習会にも参加しています。

◆近隣病院との生の情報共有で継続療養へつなげます

3年前から患者さんのスムーズな転院を実現するために、週1回の頻度で彦根中央病院・友仁山崎病院とカンファレンスを行っています。

治療の経過、情報、家族背景などについて書面上だけではなく、実態を情報共有することで、転院後の継続療養が円滑に行えることを目指しています。



定期カンファレンスの様子