

みえ地域ケア体制整備調査研究事業報告書から

- 「退院時ケアカンファレンス運用マニュアルについて」
- 「利用者本位の退院援助を目指して」～カンファレンスとアセスメントシート  
トの活用

## 5 「退院時ケアカンファレンス運用マニュアルについて」

四日市医師会 在宅医療推進委員会 加藤尚久

### 1 退院時ケアカンファレンス運用マニュアル作成に至った経緯

#### (1) 四日市医師会における在宅医療推進の取り組みの概要

住み慣れた自宅で療養し、最期は自宅で迎えたいという患者さんの願いを実現し、さらに療養病床の削減など医療制度の改定に伴い、在宅患者の増加に対応するため、その受け皿として在宅医療を充実させる体制作りは、地区医師会の大きな責務と考えられる。そこで四日市医師会において、平成18年10月に在宅医療を充実させる体制作りを目的に在宅医療推進委員会を発足させ、検討を重ねてきた。以下にその概要を示し、委員会として最も力点を置いている退院時ケアカンファレンス運用マニュアルの作成に至った経緯を説明したいと思う。

#### ①四日市医師会の背景

四日市医師会は、四日市市に加えて、朝日町、川越町、菟野町の3町にまたがる地域に関係している。この一市三町に控える人口は、約37万人で65歳以上の高齢化率は約20%である。医療資源は、診療所が234施設、市立病院、県立病院などいわゆる急性期病院は4施設約1400病床、その他いわゆる一般病院は7病院600病床あまりに加えて回復期リハビリ施設は、5施設244病床と比較的恵まれた状況にある。

#### ②在宅医療推進委員会発足時に設定された課題

在宅医療推進委員会発足当初、在宅医療を推進していく上で克服しなければいけない課題として以下の5項目を確認し、それ以降の活動の元にした。

- ・ 継続的な在宅医療の提供可能な診療連携の構築  
在宅療養支援診療所の制度を利用して24時間往診可能にする開業医同士の連携方法の検討
- ・ 在宅患者発生の情報伝達の方法  
在宅主治医の決定方法、患者情報の在宅主治医への伝達方法の具体化
- ・ 在宅患者において急性疾患発生時の受け入れ態勢の検討  
病院主治医または専門医の相談体制をどうするのか
- ・ 福祉資源との具体的な連携方法  
ケアマネージャーとの具体的な情報交換の方法、特に退院準備時の打ち合わせなど
- ・ 在宅医療の標準化の方法  
在宅医療に関わる勉強会、ケースカンファレンスの開催

#### ③診療連携の試みの失敗

上記課題の診療連携の構築に関して、在宅医療の担い手としてどれくらいの診療所の先生方が協力してもらえるかを探るため、平成19年2月に全会員に向けてアンケートを行った。その結果、216名の回答を得、その中で、「現在外来管理している患者から往診の要請があったとき往診を行なうか」の問に対して、107名49.5%の方が「はい」と答え、さらに「新規に発生した在宅患者の主治医になってもらえるか」の質問に対して、53名24.5%の方「はい」と答えた。これらの先生方が当地区における在宅医療を担ってもらえる診療所の先生方と想定し、その先生方に集まっただき、24時間連携のための当番制を敷く診療所同士のグループ化の提案を行なった。その結果、当番制を敷くことは、現状以上に拘束感が増し負担の軽減につながらないし、在宅患者にとって主治医以外に最期を看取っ

てもらおう体制は受け入れられないなどの理由により実現化しなかった。ただ、在宅医療に関心のある医師が顔を合わせる機会が増え顔見知りになった時には助け合うこともあり、そのような緩やかな連携関係を築くことを確認した。

#### ④出来上がった在宅医療推進の4つの枠組み

上記の診診連携の試みも含め委員会内で議論を重ねた結果、以下のような在宅医療推進の枠組みを構築し、平成20年3月中間報告書として取りまとめ公表した。その内容を示す。

##### i 在宅医リスト、在宅医連携専門医リストの作成

「在宅医リスト」とは、新規に在宅患者が発生し主治医が決まらないときに主治医を依頼するときに参考にするリストで、上記のアンケートの中で主治医になってもよいと答えた先生方を中心にして開示範囲、使用目的を示し、承諾を得て作成した。主に急性期病院などの地域連携担当者が活用することを想定していたが、現在はリストの目的を明示した上でホームページ上に一般公開している。

「在宅医連携専門医リスト」とは、在宅主治医が専門外で対応に苦慮したときなどに、その相談に乗り、場合によっては往診も行なう、泌尿器科や皮膚科などの専門診療所医師のリストである。在宅主治医の支援体制の一環と位置づけることができる。

それぞれのリストは、年一回アンケートを取り直し更新し、実効性のある態勢を維持するようにしている

##### ii 各診療所医師の対応可能な処置および治療などに関する一覧の作成

病院の担当医に診療所医師がどのような処置や治療に対応できるか示すことができれば、お互いの信頼関係を醸成し、在宅医療も含めて病診連携を円滑に進めることができる。そのような目的で、平成19年9月、各診療所医師に対してアンケートを行った。その結果の一覧を電子媒体に保存し四日市地区の病院の地域連携室へ配布し活用してもらおう態勢を整えた。

##### iii 地域連携室連絡会の発足および退院時ケアカンファレンス運用マニュアルの作成

平成19年7月急性期病院4病院の地域連携担当者に集ってもらい、在宅医療を進めていく方策を検討する地域連携室連絡会を発足した。その中で在宅医療を円滑に進めていくためには、医療、介護スタッフが退院後の在宅患者の療養に必要な情報を共有することが重要と考え、退院時ケアカンファレンスを各病院の地域連携室主導で行うことを確認し、その運用マニュアルを作成した。作成後、回復期リハ施設および療養病床施設の担当者も地域連携室連絡会に参加してもらい、年2回6月と11月に在宅医療へ移行した症例を報告しあい、移行する上での問題点について討議している。

##### iv 在宅医療研究会の発足

在宅医療に関心のある医師同士が技術的な向上を目指すとともに、お互いの親睦も兼ねる目的で平成19年5月在宅医療研究会を立ち上げた。以後2ヶ月に一回研究会を開催し、診療所医師同士の顔の見える関係を築き、それにより、緩やかな診療所同士の連携を行うことができている。

## 2 退院時ケアカンファレンス運用マニュアルの概要

退院時ケアカンファレンスは、在宅療養が必要な患者やその家族が、住みなれた家で自分らしく、安全で安心して療養を続けられるよう、医師、看護師、医療ソーシャルワ

ーカー、ケアマネージャー等の多職種が協働することにより、退院後の最適な医療ケアや介護プランを実現することが可能になり、極めて有効な方法と考えられる。在宅医療推進委員会では、上記に示したように在宅医療を推進する4つの枠組みの重要なひとつと位置づけ、その推進のために運用マニュアルを、地域連携室連絡会の中で平成19年11月に作成した。その概要およびフローチャート(図1)を以下に示す。

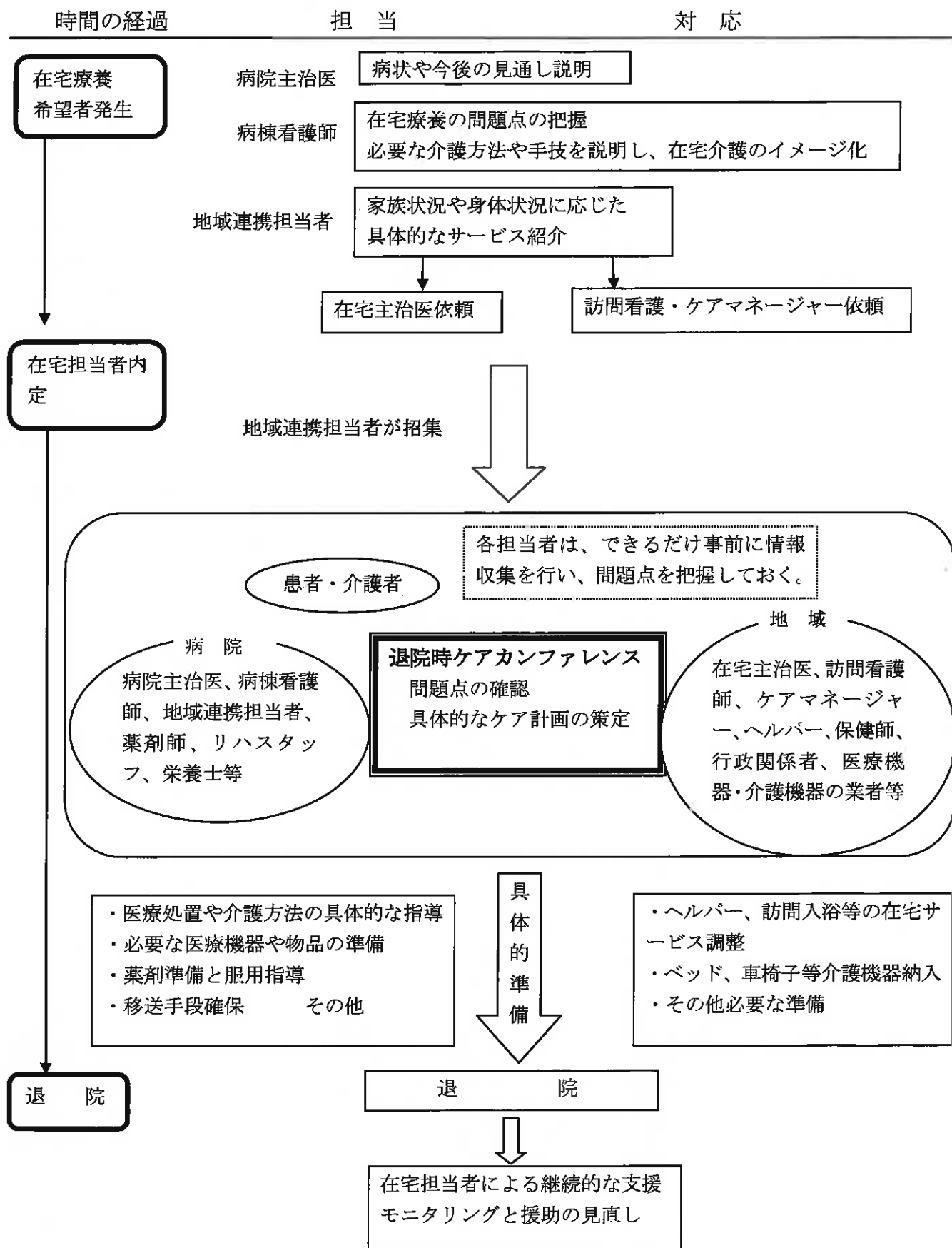
#### 概要

- ・各病院の地域連携担当者が開催主体となること
- ・在宅主治医など在宅担当者の決定方法を明示  
在宅担当者の選定は、地域連携担当者が患者・家族の依頼により行なう。特に、在宅主治医は、原則はかかりつけ医(紹介元医)で、かかりつけ医がいない場合又は対応不能の場合は「在宅医リスト」を参考にして決定する。
- ・病院主治医、病棟看護師、在宅主治医、ケアマネージャー、訪問看護師など在宅医療への移行にかかわる関係者の役割を明確にしている。その中で、在宅の担当者はできるだけ病院へ赴き、カンファレンスを行なう前に病院担当者と打ち合わせをしておき、カンファレンスにおいては内容の確認だけで済むように促している。

#### フローチャート(図1)

フローチャートは図1に示したとおり、在宅療養希望患者の発生時、在宅担当者の内定時、カンファレンス開催時、退院への向けての具体的準備などそれぞれの時点での各担当者の役割を記載している。

図1 退院時ケアカンファレンス フローチャート

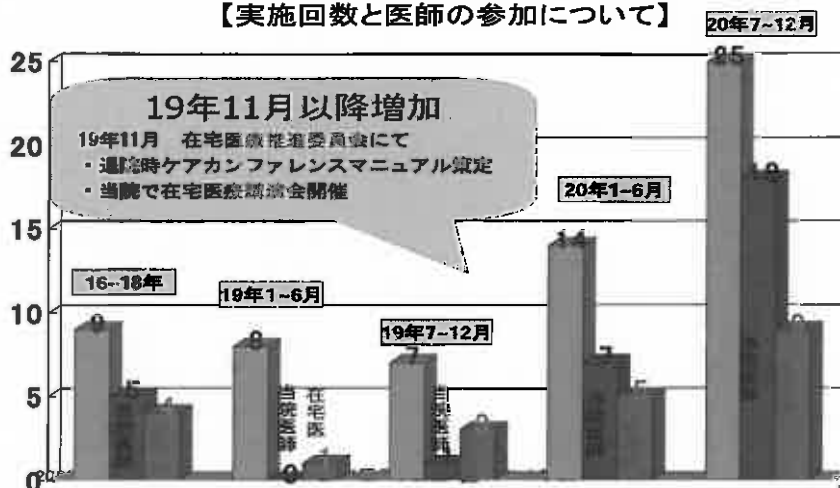


### 3 退院時ケアカンファレンス運用マニュアルの普及活動について

退院時ケアカンファレンス運用マニュアル（以下マニュアルと略す）を作成後、その普及を図るため、急性期病院の担当者ばかりでなく回復期リハ施設ならびに療養病床施設の連携担当者に集ってもらい、地域連携室連絡会としてマニュアルの説明会を行なった。さらに、在宅医リストに登載してもらっている診療所医師に呼びかけ在宅医療検討会として説明会を行なった。特に、市立四日市病院においては、直接病院関係者に対して理解を深めてもらうためにマニュアルの説明とともに在宅医療の実際を講演した。その結果、図2に示すように、平成19年11月までは半年に約8件程度だった開催回数が平成20年前半は14件、後半は25件と著明に増加し、病院主治医の出席頻度も増えている。

また、平成20年10月に、一般市民に向けて、退院後の療養先として在宅医療を一つの選択肢と考えてもらえるようにその啓発ポスターを作製し、在宅医療に関する小冊子とともに各医療機関、福祉施設、行政機関などへ約300ヶ所800枚を配布した。なお小冊子とは、勇美財団による補助を受け、「お帰りなさいプロジェクト」事務局で作成された『あなたの家にかえろう』を使用し、総数約1万7千部を配布した。

図2 退院時ケアカンファレンスの変化  
市立四日市病院  
【実施回数と医師の参加について】



### 4 退院時ケアカンファレンス実施時の問題点

#### (1) ケアマネージャーから問題提起（ケアマネージャー・在宅支援センター合同会議におけるグループ協議において提起された課題）

平成20年4月、在宅医療推進委員会が行なった上記の中間報告を受けて、ケアマネージャー・在宅支援センター合同会議において、退院時ケアカンファレンス実施に向けての課題協議が行われた。その結果、以下のような項目に集約される意見が出された。

- ①担当依頼から退院までの時間が短く調整時間が制約される。
- ②在宅主治医が決定されることはよいが主治医意見書の作成者はいずれになるのか不明のまま退院してくることがあり介護認定の手続きが遅れることがある。（特に急性期病院の場合が多い）
- ③入院中複数の診療科に主治医がいる場合カンファレンスに対する理解に相違があったり、連携ができていなかったりすると情報収集が進まず、患者の希望や考えが整理されていないことがある。（病院内の情報の共有ができていない）
- ④介護保険サービスの理解が病院関係者および家族において不十分で円滑に引継

ぎができない。

- ⑤ケアマネージャー側のスキルアップを図るため在宅医療に関する研修会を開催してほしい。

## (2) 地域連携室連絡会における議論

退院時ケアカンファレンス運用マニュアル作成以後の地域連携室連絡会において、報告された在宅医療への移行状況および円滑な移行への方策について議論された内容は、以下のように集約される。

- ①施設によってカンファレンスの開催件数に大きな差がある。

表1 退院後在宅医療へ移行した患者数（ケアカンファレンス開催件数）

施設名	市立	県立	社保	菰野	みたき	富田浜	小山田	二宮	総数
平成20年6月報告	11 (9)	13 (8)	8 (4)	1 (1)	0	9 (9)	1	0	43 (29)
平成20年11月報告	25 (22)	6 (4)	10 (7)	4 (4)	2 (2)	12 (6)	0	1 (1)	60 (46)
平成21年6月報告	16 (14)	6 (5)	12 (6)	2 (1)	1 (1)	13 (9)	0	1 (1)	51 (37)

市立：市立四日市病院 566床、県立：県立総合医療センター442床、社保：四日市社会保険病院 235床、菰野：菰野厚生病院 229床、みたき：みたき病院 210床、富田浜：富田浜病院 187床、小山田：小山田病院 450床、二宮：二宮病院 38床（病床数は療養病床、回復期リハ病床も含み概数）

上記の表は、地域連携室連絡会において、報告された在宅医療へ移行した患者数および退院時ケアカンファレンスの行なわれた、ほぼ6ヶ月ごとの件数を示す。この数字は、地域連携室の担当者が把握している移行症例数であって在宅医療へ移行した全体の数とはいえないことが前提であるが、それぞれの病院により相談を受ける態勢あるいは退院時ケアカンファレンスを行なおうという意欲などにおいて大きな差が見られることが窺える。

- ②急性期病院で行なっている高度専門的医療を継続できる在宅医療を行なう主治医が見つけない。

紹介元の在宅主治医が重装備の医療を提供できるとは限らず、また、重装備の医療を提供できる診療所が絶対的に少ない現状のため、このような患者の引き受け手を見つけるのに困難なときがある。

- ③在宅療養期間が短くなる例が多い。

患者や家族が在宅療養がどのようなものになるのか、イメージ化ができないため不安に感じたり、病棟スタッフ、病院主治医なども在宅医療をどのようなものか具体的に説明できないため、患者や家族に対して適切に提示できないなどの理由で在宅医療への移行する意思決定が遅れる。従って在宅準備も遅れるため退院後に早期に亡くなるケースが多くなっている。

#### ④在宅主治医、病院主治医の出席が少ない。

表2 カンファレンスへの主治医の出席状況（平成20年11月から21年4月までの期間）

施設名	市立	県立	社保	菰野	みたき	富田 浜	小山 田	二宮	総数
病院主治医	11	2	3	0	0	0	0	0	16
在宅主治医	6	2	0	1	0	0	0	0	9
カンファレンスの 件数	14	5	6	1	1	9	0	1	37

上記の表は、表1と同じように地域連携室連絡会で、平成20年11月から21年4月までの期間に開催したと報告された、施設ごとの退院時ケアカンファレンスの開催件数と病院、在宅主治医の出席状況を示したものである。

マニュアルでは、在宅スタッフができるだけ病院へ赴くよう促しているが、現実には在宅主治医が多忙のためか、時間調整がうまくできないためか、在宅主治医のカンファレンスへの出席率が表2に示されるように低い。円滑な在宅医療への移行において主治医同士が情報を共有し緊密な連携を取ることは大変重要な要素となり、主治医の出席率が低いことは大きな問題といえる。

その点に関して、医師会会員に対して、さまざまな機会を通じて、市民への啓発活動や在宅医療研究会の開催などの委員会活動を報告し、カンファレンスに対する理解を深めてもらうように努力している。一方で、平成21年1月、会員のカンファレンスに対する意識を探るため、アンケートを行った。回答数は、54名と少なかったが、「退院時ケアカンファレンスについて意義をご理解いただけますか」の質問に対して52名（96%）の方が『はい』と答えてもらい全体の約4分の1近くの方に理解してもらっている現状が明らかになった。この数が十分な数かどうかは不明であるが、カンファレンスの出席している総数が9名であることを考えると、働きかけ方によってはカンファレンスへ出席してもらえらる医師の数は増やすことができるものと思われる。

## 5 問題提起

### 提言1:入院時に在宅医療へ移行する可能性について判断するためのスクリーニングシステムの確立

医師会の委員会活動は、会員に対してなんら強制力も、経済的なインセンティブも持っていないため、ひとつの制度を普及させる手段は、その意義を理解してもらい、時間的、経済的に負担にならないように仕組みを作り上げていく必要がある。今回、在宅医療推進のためには、より安全で安心して療養生活が実現できるという患者さんや家族のメリットについての意義を会員に理解してもらい、強制力なく助け合うことのできる態勢作りの中で、会員がより積極的に在宅医療に取り組んでもらえるように委員会活動を行ってきた。その中で、退院時ケアカンファレンスは重要な役割が在り、より精度の高いカンファレンスを実施していく必要があると思われる。この実現のためには関係者それぞれの努力が必要と思われるが、ケアマネージャーからの問題提起でも、地域連携室連絡会の議論の中でも指摘されていることであるが、在宅への移行を決断するまでの意思決定が遅れていることを解決することがより意義のある在宅療養を実現するひとつの決め手になるものと思われる。

そこで上記の提言を行なったわけであるが、在宅医療を推進するための方策を検討



してきたところ、実は在宅患者を供給する側の病院の内部態勢を改善することにたどり着いた。退院支援看護師、あるいは退院支援チームなど四日市地区内の急性期病院においても、より早く在宅療養への意思決定できる態勢の整備が進んでいるが、これを後押しするような診療報酬上または制度的なインセンティブがあれば病院としてより積極的に進めることができるものと思われる。

## **提言 2：在宅療養支援診療所だけでなく「かかりつけ医的診療所」における在宅医療に対しても手厚い診療報酬を認める**

救急医療において受け入れ拒否の問題が生じているが、これは医師数の不足ばかりでなく病床の不足も要因のひとつと考えられる。救急外来では救命できたものの寝たきりになり行き場を失った患者が増加することにより、急性期病院あるいはその後方施設である療養病床の病床不足をきたし、救急患者の受け入れ拒否につながる現状が四日市地区においても存在する。その受け皿としても在宅医療は重要な存在となる。救急医療の問題解決に対して在宅医療の推進が寄与する事実がある。

在宅療養支援診療所の必要要件である 24 時間 365 日いつでも往診できる態勢を実現することは、外来診療をしながら空き時間に訪問診療を行なう、一人診療所ではかなり困難である。ところが、四日市地区において在宅医療を担う診療所の大部分は、外来診療を行なう通常の診療所が占めている。それに関して、平成 21 年 1 月に四日市医師会会員向けの在宅医療に関するアンケートにおいて「現在在宅患者さんは何人いますか」の問いに対して「いない」と回答した 15 施設を除いた 39 施設において合計 366 名（1 施設平均 9.3 名）の在宅患者がいることが明らかになった。このなかで 10 名未満と答えた診療所が約 77% 占めていた。すなわち在宅患者が 10 名未満である診療所がこの地区における在宅医療を担っていることになる。病床を 300 床あまり確保するよりこれらの小規模な在宅医療の担い手、すなわち「かかりつけ医的診療所」を育てるほうが経済的に有利であり、安心して在宅医療に取り組みれば患者さんや家族にとっても有益であることは多くの人が認めると思われる。

地域連携室連絡会において指摘されていることでもあるが、病院で受けていた高度医療を在宅医療においても継続していくことが可能な診療所が少ないことが、在宅医療を推進していく上での問題点として挙げることができる。その解決策のひとつとして外来診療機能を持たない在宅専門診療所の存在がある。四日市地区においても本年（平成 21 年）7 月から在宅専門診療所が開設され、開設と同時に多くの患者さんが急性期病院から紹介されている。それだけの需要があったことを示しているが、その多くは悪性腫瘍の末期の患者さんである。この点、かかりつけ医的診療所との住み分けが自然となされていくものと思われる。すなわち、外来機能を持つ診療所においては長く通院していた患者さんが高齢となり脳血管障害や認知症などで寝たきりとなり在宅医療の対象となるケースが多くなり、時に悪性腫瘍にかかり末期を迎えて在宅療養を希望する場合も見られ、それぞれかかりつけ医が外来診療で培った信頼関係の中で在宅医療を引き受けることになる。一方、在宅医療においても高度医療を継続していく必要が生じた場合、かかりつけ医から在宅専門診療所に紹介してその診療に当たってもらう。在宅専門診療所では、医療的要求度の高い患者さんを中心に病院からの紹介を受けて診療活動を行なうようにする。

このような住み分けが確立される経済的な裏づけがなされることが合理的な在宅医療の推進につながるものと考えられる。

## 1 はじめに

近年の医療制度改革に伴い、在院日数の短縮、医療機関の機能分化が進められている。治療が終了すれば、たとえ医療的処置が必要な場合でも、退院を考えなければならない。その中で、患者（Patient=Pt）や家族は、先の見えない療養生活に戸惑いと不安を感じていることが多い。

そのため、退院援助は、それぞれの医療機関の機能を十分に駆使し、切れ目なく医療・福祉サービスが受けられるようにしなければならない。さらにその過程で、Pt や家族の生活上の不安を聴き、問題点を整理し、情報提供を通して具体的な解決策を提案し、選択・自己決定を促すべきである。これらにより、退院に対する安心感が担保されると考える。

これから、鈴鹿中央総合病院（以下、当院と略）での取り組みを紹介し、退院援助について考察したい。なお、特に断りが無い限り、2009年10月現在の情報をもとに執筆した。

## 2 鈴鹿中央総合病院と医療福祉相談センターの紹介

当院は一般病床460床で、鈴鹿市とその周辺地域の急性期医療を担っている。平均在院日数は13.9日（2009年4月～7月の平均値）である。

退院援助業務は、医療福祉相談センター（以下、当センターと略）が担っている。職員構成は、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker=MSW）5名、看護師2名、事務員1名の8名である。特筆すべき点は、がん末期や脳卒中など医療依存度の高いケースが当院を退院後も切れ目なく地域で療養できるように配慮して、居宅介護支援事業所の指定を受けていることと、訪問看護ステーションを併設していることである。

MSWが退院援助業務全般を担い、看護師が主に居宅介護支援事業を行っている。（経験年数5年未満のMSW1名を除き、全員がケアマネジャーの資格を有している。MSWは全員社会福祉士）

## 3 退院援助の具体的手段

当院の退院援助の特徴は、（1）退院援助のシステム化、（2）カンファレンスの活用、（3）連携手段としてアセスメントシートの活用である。以下に、それぞれ説明する。

### （1）退院援助のシステム化

Pt や家族が退院困難な問題を抱えた場合、医師、看護師などから当センターに連絡が入るようにシステム化されている。原則的に、医師が記入する「ケースワーク依頼箋（資料1）」が当センターに届けられ、退院援助が開始される。援助の流れは、次に記した。

### （2）カンファレンス【写真1】の活用

当院では、定期的に入院患者を対象に院内専門職とカンファレンスを行っている。それは、介護問題など社会的問題を抱えやすい疾患に対して、入院早期からの介入を図るためである。

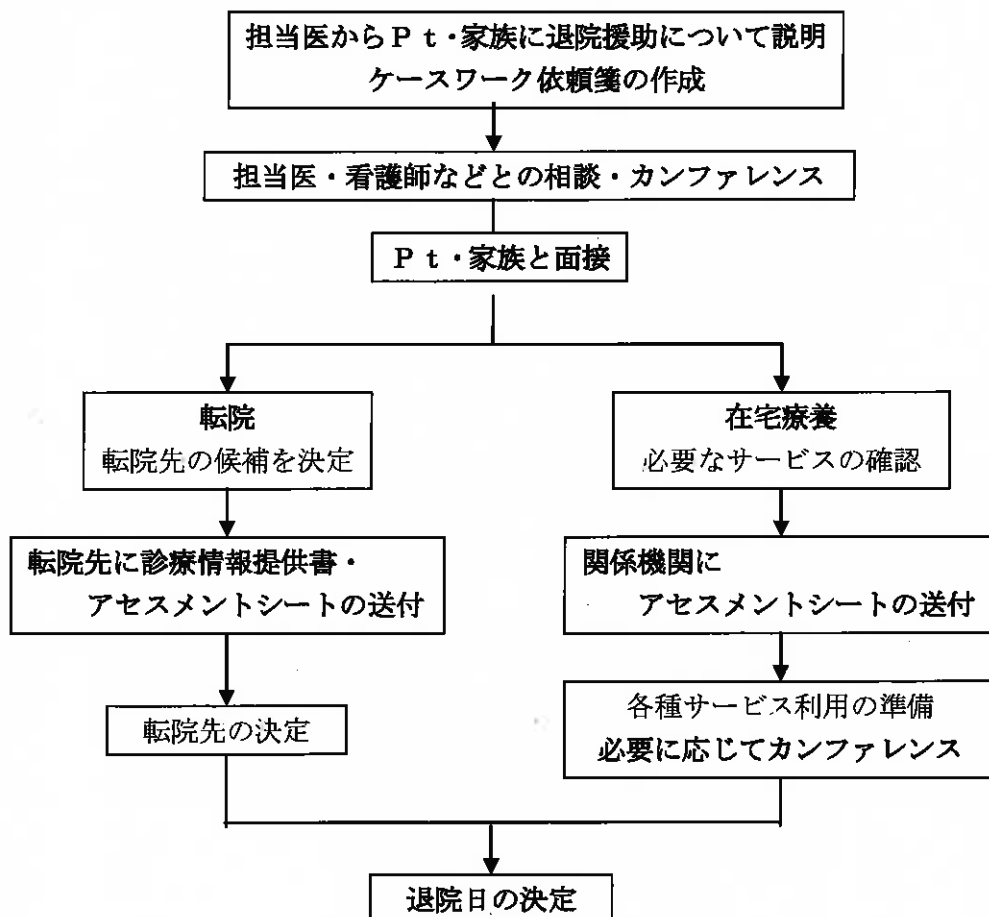
MSWにとっては、医学的情報（治療経過・予後など）を詳細に把握し、Pt や家族と

の面接が可能となり、より医学的根拠に基づいた支援が可能となる。(MSW が参加するカンファレンスは、①リハビリテーションラウンド(リハビリ医、理学療法士、作業療法士、看護師、MSWで構成。週1回) ②脳神経外科・神経内科・整形外科カンファレンス(医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、MSWで構成。それぞれ月2回) ③緩和ケア回診(緩和ケア医、内科医、精神科医、看護師、薬剤師、管理栄養士、MSWで構成。週1回)である。)



### (3) アセスメントシート【資料2】の活用

退院援助では、院外の関係職種・関係機関との連携が不可欠である。連携先に対して、依頼したい支援内容、解決すべき課題を明らかにすることが大切である。当院のMSWは、アセスメントシートにこれらを記載し、紹介先に送付している。具体的には心理・社会的状況(どの程度まで回復すれば退院を考えたいか、家族構成・家族の健康状態など、経済面、家屋構造など)、医療上の課題(病気の予後、治療・リハビリのゴール、Ptや家族への説明内容)、看護・介護の課題(ADLの状況や介助の具体的手段など)をわかりやすく記入する。



【表：退院援助システム】

#### 4 事例紹介 回復期病院への転院を経て自宅療養に至るまで

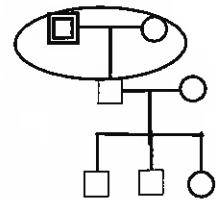
Aさん 80歳代 男性

病名 : 左被殻出血(右上下肢麻痺、右半側空間無視、嚥下障害)

既往症 : 高血圧症、糖尿病(U内科に通院していた)

家族構成 : 妻と2人暮らし 車で30分程度の所に息子家族が住む。

経済面 : 老齢厚生年金を受給 介護保険: 要介護4の認定



当院での治療経過 5月X日~6月Y日

突然の右上下肢麻痺をきたし、当院に緊急入院となる。状態安定後、MSWにケースワーク依頼箋が届けられ、カンファレンスと妻との面接において、次のことを確認した。

- ・胃ろう造設術を受けた。リハビリテーションの継続が必要である。
- ・意識は清明だが、ADLには全面介助を要する。
- ・嚥下訓練を受ければ、経口摂取できるようになる可能性がある。
- ・妻は、いずれは自宅介護を希望。

##### 【援助方針】

- ・重度の介護を要し、医療的な支援が必要と予想されたため、当センターにてケアプラン作成を前提に転院先を探すことにする。
- ・嚥下訓練を含めたリハビリテーションが受けられるようにK病院MSWへの打診(診療情報提供書、アセスメントシートの送付)、妻の申し込み・見学を行い、転院した。

8月Z日 「退院に向けて介護サービスの利用について相談したい」と妻より連絡あり。  
K病院にケアマネジャーとして訪問を約束する。

カンファレンス(参加者:Aさん、妻、病棟看護師、理学療法士、K病院MSW)

話し合った概要は次の通りである。

##### 【病状】

- ・降圧剤、血糖降下剤の内服は必要。自宅の環境、サービス調整が済めば退院可能。

##### 【身体・精神状況】

- ・車いすでの移動は安定。ADL動作は見守りでできるようになった。
- ・経口摂取ができるようになった。
- ・誘導すればトイレ及び尿器で排泄できる。夜間も含めて頻尿である(ほぼ3時間毎)。

##### 【在宅生活における留意事項】

- ・転倒の危険性が高い。それは、車いすのブレーキをかけ忘れること、立ち上がる際に患側である右下肢の膝折れが見られるためである。移乗動作について検討が必要である。

##### 【妻の生活に対する意向】

- ・介護サービスを積極的に利用したい。特に入浴介助は支援を受けたい。

##### 【自宅退院に向けた調整・支援】

専門職のアドバイスを受け、次の3点に留意して調整した。1つは、移乗動作時の安全に配慮すること、2つ目は、車いすでの生活ができるようにすること、3つ目は、妻に対する介護方法への助言である。

### ①移乗動作時の安全に配慮する

理学療法士によると、右下肢麻痺のため、上肢のみの力で立ちあがる必要がある。そのため、移乗動作時に介護負担が大きい。

そこで、介助バー（立てるんバー（写真2））を試したところ、安全に、見守りのみで移乗動作ができるようになった。

### ②車いすでの生活ができるようにする

自宅内は住宅改修を行った（居室から外出できるようにスロープの設置（写真3）。トイレの敷居を撤去・手すりの取り付け（写真4）。なお、右半側空間無視が原因で、車いすのブレーキをかけ忘れるため、食品用ラップフィルムの芯を取り付け、注意を促すことにした（写真5）。



写真2



写真3



写真4



写真5

### ③妻に対する介護方法への助言

Aさんは腹圧をかけにくいいため、端座位にさせて尿器で排泄しなければならない。これが、身体的、精神的に妻の負担になると思われた。そこで、病棟で看護師・理学療法士からアドバイスを受けながら、妻に座位のとらせ方、移乗時の介助などの実際の介護を体験してもらった。これらにより、妻は介護に対して自信がついたようである。

なお、入浴については、リハビリテーションを兼ねてデイケアを週3回利用していくことになった。また、定期受診については、U内科に訪問診療を依頼した。

10月某日

住宅改修、福祉用具の手配、その他サービス調整が済んだため、K病院を退院した。

## 5 まとめ

「自宅で生活したい」ということを目標に、必要なサービス調整を行った事例を紹介した。ここでは、急性期である当院にて、援助方針・課題（将来的に在宅希望だが、まずはリハビリテーションが必要）を明確にし、回復期であるK病院にて入院時から在宅に向けた準備（サービス調整・介護方法の助言など）を経て、在宅療養に至っている。それぞれの場面で、カンファレンスやアセスメントシートを活用し、まずは問題点や課題を明確化し、そのうえで援助方針を立てることで、効果的な支援を行うことができた。これらの過程を経て、Ptや家族のサービス選択・自己決定ができ、安心した退院につながったと考える。

## 6 これからの課題・提言

退院援助がますます重要になることは論を待たない。超高齢社会化や介護的ニーズの高まりを背景に、病気や障がいをもっても地域で安心して生活できるための取り組みが急務である。また、医療機関にとっても、救急医療を担う社会的責務があることや、診療報酬の逓減性による経営上の視点から、組織的な退院援助の取り組みが欠かせない。

そのためにも、退院援助の要である MSW の実践について、理論化とそのシステム化が必要である。本論で紹介したカンファレンスやアセスメントシートの取り組みは、援助手段のひとつではあるが、医療職が有する専門的技術や知識をまとめ、退院援助ができれば、Pt や家族の大きな安心感につながると確信する。

翻って考えると、MSW の配置は多くの医療機関で数名程度にとどまっている。背景には、MSW に医療職としての資格がなく、業務の位置づけが明確でないことが影響している。

しかし、相談・退院援助業務（のシステム）に対する診療報酬上の更なる評価を行われれば、経営上のインセンティブがはたらき、MSW の増員が期待できる。優れた退院援助を行うために、MSW の配置について、質的にも量的にも増強が必要である。利用者本位の医療を提供するために、相談・退院援助業務に関する診療報酬上の更なる評価を求めたい。

## 謝辞

A さん夫婦には、本論への掲載について承諾を頂いた。戦争も経験され、さまざまな苦勞を乗り越えられてきたそうだが、いつも笑顔を絶やさないご夫婦で、人生の先輩として大変尊敬できる存在である。改めて感謝申し上げたい。

【資料1】

ケースワーク依頼箋

		依頼日	平成21年10月21日
		患者番号	123-456
フリガナ	スズカ タロウ	生年月日	1935年5月X日
患者氏名	鈴鹿 太郎	初診	
病名	左被殻出血	外来・入院	( 4階西 病棟 )
診療科	脳神経外科	入院年月日	平成21年10月1日
依頼医	伊藤		
依頼内容	1.医療費に困る 2.生活費に困る 3.転院先紹介 4.特定疾患申請 5.身体障害者手帳申請 6.在宅介護相談 7.介護保険申請 8.社会復帰 9.患者の背景調査 10.退院に困る 11.その他		

スクリーニング項目

■医療・看護的側面

移動	自立・介助 ( 杖 ・ 歩行器 ・ <u>トランスファ介助</u> ・ 寝たきり )		
食事	【摂取】 自立・ <u>介助</u> 【嚥下障害】 <u>有</u> ・無 【食事制限】 ( )		
排泄	自立・介助 ( 病棟内トイレ ・ ポータブルトイレ ・ <u>オムツ</u> ・ バルン留置 ・ 導尿 )		
入浴	自立・ <u>介助</u> ( )		
医療的処置	① 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 人工透析
	4. ストマ	5. 酸素療法	6. 人工呼吸器
	7. 気管切開	8. ターミナル	9. ペースメーカー
経管栄養	① 胃ろう	2. 腸ろう	3. 経鼻栄養
精神・神経障害	1. 失語症	② 構音障害	3. 見当識障害
	4. 傾眠傾向	5. 精神疾患	

■家族的側面

■社会的側面

1) 独居又は高齢者のみ	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	1) 医療費や生活費に不安	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
2) キーパーソンがいない	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	2) 患者・家族の理解に問題	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
3) 他に要介護者がいる	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	3) 無保険者	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
4) 自宅介護の意思がない	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	4) 身元不明	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
5) ケアマネジャーがいない	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	5) 虐待が疑わしい	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当

主介護者	鈴鹿 花子(妻) 連絡先 090-55XX-YYZZ		
具体的指示事項	<p>意識障害を主訴に当院に救急車で来院。緊急血腫除去術を受け、全身状態は安定しました。右上下肢麻痺と嚥下障害を認めており、胃ろう造設を10月21日に行いました。意識は回復してきました。今後、リハビリテーションの継続が必要です。</p> <p>妻は、いずれは在宅介護を考えたいとのことですが、不安を抱えています。今後の療養方針や受けられるサービスの紹介も含めて、相談をお願いします。</p>		
報告欄	<p>ご紹介ありがとうございます。妻と面接させて頂きました。</p> <p>まず今後の方針としては、妻もリハビリテーションの必要性を充分理解しており、回復期リハビリ病棟併設のB病院に転院できるように調整していくことにします。</p> <p>妻は、いずれは在宅介護を考えたいとのことですが、介護によって持病の腰痛症が悪化してしまわないかが最も心配だそうです。これについては、看護師・理学療法士などから介護方法についてアドバイスをもらうことが良いこと、介護保険サービスなど有効と思われる制度について説明させて頂きました。自宅介護に向けたサービス調整は、B病院のMSWに依頼させて頂きます。</p>		
報告年月日	平成21年10月22日	ケース担当	MSW 鈴木

## 【資料 2】

# アセスメント表

123-456

A 様

### 生活歴

80歳男性。会社員として定年まで勤め上げた。以降は、悠々自適の生活を送り、趣味の旅行が楽しみであった。65歳に健康診断で高血圧症を指摘されたため、自宅近くのAクリニックに通院していた。

平成〇年〇月〇日午前5時頃、トイレに行こうとした際に歩行できなくなったため、救急車を呼び、A病院脳神経外科に緊急入院した。

### ソーシャルワーク経過

〇月△日に主治医から医療ソーシャルワーカーに相談依頼がある。妻、長男との面接、関係職種とのカンファレンスで得た情報をもとに、以下のことを確認した。

・病状。『左被殻出血』と診断され、入院日に手術を受けた。術後の経過は良好である。主治医は、急性期治療は終了したと判断している。嚥下障害を認め、〇月×日に胃ろう造設術を受けている。

・身体状況。右上下肢不全麻痺、失語症を認める。身の回りの動作には全面的に介助を要する。離床を促すために、病棟では車椅子に座って過ごしている時間も多い。言語聴覚士の指導のもと、ヨーグルト程度は食べ始めている。

・認知機能について。周辺症状は認めない。失語症ではあるが、うなづきなどのジェスチャーでコミュニケーションは取れる。

・リハビリでは端座位、立位訓練を行なっている。今後は、入院でのリハビリテーションが数ヶ月要する見込みである。最終的なゴールは、屋内で伝い歩きができる程度であると主治医は予想している。

### 今後の方向性と援助方法

家族は主治医から回復期リハビリテーション病院への転院を提案されているとのことであった。妻が車に乗らないため、公共交通機関で面会に行きやすいこと、本人には嚥下訓練が特に必要であるとの意見が関係職種から出されているため、言語聴覚療法が充実しているKリハビリテーション病院への転院を提案した。

妻は、K病院退院後には在宅介護の考えがあり、介護保険サービスや身体障害者手帳の取得について案内した。

### 備考

鈴鹿中央総合病院 医療福祉相談センター