

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、特に断りがない限り、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。

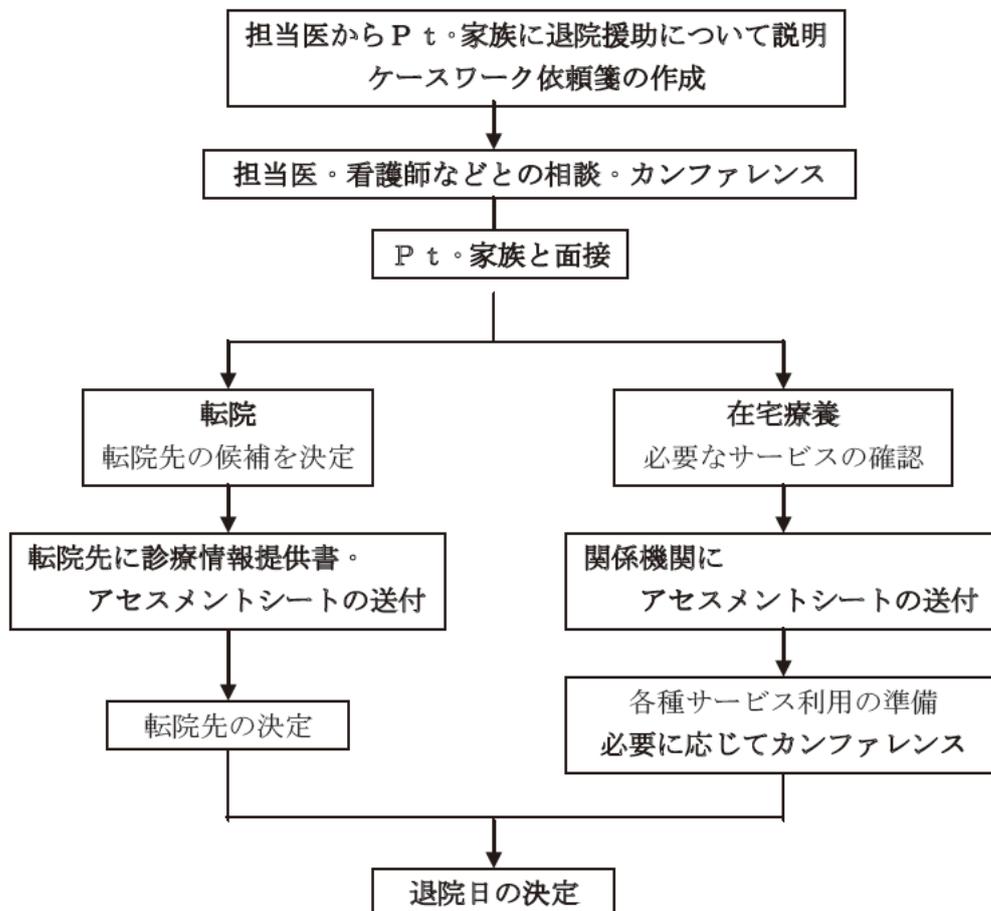
MSWにとっては、医学的情報（治療経過・予後など）を詳細に把握し、Pt や家族と

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

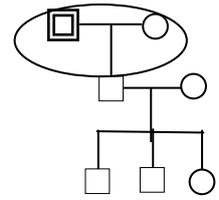
Aさん 80歳代 男性

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 ・ トランスファ介助 ・ 寝たきり)		
食事	【摂取】 自立・介助 【嚥下障害】 (有・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 ・ オムツ ・ パルン留置 ・ 導尿)		
入浴	自立・介助 ()		
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-YYYY		
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。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