# 相談支援体制の確立(その2) ~有効な地域の連携~

前橋赤十字病院(群馬県) ソーシャルワーカー 鈴木大介



# 当院の現況と、相談支援センターの位置づけ

【当院現況】・・・3次救急を担う、超急性期病院。

診療科目:30科病床数:592床

平均在院日数:12.5日(平成24年度)

主な診療指定:地域がん診療拠点病院、災害拠点病院、高度救命救急センター、

地域医療支援病院、県高次脳機能障害支援拠点機関 等

## 【相談支援センターの位置づけ】

医療社会事業部 医療社会事業課(≒相談支援センター)・・・社会福祉士9名

- ●がん相談件数:1,595件(平成24年度実績 延べ) →退院・転院支援は、約75%
- ●ソーシャルワーカー相談件数:10,687件(平成24年実績 延べ)
- ※ 医療社会事業部長:脳神経外科部長(兼院長補佐)部内他部署:社会課(3名)、地域医療連携課(8名)、退院支援室(1名=看護師長)、訪問看護ステーション(8名)

# 事例(紹介と初回面接)

#### 患者:50歳代女性

【病状、および相談依頼】 進行胃がん、がん性腹膜炎 在宅療養への支援について、院内かんわ支援チームより

#### 初回面接

#### 【患者と家族の思いの確認】

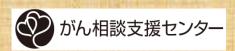
→早期自宅退院希望。(患者は)母親としての役割遂行。

#### 【現医療状況と今後の予測】

→主栄養:末梢点滴、疼痛:デュロテップパッチ(+レスキュー)、腹満:腹水穿刺、 嘔気・嘔吐:サンドスタチン(持続皮下注) 予後は1ヶ月程度(家族へ告知) 【家族支援体制】、【患者と家族の病状理解】・・・

### ◆◆支援計画◆◆

院内・外の多職種との協働を図り、早期退院へ →在宅医、訪問看護、ケアマネの選定、介護認定申請。役割分担。



# 事例(地域へのアプローチ)

## 在宅医:

「自宅近隣」、「現医療体制の継続」、「社会的苦痛(家族関係 葛藤)への対応」 → A医院へ

## 訪問看護:

「病棟Nsからの引継ぎ易さ」、「A医院との連携力」、「緊急時のバックベッド」 ⇒ 当院ステーションへ

## ケアマネージャー:

「自宅近隣」、「A医院との連携力」 → B事業所へ



初回面接から2日後、当院にて合同カンファレンスの提案・調整初回面接から4日後、自宅退院

# 事例(院外支援者との連携)

#### 退院前カンファレンス

#### 【目的】

- ・患者、家族一院外支援者との顔合わせ。
- ・医療行為の引継ぎ、役割分担等を、患者・家族をまじえて共有。

## 【参加者】

患者、家族、在宅往診医、ケアマネージャー、訪問看護師、 主治医、担当看護師、かんわ支援チーム看護師、ソーシャルワーカー 【内容】

- ・自己紹介 (在宅医と患者とは、実は繋がりがあった!距離が縮まる。)
- ・患者・家族の意思確認
- ・参加者間での情報共有と、役割分担・理解
- ・主治医:「緊急時のバックベッドの保証」、「体力回復後の、抗がん剤治療 再開」
- ・ケアマネ:「全員あなたの応援団!安心して自宅で療養しようね」

# 地域との連携(一考察)、大事にしていること

# ◎地域(開業医、訪問看護、ケアマネ等)とのつながり作り

- ・相手を知り(麻薬の対応、往診エリア、頻度)、つなぐ
- "思いがつながる連携"の調整の一例
  - \* 合同退院前カンファレンス
  - \* 定期報告に対する、院内スタッフへの周知
  - \* 合同デスカンファレンス(振り返り)
- ・院内多職種をまじえた連携
- ケースを通じて、そして次につながる

# @個人情報を取り扱っている責務

- ・情報共有の動機は?
- ・情報共有の目的は?