

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－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？