



入退院支援の現状

2023/07/13 (木) ほくと・ななえ医療介護連携強化研修会

① 函館脳神経外科病院とは

② 忙しい相談室

③ 院内多職種連携の難しさ

④ さあ家に退院しましょう

⑤ 事例

⑥ 目指すもの

本日のメニュー

Today's menu



私たち職員は、
生命を尊び、病院の理念を
実践するとともに、

患者さんの権利を尊重し
お互い協力し合い、
信頼される医療を提供します。

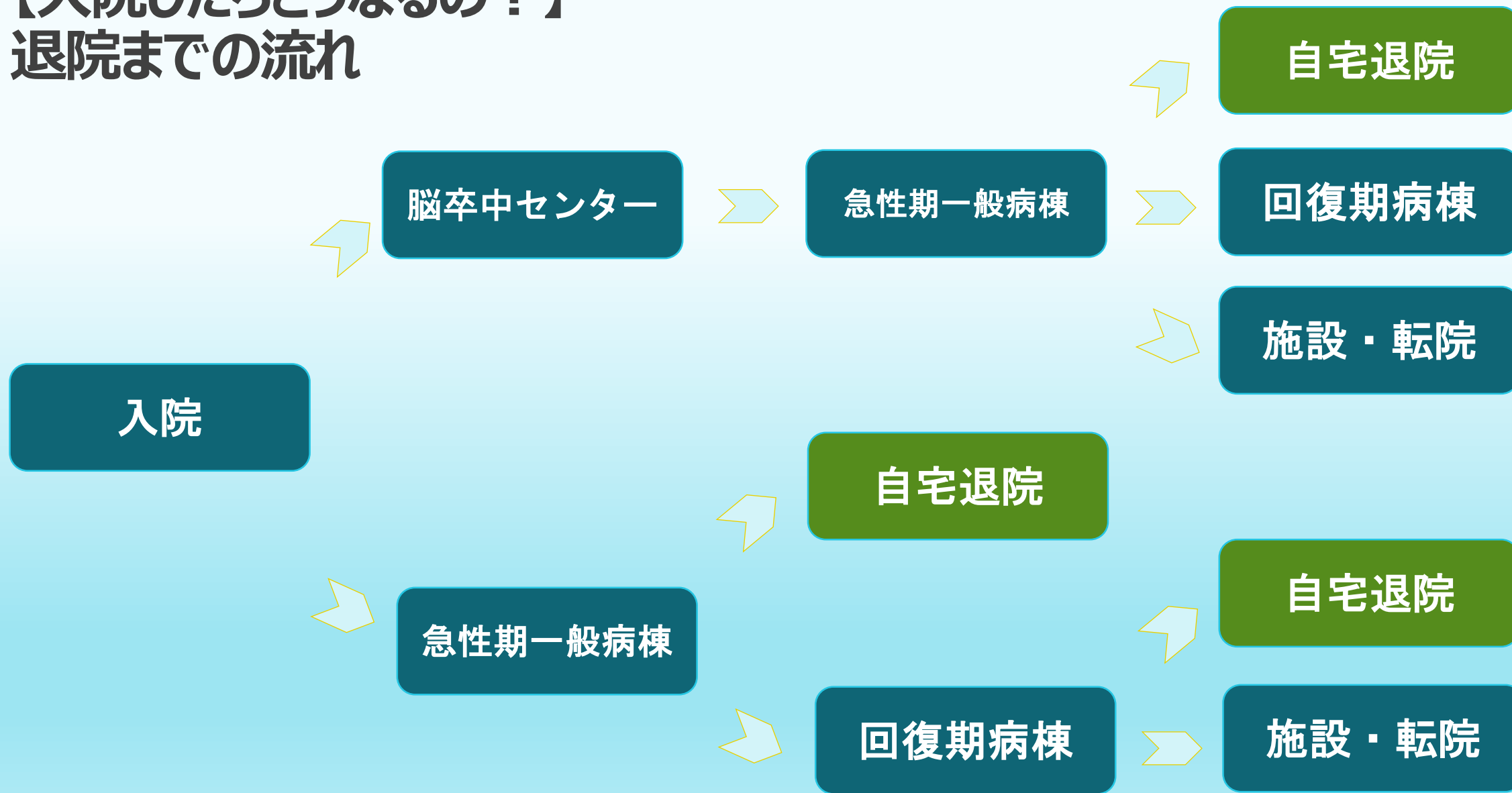


脳卒中センター 9床
一般病棟 84床
回復期病棟 35床
計128床

脳外科医11名
平均在院日数14.3日



【入院したらどうなるの？】 退院までの流れ



入院の受け入れ

- 24時間救急対応
- 外来診療からの入院
- ドクターヘリ
- 回復期病棟での受け入れ（まだ整備できておりません・・・）

医療ソーシャルワーカーの一日



【MSWの一日の動き】

8 : 30 出勤

8 : 40 医局へ前日の病床稼働について報告

8 : 45 相談室朝礼

8 : 55 事務部朝礼

9 : 30 回診⇒多職種カンファレンス

11 : 00ファミリーカンファレンス

14 : 00ファミリーカンファレンス

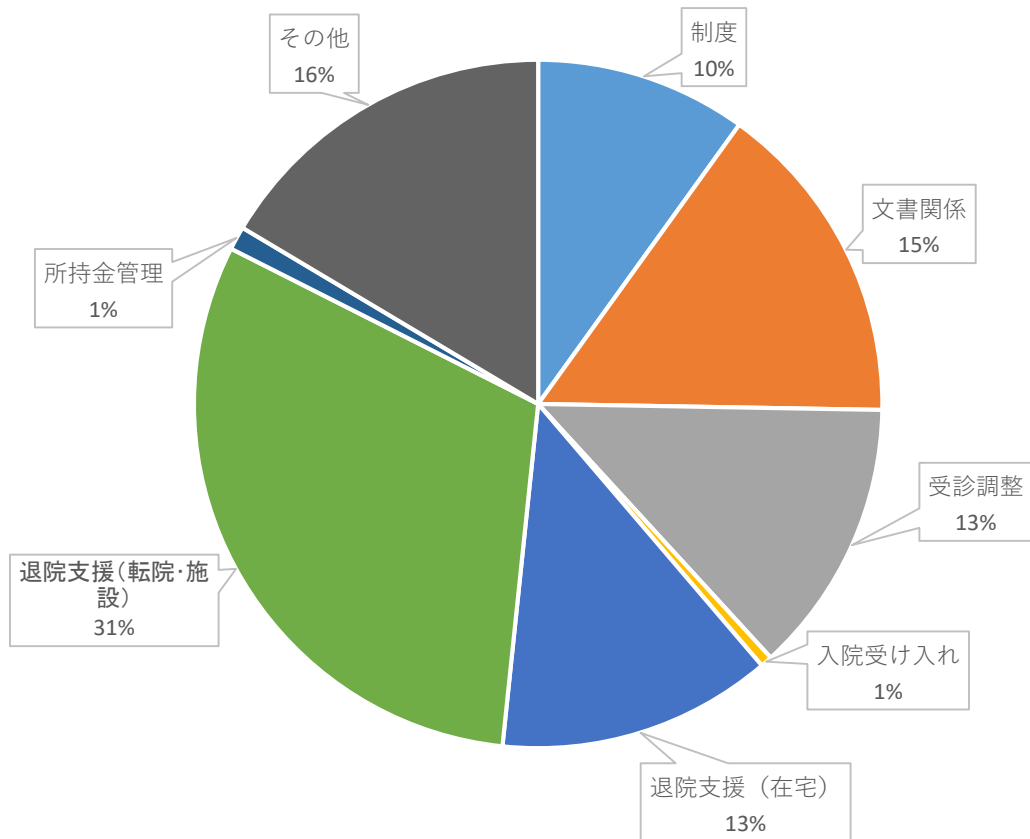
15 : 00ファミリーカンファレンス

この合間で院内外電話ラッシュへの対応、病室訪問、苦情処理、外来患者さん対応などなど。

退勤時間は・・・(´ ; ω ; `)

医療相談件数

6月相談実績



相談件数

実人数 291人

延べ 761人

その他の内訳は、身寄りのない方の
キーパーソン探しや退院後のフォロー、
クレーム対応など



多職種カンファレンス

患者さんの情報共有と方向性の検討

- 回診後に病棟師長、病棟リーダー、リハビリスタッフ、MSW 退院支援看護師が集まりその日の患者さんの状態を共有 方向性の確認などを行います。
- 直前に控えるファミリーカンファレンスにおいて提案する概要 を共有をします。
- 病棟は日々の様子、リハビリは評価内容や予後予測、 MSWは背景や家族についてなどを伝え方向性の検討をします。

【難しいよ、院内多職種連携】 MSWの腕の見せ所

- ・入院前はどのような生活をされていたか
- ・ご本人、ご家族はどのような意向か（根底にある心配事や悩みに気づく力）
- ・ケアマネージャーからみる患者さんは？⇒すぐ今回を機にと言わないで！
- ・患者さんが自分でできることできないことの把握⇒病棟とリハビリの差は？
- ・できないことはできるようになる？⇒予後予測の重要性
- ・医師の見解を抑える
- ・患者さん側の立場になりつつ組織人である以上、病院でできることできないことをはっきりと伝える
- ・自宅退院のイメージをつける（患者さんが朝起きてから寝るまで）

みんな家に帰りたい！

【さあ、家に退院しましょう】

地域へのバトンタッチ、つながりつづけること

- ・患者さん、ご家族の思いと落としどころ
- ・早めに情報共有、退院目途つける
- ・院内スタッフは案外介護連携に疎い
- ・病院にはMSW、家には包括、ケアマネがいる安心感（相談できる場所）
- ・少しでも長く家でらすためには「医療と介護の連携」
- ・退院が終わりではない

【こんなこともありました】

70歳 女性 病名：脳腫瘍 症状：失語症 麻痺 介護認定：介入時未申請→要介護2
家族背景：夫と二人暮らし 娘別世帯

(経過)

2019年12月ころから右手足しびれと脱力あり 6月23日開頭術施行、その後化学療法実施

2022年6月 外来診察にて施設入所希望ありと医師から介入依頼あり

初回面談時、本人は病状告知されており先が長くないことをわかっていた

本人「化学療法も望まない、自然な形で人生を全うしたい、状態が悪くなったら施設へ入る」

夫「治療して少しでも長く生きてほしい、でも本人がそう思うならそうするしかない」

→すでに家族が包括へ相談済み 介護保険申請手続き済み（症状強くなく非該当の予測）

2022年7月 要介護1 認定でたがサービス利用希望なし

2022年9月 状態悪化 介護保険サービス検討を提案

2022年10月 夫入院により自宅介護限界と娘。それを聞いた包括担当者からSOSで入院対応

→退院先は施設と娘より

2022年11月 夫退院し自宅退院希望あり退院（介護保険サービス提案するも夫自分で介護すると一

点張り）→包括担当者に状況伝え退院後フォロー依頼

2023年3月 再び介護限界で入院

2023年4月 夫は入院継続希望 娘はコロナで会えないのは嫌。娘宅退院希望。

家族の意向合致せず

そのまま状態悪化し死亡退院

目指すものは一緒

患者さんやその家族が自分らしく生活できるためには医療と介護の連携が必須です。

私たちは立場は違えど同じものを目指しています。

私たちがお互いの意見を深め、やりとりすることで患者さんやその家族の人生の一助となれると信じています。

私たちは患者さんやその家族のためにある杖。

転ばないようにうまく使ってもらいながら支えていきましょう。



ありがとうございました

阿部 綾子



0138-31-0606



HNH-MSW@mail.hnh.or.jp

