

回復期リハビリテーション病棟におけるソーシャルワーカーの役割 ～チームアプローチによる退院支援をめざして～

医療法人共栄会 名手病院 地域連携室

岡本実可（社会福祉士） 柴田かおり 平田 綾 野口真右
深野文香 溝上俊一 稲垣伊津穂 池田宜史

【はじめに】

ソーシャルワーカーとは医療機関などにおける福祉の専門職で、病気になった患者や家族を社会福祉の立場から支援を行うものである。その中でも回復期リハビリテーション病棟のソーシャルワーカーは、患者・家族の生活課題に積極的に関わり、突然の疾病により生じた患者、家族の混乱を受け止め整理し、望む新しい生活の形を作り上げていくための支援を行わなければならないと考える。

今回、医療的ニーズの高さ、生活課題の多さから、自宅退院が困難と思われた患者の事例を通して、私たちの役割を報告する。

【倫理的配慮】

対象者には、取り扱う情報は本研究以外の目的では使用しないこと、個人が特定されないように配慮し同意を得た。

【事例】

A氏 60代 女性 慢性腎不全（週3回血液透析） 1型糖尿病（1日3回インスリン） 視力障害（ぼんやりと形が認識できる程度）脳梗塞

低血糖により心肺停止し、蘇生後脳症のリハビリテーション目的にて他院より転院。シルバーカーを使用し、歩行ができるまでに回復していたが、入院中に脳梗塞を発症し、食事摂取以外ほぼ全介助となる。

【支援経過】

第1段階～情報収集と情報共有

当院ではソーシャルワーカーが、入院前に本人・家族との面談を行い、入院前の生活状況や、介護保険情報、本人・家族の意向を確認し、転院の調整を行う。紹介病院に出向いて面談を行うこともある。今回、A氏の場合は、母、従妹と面談を行った。面談の結果、要支援2、障害手帳1級、障害年金受給、家族構成は、要介護2の90代母親との二人暮らし、親戚からの支援は望めず、金銭管理も困難な状況ということが確認できた。

入院当日の多職種カンファレンスにて、これらの情報を共有する。入院中は、各種カンファレンスに参加して情報共有を行う。そこで、課題や現状、今後の見通しについて話し合う。また、家屋評価が必要な方には、セラピスト、看護師と共に自宅を訪問し、調整の必要な課題を持ち帰る。主治医の病状説明にも同席する。

今回のケースでは、院内カンファレンスにて、家族の介護力の低さに加え、「頻回のナースコールがあり本人の訴えが多い」「食事の好き嫌いがあり低血糖症状を繰り返すなど、血糖コントロールが極めて困難」、「血液透析拒否があり、感情失禁が見られる」等の課題が多く、安全性を考慮して、施設入所を提案してはどうかとの意見があった。しかし、複数回にわたる家族カンファレンスで自宅での生活におけるリスクを説明しても、本人、母の自宅退院への希望は変わらなかった。

第2段階～生活の場に帰るためのチームアプローチと社会資源との連携・調整

そこで、本人の「自宅に帰りたい」という意向に沿った支援を行うために、自宅で生活するために必要となることについて、改めて院内で多職種が問題を整理し、解決に向けて検討を行った。院内カンファレンスで挙げられた食事以外のADL全てに介助が必要な状態、家族の介護力不足、現状に見合わない介護度（要支援2）、金銭管理能力不足、低血糖のリスク、インスリン注射、血液透析患者、褥瘡のリスク等の介護面、医療面の課題に対して、ケアマネと共に介護保険の変更申請をはじめ介護保険サービスの調整を行い、介護保険サービスだけでは確保できないサービスについては、障害福祉サービスの利用、福祉用具の調整、社会福祉協議会での金銭管理等の利用に向けて関係窓口との連携を図った。医療面の支援として本人には、インスリン注射の手技の指導や血液透析先の病院との調整、訪問看護の導入の調整を行った。

ソーシャルワーカーが総合的な窓口となり調整した退院前カンファレンスでは、ケアマネージャー、地域包括支援センター、かかりつけ医療機関、訪問介護（2事業所）、訪問看護（3事業所）、デイサービス、ショートステイ、福祉用具、社会福祉協

議会の院外 12 事業所と一同に会し、情報共有を行うことにより、多職種それぞれの役割分担を明確にした。また、カンファレンス後も、退院するまで、入院中のリハビリテーションや療養指導の進捗状況を、随時各事業所に情報提供した。

第3段階～退院後のフォロー

退院されてから約1か月後、看護師に同行し自宅を訪問すると、本人に関わっている事業所の連絡先の一覧、インスリン単位、服薬中の薬の一覧、その日の体調、血糖値、各事業所からの申し送りがひと目でわかるようになっていた。

万が一救急搬送された時のために、主治医から、血液透析や糖尿病などの基本的な情報が記された書類も準備されていた。入院中に課題として挙げられていたことが、在宅チームに引き継がれていることが確認できた。

本人・家族・ケアマネージャーより話を伺った。

本人「家に帰ってこられて良かった。特に不安なことはない」

母「帰ってきてくれてよかった。娘が入院しているときは一人で寂しかった」

ケアマネージャー「本人の顔が優しくなった。」退院後一度も救急搬送されることなく、自宅で過ごされていることを喜ばれていた。

【考察とまとめ】

当院では、入院前から退院後に至るまで、すべての患者にソーシャルワーカーが関わる。院内・院外からの情報を一元管理する総合的な窓口となり、それぞれをつなぎ、調整する役割を担うことで、患者にとって、最善のサービス提供が可能になると考える。

退院後の支援として、退院後初めての外来受診の際には、ソーシャルワーカーが外来に出向き、本人・家族より自宅での様子や不安に感じていることはないか等を伺う。ケースによっては、今回の事例のように退院後に自宅を訪問する。

また、病棟スタッフ、セラピストにフィードバックすることで退院後の生活を評価することができ、今後の退院支援にも活かせると考える。

今回は、自宅退院が困難と思われる事例で、本人の出来ないことばかりに目をむけていたが、「死んでもいいから自宅に帰りたい」という本人の強い想いをうけ、できる事に目をむける視点に変わったことが重要だったと考える。

坂井志麻⁽¹⁾は「患者が今できる部分に目をむけていくことも重要」と述べている。今後も本人がどう生きていかという視点、自己決定の尊重を最優先に考えて支援をしていきたい。

【引用文献】

(1) 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかわる p 117 学研 監修 宇都宮広子 編集 坂井志麻 (2015)