

P-073

「家で過ごしたい」という想いを支えた透析中の末期がん患者の退院支援

盛岡赤十字病院 医療社会事業部

○佐々木 円

【はじめに】退院支援を行ううえでは院内多職種のみならず在宅サービスを提供する側との連携が必須である。今回、透析中の末期がん患者の退院支援に関わり患者の想いに寄り添い在宅看取りができた事例を経験したので報告する。

【倫理的配慮】個人が特定できないように記述し病院倫理委員会の承認を得た。

【事例紹介】A氏、70歳代、男性。慢性腎不全で自宅から片道車で40分かかるとの当院まで自分で運転し週3回透析していた。2012年X月胃がんの再発あり入院。主治医からは積極的な治療はできない、これからは緩和ケアを行うと話があった。妻との二人暮らし。息子夫婦が近くに住んでいる。

【経過】告知を受け自暴自棄になっているA氏へ退院支援看護師として介入した。食欲不振、ADL低下が進みながらも「家に絶対帰りたい」というA氏の意向を聞き、主治医・病棟看護師とのカンファレンスを繰り返した。食欲不振についてはNSTと連携をとり対応した。退院前に訪問看護師・ケアマネージャーに来院してもらい本人・家族と面談、病棟スタッフとのカンファレンスを行い入院から1か月後に自宅退院された。家族は「最期は入院させてほしい」と在宅看取りに拒否的だったが訪問看護師の関わりによって家族の気持ちの変容がみられた。残された時間を自宅で過ごしたいという本人の意思を尊重し、訪問診療へ切り替え、退院して38日後に自宅で旅立たれた。

【考察】入院中は医師・看護師が受容的に関わり、また在宅では訪問看護師がA氏と妻の支えとなり、入院時から看取りまで、さまざまな職種の人がA氏の「家で過ごしたい」想いに寄り添い、連携し、それぞれの立場で介入できた。在宅看取りを全員で支えたことにより家族ケアにもつながったと考える。

P-075

退院支援に係わる事務の役割

那須赤十字病院 地域医療福祉連携課

○鈴木 理恵、手塚美恵子、人見 優子、石井 容子、伊藤 健一、阿見 弘子、和気 正男、大島 瑞季、堀江千登勢

【はじめに】地域医療福祉連携課において連携の役割は前方連携を主としていたが、平成20年から入院支援・退院支援を担当する看護師が加わり、それに伴い連携業務の役割も拡大してきた。なかでも、在宅医療の支援は退院調整看護師を専任で配置し、急性期病院においても重要な役割を担っている。支援は院内外の医療福祉関係職種、患者及び家族を含めてカンファレンスを行い、より良い在宅医療に向けて行われている。しかし必ずしも実施したことがコストで検証していたとは言えない。地域連携課の事務として経営的視点で検証を行い、結果として増収実績に繋がったので報告する。

【方法】1.在宅に向けての診療報酬から退院支援に関するものを一覽にまとめる2.現状で実施されている退院支援の内容を明確化させる3.連携会議において情報提供による院内・外の各職種への理解と協力を得る4.積極的な医局会への参加により退院支援の理解と協力を得る

【結果】上記の方法1から4の結果、院内外スタッフへの働きかけによりケアマネージャーからの情報収集や拡大カンファレンスの件数が増加し増収に繋がった。また、地域からは地域連携課が窓口になったことで様々な問い合わせやカンファレンス開催が円滑に進められるとの声も聞かれた。

【考察】経営的視点をもって院内で行われている医療を検証し提案していくことは、医療チームの一員として事務部門の大きな役割であり、それらを実施することが病院経営に役立つことを実感した。今後は更に現場を知る機会を持ち、地域との連携や現場で実施していることが円滑に機能するとともにコストに繋がれるようにしたい。

P-074

医療ソーシャルワーカーによる支援の効果～退院支援事例を通して～

盛岡赤十字病院 医療社会事業部

○金田可南子

【はじめに】日々の相談業務において、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）に限られた時間の中でいかに専門性を発揮した支援を行えるかが課題と考える。ここでは、事例を通しMSWによる支援の効果を検証する。

【事例概要】A氏（92歳女性）は血液疾患により在宅生活困難のため、転院の方針となる。三女は理解力が乏しく、孫がキーパーソンとの情報が入院時あった。孫が転院相談の主体となる一方で、足繁く病院へ通い、A氏を気遣う三女の姿が見られた。MSWは、今後の療養先について三女へも意向確認すべきと面接を行ったが、三女は真意を表現せず、表面的な面接に留まった。このような中、三女が突然相談室に来室し、A氏のケアに対する不満を訴える出来事があった。この行動は、A氏を心配する三女の気持ちの表れと受け止め、三女の率直な気持ちを聞きたいと、MSWの素直な思いを三女へ伝えた。これはMSWが「三女は理解力が乏しい人」という先入観から脱し、真の意味で三女と向き合ったことを意味する。それにより、MSWと三女の関係性が変化、三女のA氏や転院に対する素直な思いを引き出すことができ、三女は迷い、悩みながらも今後の意思決定をすることができた。

【考察】対人援助技術の一つに「統制された情緒的関与の原則」がある。これは、援助者自身の感情を自覚、吟味し、クライアントの表出した感情を受容的・共感的に受け止めるという原則である。今回の事例では、三女は理解力に乏しいというMSWの先入観が三女との受容的・共感的関わりを妨げになっていた。しかし、三女の相談室来室を機に、MSW自身が変化し、三女と信頼関係を形成することができた。また、転院という結果は変わらないが、三女の意思決定のプロセスにMSWが関わったという点に支援の効果があったと考える。

P-076

当院の退院支援における院内連携に関する取り組みについて

高槻赤十字病院 地域医療連携課

○志水 陽子、信本 愛、岩井由起子、西野 民、工藤ゆかり、明田 尚子

【目的】当院では、以前より退院調整看護師とMSWが退院支援に携わってきた。しかし、紹介や依頼等によって介入することが多く、必要ケース全てに関わることはできていなかった。退院支援では院外連携はもちろん重要であるが、その前提として院内連携が必須である。そこで2012年の診療報酬改定を機に全病棟と協力し、退院調整看護師とMSWが分担して退院支援計画カンファレンスを実施することにより退院支援ケースの早期抽出を試みた。約1年間の動向および効果について報告する。

【方法】2011年度および2012年度の<1>退院調整スクリーニングシート件数、<2>退院調整加算算定件数、<3>退院調整加算算定金額の動向についての統計、2012年7月～2013年4月の退院支援計画カンファレンス件数を集計し分析した。

【成績】2011年度と比較して2012年度は<1>～<3>は確実に件数が増えた。また、退院支援計画カンファレンスについても定着してきている。

【結論】急性期病院にとって、在院期間の短縮は必須課題ではある。しかし、退院支援は患者を早期退院させることが目的ではなく、退院後の生活にまで配慮した調整が必要である。そのためには早期に退院後の生活について検討していかなければならない。入院時のスクリーニングで退院困難者を抽出する病棟スタッフの意識付けはできてきた。また、退院支援計画カンファレンスではチームで情報共有や課題の発見が可能となり、早期の介入に結びついている。しかし、スクリーニングの段階でのチェック漏れも少なからず見受けられ、今後よりいっそう院内連携を浸透させていくうえで課題となっている。