

## 講演Ⅳ 在宅療養における地域連携室の役割

### 在宅療養における地域連携室の役割

地域連携室 ソーシャルワーカー 澁谷 理恵

本日は、私からは  
地域連携室について、  
入退院支援について、  
在宅療養える制度について  
の3つについてお話させていただきます

まずは、地域連携室の紹介をさせていただきます。  
在籍しているメンバーは看護師3名、ソーシャル  
ワーカー2名、事務1名の6名になります。  
地域連携室の部屋は小児科の奥にあります。  
写真はミーティングを行っている様子です。

地域連携室は「病院の外と内、患者さん・ご家  
族と医療者をつなぐ」窓口としての役割がありま  
す

主な業務内容としては  
一つ目は、「地域関係機関などとの連携」です。  
医療機関や施設からの患者さんの受け入れや、他  
の医療機関への検査・受診予約の紹介をしていま  
す。  
二つ目は、「入退院支援」です。入院された患者さ  
んの支援をしています。  
三つ目は「在宅療養支援」です。  
内服や医療ケアへの指導や助言、介護や受診・入

今日のおはなし



1. 地域連携室（入退院支援部門）
2. 入退院支援
3. 在宅療養を支える制度

#### 1. 地域連携室①



メンバー

- ・看護師 3名
- ・ソーシャルワーカー 2名
- ・事務 1名



#### 1. 地域連携室②



#### 地域連携室の役割

病院の外と内、患者さん・ご家族と医療者をつなぐ

#### 1. 地域連携室③



業務内容

1. 地域関係機関などとの連携
2. **入退院支援**
3. 在宅療養支援
4. 医療福祉相談
5. 在宅医療介護連携相談（芽室町より委託事業）

院についての相談業務を行っています。

四つ目は、「医療福祉相談」です。

医療費や生活費、介護保険や身体障がいなどの福祉サービスに関する相談を行っています。

五つ目は、芽室町より委託を受けている在宅医療介護連携相談です。

医療機関や介護事業所からの専門的な支援の相談を行っています。

この中から、今回は「入退院支援」についてお話させていただきます

入退院支援では、地域連携室が窓口となり、他院からの転院の紹介やケアマネージャーや訪問看護事業所などから入院依頼のご相談を受けます。

退院支援としては、施設入所や他院への転院などの調整もありますが、本日は在宅復帰される場合についてお伝えします。

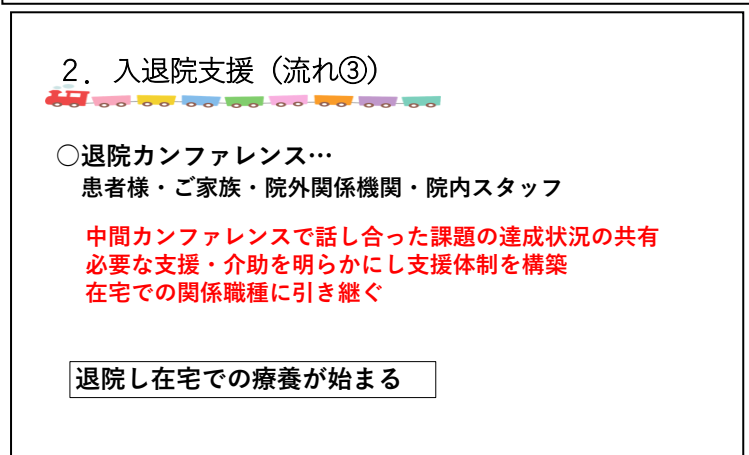
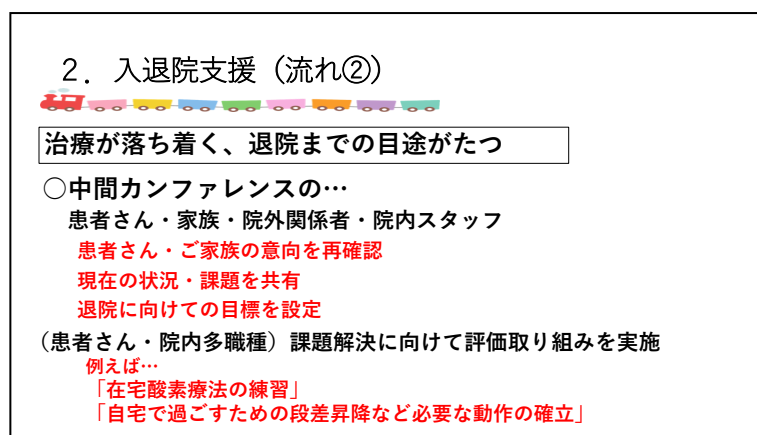
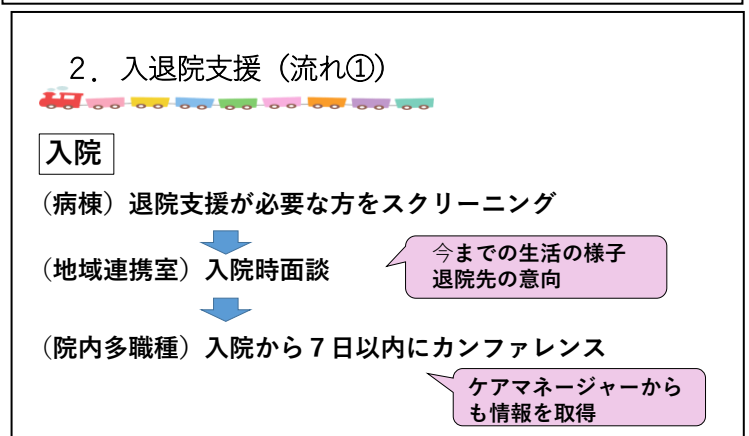
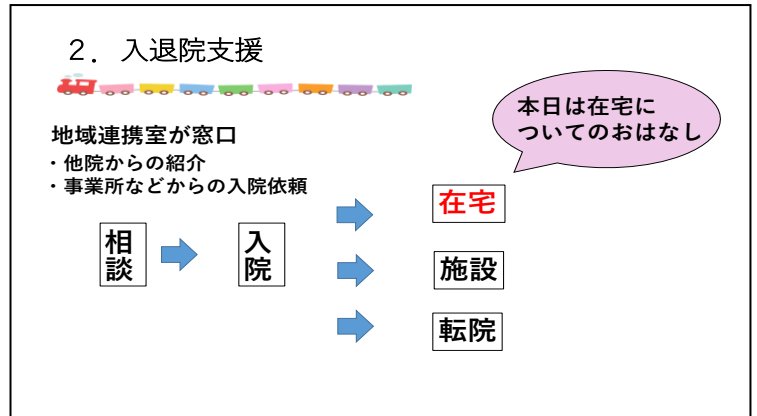
病棟の田島さんからもお話がありましたが、入退院支援の大まかな流れをご説明いたします。患者さんが入院されると同時に病棟で課題があり退院支援が必要な方を抽出します。また、地域連携室では患者さん・ご家族と面談し、今まで生活していた様子を聞いたり、退院後の意向を確認します。最近では「なんとか生活していたけれども、実は大変だった」という声をよく聞くようになりました。

入院から7日以内には、病棟のスクリーニングを元に、病棟、リハビリ、訪問看護、連携室のスタッフが集まり、患者さんの状態を共有したり、退院に向けての課題、介入の必要性、支援の方向性を協議しています。地域連携室では事前に在宅でのケアマネージャーとも連携を取り、入院前の様子を情報収集します。

治療を行い、ある程度の見通しがたった段階になりましたら、必要な方については、「中間カンファレンス」という話し合いを実施します。この話し合いは、院内スタッフだけではなく、患者さんやご家族、ケアマネージャーなどの関係者も出席します。出席者で患者さんにご家族の意向を再確認、現在の状況・課題を共有し、目標を設定します。その後、患者さんは課題解決に向けて、病棟やリハビリスタッフの支援を受け、取り組みを実施します。

取り組みとして、例えば「在宅酸素療法の練習」や「自宅で過ごすための段差昇降など必要な動作の確立」などといったこととなります。

課題達成などの評価が出来たら、最後に中間カンファレンス同様、患者さん・ご家族、院内・院外の関係者が集まり「退院カンファレンス」という話し合いを実施します。

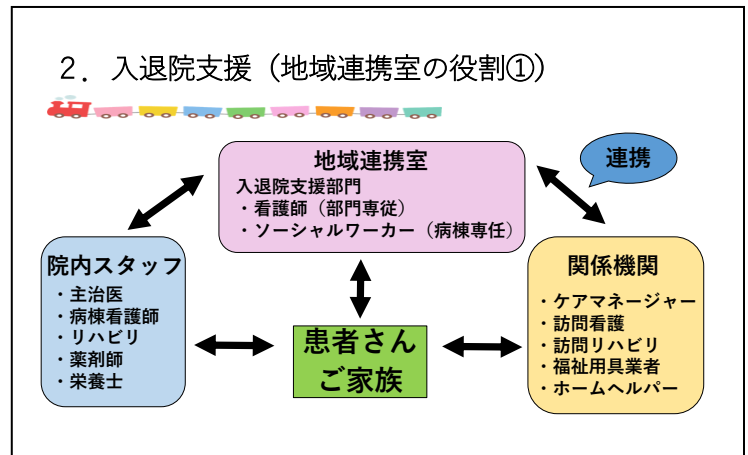


ここでは、中間カンファレンスで話し合った課題の達成状況の共有をし、必要な支援や介助を明らかにして支援体制を構築、ケアマネージャーや訪問看護など在宅での関係者に支援を引き継ぎます。

退院カンファレンス後に患者さんやご家族、ケアマネージャーなどが在宅療養に向けての準備を進めます。準備が整ったら、いよいよ退院し在宅での生活がスタートします。

入退院支援における地域連携室の役割についてですが、

図のように、患者さん・ご家族・院内スタッフと状況を共有しながら、外部の関係各所とは地域連携室が中心となり連携をとっていきます。



入退院支援での地域連携室の役割として具体的には、訪問看護への依頼、依頼内容の調整、福祉用具の紹介、調整、医療機器の手配、各種助成制度の紹介などを行います。

### 2. 入退院支援（地域連携室の役割②）

具体的には…

**地域連携室（入退院支援部門）でお手伝いすること**

- ・訪問看護への依頼、依頼内容の調整
- ・福祉用具の紹介、調整
- ・医療機器の手配
- ・各種助成の紹介

ここで、在宅療養を支える制度について一部、ご紹介したいと思います。

まずは、生活を支えるサービスについてです。主なものとしては、介護保険サービスがあります。車いすや電動ベッドなどのレンタルやトイレや入浴用品の購入が一部の負担金でできます。また、訪問介護サービスでは、ヘルパーさんが自宅に訪問し、入浴やおむつ交換の介助、掃除や調理、買い物などの家事支援を実施してくれます。その他訪問看護や訪問リハビリ、訪問入浴サービスも介護保険サービスになります。

これらの介護保険サービスは病院でもご紹介しますが、実際に調整を行うのは担当のケアマネージャ・ 16 ります。

つぎに、介護保険外のサービスをご紹介します。医療保険で行っているのが、医師が自宅に訪問し診察を行う訪問診療、歯科医師が訪問し義歯の調整や嚥下機能評価を実施する訪問歯科診療、終末期の方などに実施する訪問看護があります。また、ご自宅で食事を準備することが難しい方には配食サービスもお勧めしています。ミキサー食などの嚥下食や、糖尿病や心不全などの治療食の提供も

### 3. 在宅療養を支える制度①

**★生活を支えるサービス（介護保険サービス）**

|   |  |
|---|--|
| <b>福祉用具</b><br>・車いす（レンタル）<br>・電動ベッド（レンタル）<br>・ポータブルトイレ（購入）<br>・入浴用品（購入） | <b>訪問看護</b><br>（終末期の方は医療）<br><br><b>訪問リハビリ</b><br>（当院は訪問看護からのリハビリ提供）<br><br><b>訪問入浴サービス</b>  |
| <b>訪問介護（ホームヘルパー）</b><br>・家事支援<br>・入浴介助、おむつ交換                            | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     ケアマネージャーを通して調整                 </div><br>病院からは患者さんの現在の状況を伝える |

### 3. 在宅療養を支える制度②

**★生活を支えるサービス（介護保険外）**

|  |   |
|--|---|
| <b>医療保険</b><br>・訪問診療<br>・訪問歯科診療（義歯の調整、嚥下機能評価）<br>・訪問看護       | <b>有償ボランティア</b><br>・助け愛<br>・ちょっとサポート（社協）              |
| <b>配食サービス</b><br>・嚥下食（ミキサー、キザミ、一口大など）<br>・治療食（糖尿病、心不全、腎臓病など） | <b>障がい福祉サービス</b><br>・居宅介護<br>・重度訪問介護など<br>※介護保険サービス優先 |

行ってくれます。

その他、有償ボランティアとして助け愛や社会福祉協議会のちょっとサポート、難病などの方には障がい福祉サービスといったものもあります。

経済面を支える制度としては、一か月にかかった医旅費の上限が高額になった場合、一定の金額を超えた分が払い戻される高額療養費制度、生活保護・障害年金制度、税の控除などが受けられる身体障害者手帳があります。

芽室町の福祉事業としては、独居や高齢夫婦世帯を対象とする緊急通報システムや先ほどご説明した配食サービスの助成などがあります。

町などのそれぞれの相談窓口にご相談していただいても構いませんが、地域連携室では患者さんの状況から総合して相談に乗ることができます。

どこに相談していいかわからないなどのことがありましたら、受診の際にでも是非、地域連携室にご相談ください。

最後に、私たちが患者さんの支援を行うにあたり、大切にしていることは、患者さんやご家族の想いに耳を傾け、尊重することです。

患者さんは「家でやり残したことがある」「可愛がっている猫がいるので早く帰りたい」

ご家族は「入院すると会えなくなるので一緒に過ごしたい」などといった想いを抱えています。

しかし、実際には、「家族に迷惑がかかるから病院にいた方がいい」「介護をしたことがないから病院に任せ方が安心」といった言葉もよく聞かれます。迷いや考えが変わることは当たり前のものであり、私たち職員はそういった一つ一つの想いを大切に、入院した時点から一緒に考えていきます。

患者さんが退院すると、なかなか病棟やリハビリスタッフと顔を合わせることはなくなると思いますが、地域連携室では入院、退院に関わらず継続して支援いたします。

家に帰ってみたいけれども「想像以上に介護が大変。でも、医療行為があるので施設にはお願いできない」

「家にいると寝てばかりで筋力が落ちた。入院して集中的にリハビリをしてみたい」と言ったことがあります。

また、「帯広の病院に入院しており、期限となり退院をすすめられた。体力や筋力が落ちており、今帰ってきてても大変」といったお話もよく聞きます。

そういった場合でも、「公立芽室病院で入院の相談をしたい」などとお名前を出していただければ、入院相談が可能です。

何かお困りのことがありましたら、ぜひ地域連携室までご相談ください。

ご清聴ありがとうございました。

### 3. 在宅療養を支える制度③



#### ★経済面を支える制度

- ・高額療養費制度
- ・生活保護制度
- ・障害年金制度
- ・身体障害者手帳

#### ★町の福祉事業

- ・緊急通報システム
- ・高齢者食事サービス

状況に応じ総合的に対応いたします

### 大切にしていること



#### 患者さん・ご家族の想い

- 家でやり残したことがある
- 猫が家にいるので早く帰りたい
- 入院すると会えなくなるので一緒に過ごしたい

- でも… 家族に迷惑がかかるから病院にいた方がいいのかも…
- 介護をしたことがないから病院に任せ方が安心のかも…

入院した時点から皆さんと一緒に考えていきます

### 継続して支援する



#### 家に帰ってみたいけれども…

- 想像以上に介護が大変。医療行為があるので施設にはお願いできない
- 家にいると寝てばかりで、筋力が落ちてきた。入院し集中的にリハビリしたい

#### こんな場合は相談してもいいのか…

- 他院に入院しており、退院をすすめられた。この状態で帰ってきてても大変

地域連携室にご相談ください

皆さまと一緒に考え、療養のお手伝いをします