

研究大会テーマ：

「燈々無尽（とうとうむじん）」

「回復期リハ病棟における情報共有」 ～よりよいチーム医療を目指して改めて考える～

医療法人共和会
介護老人保健施設 伸寿苑
老健連携・相談支援課長
牛島寛文

回復期リハビリテーション病棟協会 第43回 研究大会in熊本 COI開示

筆頭発表者名：牛島 寛文

演題発表に関連し、発表者らに開示すべき
COI関係にある企業などはありません。

1. SWの役割 チームに貢献できること

医療ソーシャルワーカーとは

(平成14年 厚生労働省「医療ソーシャルワーカー業務指針」より)

病院等の保健医療の場において、
社会福祉の立場から
患者のかかえる
経済的、心理的・社会的問題の
解決、調整を援助し、
社会復帰の促進を図る

社会福祉の立場

- 憲法第11条 **基本的人権の尊重**

- 基本的人権は、国家もしくは社会が保証すべきことである。

- 憲法第13条 **幸福追求権**

- すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

- 憲法第25条 **生存権**

- すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

ソーシャルワークの原理

- 人には個別性があり、尊重されるべきもの
- 環境は個人に影響を及ぼす
- 個別的な社会的背景の歴史は重要である
- ソーシャルワーカーとクライアントの心と心の直接的なやり取りが必要である
- 無差別平等、劣等処遇の廃止

- 治療・リハと**並行して、早期から、**経済的、心理・社会的問題に対応する
- 患者・家族の**代弁者**としての役割
- 家族への精神的支え
- **本人・家族の意思決定を尊重した支援**

2. SWのチームアプローチへの参画

法人組織の概要



“共和会地域リハビリテーションセンター”
(在宅生活支援・地域づくり施設)

5階	研修室等
4階	通所リハ (社会復帰目標)
3階	管理棟
2階	通所リハ (自立生活維持目標)
1階	南小倉訪問看護ステーション 訪問リハビリテーション 伸寿苑在宅介護支援センター 南小倉ケアマネジメントセンター 南小倉テクノエイドセンター 南小倉ボランティアセンター 共和会地域包括ケア推進本部



“小倉リハビリテーション病院”
(198床) (リハ治療施設)

7階	回復期リハ病棟 (40)
6階	回復期リハ病棟 (40)
5階	障害者施設等一般病棟 (40)
4階	回復期リハ病棟 (38)
3階	回復期リハ病棟 (40)
2階	リハ室
1階	外来、医事等

総合的医療
リハビリテーション
ケアの推進



介護老人保健施設“伸寿苑” (120床)
(在宅復帰・在宅生活支援施設)

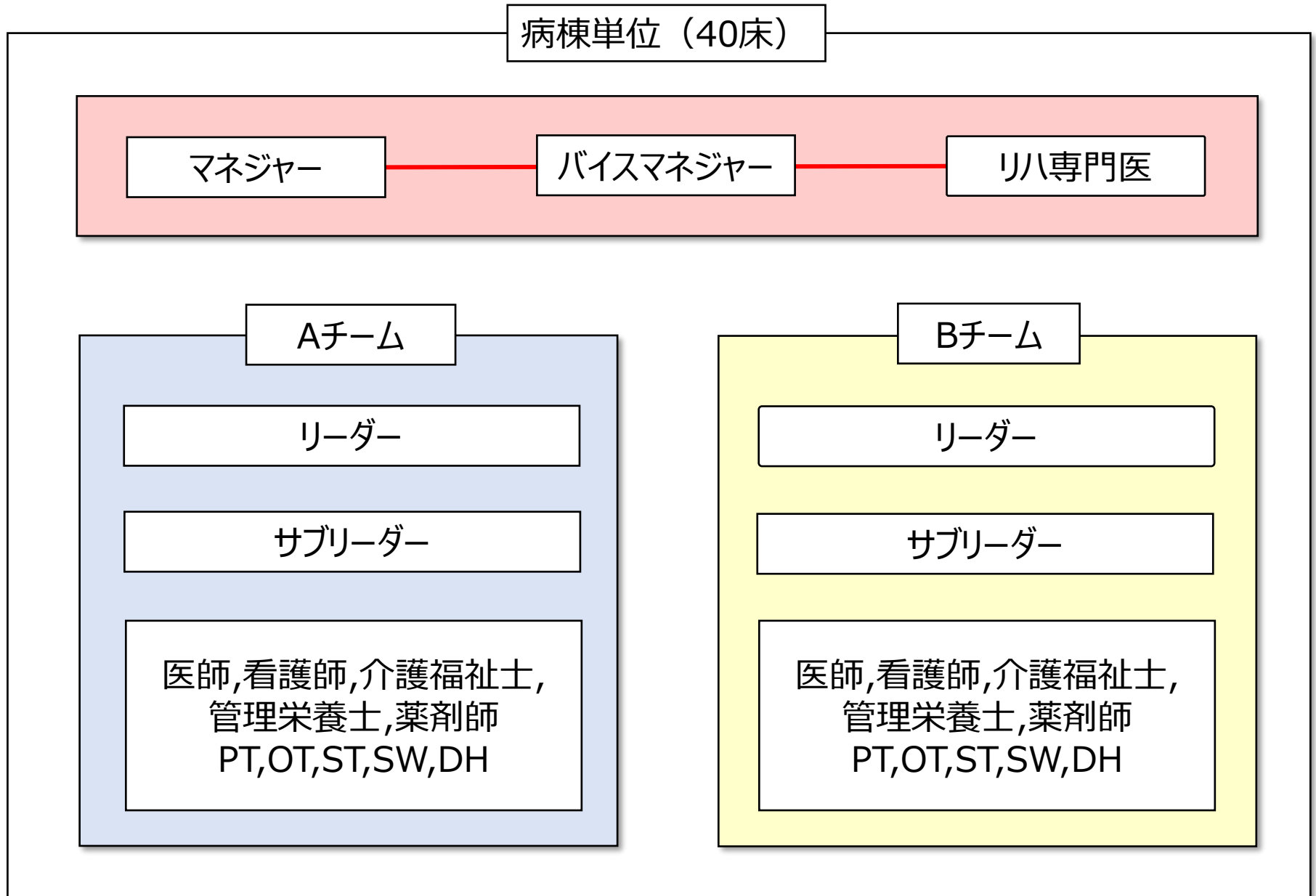
5階	更衣室
4階	療養棟 (認知症中心)
3階	療養棟 (リハビリ専用)
2階	療養棟 (リハビリ専用)
1階	事務室、リハ室等



社会福祉法人松寿会

介護老人福祉施設“こらの郷” (80床)
(生活施設)

臨床サービス部の組織構成 (2011～)



病院
連携

急性期病院訪問

- 前方連携担当SWの配置

病前生活、家族構成、病状説明の有無、急性期病院での治療経過等情報共有

入院

入院当日

- 入院評価
- リハ総合実施計画書・ケアプラン作成

インタビューにて援助契約を結び、本人・家族のニーズ把握を行い、他職種へ情報提供する

入院後約10日

- 初期カンファレンス（方針・ゴール・入院期間などを決定）

SWの援助方針を伝え、セラピストの予後予測を基に支援計画を立てる



初回カンファレンス

入院中

- 回診
- リハ総合実施計画書の説明
- ケースミーティング
- デイリーミーティング



院長回診
全病棟隔週



リハ総合実施計画書の説明
1患者毎月1回



デイリーミーティング
毎日



ケースミーティング
週2回

それぞれの場面にすべて参画し、治療経過の把握、本人・家族の心理的变化を随時共有し、代弁機能を果たす



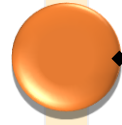
方針の決定

- 介護支援専門員の関与
- 他施設・他病院との連携

退院支援の具体化

在宅方針時のCM選定他、必要なサービス調整をチームで検討

※施設方針時も継続すべき支援をチームで模索



退院前1ヶ月

- 退院前訪問指導（試験外泊開始）
- サービス担当者会議

在宅スタッフとの顔の見える連携

本人・家族の安心感

病院では見せない住み慣れた環境下での心理的变化に注視

生活の再スタートをチームで支援



退院前訪問指導



サービス担当者会議



退院後

- 退院後訪問指導（退院後約1ヶ月）
- ケアプランの再評価と調整

予測した退院後生活の検証

変化が生じていれば在宅スタッフとの再調整、介護力・生活力の再評価



退院後訪問

3. 地域での暮らしを見据えた情報共有 のあり方（つながり支援シートの活用）

当法人における地域づくり推進活動



共和会地域包括ケア推進本部

地域リハ・ケア活動 推進部会

- 県委託介護予防支援センター関係事業の実施
- 市関係委託事業の実施
- ネットワーク構築活動 など

自助・互助活動 推進部会

- ボランティアの育成、受け入れ
- 認知症カフェ・車いす体験教室の実施
- 住民による支えあいが可能となる活動の育成
- セルフヘルプグループの育成と支援 など

連携・ネットワーク 推進部会

- 自治会との連携と地域交流（諸行事への参加）
- 社会福祉協議会等とのネットワーク構築活動とサロン等への支援
- 認知症サポーター研修 など

【活動課題・現在の活動例】

+

SWの参加が多い活動

専従 PT1名（リハ相談支援事業担当）、業務として実施

共和会プロボノ（職員有償ボランティア）：休日のうち半日/月（1単位）を、継続して提供する活動

プロボノ（Pro bono）
・ 各分野の専門家が、職業上持っている知識・スキルや経験を活かして社会貢献するボランティア活動全般。また、それに参加する専門家自身。

プロボノ活動から学んだ地域とのつながり

校区もちつき大会



市民美化の日



防火防犯パレード



自助グループの花見

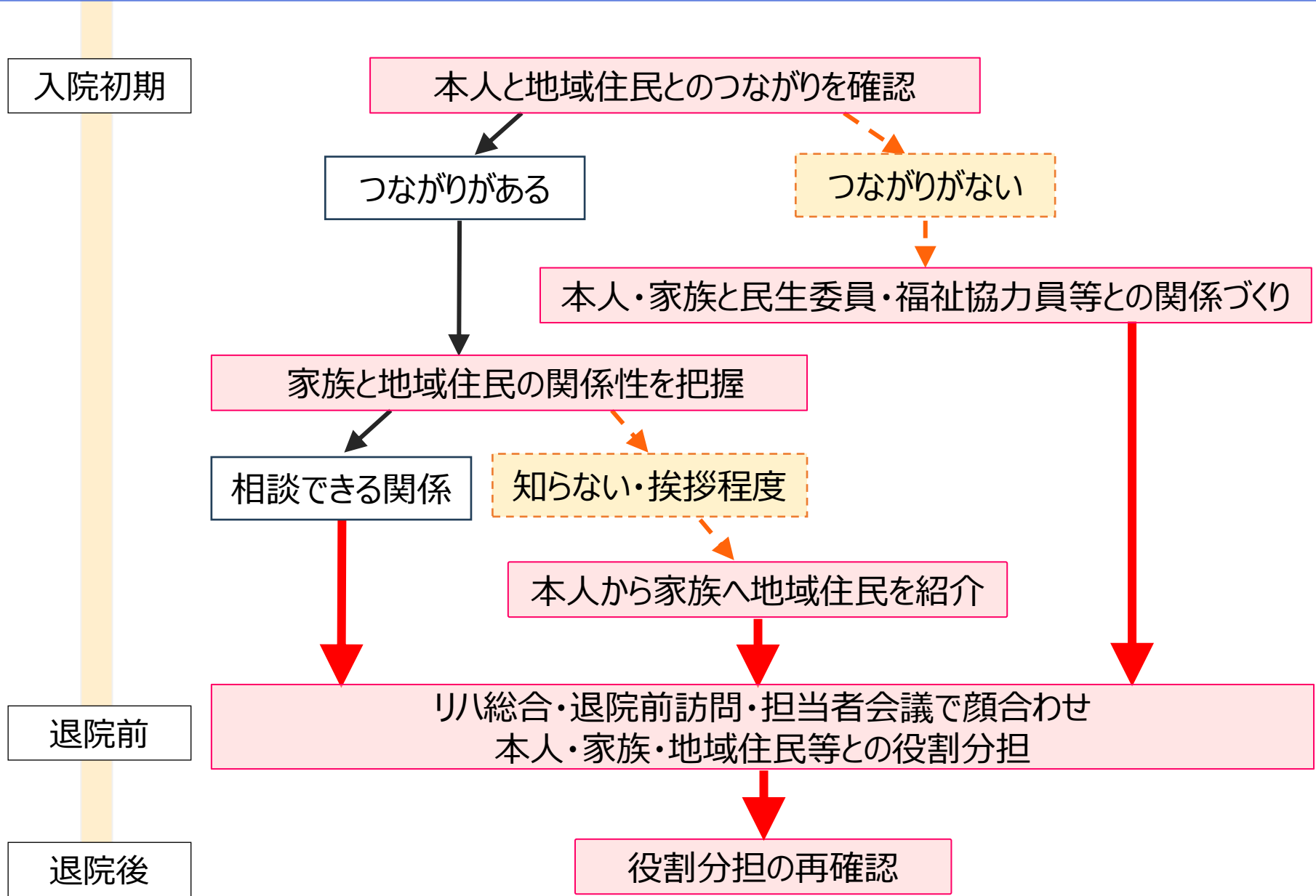


文化祭（健康チェック）



地域でのくらしや家族以外の周囲の支え（気にかけてくれる・見守られている安心感）を知り、生活の奥深さや生活の支え方を考える機会となった。

地域住民のチカラを活かす退院支援のフロー



内容	
〇〇さん夫婦、〇〇さん 共に洗濯物を干すときにおしゃべり、お互いに料理のおすそ分けをする。	
関係	頻度
地域住民、友人、知人など	毎日、週1回、隔週、月1回など
関係性の理解	
再開への不安点の確認	ありorなし
再開への意思確認	ありorなし
手段の検討	
本人への手段の提示・反応	
家族への手段の提示・反応	
協力者への働きかけ・反応	
サービス担当者への申し送り	

入院初期

カンファレンス後の可能性あり

入院中期

自己決定
(支援を求めるか否かは本人次第)

入院後期

病前のつながり

- 関係者の支援内容
- 関係性
(入院当初に概要、後に詳細)

本人の意思確認

- 病気の受け止め
- 価値観
- 意欲

手段の検討

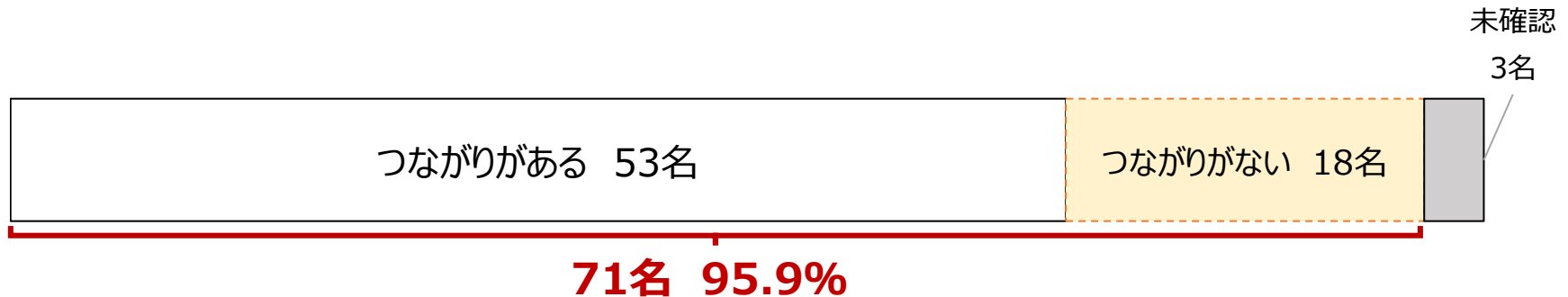
- 疑似体験
- 周囲への働きかけ
(関係者への状況説明、訪問、顔合わせ等)
- 家族の支援

自宅退院した独居高齢者の地域とのつながり

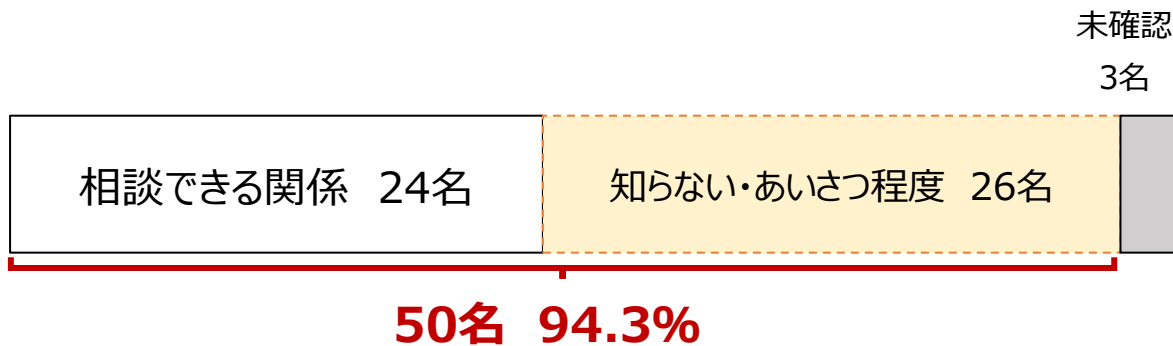


(対象者74名 調査期間R4.8.1～R5.7.31)

① 本人と地域住民とのつながりを確認 74名



② 家族と地域住民の関係性を把握 53名



- ✓ 家族以外との関わりを入院初期に確認
- ✓ つながりとともに家族との関係性にまで着目することを意識

本人が家族へ地域住民を紹介した事例



74歳、女性

<診断名>脳梗塞（左片麻痺、構音障害、筋力低下、歩行障害）

<発症前生活>小学校教員であり教え子と定期的に連絡・会合する。独身。同居していた姉は伸寿苑入所中。隣人と庭から会話、互いに料理のお裾分けをする関係。KPは近隣に住む弟。

	入院時	退院時
認知機能・高次脳	MMSE28点 状況判断、危険認知に軽度低下。 注意障害：持続、分配に中等度+	注意障害：選択性、分配に軽度。左側への認識乏しい。 精神的耐久性低下、やや依存心が強い。
麻痺	Br.stage 左上肢 I 手指 I 下肢IV-1	上肢 II 手指 II 下肢 V-2
筋力	GMT) 上肢3/- 体幹2 下肢：4/3	GMT) 下肢：著変なし4 上肢4+/4+
ADL	車椅子にて中等度～全介助、食事全粥・軟菜刻み	病棟内杖なし歩行にて入浴以外のADL自立
その他	インスリン注射	片手での物品運搬可能。階段昇降、外出は見守り必要。

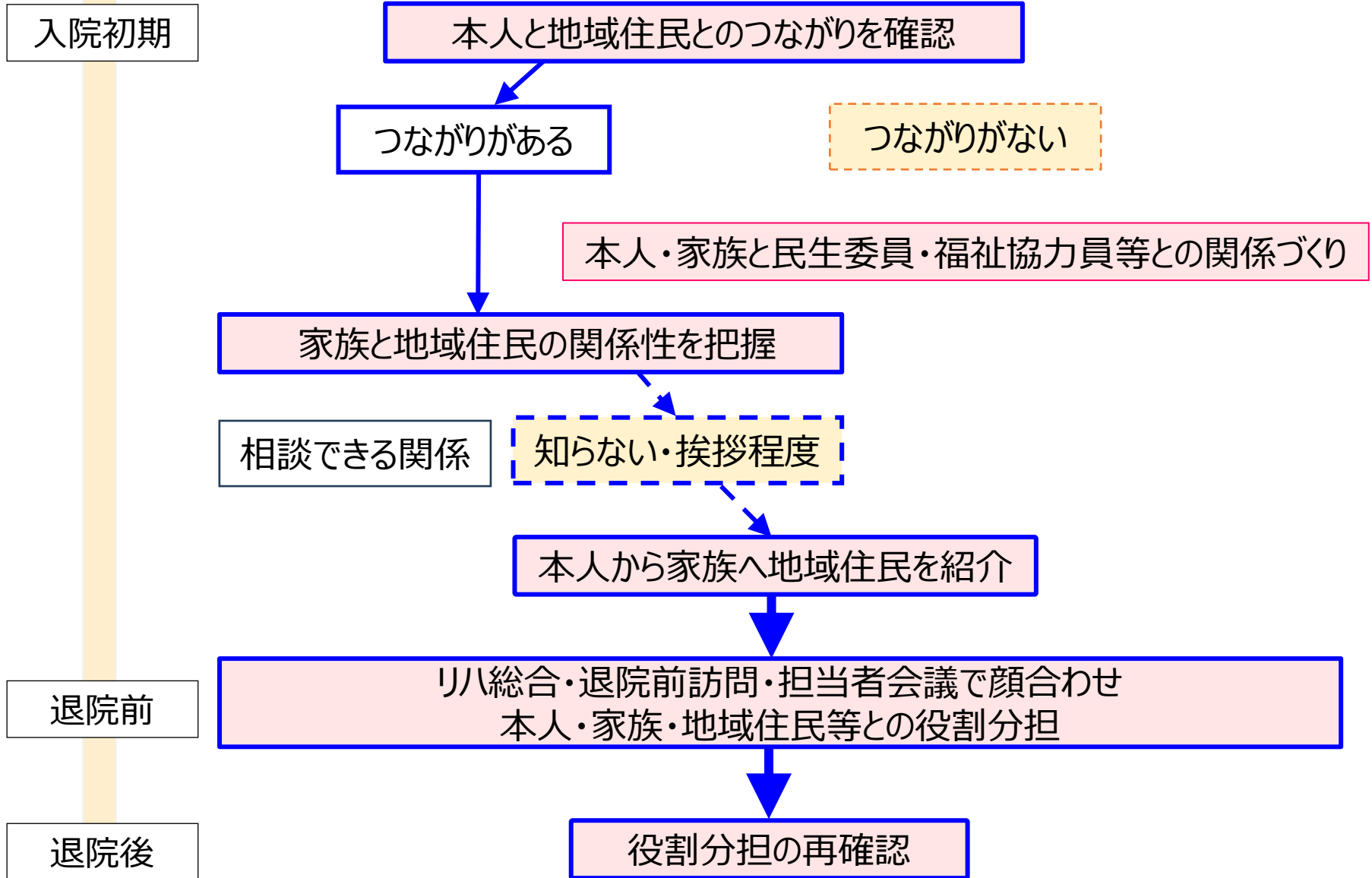
経過	入院～1W	教え子、近隣住民と交友関係広い事を把握。生協の受け取りの際に発症し、隣人・配達員が救急搬送した。
	11W	自宅両隣に住む方と連絡とり合っている事確認。買い物に連れて行くからねと言ってくれていると。
	14W	退院前訪問（退院への焦り強く課題共有の為早めの訪問）
	15W	弟が隣人と顔見知りになったこと確認。
	18W	ケアマネとの面談前に意向確認。介護タクシーで一人で外出したいとの意向。まずは他者の協力を得る事勧めると、協力者は①甥の嫁②隣人夫婦③友人。この時点で付き添いは必須の予測。まずは自宅生活の安定を図り訪問リハにて協力者への支援をイメージ。
	19W	弟・ケアマネ来院し、退院後生活について確認。通所週3回、訪問リハ週2回、ヘルパー週3回、配食サービス利用を予定。来客時の対応（階段昇降）の不安残る為キーボックスの使用検討、暗証番号を隣人に教えるかどうかの議論を行う。
	20W～23W	クレーター
	25W	教え子来院。本人の状況お伝え。退院後も本人宅を出来るだけ尋ねようと思っている。
	25W	外泊同行。隣人夫婦が様子を見に来る。外は介添えが必要な事理解。反対隣の方は入院中。民生委員の事尋ねるが、夫婦も地域の担当者を知らない。来客時の対応は、当面は居間の窓から対応する事とした。
	27W	退院。当面外出は大変との認識。退院後の目標とする。

退院時のつながり支援シート



内容	
<p>〇〇さん夫婦、〇〇さん 共に洗濯物を干すときにおしゃべり、お互いに料理のお裾分けをする。</p>	
関係	頻度
地域住民	毎日
関係性の理解	長年現在の自宅に居住。特に両隣の方とは交流機会多かった。
再開への不安点の確認	なし (入院時からLINEで連絡取っている)
再開への意思確認	あり SWとCMに対し顔つなぎをしたいとの要望あり。
手段の検討	退院直後は自宅に訪問して頂く形が安心。(居間の窓から)
本人への手段の提示・反応	お世話になるだろうから、担当者からも挨拶して欲しいとあり。
家族への手段の提示・反応	隣人が気遣っておられる事把握している。また弟も顔見知りになった。
協力者への働きかけ・反応	外泊同行時に〇〇夫妻と対面。本人の様子から状況を察して頂けた。 最初は自宅を訪ねて頂く事が安心と伝える。
サービス担当者への申し送り	サマリー、直接の申し送り

地域住民のチカラを活かす退院支援（事例の振り返り）



回り八の使命

- ✓ 日常生活活動（ADL）の向上
- ✓ 寝たきりの防止
- ✓ 在宅復帰

退院後の生活、人生の再構築を支援する役割

SWとして

- 本人・家族を取り巻く社会情勢や地域の実情がどのように変化しているか、常に発信・共有できる存在でありたい。