

# 退院支援に関する 病院ソーシャルワーカーへの 聞き取り調査結果報告

平成26年度在宅医療・介護連携拠点事業  
課題抽出ワーキンググループ

中川 広子  
大久保広子



# 平成24年度厚生労働省在宅医療連携拠点事業

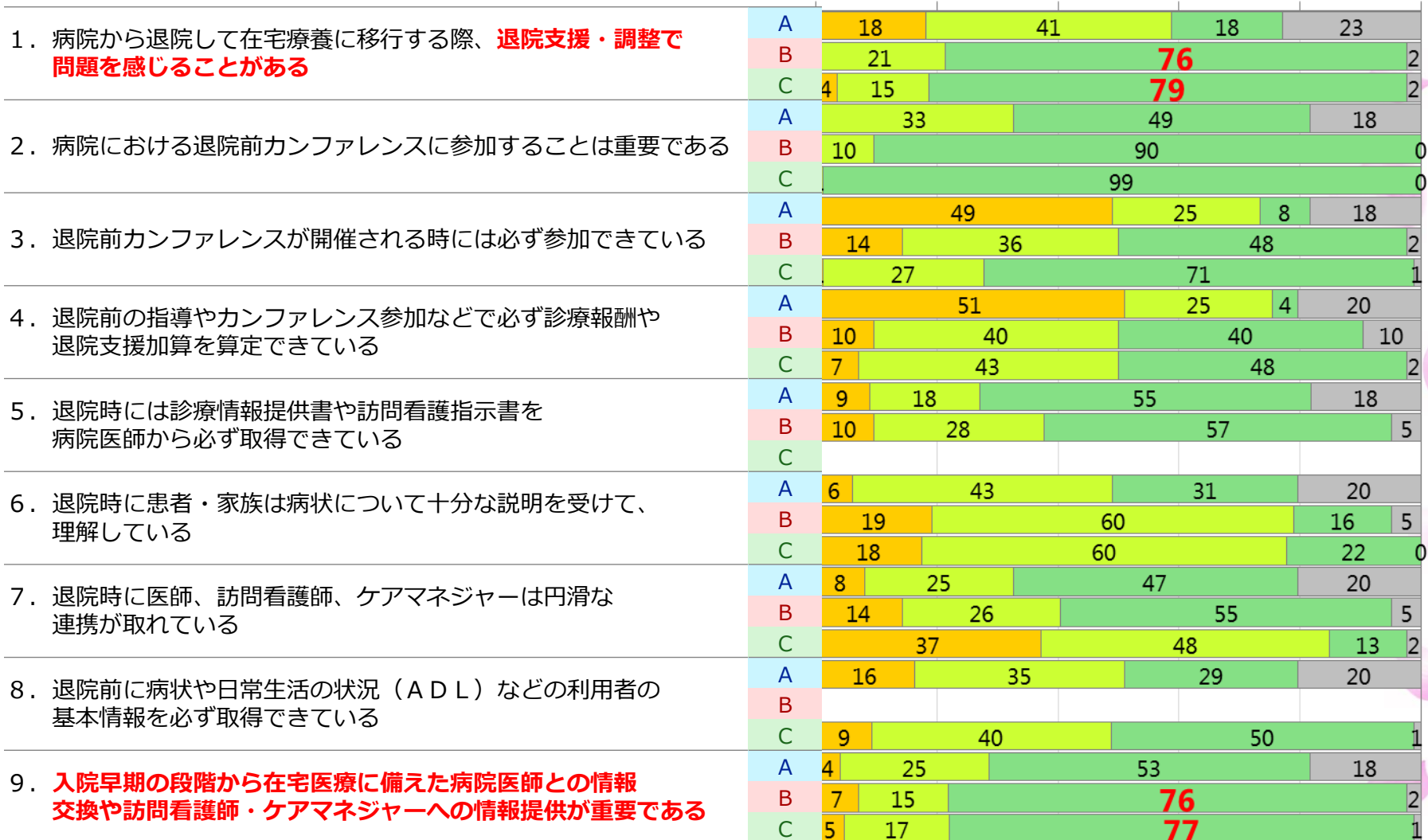
## 診療所医師・訪問看護師・ケアマネジャー対象アンケート調査の結果

■ まったくそう思わない・そう思わない ■ どちらともいえない

■ 非常にそう思う・そう思う

■ 不明・無回答

0% 20% 40% 60% 80% 100%



A - 医師 (n=49)

B - 訪問看護師 (n=42)

C - ケアマネジャー (n=86)

平成24年度厚生労働省在宅医療連携拠点事業  
診療所医師・訪問看護師・ケアマネジャー対象アンケート調査の結果

- 病院から退院して在宅療養に移行する際、  
退院支援・調整で問題を感じることもある

医師：18% 看護師：76% ケアマネジャー：79%

- 入院早期の段階から在宅医療に備えた病院  
医師との情報交換や訪問看護師・ケアマネ  
ジャーへの情報提供が重要である

医師：53% 看護師：76%

ケアマネジャー：77%



# 平成25年度茨城県在宅医療・介護連携拠点事業 ソーシャルワーカー聞き取り調査の目的

退院支援において、病院医師との情報交換や訪問看護師・ケアマネジャーへの情報提供が重要である



そこで

つくば市内の病院ソーシャルワーカー（SW）に対して退院支援等に関する聞き取り調査を行い、病院と在宅の情報交換・情報提供の実態を明らかにする

# 対象・調査期間・方法

- 対象：  
つくば市内10病院に勤務するソーシャルワーカー 12名  
SW経験年数：平均10.1年 中央値：10.5年
- 調査期間：2014年1月23日～2014年2月4日
- 方法：訪問による聞き取り調査  
質問内容は事前に郵送し、その後インタビューを実施

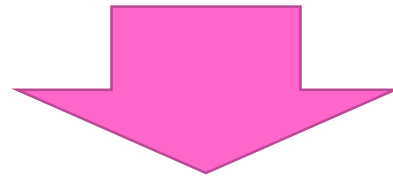
# 聞き取り調査項目

- 退院支援の定義
- 退院支援にSWが関わることへの意識
- 退院支援を実施する人員・役割分担
- 退院支援に要する期間
- 病院側の問題
- 地域側の問題
- 退院支援を困難にする要因
- 退院支援に対するやりがい



# 退院支援の定義

患者の医療面だけでなく、家族、経済面などを  
含めた生活上の問題を包括した支援である



SWは、退院することだけを目的としたものではなく、  
退院後の患者・家族の生活を支援するという  
考え方で取り組んでいる

# 退院支援に関わるSWの意識

- 「病気や怪我が良くなった」だけでは、患者は元の生活に戻れない
- 退院後の生活の変化に応じて、社会資源を活用して、退院後の生活の選択肢を提案する
- 在宅ケアサービスに繋ぐために、SWは院内外の職種との連携をとるハブ機能（繋ぐ拠点）の役割を担っている
- 医師など医療者が病気や障害から患者を見る視点とSWが生活の視点から見ることで、患者・家族を包括的に見ることが出来る



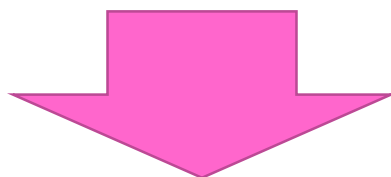
回答者全員が「SWは退院支援に必要な職種」と捉えていた



# 退院支援に関わる職種

退院患者数が多い病院・病棟では、多職種チームで支援  
患者数が少ない病院・病棟では、SWが中心となって支援

退院患者が多い病院・病棟	退院患者が少ない病院・病棟
退院支援チームで展開 看護師・SW・医師がコアメンバー 退院支援専門看護師など専門に関わることもある 退院支援を要する患者を入院早期に抽出（スクリーニング）する仕組みがある	SWが中心で展開 退院の必要に応じて、患者に関わっている職種にSWが協力要請する  SW以外の職種が退院支援を行うことに理解は十分でない



退院患者数が多い場合、多職種チームで関わる  
退院支援が求められている

# 多職種チームにおけるSWの役割

- 退院後の生活環境を整備するため、行政や介護保険サービス等と結びつける

家族問題や経済問題の解決、介護保険等のサービス利用の「繋ぎ」の支援・調整

- 退院の意思決定を支援する

患者や家族の退院の意思決定や退院先の決定を支援  
家族への退院支援の働きかけは、SWが担う場合もある

- 退院のコーディネート（調整）

患者・家族・病院内職員（医師、看護師、リハ等）と地域の関係者（行政、ケアマネ、訪看等）との調整と情報提供

# 多職種チームにおける看護師の役割

- 退院支援の必要性を決定する  
入院時のスクリーニング等で退院支援の必要性を判断  
患者の抱える問題を抽出し、SWへの依頼要否を判断  
SWへの介入依頼・情報共有
- 医療処置・看護ケアの指導する  
退院後の医療処置や介護を要する患者への看護ケアを評価  
訪問看護等の支援の必要性を判断  
患者に説明し、家族へ手技、ケアを直接指導
- 退院のコーディネート  
病棟看護師長・病棟の退院支援リンクナースが情報を集約  
患者・家族・医師と地域の関係者との調整

# 多職種チームにおける医師の役割

- 治療を評価する

治療方針、治療見込み期間、治療効果、治療終了後の見通し  
自宅へ退院が可能かどうか、転院が必要か、を評価

- 退院支援の必要性を判断する

医師は、治療終了や治療の見通しがたった時点で判断することが多い

退院支援の開始が遅くなることが多い

# 多職種チームにおけるそのほかの職種

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士  
日常生活動作(ADL)、嚥下機能の状態を評価する  
居住環境を評価して、患者・家族へのADLの指導  
必要な福祉用具の選定、住宅改修の助言
- 薬剤師・栄養士・事務  
退院時の服薬指導、栄養指導がある場合、  
患者の個別性や診療科の特徴に応じて、介入している

# 退院支援マニュアル

- 急性期病院では職種、役割を明記したマニュアルを作成
- 慢性期（療養型）病院では退院患者数は少なくマニュアルがなくても業務対応に支障はない
- マニュアルには病院内の各職種の役割は明記していたが、地域・在宅の各職種の役割について明記しなかった
- 一部の病院ではケアマネジャー・訪問看護師が退院支援の会議に関わるといった取り組みが見られた



退院支援を地域全体で考える、マニュアル作り（退院支援の可視化）は今後の課題である

# 院内での多職種連携

- 看護師との連携は密接で、退院支援にあたり協働できるとの意見が多かった
- リハビリ関連の療法士との連携は取りやすいとする意見が多かった
- 医師との連携は、困難と思っているSWが多かった
- 医師の診療の忙しさ、退院支援への理解が十分でない、等の理由でコミュニケーションが十分にとれないことを挙げるSWが多かった

## 院外との多職種連携

- SWは、ケアマネジャーと連携をとることが多かった
- 同職種のSW同士で連携をとることが多い
- 訪問看護師と診療所医師とは、あまり連携をとって  
いなかった
- 特にSWが診療所医師と連携をとることは少ない
- 家族問題や経済問題など社会的に複雑な問題を  
有する患者の場合、行政との連携が重要であると  
SWは捉えている
- SWは、社会的問題の複雑さから行政との連携に  
困難さを感じる経験をしていた



## 院外との連携の窓口

- 在宅サービス担当者との連携の窓口は、ほとんどがSWが担っていた
- 「窓口」が明らかにになっていない場合が多かった
- これまでの経験から、在宅サービス担当者から連携の窓口として認識されていると考えるSWが多かった



多職種チームで退院支援にあたるようになると  
病院側の窓口が判り難くなる

## 退院支援に要する期間

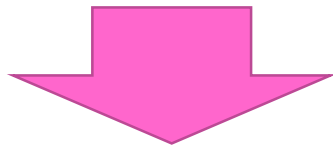
- 診療報酬上、入院の期限を設定している病院・病棟のSWは、支援が不十分であった経験や在宅サービスとの調整が不十分であった経験を有していた
- SWは、ケアマネジャーが提案する調整に必要な期間より入院期間が短いために、患者・家族から入院の延長を申し出られて、病院の方針との板ばさみに苦慮した経験を有していた
- 急性期病院では入院期間内で、十分な退院支援の期間が取れないことにジレンマを抱えているSWが多い

# 退院支援の開始時期

- 入院直後、入院早期に開始する

患者・家族は、病状・治療の見通しがないと退院を意識できず、退院支援が開始できないのが実情

- 次回入院に備えて外来時に開始することが理想



SWは、入院早期から地域の在宅サービス担当者との連携をとり、入院前の在宅療養の様子（症状、患者・家族の意向等）を知ることが、退院支援が計画的に円滑に行えると思っており、在宅サービス担当者との連携への期待が高い

# 退院支援が困難になる要因

- 院内の連携する職種とのコミュニケーションの問題
- 在宅サービス担当者とのコミュニケーションの問題
- 患者・家族の希望と退院先のミスマッチの問題
- 病院の機能が細分化していることを患者・家族が理解していない問題
- 高齢化と家族の介護力の低下の問題
- 経済的困窮と生活基盤崩壊の問題

# 退院支援が困難になる要因と対策①

- 院内の連携する職種とのコミュニケーションの問題  
密に連絡を取り合う「顔の見える」職種とは、良好な関係にある密なコミュニケーションをとる工夫が必要：病棟に出向く、会って話しをする、カンファレンスに参加する、カンファレンス開催を調整する、退院後の経過を教えてもらう
- 在宅サービス担当者とのコミュニケーションの問題  
良好な連携を築くために「顔の見える関係づくり」が不可欠  
退院後のフィードバックによる相互理解が大切  
(良好に終了した退院支援だけでなく、不十分な退院支援も含めて相互理解を促進する)

## 退院支援が困難になる要因と対策②

- 患者・家族の希望と退院先のミスマッチの問題  
退院先を決める（特に病院や介護施設）場合、病状等により患者・家族が希望した通りの場所に行くことが出来ない  
その場合に、SWは退院支援の困難さを感じていた
- 病院の機能が細分化していることを患者・家族が理解していない問題  
患者・家族だけでなく、一般の市民は病院の機能が細分化している現状を理解していない  
市民への啓発活動の推進が必要である

# 退院支援が困難になる要因と対策③

- 高齢化と家族の介護力の低下の問題

地域で健全に生活を送るためには、家族関係と経済基盤が安定していることは最低限の必要条件である。

支える家族がない場合、退院支援は円滑に進まない。

- 経済的困窮と生活基盤崩壊の問題

既存の支援や福祉体制では解決できない問題に直面して、困難を感じているSWが多い。

近年、経済的に困窮する患者・家族が多く、生活基盤の崩壊が著しいため退院支援が進まない、というSWは多い。

社会全体で支える仕組みづくり、制度・体制整備が求められる

# 退院支援のやりがい

- 退院後、患者や家族から「生活がうまくいっている」と元気な姿で報告を受けたとき
- 患者が元気で生活をしている顔が見られたとき
- 退院支援が困難だった人が、いろいろな社会資源をつないで家に帰ることができたとき



- 在宅療養の様々なサービスが退院支援でつながった経験
- 患者・家族から安定した生活を送っている様子をフィードバックしてもらうことが、やりがいにつながる



# 聞き取り調査のまとめ

- SWは、退院支援に関与する意識が高く、他の職種から退院支援に関わる職種として評価されていた
- 退院患者数の多い病院・病棟では、退院支援は病院の多職種チームが協働して展開している
- SWは、地域の在宅サービス担当者など関連する職種との調整の窓口の役割をしていた
- 多職種チームで退院支援にあたるようになると病院側の窓口が判り難くなる
- 退院支援を円滑に進めるためには多職種で「良好なコミュニケーション」をもとに「顔の見える関係」をつくることが重要である

ご清聴ありがとうございました。

調査にご協力いただきましたソーシャルワーカーの皆様  
ありがとうございました。

# 意見交換会で話し合う内容

今から小グループに分かれて討論を始めます。

始める前に、簡単な自己紹介と司会・書記・発表者を5分程度できめてから、話し合いに入ってください。

退院支援を進めるうえで

- 1) 経験した困難なことはなにか
- 2) 困難を乗り越えるために工夫していること
- 3) 地域全体で退院支援に取り組むためには・・・

終了時刻の目安 19：40

19：40～19：55 各グループで話し合われたことを共有します。