

第2回地域包括ケア研究会（入退院支援の取り組み）

- 日時 令和6年10月29日(火) 13:30～16:20
- 出席者 27病院36名、委員11名
- 会場 岡山県医師会館 4階 401・402会議室

身寄りのない高齢者、家族の在り方の変化など入退院において困難事例が増加・複雑化しており、病院ごとに独自の対応を行っているが大きな問題となっている。課題に対する病院の関わり方について、入退院支援の現状と課題の事例発表とグループ意見交換を行った。

事例発表

○おひとりさまはスタンダード?!

発表者 岡山赤十字病院 医療社会事業課 辻部朋美 医療社会事業第1係長

単居高齢者の増加は、クライアント像にも変化を示している。もはやおひとりさまはスタンダードな世の中である。救急搬送された患者は、名前などわからない尽くしであり、確認対応におわれる。たとえ家族が確認できても核家族化が進み、医療者が求める家族・キーパーソンでない場合があり、そのような家族にキーパーソンだと押し付け、答えを求

めても、推定意思もどきに翻弄されなかなか決まらない。逃げられることもある。患者本人の思い・意向を丁寧に聞き取り、その時々々のタイミングで聞き取った思いと事前指示を線でつないでいる。

一見社会的ハイリスクに思えるケースにおいても、シンプルに捉え、丁寧な支援を続けることが大切なポイントである。



○生活再構築への取り組み ～複雑化する退院支援～

発表者 倉敷リハビリテーション病院 総合相談・地域支援部 医療福祉相談室 医療ソーシャルワーカー 岡本好恵 副主任

複雑化する退院支援の課題は、生活保護受給中の介護保険2号被保険者、単身・身寄りがない、家族はいるが家族も支援を要す、家族が遠方で来院しない、合併症で入院期間が長期化、医療圏を越えた受け入れ、生活困窮者の増加など、多岐にわたる。病院は、病気・障害を抱えても患者・家族が再び力を取り戻し、自らの力で決定し社会復帰することを支援する。リハビリは「単なる患者個人の機

能回復」ではなく、患者・家族の人生全体を再構築し、地域社会に復帰する支援が重要である。今後、老々介護、単身・身寄りがない、ワーキングケアラーなどに対し医療機関がどこまで支援するのか。ひとつの医療機関でできることには限界がある。地域包括ケアのために他機関、在宅スタッフ、行政、地域のリソースとの連携・働きかけが必要である。



グループ意見交換（5グループ）

テーマ ～入退院支援の取り組み～

入退院支援における現状、課題を共有する良い機会となった。以下の意見などがあつた。

- ・もはや病院だけでなく、行政も絡めないと解決しない
- ・まず本人の意志、決定能力を把握し、評価。これに沿った問題解決策の実行
- ・マンパワー不足もあり、カンファレンスが適度に開催できない

- ・入院病院と退院先病院の情報共有がうまくいっていない
 - ・院内の情報共有がスムーズに行っていない
 - ・在院日数制限をいかに順守するか。多職種の意識づけが必要
 - ・退院支援マニュアルがない
 - ・未収金・預り金などお金の扱いについてルールが必要
 - ・少人数部署であり、職員のストレス発散の場がない
- （地域包括ケア委員 六車 剛）