

講

演

熊本・大分地震の被災時の対応と 経験からの課題

JCHO 湯布院病院

麻生真紀子

Yufuin Hospital

熊本・大分地震の被災時の対応と 経験からの課題

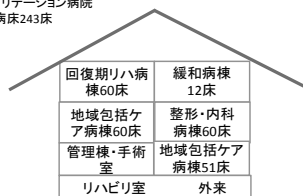


独立行政法人 医療機能推進機構
湯布院病院
看護師長 麻生 真紀子

Yufuin Hospital

独立行政法人 地域医療機能推進機構 (JCHO) 湯布院病院の概要

リハビリテーション病院
実働病床243床

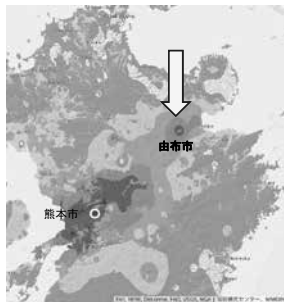


大分県指定大分県リハビリ支援センター
回復期リハビリテーション加算1
病床区分: 一般病棟10.1 地域包括ケア病棟13.1 回復期病棟13.1
在院日数: 一般病棟16.2日 地域包括ケア病棟44.3日 回復期病棟92.5日
病床稼働率: 一般病棟71.8% 地域包括ケア病棟69.4% 回復期病棟91.5%
看護体制: 患者受け持ち制 固定チームナーシング
夜間2交代制
併設施設: 居宅介護支援センター・訪問看護ステーション

職種	人数
医師	11名
看護師	157名
リハビリ職員	107名
コメディカル	105名
臨時職員	44名
計	424名



大分県内の被災状況の特徴



4/16本震時

◆熊本県は全域で強い震度を観測し、被災地域も広範囲。

◆大分県では被災地域が局所的で、同じ大分県内でも被災意識が異なっていた

◆大分県内での外傷などの人的被害は少なかった。

入院患者206人
救急患者6人(4人入院)
210人
町内からの避難者56人
(リハビリ棟を一時使用)

○被害状況

- ・患者、職員に人的被害はなし。
- ・東棟屋上の高架水槽2基(飲料水、雑水用の受水槽タンク)が破損。→東病棟4F～1F漏水



(高架水槽 破損)

- 飲料水、トイレとも断水
- ・非常用発電機を稼働中、水の供給停止により運転を停止。



(東病棟4階 漏水後)

⇒4:00九州電力の電気が復旧

Yufuin Hospital

○被害状況

- ・病院建物は外壁や内部壁等にひび割れが発生し、タイル、モルタル等の剥がれ落ちが多数あり。



(外壁タイル 破損)



(外壁 ひび割れ)



(中央材料室 内壁破損)

- ・屋根瓦の1/3の破損、落下あり。



(屋根瓦 破損)

Yufuin Hospital

○検討・対応

- ・対策本部を設置 2:00
- 部門代表者等関係職員(30人程度) 1日数回
- 情報収集・共有・全体方向性の統一
- ・ガス、水道が使用不能(ガスは17日復旧)
- 患者の食事は非常食対応。
- ・備蓄非常食が17日昼食分までのため
- JCHO地区事務所へ搬送依頼
- ⇒16日午後JCHO九州病院から
- 備蓄食が到着
- ・トイレが使用不能のため病棟及び玄関横トイレへ
- 病棟はポータブルトイレを設置し汚物は1Fトイレまで運搬対応(プールの水を使用)
- ・職員の安否確認の実施
- ⇒人的被害はなし
- ⇒家屋の倒壊3件(一部倒壊2件・半壊1件)



(対策本部 会議)

Yufuin Hospital

○4月17日(日) 2日目

○検討・対応

- ・院長以下幹部での協議の結果 入院患者の感染症の防止のため退院・転院を決定した
- 患者の意思確認
- 地域連携室及び医師による県内の受入病院を依頼
- 地区事務所へJCHO管内病院への受入依頼
- ⇒17日～19日の3日間で
- 141人(転院42名・退院・一時帰宅99名)の患者が退院・転院
- ⇒20日入院患者数69名・23日 54名
- ・ノロ発生19日～延べ9名→拡大せず終息

講演

□4月18日(月) 3日目

○検討・対応

- ・工事関係者(建築、設計)視察
→倒壊の恐れはないとの判断により、早急の復旧工事を依頼
- ・大分県中部保健所所長、県福祉保健部、土木建築部視察
→被害状況、転院計画、復旧スケジュールを説明

- ・東病棟から西病棟への転棟決定⇒19日37名



(患者 転棟中)

- ・応急処置(予備タンクより飲料水タンクへ送水、1/4の貯水)により、西病棟トイレ、玄関横トイレへの水の供給を復旧

震災の経験からの課題

1. 飲用水の水質の保障
2. 排泄物の処理と感染発生リスク
3. 備蓄食の食形態と量
4. 災害支援ナースの組織的活動
5. 災害対策本部の運用
6. 災害対策マニュアルの見直し
7. 職員の労務管理とメンタルサポート
8. 病棟閉鎖と患者の退院・転院の地域連携の取り組み



H28年4月16日深夜1時25分大分県湯布院町は

震度6弱の強い揺れが発生

当院の建物の損壊やライフラインが障害

地震直後に飲用水を供給する屋上の高架水槽が

破壊され8トンの水が天井を突き破り病棟へ

一気に水が流れ込み1階まで漏水した

停電は4:00復旧 断水期間は7日間



当日の入院患者は206名

当日勤務者10名

当直医師1名 当直師長1名
病棟夜勤者14名 設備担当者1名
守衛2名



職員自主参集
90名



1. 飲用水の水質の保証

【断水(7日間)時の対応】

- ・備蓄で期限切れの水手洗い用や洗浄用として活用
- ・雑廃水はプールの水を利用した
- ・飲用水は備蓄の水・支援の水、ウォーターサーバーを確保し使用

備蓄水: 保存水1650リットル
上水250t 雑廃水200tを想定していた
供給不可の想定がなかった

【課題】

- ・水の用途を明確にする
- ・手洗い水・飲用の水の確保と備蓄数の検討
- ・食事の提供(水のいらない非常食が必要)
- ・排泄の処理と二次感染と拡大(ノロウイルスなど)
- ・患者へのケアの提供(整容・保清)
- ・水質の確認: 配管の状態によってはすぐに使用はできない

2. 排泄物の処理と感染症発生リスク

【対応】

- 断水により使用できた玄関の排泄箇所は1ヶ所の男女各2便器
- 屋外仮設トイレ1ヶ所(マンホール上設置)
- 病棟患者はポータブルトイレ使用(病棟単位で約15台)
- 溜まる汚物には、二次感染防止の次亜塩素酸Na液準備・散布

【課題】

- ・排泄場所と災害排泄物品の選定・確保
- ・汚物処理方法の統一
- ・ごみ置き場・運搬方法の統一
- ・ノロウイルス発生などがあり感染対策と感染教育



3. 備蓄食の食形態と量

【対応】

- ・備蓄食は病床数想定3日間の準備では不足
- 支援物資で患者への食事は継続した提供
- ・嚥下機能低下の患者の食事提供の工夫
- ・栄養部からの一括配膳 スロープを使用した運搬



【課 題】

- ・調理不要の備蓄食の選定
- ・患者の嚥下など機能を想定した非常食の選定
- ・開封等の簡便さ
- ・食事運搬の導線の確認 停電時の運搬方法
- ・食材の保管場所(停電時でも運搬可能な場所)
- ・患者に提供する食材が一目でわかるサンプル写真等の準備



4. 病棟対応と災害支援ナースの組織的な活動

【病棟での対応】

- ・スタッフの安否確認と勤務調整
- ・患者の安全確保からの転院・退院の準備と家族支援の実施
4月17日～19日の3日間で141名
(転院42名・退院 一時帰宅99名)の患者が退院・転院
情報提供書・看護サマリー・薬剤情報の準備
- ・病棟の損壊状況で患者の安全確保の為 病室・病棟移動を決定
東病棟から西病棟への転棟決定⇒4月19日37名移動
- ・各病棟の患者・スタッフが混在した病棟の運営と医療事故回避
- ・当直・夜勤看護師意外にも病院に交代で師長が宿泊 地震への対応

- ・看護ケアの工夫(清拭・足浴・更衣・身体管理)

当院の災害支援ナース(看護協会登録)は4名

* 自施設が被災したことで、自発的に取り組みを行った *

- ・院内を巡廻し、各病棟の状況や職員からの情報の把握に努め災害対策本部での情報提供と発案
- ・看護ケアの工夫と実践の指示
 - ①衣服は余震が断続的にあるため避難も考慮し昼夜日常服
 - ②保清は施設内の電気ポットを集めお湯での清拭と足浴の提供
 - ③口腔ケアは歯科衛生士指導のもと水を使用を最小にした実施法を確認し各食事毎の提供
 - ④排泄後の陰部洗浄の実施
 - ⑤身体管理:患者全員の血圧測定3回/日
食事摂取量と飲水量の観察
睡眠状態 不安などの精神状態
 - ⑥ 歩行など不安や危険回避のため自立者でも見守り、付きそう



口腔ケア使用物品

清潔への援助



ケアに使用のお湯をポットで準備



断続的に続く余震に不安・安全を考慮



リハビリ時間以外のアクティビティも実施



5. 災害対策本部の運用

【対 応】

- 災害対策本部は外来ホールに設置
ホワイトボードに協議し決定した内容を周知する
ミーティングは9時・16時の2回開催(状況に合わせ開催)
記録担当者を経過の中決めた(紙ベースの記録を残した)
状況把握と実働報告を繰り返し、問題点を協議し対応を決定

【課題】

- ・ホワイトボードの所有数と設置の把握 台数の確保
- ・災害時のクロノロジー(過去の記録を時系列に記録)の記載基準
- ・記録係(映像を含め)役割を決めておく



6. 災害マニュアルの見直し

マニュアルは体で覚えておかないと動けない

- 第1は「わかる初動体制」を明確にする アクションカード等の携帯
行動レベルで役割行動ができることが重要である

【課題】

- ・様々なマニュアルの内容は 行動レベルの内容へ見直す
- ・職員の参集の基準の周知
- ・防災知識は日々の業務の中で取り入れ意識付ける
- ・防災訓練の想定を変えた実施



【課 題】

- 平時からの体制整備と活動が重要である
初動訓練は大切 管理者の取り組みは重要である
- ・日々の環境整備 備品場所の標準化
 - ・シミュレーションで災害時の反射的な判断行動力を養う
 - ・アクションカードの導入で役割分担・安全な行動・報告ができる
 - ・災害教育の取り組み

手術室で使用している
アクションカード⇒



「防災の日」の病院の取り組み

地域住民に向けて「災害セミナー第1回」開催

H28年9月29日

- ・災害時の行動と避難方法について：災害支援ナース
- ・薬剤師による災害時の服薬について：薬剤科長
- ・災害時の口腔ケアについて：歯科衛生士
- ・生活機能の低下を予防するために大切なこと：リハビリテーション科

非常食の紹介と試食：管理栄養士
災害発生時に役立つ備品の紹介



7. 職員の労務管理とメンタルサポート

【対 応】

労務管理：被災した職員の生活状況は避難所・院内・車中泊などがあつた状況把握に努め 身体管理を考慮した勤務の調整

心理的サポート：

- ・発災後も断続的な余震が続いた
- ・心理的影響・不眠や平衡感覚の異常など何らかの身体症状を感じる職員も多かった
- ・発災1ヶ月目に臨床心理士より
- ・「体を使ったストレスマネジメント」を支援グループの協力で実施
- ・「起こりうるストレス障害の回避方法」の紹介

【課 題】

- ・災害時の労務管理も想定した対策を検討
- ・平時から心理的に予測されるストレス対処法の啓蒙活動

次の災害に備える

- ・平時からの体制整備と活動が重要であり、とくに初動訓練は大切なため訓練を定期的に行う
- ・防災マニュアルは行動レベルで検討し作成する
- ・防災意識を高める管理者の取り組みは重要である
- ・災害教育を深める
- ・災害への取り組みは地域にも発信し、共に災害意識を高める



「体を使ったストレスマネジメント」を
臨床心理士と支援グループの協力で実施



被災後課題への取り組み



- ・トリアージ研修
- ・自家発電稼働の実際
- ・備蓄食の試食と評価
- ・アクションカードの作成中
- ・防災備品の検討会



～地域連携部門の立場から～

JCHO 湯布院病院 地域連携室

割石 高史

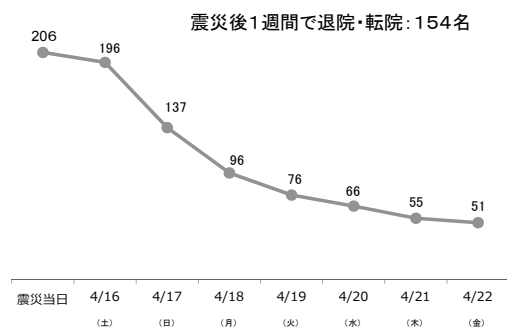
～地域連携部門の立場から～

湯布院病院 地域連携室
社会福祉士 割石 高史

JCHO湯布院病院 (実稼働:243床)

東4病棟	東3病棟	東2病棟
緩和ケア病棟 12床	一般病棟(10:1) 60床	地域包括ケア病棟 51床
西4病棟	西3病棟	外来
回復期リハ病棟 60床	地域包括ケア病棟 60床	内科・整形外科 循環器内科・神経内科 リハビリテーション科 専門外来 リウマチ・膠原病外来 心療内科 産下外来 皮膚科
【通院支援部門】専従社会福祉士 【患者相談窓口】専任社会福祉士		
訪問看護ステーション (介護保険・医療保険)		居宅介護支援事業所 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション

被災後の患者数推移 (平成28年4月16日～22日)



被災時退院患者の転帰先詳細 (平成28年4月16日～22日)

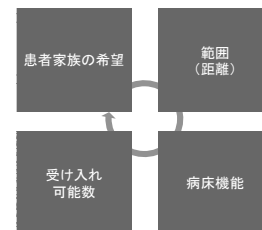
	転 帰 先				合 計
	自宅	医療機関	介護施設	死亡	
一般病床	17名	16名	4名	1名	38名
地域包括ケア病床 (2病棟)	61名	21名	5名	—	87名
回復期リハ病床	11名	13名	—	—	24名
緩和ケア病床	3名	2名	—	—	5名
合 計	92名	52名	9名	1名	154名

特に自宅退院できない方の転帰先の確保が課題

地域連携部門での対応 (退院支援)

■患者・家族への被災状況の説明と退院支援の提案

- 基本的な入院環境 (食事・入浴・排泄など) に制限
- 退院もしくは転院・転所の希望を聴取



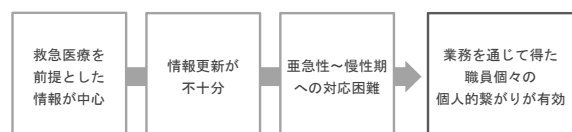
被災時の地域連携の課題①

		範 囲	
		近隣(被災地域)	遠方(広範囲)
病床機能	急性期	×被災前より資源が限られている ×救急対応を担う機関が機能不全	○患者受け入れは迅速かつ積極的 ○受け入れ可能数も多い ×治療不要＝早期退院 生活支援に課題が残る
	亜急性性・慢性期	○家族の接点維持→患者の安心感 ×福祉避難所対応で受け入れ困難 ×設備の故障や食料確保に難渋	○リハビリや生活支援など 必要な時期に適切な支援が継続 △1機関毎の受け入れ数に限り →複数機関への調整が必要
		患者・家族の希望	
		提供できる選択肢	

被災時の地域連携の課題②

■多数の転帰先確保

- 大分県医療政策課へ協力要請
広域災害救急医療情報システム (EMIS) 活用指示



地域連携部門での対応（訪問活動）

■転院後の訪問調整

- 一 転院後の状況確認および情報提供目的
- 一 多職種でチームを組んで5日間で12カ所を訪問
(看護部・リハ科・医療総合支援部) (H28.4/21~28)

■自宅退院後の生活状況確認

- 一 生活に支障が生じていないか自宅への訪問
- 一 訪問できない場合はソーシャルワーカーが電話連絡

考察

活動が制限される入院環境

亜急性～慢性期のリハビリテーションを目的とする患者への影響

- * 安静による廃用症状の進行
- * 自立支援に向けた意欲の減退

必要な時期に適切な関わりを提供できる入院環境を保证するための退院支援

転院先への個別訪問

- * 患者を通した詳細な情報提供
- * 急遽転院になった患者へのメンタルサポート

自宅退院患者への訪問・連絡

- * 具体的な生活状況の把握
- * 再入院の必要性を検討する材料
- * 患者・家族の安心感

在宅療養支援の実際（MSWの立場から）

JCHO 湯布院病院 医療総合支援部

割石 高史

平成28年度 独立行政法人地域医療機能推進機構 在宅療養支援研修（九州地区）

在宅療養支援の実際

～MSW編～

湯布院病院 医療総合支援部

医療ソーシャルワーカー 割石 高史

1

本日の内容

- 当院の紹介
- 医療機能分化と在宅療養支援
- 平成28年診療報酬改定
- 在宅療養支援の実際（プロセスと地域との連携）

2

まとめ

■災害時の迅速な退院支援

- 一 患者の安全の確保
- 一 必要な時期に適切な関わりを提供できる入院環境を保证

災害時における地域連携部門の最も重要な役割

■今経験を通して感じた課題

- 一 被災地域内の医療機関や介護施設との情報共有が不足
- 一 外来患者などの状況把握・対応が後手

地域全体で災害時における
地域連携マニュアルを作成・共有する必要性

湯布院町在宅医療打ち合わせ会（H28.6/30）



医療機関・介護事業所・行政が集まり、それぞれの被災状況を共有

湯布院病院の紹介



3

平成28年度病棟編成

東4病棟 緩和ケア病棟 12床 MSW：1名兼務	東3病棟 一般病棟（10：1） 60床 MSW：1名専任	東2病棟 地域包括ケア病棟 51床 MSW：1名専任、1名兼務
西4病棟 回復期リハ病棟 60床 MSW：1名専任、1名兼務	西3病棟 地域包括ケア病棟 60床 MSW：1名専任、1名兼務	外来 内科・整形外科 循環器内科・神経内科 リハビリテーション科 専門外来 （リウマチ・膠原病外来 心療内科 産下外科 皮膚科）
243床（実稼働）	【退院支援部門】専従社会福祉士 【患者相談窓口】専任社会福祉士	
訪問看護ステーション （介護保険・医療保険）	居宅介護支援事業所 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション	

4

【退院時病棟による“在宅”扱いの違い】

転居先	退院時病棟	高度急性期・急性期 （7：1）	地域包括ケア病棟	回復期リハ病棟	療養病床
高度急性期・急性期 （7：1）	×	×	×	×	×
地域包括ケア病棟	○	×	×	×	×
回復期リハ病棟	○	×	×	×	×
療養病床 （在宅加算）	○	○	×	×	×
療養病床	×	×	×	×	×
有床診療所 （在宅加算）	○	○	×	×	×
有床診療所	×	×	×	×	×
介護老人保健施設 （在宅加算）	○	○	×	×	×
介護老人保健施設	×	×	×	×	×
特別養護老人ホーム	○	○	○	○	○
居宅介護支援事業所	○	○	○	○	○
ショートステイ	○	○	○	○	○
障害者支援施設	○	○	○	○	○
自宅	○	○	○	○	○
	80%	70%	60～70%※	50%	

※回復期病棟入院基本料1：70% 同2：60%

8

医療機能分化と在宅療養支援

- 医療機能分化の現状と流れ
- 在宅復帰とは何か？

5

【介護老人保健施設に求められる在宅復帰率（介護報酬）】

介護老人保健施設とは・・・

「介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰を目指すために、医師による医学的管理の下、看護・介護といったケアや、リハビリテーション、また、栄養管理・食事・入浴などの日常サービスまで併せて提供する介護保険法に基づく施設」

<在宅強化型老人保健施設>

在宅強化型老健とは以下の要件を満たす在宅復帰・在宅支援機能が高い老人保健施設のこと

- 在宅復帰率が50%を超えていること
- ベッドの回転率が10%以上であること
- 要介護4または要介護5の利用者が35%以上であること

※主要な要件のみ記載

<在宅復帰・在宅療養支援機能加算 算定施設>

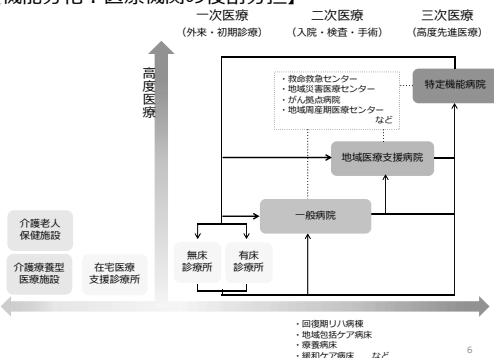
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 算定施設とは以下の要件を満たす在宅復帰・在宅支援機能が高い老人保健施設のこと

- 在宅復帰率が30%を超えていること
- ベッドの回転率が5%以上であること

※主要な要件のみ記載

9

【機能分化：医療機関の役割分担】



6

【有床診療所における在宅復帰機能強化加算（H28年診療報酬改定）】

<有床診療所在宅復帰機能強化加算>

- ①有床診療所入院基本料1、2または3を届け出ている
- ②直近6ヶ月間の退院患者の在宅復帰率が70%以上
- ③退院患者の在宅生活が1ヶ月以上継続することを確認
- ④平均在院日数が60日以内

<有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算>

- ①直近6ヶ月間の退院患者の在宅復帰率が50%以上
- ②退院患者の在宅生活が1ヶ月以上継続することを確認
- ③平均在院日数が365日以内

10

在宅復帰



11

平成28年診療報酬改定

- 退院支援加算
- 退院後訪問指導料

11

退院支援加算

区分	対象	点数
退院支援加算 1	イ) 一般病棟入院基本料等の場合	600点
	ロ) 療養病棟入院基本料等の場合	1200点
退院支援加算 2	イ) 一般病棟入院基本料等の場合	190点
	ロ) 療養病棟入院基本料等の場合	635点
退院支援加算 3	下記参照	1200点

退院支援加算 3は、当該入院期間中に区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理 料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室 管理料を算定した退院困難な要因を有する患者が対象

退院後訪問指導

医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた医療機関から行う訪問指導。

退院後訪問指導料 580点(1日につき)
訪問看護同行加算 20点

算定要件

- ①対象患者：別表第8または認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上（特養・障害者施設等可）
- ②算定回数：退院後1ヶ月以内に限り、5回を限度として算定
- ③在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、指導を行った場合に、退院後1回に限り、訪問看護同行加算を算定する。

別表第8

1. 在宅慢性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2. 在宅自己摂食療法指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養療法指導管理、在宅成分栄養経管栄養療法指導管理、在宅自己褥瘡指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅中心静脈経腔呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧患者指導管理を受けている状態にある者
3. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4. 真夜を越える状態にある者
5. 在宅患者訪問点検注射管理指導料を算定している者

	退院支援加算 1	退院支援加算 2 (改訂前の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名 (看護師または社会福祉士)	専従1名 (看護師または社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	20か所以上の連携する医療機関等の職員と年3回以上の面会を実施	—
介護保険サービスとの連携	加算の算定対象病床100床当たり年間1.5回以上(療養病棟等は1.0回以上)	—

13

在宅療養支援の実際

- 退院支援プロセス
- 地域事業所との連携
- MSWが考える退院支援

17

退院困難な要因

- ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
イ. 緊急入院
ウ. 介護保険が未申請の場合
(特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。)
エ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
(必要と推測されること)
オ. 排泄に介護を要すること
カ. 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない
キ. 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要
ク. 入退院を繰り返している
ケ. その他患者の状況から判断してあらかじめ予測すると認められる場合

退院支援の定義

入院治療を終えた患者が、病状や障害を抱えながらも、急性期病棟を退院して家庭や療養型病院への転院、介護老人保健施設など新たな療養の場で、安全に、安心して、自分らしい生活を送ることができるように、院内はもとより、地域の保健・医療・福祉機関等と連携しながら援助すること。

(城谷典保、退院支援実践ガイド、医学書院社、P14、2004)

患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内においてシステム化された活動・プログラムである。

(飯田道子、なぜいま退院支援なのかー医療制度および介護保険制度の改革の動向と退院支援のあり方、看護学雑誌70-7、P600-606、2006)

患者さんが、退院後もより安全なそして安定した在宅療養を継続するために様々な準備をすること。

(京都大学病院地域ネットワーク医療部ホームページ)

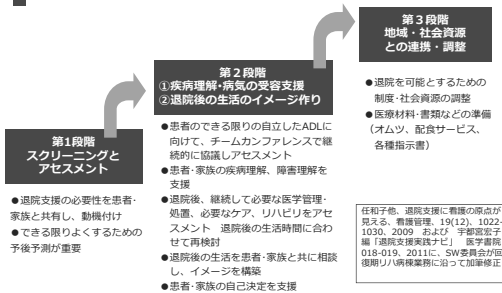
一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 全職種研修会資料より抜粋

18

【湯布院病院カンファレンススケジュール】

	月	火	水	木	金
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

退院支援の3段階のプロセス



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 全職種研修会資料より抜粋

19

第2段階 退院後の生活のイメージ作り

■具体的な生活をイメージして考えると・・・

●「医学管理上の課題」

注射、点滴、経管栄養、カテーテル管理、褥瘡処置、誤嚥性肺炎
悪性新生物の進行など、今後予想される病状の変化、対処方法を
家族のケア能力に合わせて想定

●「生活・介護上の課題」

入院前の生活動作との比較で、どのように低下するか
日中と夜間の浴槽、トイレ、家屋内移動、家からの出入り動作、
患者・家族の希望と現状のすりあわせ
→ギャップがある場合はすりあわせに時間をかける必要あり

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 全職種研修会資料より抜粋

20

【よくあるケアマネジャーからの意見】

●いつの間にか担当している利用者さんが入院となっていて、知らなかった

●入院中の担当利用者さんが急に退院が決まってケアプランが調整できない

●入院していた担当利用者さんがいつの間にか退院していて、知らなかった



「病院からは何も連絡をもらえなかった！！」

“誰がいつ、どこに、どんな情報を、誰に、何の為に
“連絡するか決まっていますか？”

24

第3段階① 地域・社会資源との連携・調整

■具体的な調整項目

●退院後の医療管理：通院、かかりつけ医、往診、訪問看護、
在宅医療に必要な医療物品の手配は？

●リハビリの継続：外来・訪問リハビリ・通所リハビリ

●環境調整：福祉用具・住宅改修

●人的サポート：訪問介護・通所介護・短期入所など

●在宅生活を支援するその他サービス：
レスパイト先、緊急入院先、生きがい、社会参加など

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 全職種研修会資料より抜粋

21

【大分県中部医療圏の取り組み】

「退院支援ルール」

●平成26年7月～大分県中部医療圏域（大分市・臼杵市・津久見市・由布市）に
おいて、医療介護連携調整実証事業（国のモデル事業）を実施。

●医療機関の代表（看護部長・MSW）と各地域の居宅介護支援事業所代表が集まり、
医療と介護の連携の実情に対し、意見を交わし退院支援におけるルールを策定。

	入院時	入院一週間（目処）	退院まで
医療機関	（要介護認定あり） 介護保険証の提示 ケアマネジャーへ連絡 ※退院見込み時期が分れば 同時に伝える	（要介護認定あり） ケアマネジャーが連絡した 患者について、在宅へ退院 できると判断した時に連絡 ※可能な限り連携シート送付	（要介護認定なし） 情報共有が必要な患者基準 に依り参照し連絡 中重度：居宅介護支援事業所 軽度：地域包括支援センター
ケアマネジャー	自身が担当している利用者で あることを医療機関へ連絡 （医療機関等の窓口担当へ）	連携シートに基づいて連絡	介護保険の申請手続きやサ ービス利用のためのケアプラン 作成、連絡、調整
	医療機関担当者との情報交換 （面談） 退院前カンファレンス （必要時） ケアプランの修正、事業所と の連絡調整	医療機関担当者との情報交換 （面談） 退院前カンファレンス （必要時） ケアプランの修正、事業所と の連絡調整	

25

第3段階② 地域・社会資源との連携・調整

■退院後の生活の相談は地域関係者と早期から一緒に
福祉用具、サービス利用、住宅改修を病院で勝手に決めない

■家庭訪問は、地域関係者と合同が効果的

■効果的かつ短時間で「退院前カンファレンス」を行う

- ・事前に情報を伝える
 - ①病状、障害の状況、介護の必要性、患者・家族の意向、
 - ②病院側が考えるサポートの必要性
 - ③病院が考える退院後の課題、
- ・地域側の課題を聞いておく、
- ・集まった際はディスカッション中心

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 全職種研修会資料より抜粋

22

MSWが考える退院支援

退院は生活の再スタート（再構築）

「危機」的状況となる可能性

■退院支援の目的

患者・家族が、自分たちらしい新たな生活を、安全・安心に、スタートさせ
ることができる事

■退院支援で行うこと

安全・安心な生活のイメージ作り

さまざまな選択肢提示（サービス・病院や施設）

患者・家族の自己決定を尊重する

医療機関のチームと、地域事業所チームとで支援する

26

～施設への退院の場合～

■「施設を家族とMSWで決めるだけ」と思わず、
一緒にチームで行いたい！（MSWの願い）

■その施設のリハ・ケアの状況の理解と丁寧な評価が必要

- 医療機関と同じ処置が継続可能か？
- 医療機関と同じリハケアが継続可能か？

■最後まで自宅退院をあきらめない

- 患者・家族の意向が変化することもある
- 一泊でも自宅へ帰る、という可能性は残っていないか？
介助指導は本当に不要か？

■患者の生きがい、役割については？

施設退院支援もチームで取り組むべき事柄

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 全職種研修会資料より抜粋

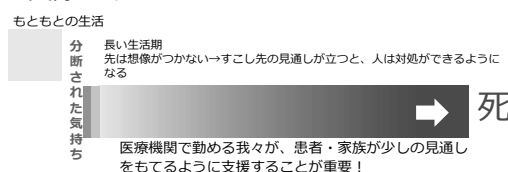
23

急性期・回復期・生活期のイメージ

急性期 回復期 生活期



実際のイメージ？



一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 全職種研修会資料より抜粋

27

生活の再構築ができるためには ～生活のイメージをつくる、とは？～

手塚美和子SW作成 SW委員会「リハ領域SW」講義資料より

- 患者・家族が「病状が安定している」と安心できる状態作り
- 日常生活動作の確保と介助量がわかる
- 住む場所(部屋)・療養の場の確保
- 生計を維持できる収入の確認／確保
- 必要な介護者の確認／確保
- 福祉、介護サービスを利用した生活の時間の流れの確認
- リスクの確認と緊急時の対応方法／連絡先の確認
- 役割確保
- 生きがい、希望
- 患者、家族の相談相手の確保 など

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 全職種研修会資料より抜粋 28

自己決定とは

- 自分自身で決定し、決定したことに責任を負う事が出来る存在として、自分自身の人生を生きる事が出来る状態。
- 本人の自己決定の原則とは、エンパワメント支援の原則のソーシャルワークであるべき。
- 自己決定：情報の入手が重要

32

「その人らしい」生活を支援する

- 疾病によって生活問題を抱えた患者や家族と関わる事
- 患者や家族は、それまでの生活が絶たれ、活動や参加に支障が生じている事がある
- 患者や家族の生活に与えている影響を考え支援する事が求められる

医療機関のソーシャルワークの特徴

29

自己決定による「選択」とは

- 選択するという条件
- 選択性の保証がある
利用者にとってより質の高いサービスを、利用者の視点から選びとる過程
- 自己単独では選択はより困難なる現状
複雑な状況下では、専門機関の相談助言抜きでは困難な現状。

33

ソーシャルワークの姿勢・態度

- 疾病による喪失や増減を理解する
(健康であった頃の生活体験)
- 家族や周囲との関係を観る
- 役割の変更に伴う葛藤
介護者―要介護者関係に変化
- 人間関係の変化(兄弟・親子・親族)
- 新たな人間関係(医療・介護)
- 介護負担感

30

『本人の選択』という落とし穴

- ・ 情報の入手は妥当かつ十分であるか？
- ・ 選べる状況下か？
- ・ 専門家が選択を支援しているか？
(『選択の局面』に真摯に向き合っているか？)
- ・ 『選択』は本人の『最善の利益』を反映したものか？



“自己決定もどき”に陥りがち

34

揺れに寄り添い、決定を支える

- 生活イメージ作りを支援し、課題を共有。
- 気持ちの揺れに寄り添う。
- 患者、家族の対処能力を強化する。
- 調整能力を発揮する。
(根拠のある予後予測と主観的な期待)
- 患者・家族・医療者などの
様々な価値の違いを認識し、折り合いをつける。

31

まとめ

■ 入院医療は更に短縮傾向

- ・ 急性期病床：DPC導入
- ・ 回復期病床：重症患者の早期受け入れ、実績指数、目標設定支援管理料
- ・ 療養病床：在宅加算(在宅扱い=在院日数の制限)

➡ 流れるように患者が通り過ぎていく中で
在宅療養支援を充実させなければならない現状

在宅療養(施設を含む)の現場を知ることが第一歩
↓
チャンスがあれば病棟から飛び出してみる
↓
病棟での関わり方の変化・業務改善に繋がる！

35