



ケアマネジャーと 医療ソーシャルワーカーの連携

竹田総合病院総合連携本部
(☎ 965-8585 福島県会津若松市山鹿町 3-27)

順天堂大学公衆衛生学

田城孝雄

竹田総合病院総合連携本部

鈴木裕美 武田由美子

最近、一般病院(急性期病院)で、退院支援部・医療連携室、継続看護・継続医療部を設置しているところが増えている。退院援助を行い、また医療連携を担う職種は、医療ソーシャルワーカー(medical social worker:MSW)、看護師など、多岐にわたっているが、医療ソーシャルワーカーが、退院支援の中心になることが多い。

一方、ケアマネジャー(介護支援専門員)の業務は、1つの場面のケアプラン作成ではなく、利用者の状態に応じた長期フォローアップ業務である。急性期病院への入院や退院においては、2つの場面の連続性をコーディネートしなければならない。

医療ソーシャルワーカーは、患者が介護保険制度を利用している場合は、ケアマネジャーと連携を図り、退院準備について関係者に相談協議する必要がある。

病院単独の退院支援ではなく、要介護者の長期フォローアップの観点から、ケアマネジャーとの連携のもと、新・地域ケアを行うように発想を変えることが求められている。

事例

症例は、70歳、女性である。大腿骨頭頸部骨折により、手術された。糖尿病、高血圧症である。

経過 要介護度4の夫(軽度痴呆あり)の介護を行っていたが、2003年8月、自転車に乗っていたときに転倒し、立てなくなった。救急隊に搬送され、救急受診した。大腿骨頭頸部骨折と診断され、手術を受けた。

介護を行っていた妻が入院したため、夫はショートステイし、その後老人保健施設に入所した。

術後、リハビリテーションに努め、術部の痛み、ふらつき感があるが、杖歩行可能になった時点で退院し、老人保健施設に入所中の夫を退所させ、夫との二人暮らしを強く希望しており、退院調整を行っている。

この事例の当院でのカンファレンスには、当初からケアマネジャーが参加し、情報交換を行っている。

医療ソーシャルワーカーの業務の範囲

医療ソーシャルワーカーとは、医療機関で、主として医療チームに参加して、疾病や心身障害などに関連して起こる患者と家族の心理的・社会的問題について、患者と家族がさまざまな社会資源を活用しながら自主的に解決できるよう、援助する働きをする職種である。

その業務の範囲は、

- ① 療養中の心理的・社会的問題の解決・調整援助
- ② 退院・退所援助
- ③ 社会復帰援助
- ④ 受診・受療援助

- ⑤ 経済的問題の解決・調整援助
- ⑥ 地域活動

である。

医療ソーシャルワーカーの業務の内容

医療ソーシャルワーカー業務の内容は、以下のとおりである。(医療ソーシャルワーカー業務指針(厚生労働省保健局長通知 平成14年11月29日健康発第1129001号)より抜粋)

1. 療養中の心理的・社会的問題の解決・調整援助

入院中、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識および技術に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの相談に応じ、必要な援助を行う。

- ① 受診や入院、在宅医療に伴う不安などの問題の解決を援助し、心理的に支援する。
- ② 患者が安心して療養できるよう、多様な社会資源を活用して、問題の解決を援助する。
- ③ 高齢者等の在宅療養環境を整備するため、在宅ケアのさまざまなサービス、介護保険給付などについて、関係機関、関係職種等との連携のもとに、患者の生活と傷病の状況に応じたサービスの活用を援助する。

2. 退院・退所援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、これらの諸問題を予測し、退院・退所の選択肢を説明し、相談に応じ調整に必要な援助を行う。

- ① 地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携のもとに、退院・退所する患者の生活および療養の場の確保について話し合いを行う

とともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、援助を行う。

- ② 介護保険制度の利用が予想されるときは、制度の説明を行い、その利用の支援を行う。また、この場合、ケアマネジャーと連携を図り、患者・家族の了解を得たうえで入院中に訪問調査を依頼するなど、退院・退所準備について関係者に相談協議する。
- ③ 退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活をすることができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助する。ただし、患者の傷病・障害の状況に留意する。
- ④ 転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助する。
- ⑤ 住居の確保、傷病や障害に適した改修等、住居問題の解決を援助する。

退院・退所援助は、一般病床(急性期)の平均在院日数短縮の動き、および介護保険の施行により、重要な業務となった。また、ケアマネジャーとの連携も重要になってきた。

3. 社会復帰援助

退院・退所後において、社会復帰が円滑に進むように、社会福祉の専門的知識および技術に基づき、援助を行う。

4. 受診・受療援助

医療の受け方、診療を受け入れない心理的・社会的問題について、情報を収集し、問題の解決を援助する。

5. 経済的問題の解決・調整援助

入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、社会福祉、社会保険等の機関と連携を図りながら、福祉、保険等関係諸制度を活用できるよう援助する。

6. 地域活動

患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに参画する。

患者会、家族会、ボランティアの育成・支援を行う。地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献する。

ケアマネジャーの役割

ケアマネジャーは、「要介護者等からの相談に応じ、および要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な居宅サービスまたは施設サービスを利用できるように市町村、居宅サービス事業を行う者、介護保険施設等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識および技術を有するものとして厚生労働省令で定める者をいう」と定められている。

退院・退所援助、退院計画の担い手

退院・退所援助を行い、また医療連携を担う職種は、医療ソーシャルワーカー、看護師、医師、事務職員、栄養士、薬剤師、放射線技師など、多岐にわたっている。世界的にも、国により職種が異なる。

医師は、主として患者の疾患・身体状況に関心があり、看護師は、患者の身体状況・ケア内容を第一に考える傾向がある。医療ソーシャルワーカーは、患者の身体状況も考慮するが、家族状況を重視するなど、医師・看護師と異なる視点をもっている。

1994年には、済生会山口総合病院に、退院調節専門看護婦(当時)が設置された¹⁾が、看護職が退

院・退所援助を行う例も多い。

最近では、継続看護部、退院支援室、医療連携室など、多様な名称の退院・退所支援、医療連携部を設置する病院が増加している。

ケアマネジャーと病院の関係

尾道市医師会長の片山²⁾によると、従来ケアマネジャーの業務は、1つの場面のケアプラン作成ではなく、利用者の状態に応じた長期フォローアップ業務である。急性期病院への入院や退院においては、2つの場面の連続性をコーディネートしなければならない。したがってケアマネジャーは、急性期疾患での入院においては、病院の看護師などへ在宅時のケアプランや必要な入院前情報を伝達すべきである。

また、先に述べた医療ソーシャルワーカーの業務指針にあるように、患者が介護保険制度を利用している場合は、ケアマネジャーと連携を図り、退院準備について関係者に相談協議する必要がある。

新・地域ケアの勧め²⁾

最近では、一般病院(急性期病院)で、退院支援部・医療連携室、継続看護・継続医療部を設置しているところが増えている。しかし、今後は病院単独の退院支援ではなく、要介護者の長期フォローアップの観点から、ケアマネジャーと連携をした新・地域ケアを行うように発想を変えることが求められている。

文 献

- 1) 森山美知子：退院計画とクリティカルパス、医学書院、東京、1998
- 2) 片山 壽：介護保険が誘導する新たな地域連携とサービスの一元化：新・地域ケアのシステムの受け皿と平均在院日数の短縮化。内科 92(4)：753、2003