

平成29年12月27日放送



回復期リハビリテーション病棟での
ソーシャルワーカー業務について

JA とりで総合医療センター 医療福祉相談室 三枝 隆生

司会者：回復期リハビリテーション病棟とは、どんな病棟ですか？

三 枝：大きな病気や怪我をすると救急病院や急性期病院と呼ばれる病院で治療を受けます。急性期病院は生命を救うことが大きな目的であるため、生命の危機を脱すると退院を勧められることとなります。しかし多くの患者さんは、この時期にはまだ心身のダメージは残っており、元の生活に戻ることは難しく、受け入れる家族も困惑することが多くみられます。回復期リハビリテーション病棟は、生命の危機を脱してもサポートが必要な患者さんを対象として、入院の上で自然回復を促す環境を作り、多種の医療専門職がチームを組んでリハビリテーションを集中的に行ない、良い状態で自宅退院、社会復帰することを目的とした病棟になります。茨城厚生連の6病院には、JAとりで総合医療センターとなめがた地域医療センターにあります。

司会者：どのような方が、回復期リハビリテーション病棟に入院する事ができるのでしょうか？

三 枝：病名やケガの種類と発症や手術を受けてからの期間に制限があります。具体的には、脳卒中や脳腫瘍、脊髄損傷、義肢装着訓練の必要な患者さんなどは、発症又は手術後2ヶ月以内。太ももや膝、腰の骨折などは、受傷又は手術後2ヶ月以内。肺炎や外科手術後の安静のため体力や筋力が低下した廃用症候群の患者さんは、発症又は手術後2ヶ月以内。足腰の神経・筋・靭帯損傷の患者さんは、受傷後1ヶ月以内。人工膝関節や股関節の置換術後の患者さんは、手術後1ヶ月以内。これらの条件に該当して、症状が安定し、急性期医療を必要としない患者さんが対象となります。

司会者：回復期リハビリテーション病棟にはどれぐらいの期間、入院できますか？

三 枝：入院できる期間は、疾患や傷病名によって日数が決められています。たとえば、脳卒中や脳腫瘍、脊髄損傷、義肢装着訓練の必要な患者さんなどは150日以内、高次脳機能障害という脳がダメージを受け、記憶・思考・言語などの機能が低下した状態の患者さんでは180日以内、太ももや膝、腰の骨折、廃用症候群、人工膝関節や股関節の置換術後患者さんは90日以内、足腰の神経・筋・靭帯損傷は60日以内と入院期間が定められています。実際には、定められた期間内に、患者さんの状態や退院先の状況により、主治医やスタッフと相談しながら入院期間を決めていきます。

司会者：回復期リハビリテーション病棟では、なぜ多種の医療専門職がチームを組んでリハビリテーションが行われているのでしょうか？

三 枝：患者さんにとって、回復期は集中的なリハビリテーションによって機能回復が最も期待できる時期であると同時に、心理、社会、経済的問題も多々生じやすい時期といえます。生命の危機を乗り越えひとまず安心したものの、「自宅で生活が送れるようになれるだろうか」「治療費はいくらかかるのだろうか」「自宅が2階にあるけど階段が上がるだろうか」等、さまざまな不安が生じると思います。このような複雑な心身状況にある患者さんや家族に対し、一日も早く快適な日常生活を送ることができるよう、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護補助者、ソーシャルワーカーなどの各職種がチームとなり、医療や介護を行ない日常動作の改善や向上をめざします。そのため、カンファレンスと呼ばれる会議を定期的に行い、多数の専門職の意見をもとに患者さんの回復状況を確認し、退院を見通した訓練実施プログラムを作成し実践していきます。患者さん一人ひとりに合わせた計画を立て、リハビリテーションや治療だけではなく、在宅復帰や社会復帰を実現できるよう状況に合わせて、適切なサポートを行なっていくため、多種の医療専門職がチームを組んで取り組む必要があります。

司会者：チーム医療の中でのソーシャルワーカーの役割を教えてください。

三 枝：他の病院や院内の他病棟からの入院相談を始め、入院中の患者さんへ各種助成制度の活用による経済問題の解決、在宅生活や転院・施設入所に向けた準備のため具体的な社会資源の説明や活用、配食サービスや移送サービスなどのインフォーマルなサービスを含めた地域の社会資源の紹介、院内多職種とのカンファレンスによる退院支援の促進や退院後の生活支援を行う地域の多職種との連携などになります。患者さんやご家族に安心した入院生活を送っていただき、退院後の生活について不安を少しでも解消するため、様々な福祉制度の紹介や多職種との連携役としての役割を担っています。

司会者：なかでも一番多い支援はどのようなことでしょうか？

三 枝：おこなっている支援のうち、約8割が退院支援になります。病棟で定期的に行われる多職種のカンファレンスで、患者さんの状況を確認した後、主治医と看護師、リハビリ担当者らとともに、患者さんと家族へ説明を行います。その結果で退院の方向性や入院期間などを決め、退院に向けた支援が開始されます。

リハビリを受けられたとしても、病気や怪我により生じた障害をすべて取り除く事ができないことが多々あります。その際、様々な社会資源を組み合わせる事で、その障害を軽減できたり、取り除けたりすることがあります。たとえば、介護保険の認定など受けていただき、住環境の整備や介護負担軽減が行える準備を進めて行きます。この場合、退院後の生活支援を担う介護支援専門員とも連携を行い、可能な限り早い段階からチームスタッフとして協力してもらえる体制を整え、ともに退院準備を行って行きます。

また、通院困難な方へは、移動手手段の提案や、訪問診療や訪問看護などの紹介や連携を行います。そのように、病気や怪我により生じた障害に対し、その方にあった支援が受けられる体制作り等を支援して行きます。

しかし、そのような支援を受けられたとしても、自宅での生活が困難な方もいます。そのような場合は、療養を行える病院や介護保険施設、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホーム等の紹介や転院入所の調整も行っています。

司会者：回復期リハビリテーション病棟へ転院したい場合はどうすればいいでしょうか。

三 枝：患者さんの病状等で、回復期リハビリテーション病棟へ入院できない場合もありますが、まずは、病院の主治医やソーシャルワーカーへご相談下さい。

病気や怪我等により、様々な不安や心配事が生じることがあると思います。その際は、一人で悩まず、病院職員やソーシャルワーカーにご相談ください。これからも地域で安心した生活が送れるよう努めてまいります。