

患者本人の意思決定支援をつなぐバトンリレー

～高度急性期病院から始まる転院支援の在り方～

大分大学医学部附属病院 右田 亨

1. はじめに

当院は由布市挾間町に位置し、34の診療科、618の病床を有する特定機能病院である。

筆者は去年、地域の医療機関から特定機能病院へと実践の場を移した。

地域の医療機関と特定機能病院の役割の違いを肌で実感している。また、日々の退院支援において、早期転院を迫られることも少なくない。

このような転院支援の中で、患者本人の意思決定支援をどのようにすれば今後の療養機関につながることが出来るかという事が、筆者の課題として生じた。

そこで今回、患者本人の意思決定支援をつなぐことが出来た事例を紹介し、筆者の日々の支援の振り返りを行うと共に、本事例を当院での退院支援業務の一例として報告する。

2. 倫理的配慮

本研究は、転院先の詳細な医療機関情報及び患者の個人情報匿名加工することによって、患者が特定されないように配慮した。

3. 事例紹介

患者：A氏

年齢：60代 性別：女性

〈生活歴〉

夫と二人暮らし

主婦(短時間アルバイト)

A氏は脳腫瘍疑いの為、検査目的にて当院脳神経外科病棟へ入院された。検査の結果、脳腫瘍の確定診断がついた。A氏は診断結果にショックを受け、ケアやリハビリを拒否する日々が続いた。

時間経過と共に、A氏も自身の病気を受容し、放射線治療を行った。

その後、自宅退院を目的として回復期病院への転院となった。

4. 支援概要

A氏は入院当初より「家に帰りたい」という意思があり、MSW介入時点においても、A氏の意思に変わりはなく、将来的に自宅へ帰ることを望んでいた。

そこでMSWとして、A氏の最終目標である自宅退院が可能となるよう、ADLの改善を目指すこ

とを目的として、回復期病棟を所有する医療機関への転院調整を開始した。同時に、自宅での生活環境調整を目的に、地域包括支援センターと連携し、介護保険の申請を行った。

転院調整を行うにあたり、医師からの診療情報提供書のみでなく、福祉的視点での生活課題を伝えられるようにMSW情報提供書を活用し、筆者の行ってきた支援内容の共有を図った。

また、A氏と家族が安心し、今後の療養生活を送ることができるよう、転院先の医療スタッフや在宅スタッフに来院を依頼し、顔の見える支援を行った。その後、A氏は安心して回復期病院へ転院した。

A氏は、回復期病院でのリハビリ療養を終えた後、無事に自宅退院した。

当院の退院後初診時に、MSWも同席した。A氏と家族より、問題無く自宅療養していることが確認できた。

5. 考察

当初A氏より、今後の療養に対する不安な様子が伺われていた。そこで、関係スタッフと顔の見える支援を行ったことで、A氏が今後の療養イメージを具体的かつ容易に想像することが出来るようになり、不安の軽減を図れた。

意思決定を支えることが出来た要因としては、当院入院中より、転院先の医療スタッフや在宅支援スタッフと顔の見える連携を図り、他機関と共にA氏の希望実現に向けた生活課題の抽出及び、協働支援が行えたことと考える。

6. おわりに

患者本人の意思決定支援は、一つの医療機関だけでは決して完結しない。

本事例のように、回復期病院や在宅支援機関と共に、悩みながらも辿り着いた本人の「家に帰りたい」という“バトン”を、支援者全員の同じ目標としてリレーできたことは、筆者にとっても大きな自信となった。

高度急性期病院の限られた入院期間の関わりの中でも、患者の希望実現を念頭に置き、引き続きMSWの専門性を持ち、実践していきたい。