

当院の患者相談窓口について

～地域医療連携室の活動内容～

独立行政法人国立病院機構
指宿医療センター
医療ソーシャルワーカー 林 大作

はじめに

地域医療連携室(患者相談窓口)とは

病気によって生じる様々な生活上の困りごとに関して、患者さんやご家族からの相談に対応する部署です。

必要に応じ、行政や地域の医療機関、福祉サービス事業者と連携を図り、患者さんに適切な医療や福祉サービスが提供されるよう支援を行います。

地域医療連携室の役割

①患者さんやご家族の相談窓口

→病気に関する相談(治療や検査)

→在宅介護に関する相談(介護保険・障がい者福祉サービス)

②退院支援

→病院への転院調整

→施設への入所調整

→在宅介護担当者と連携し、自宅退院調整

③地域連携

→かかりつけ医と協力

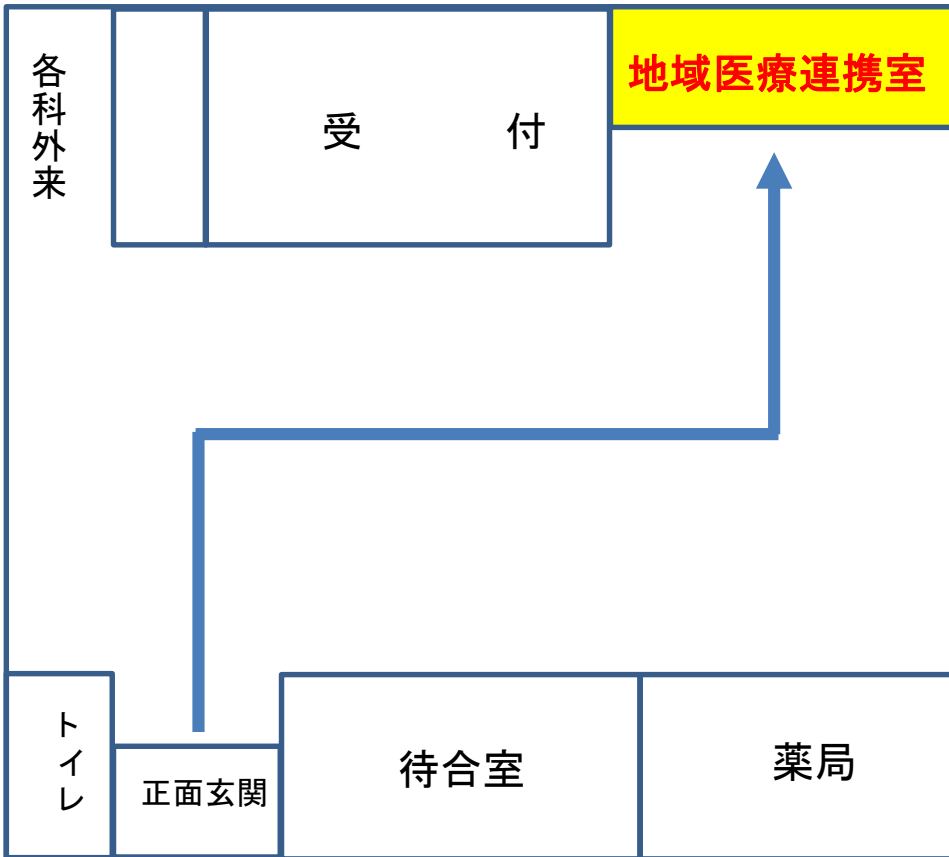
→歯科診療所と協力

相談担当者

地域医療連携室に看護師と医療ソーシャルワーカーを各2名配置しており、患者さんやご家族からの医療や福祉に関する様々な相談に対応しています。

職種	対応内容
看護師	治療に関する情報提供。療養上の相談や緩和ケアに関する相談など。
医療ソーシャルワーカー	介護保険や障がい者福祉制度に関する紹介。転院調整や自宅療養支援など。

当院の地域医療連携室の設置場所



- ・1階受付横に相談窓口を設置しております。
- ・平日8:30~17:15相談対応可能です。

相談の様子



- ・相談は面談室で行います。
- ・プライバシーに配慮し、対応致します。

相談内容について

どんなことが相談できるのか

自分の病気の治療方法について詳しく知りたい

治療費の支払いが心配……

緩和ケアについて知りたい

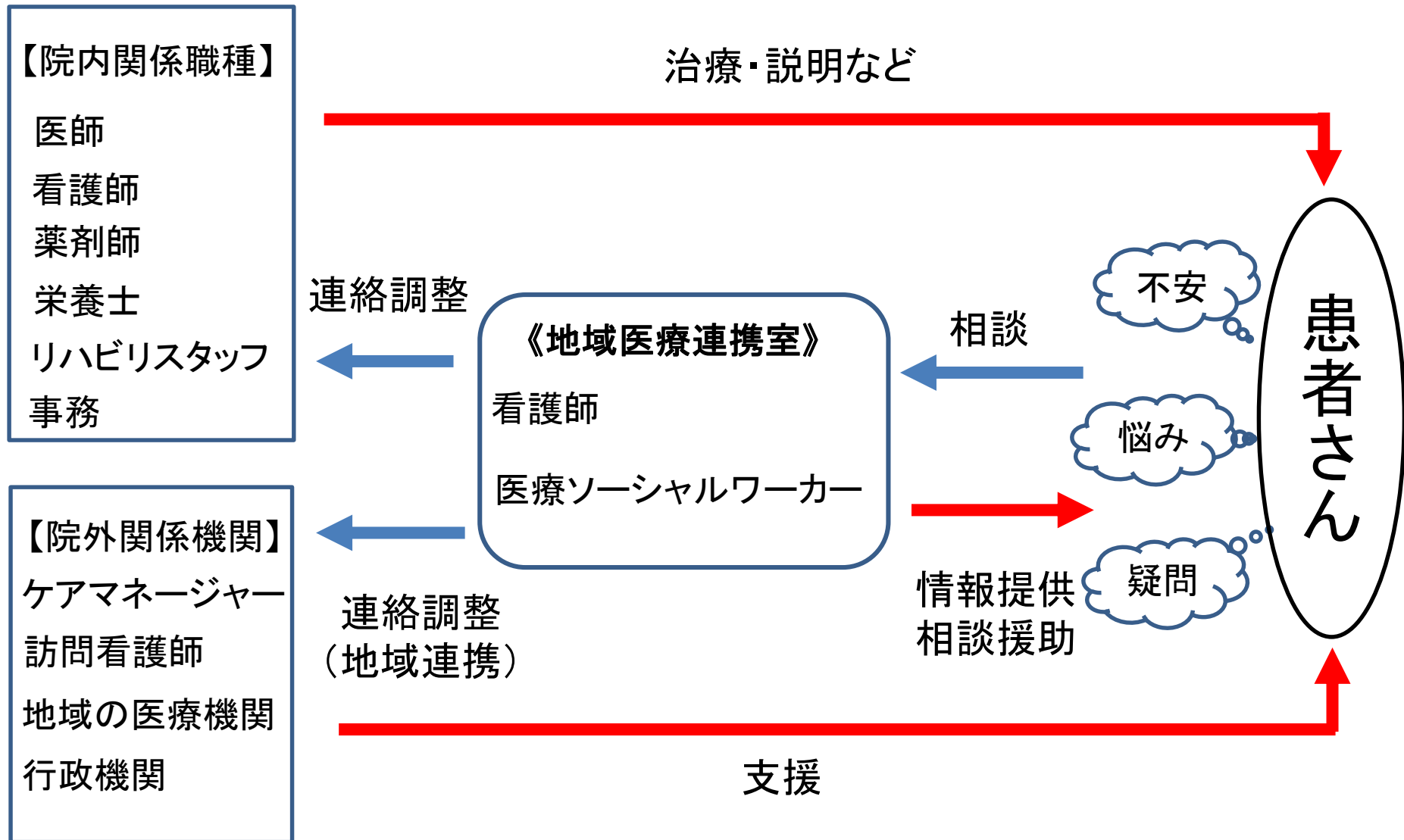
患者さん

不安な気持ちを誰かに聞いてもらいたい

自宅で療養生活を続けていくための方法を知りたい

療養上のあらゆる困りごとについて相談可能です

相談の流れ



相談支援例(外来患者)①

訪問看護サービスを利用して、自宅で点滴を受けたらどうか？

【患者概要】

60代男性。末期がん。一人暮らし。近所に長女が住んでいる。介護保険は要介護1の認定を受けている。

【身体状況】

最近食事が摂れなくなってきた。また、体力低下も進んでおり、布団での寝起きがきつくなってきた。

ベッドを使用したら寝起きしやすいのでは？

【患者・家族の思い】

患者さん：出来るだけ住み慣れた家で療養生活を続けたい。

長女：本人の希望通りにしてあげたい。
しかし、病状が悪化した時が不安。

急変時の対応方法について確認する必要があるのでは？

※まずは患者さんやご家族の話を傾聴し、療養生活に対する不安な気持ちや思いなどを話して頂く

相談支援例(外来患者)②

介護保険事業所に関する情報を患者さん・ご家族に説明。事業所を選んで頂く。



ケアマネージャーに担当依頼。ケアプラン作成に必要な情報を提供。
訪問看護事業所に対応依頼し、必要な情報を提供。訪問看護指示書を作成。



定期的に患者さん・ご家族と面談し、状況確認。通院状況をサービス担当者へ報告。

主治医より「きつくなったら、いつでも入院を受け入れる」旨を患者さんにご家族に説明し、急変時に対する不安を解消する。

相談支援例(入院→転院→自宅)①

【患者概要】

70代男性。脳梗塞発症し、当院入院。妻と二人暮らし。子供達は県外に住んでいる。介護保険は未申請。

【身体状況】

脳梗塞の影響で、右半身麻痺と失語症(軽度)が残存。移動は車いす(リハビリで歩行訓練中)。排泄に介助が必要。

【患者・家族の思い】

脳梗塞後のリハビリが出来る病院への転院を検討してはどうか？

患者さん: 思っていることを上手く話せないため、もどかしい。リハビリをして上手く喋ることが出来るようになりたい。

妻 : 家事は出来るが、夫の排泄介助までは出来ない。リハビリをして歩けるようになって帰って来て欲しい。

相談支援例(入院→転院→自宅)②

脳梗塞後のリハビリができる医療機関に関する情報を患者さん・ご家族に説明(入院16日後)。



転院希望のA病院を御家族が見学。A病院の担当者と面談し、A病院で行えるリハビリやケアの内容等の確認をして頂く。



当院地域医療連携室より、患者さんの転院相談をA病院担当者へ行う。



A病院担当者より転院受入可能との連絡あり。ご家族と日程調整し、A病院へ転院(入院32日後)

相談支援例(入院→転院→自宅)③

【転院後】

リハビリにより右半身麻痺は軽減。歩行訓練を行い、杖を突いて歩けるまで能力が向上。排泄動作は自立。
言語療法を実施し、失語症は日常生活でのコミュニケーションには困らない程度まで改善。



入浴動作には一部介助が必要であるため、要介護認定申請を行う。要介護2の認定を受けたため、ケアマネージャーと連携し、週二回の通所リハを計画。リハビリの継続と入浴介助の機会を確保。

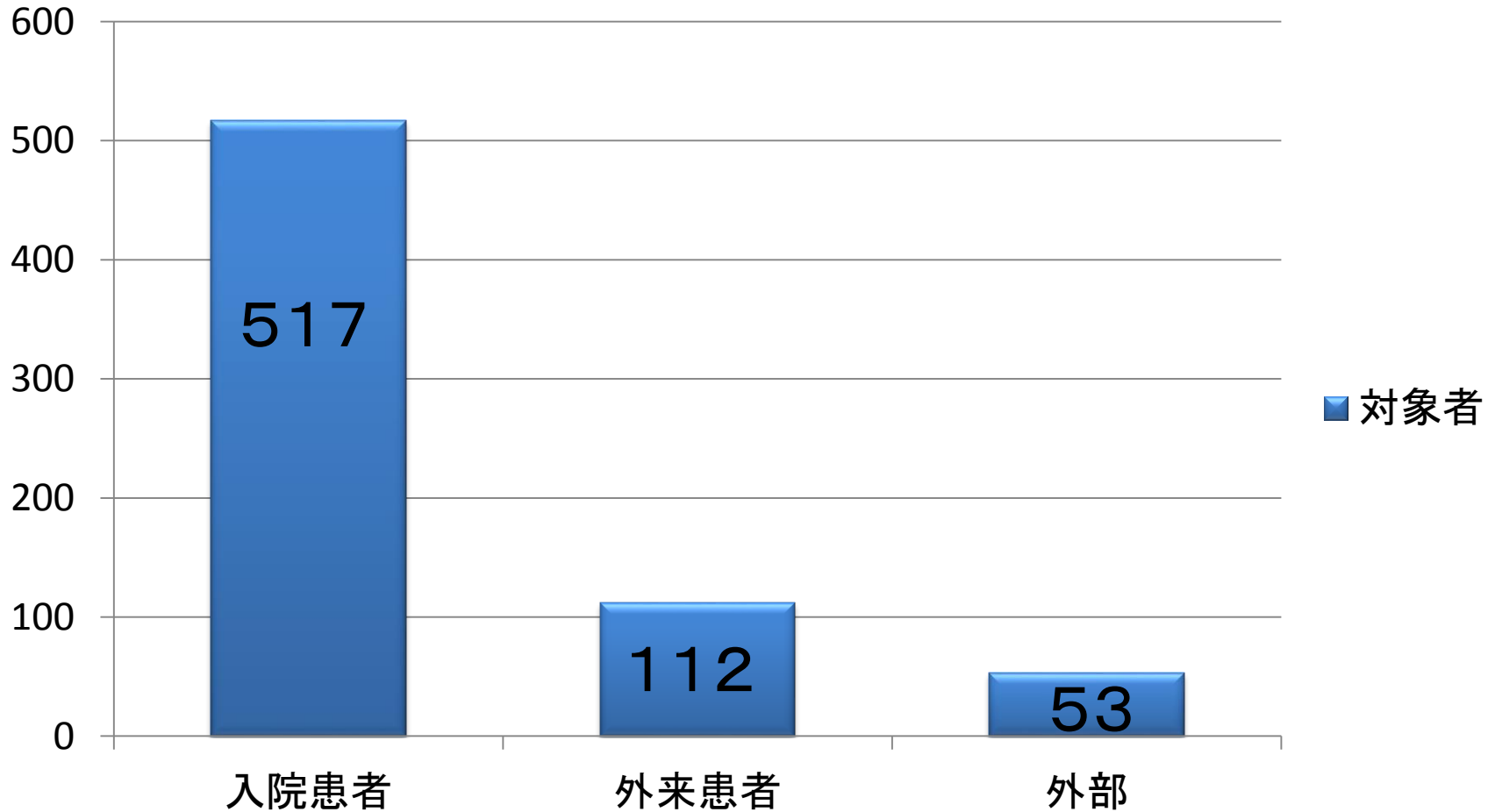


転院後、4ヶ月ほどで自宅へ退院。

平成27年度相談実績
(平成27年4月1日～平成28年3月31日)

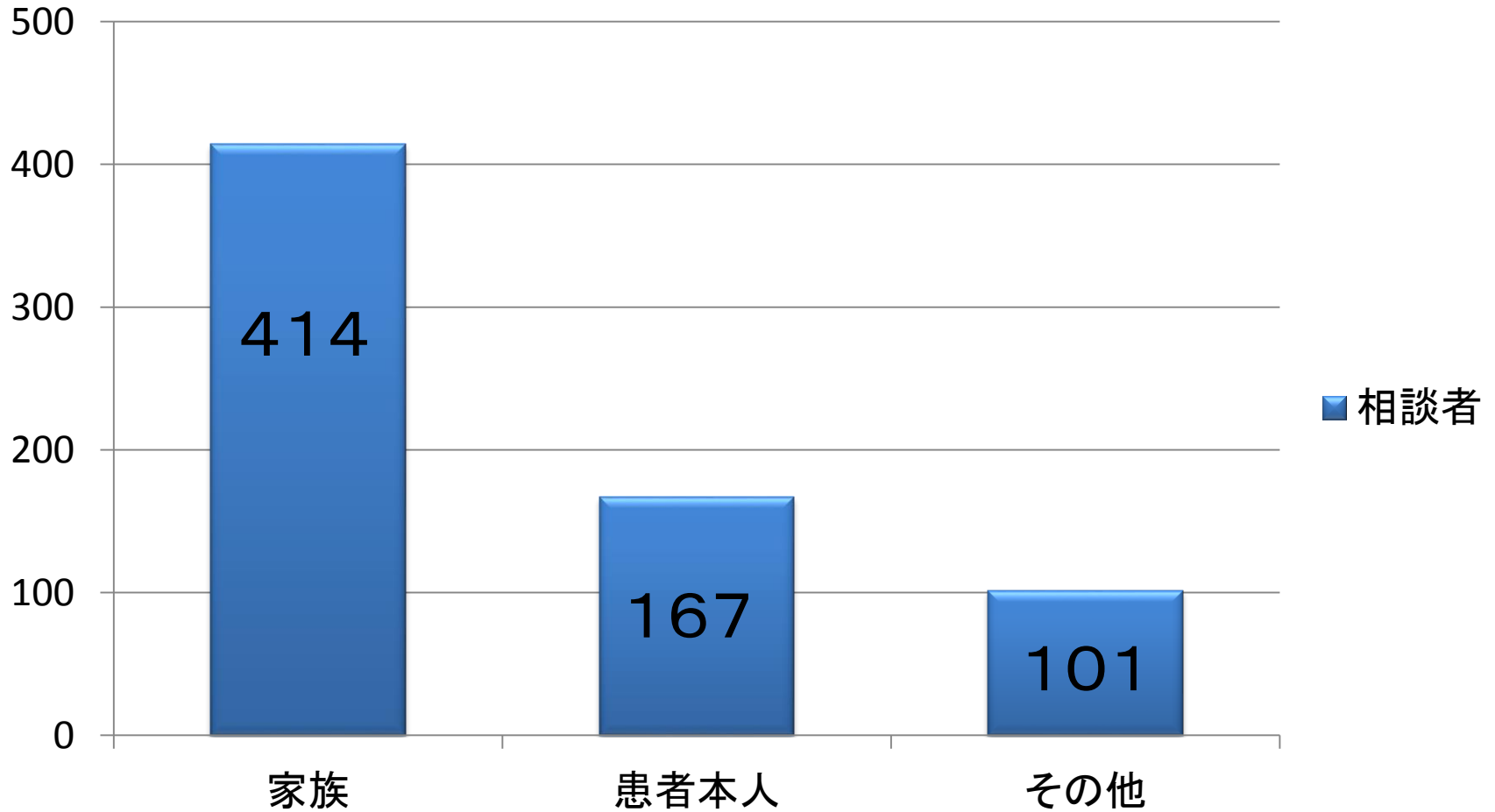
対象者内訳

相談件数 682件



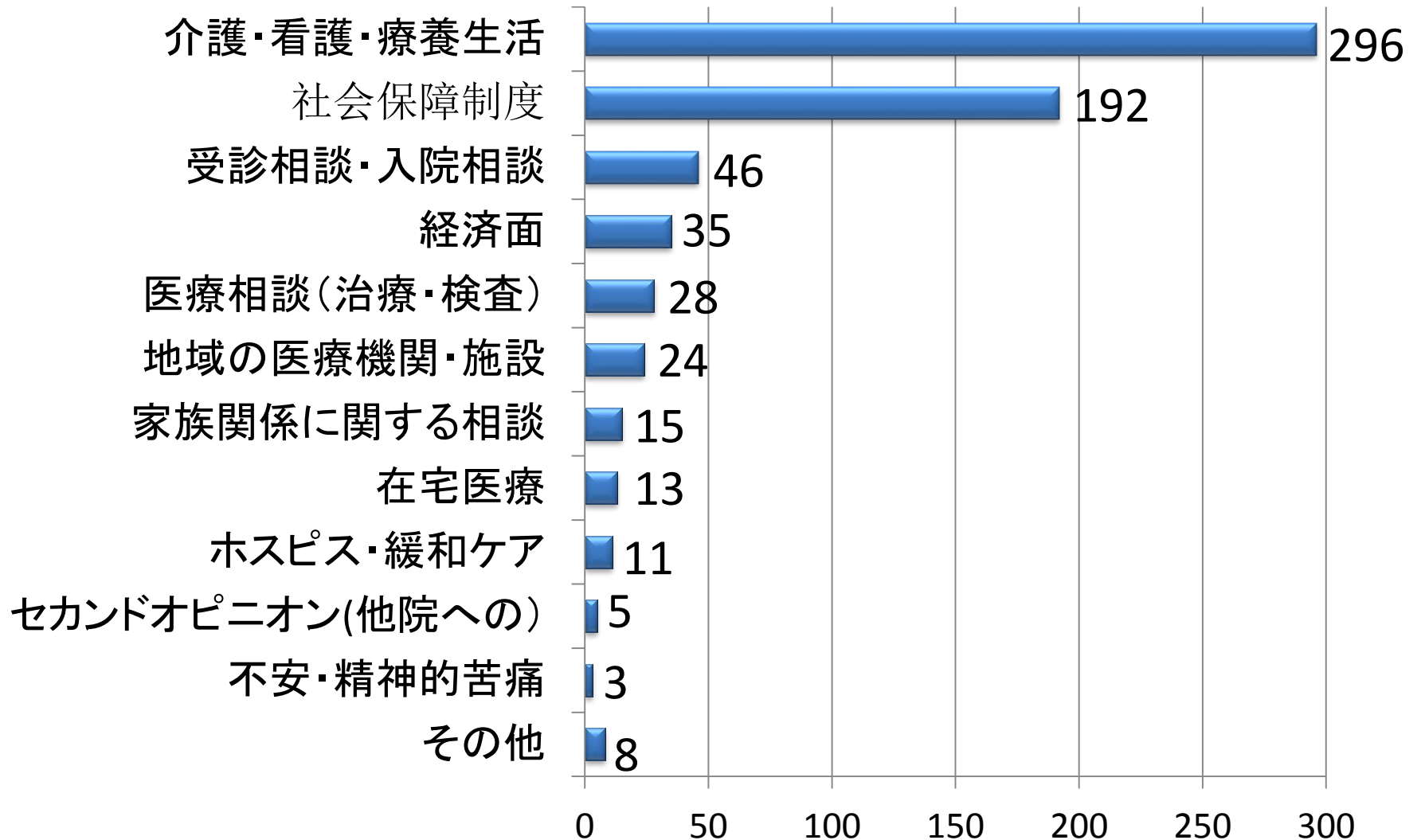
相談者内訳

相談件数 682件



相談内容内訳

相談件数 682件



最後に

- ・患者さんやご家族、地域の方々が、誰でも医療や福祉制度に関する様々な相談ができる窓口です。
- ・来院して頂き面談を行うか、電話による相談が可能です。
- ・相談は無料です。
- ・秘密は厳守いたします。
- ・医療や福祉に関する疑問・不安・困りごとがある場合は、ご相談下さい。

【問い合わせ先】

国立病院機構 指宿医療センター

地域医療連携室(患者相談窓口)

TEL:0993-22-2231(内線260)

ご清聴ありがとうございました。

