

ソーシャルワーカー委員会提言

患者とともにソーシャルワーカーも次のステージに踏み出そう

～入退院支援・退院後フォロー・就労支援について今一度考える～

回復期リハビリテーション病棟協会

ソーシャルワーカー委員会

委員長 藤井由記代

SW10か条の実施状況

- 2021年度研修受講者にアンケート調査
- 基礎研修：
参加者97名 回答率 93.8%
- アドバンス研修：
参加者69名 回答率 79.7%
- 10か条・各チェック5項目 計50項目の実施状況を下記4択で自己評価
「よくできている」「できている」
「あまり出来ていない」「できていない」

基礎研修	出来ている群	70%以上80%未満	60%以上70%未満	60%未満
アドバンス研修	出来ている群	70%以上80%未満	60%以上70%未満	60%未満



1. 「相談」の専門職として、しっかり患者さん・ご家族の相談にのろう	基礎研修	アドバンス研修
1 ソーシャルワーカーが相談援助職であることを、患者さん・ご家族に分かりやすく案内している		
2 初回面接時に、患者さん・ご家族へソーシャルワーカーの役割についてオリエンテーションを行っている		
3 依頼内容や主訴だけで動かず、ソーシャルワーカー自身が患者さん・ご家族のニーズを捉えている		
4 相談援助職として態度（バイステックの7原則など）と技術（面接技術など）を身に付けている		
5 患者さん・ご家族が相談してよかった、解決に向かった、と思える対応をしている		
2. 身近で相談しやすい存在として病棟に顔を出し、こちらからも声をかけよう		
1 話しやすい関係作りのため、日頃から患者さん・ご家族へ気持ちよく挨拶するなど心がけている		
2 病棟生活の様子に合わせ、患者さん・ご家族が話しやすい環境下で面接している		
3 病棟での患者さん・ご家族の表情・行動を大切にし、面接を行っている		
4 必要時、リハビリテーション場面に立会っている		
5 患者さん・ご家族の療養生活を身近に感じ、病棟スタッフと協働している		
3. その人らしい生活とは何かをアセスメントしよう		
1 患者さん・ご家族像のアセスメントを行なっている		
2 身体・心理・社会的側面を、過去・現在・将来の時間軸で情報収集し、情報統合を行なっている		
3 患者さん・ご家族の生活に病気がもたらした影響をアセスメントしている		
4 患者さん・ご家族が、大切なことを決めるときの傾向をアセスメントしている		
5 アセスメントを記録に記載し、カンファレンス等でチームに発信している		
4. 障害受容の過程を支援しよう		
1 患者さん・ご家族の現状認識やリハビリテーションに対する理解を、経過を追ってアセスメントしている		
2 患者さん・ご家族の障害の受容の状況を他職種と共有している		
3 現状と患者さん・ご家族の認識の差異を確認し、アプローチ課題を見つけている		
4 患者さん・ご家族の感情や状況理解に合わせ、面談を通して、退院後の生活の一步につながるようにエンパワメントしている		
5 より身近な、より具体的な目標を患者さん・ご家族と共有している		
5. 患者さんの自己決定に基づいた退院援助をしよう		
1 患者さん・ご家族へ、ソーシャルワーカーが自己決定を尊重していることを伝えている		
2 方針決定に際して、患者さん・ご家族が自己決定できる心理・社会的状況にあるかをアセスメントしている		
3 患者さん・ご家族の持つ強みを大切にし、患者さん・ご家族をエンパワーするアプローチしている		
4 必要に応じて、方針を具体化する話し合いの場にソーシャルワーカーが同席し、患者さん・ご家族の意向が反映されるように介入している		
5 一度、患者さん・ご家族が決めたことであっても、変更の申し出があった場合には、ソーシャルワーカーが相談にのっている		
6. 退院後の生活に常に気にかけて援助しよう		
1 その人らしい生活構築を常に意識し、支援している		
2 どのような生活を送りたいのかを理解し、その「思い」に寄り添っている		
3 「思い」の実現をアドボケートしながら、リハビリテーションスタッフ等と協議している		
4 退院後の生活を支援する地域関係者・外来訪問スタッフと連携している		
5 退院時だけでなく、退院後何年もつづく生活をイメージして援助している		
7. リハビリテーションチームの一員として相談援助のプロセスをチームと共有しよう		
1 他職種との情報を業務として位置づけている		
2 他職種と情報を共有すべき根拠が説明できる		
3 カンファレンス・主治医面談等の場面に有効に活用している		
4 一連のプロセスをしっかりと記録に残している		
5 アセスメントやプランニングの修正を適時行なっている		
8. カンファレンスでは、患者さん・ご家族のニーズを把握し、代弁しよう		
1 患者さん・ご家族のニーズを把握している		
2 ニーズに基づくソーシャルワーク援助計画を立案している		
3 カンファレンスで代弁する内容を明確にしている		
4 他職種に向けての伝え方を工夫している		
5 患者さん・ご家族の意向が組み込まれたかどうかを点検している		
9. 常に最新の社会資源の情報収集・情報提供、新しい社会資源の発掘を心がけよう		
1 社会資源の情報が整理され、すぐに活用できる状態にある		
2 社会資源の情報は、内容・特徴を捉えたものになっている		
3 質の高い実践を行なっている事業所、施設を把握している		
4 地域行政・地域包括支援センターの担当者と顔の見える連携があり、相談できる関係にある		
5 地域で開催される会議に、ソーシャルワーカー部門として積極的に参加している		
10. 地域との窓口になり、回復期リハビリテーション病棟の理念を地域に啓発しよう		
1 地域住民が来談や電話など相談しやすいソーシャルワーク部門の体制となっている		
2 急性期から居宅サービス・施設まで諸機関の連携窓口として機能している		
3 電話や書面だけの連携だけでなく、アウトリーチとして訪問を行なっている		
4 地域リハビリテーションのニーズ把握や地域ケア体制システムへ参画するなど地域におけるネットワーク作りに貢献し、把握に努めている		
5 地域リハビリテーションの概念や回復期リハビリテーション病棟の理念を理解している		

調査結果①

できている

実施率の低い項目 2/5以下

2. 身近で相談しやすい存在として 病棟に顔を出し、 こちらからも声をかけよう
4. 障害受容の過程を支援しよう
5. 患者さんの自己決定に基づいた 退院援助をしよう
7. リハビリテーションチームの一員として 相談援助のプロセスをチームと 共有しよう
8. カンファレンスでは、 患者さん・ご家族のニーズを把握し、 代弁しよう

できていない

実施率の低い項目 3/5以上

1. 「相談」の専門職として、 しっかり患者さん・ご家族の 相談にのろう	SWの 基本
3. その人らしい生活とは何かを アセスメントしよう	
6. 退院後の生活に常に気にかけて 援助しよう	患者の 地域生活・ 地域との 共生
9. 常に最新の社会資源の情報収集・ 情報提供、新しい社会資源の発掘を 心がけよう	
10. 地域との窓口になり、 回復期リハビリテーション病棟の 理念を地域に啓発しよう	

調査結果②

本調査の結果から、下記の傾向を把握できる。

- 回り八病棟SWが病棟内業務・院内チーム支援に留意している一方、地域生活・地域共生を視野としたSWをあまり実践していない。
- 地域課題・地域共生を軽視しているとの回り八SWに対する指摘
「身寄りのない患者が回り八を利用できない」
「経済的課題を抱える患者が回り八を利用できない」
「病前の暮らし（かかりつけ医等）とのつながりを軽視し、
回り八独自の退院支援を行っている」等と変わらない傾向を示す。
- 回り八SWは、リハ課題・退院支援に留意しているが、
ソーシャルワーカー業務指針・医療ソーシャルワーカー倫理綱領
に留意していない可能性がある。

課題：回復期の役割を再確認

もともとの生活

発症

急性期治療
病状安定

回復期

生活の再構築

入院前と変わった
身体・環境で
どう暮らすのか

入退院支援

生活期（ご自宅等の場合）

- ・ 安心して生活できる
- 生活環境の維持
- ・ 心身機能の維持・向上
- ・ 社会参加の実現

生活不安の増大・
心身機能の低下など
生活課題が顕在化



退院後フォロー・就労支援

病前・退院後の地域生活を視野に、SWプランを構築する必要性

調査結果を踏まえた今後の方針

⇒医療ソーシャルワーカー業務指針とのリンク、
医療機能分化・地域共生社会の背景も踏まえた
回リハで期待される支援項目（入退院支援・退院後フォロー・
両立支援）を合わせ、新たな10か条を作成する。

※達成度の段階的な評価など、現場で活用しやすい10か条を
目指し、面談・アセスメントなどの基本スキルも組み込んだ
新10か条案を作成。

☆新10か条案への皆様のご意見を募集します。
ホームページで意見募集ページへ3/20までにお寄せください。

新10か条案：

SWの業務 スタンス	面接・相談支援	① 「相談」の専門職として、患者・家族・KPとの面接に基づいた質の高いソーシャルワークを実践しよう
	アセスメント	② その人らしい生活とは何かをアセスメントしよう
	チーム支援	③ リハビリテーション・ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを持って実践しよう
SW業務内容 医療 ソーシャル ワーカー 業務指針 6項目	心理社会的問題への 解決援助	④ 障害を理解するプロセスを支援しよう
	経済的問題への 解決援助	⑤ 経済的課題の早期発見と継続した支援を実践しよう
	受診・受療援助	⑥ リハビリテーションを受ける権利を大切に支援しよう
	退院援助	⑦ 入院前支援にも留意し、患者の意向に添って退院後の地域生活を再スタートできるよう支援しよう
		⑧ 退院後の生活をモニタリングして退院後フォローについてチームで関わろう
	社会復帰	⑨ 復職や復学・社会参加に向け、患者・家族・KPを含めた院内外チームで協働し、退院後の生活につなげよう
	地域活動	⑩ 地域の窓口となり、社会資源の情報収集や情報提供、新しい社会資源の発掘に努め、地域への働きかけを継続しよう

①面接・相談支援	①「相談」の専門職として、 患者・家族・KPとの面接に基づいた質の高いソーシャルワークを実践しよう
考え方	ソーシャルワーカーは病気や障害で生活上の支援課題のある患者・家族の問題解決を図る相談援助職です。相談援助職としての態度（バイステックの7原則など）と技術（面接・アセスメント・プランニング・連携など）の自己研鑽が欠かせません。介護保険サービスの紹介や、リハビリチームの目標を患者・家族・KPに理解してもらうことに専心せず、患者・家族・KPの想いを知る、生活歴や価値観を理解することを念頭において面接しましょう。 個別面接のほか、病棟内・リハビリ室で得られる患者の言葉や表情・行動も、アセスメントにおける大切な情報です。患者・家族との接点を有効活用し、医療ソーシャルワーカー業務指針やソーシャルワーカー倫理綱領などの根拠に基づき、患者・家族との信頼関係の構築、環境因子や個人因子のアセスメント、過去・現在・未来の生活上の支援課題の把握に努めましょう。
チェック項目	❑ ソーシャルワーカーの役割が生活上の支援課題に対応する相談援助職であることを、患者・家族が理解できるよう工夫して伝えている。 ❑ 患者・家族・KPと相談援助目的の面接をする際は、事前に把握できた情報をもとに相手の立場に想像をめぐらせ共感的な姿勢を準備（予備的共感の態度）し、面接場面ではバイステックの7原則等＊の相談援助職としての態度・技術に基づいた実践をしている。 ❑ 面接では、患者・家族・KPの想いに寄り添い、生活歴・価値観より把握できる強みを互いに認識できるよう可視化・言語化するよう努めている。 ❑ リハチームの支援方針に応じ、チームの評価を患者・家族・KPの面接場面でも適宜共有し、患者・家族・KPが状況や課題を把握できるよう支援している。 ❑ 真のニーズに基づいたプランニング・援助実施・モニタリングを適宜行い、課題解決に向け患者・家族・KPが主体的な選択や意思決定を行えるよう支援している。
	＊バイステックの7原則 注釈店府予定

②アセスメント	②その人らしい生活とは何かをアセスメントしよう
考え方	回リハ病棟では、多職種がICFに基づいた状況理解・アセスメントに努め、活動・参加の向上を目指したりハ（総合）実施計画を立案します。入院前の患者・家族・KPの身体心理社会的背景（バイオサイコソーシャルバックグラウンド）をアセスメントする際は、これまでの生活の特徴や大切にしてきた価値観、今回の疾患がもたらした患者・家族・KPへの影響などの患者の個別性の理解に努めましょう。チームと共有する際は、ICFの背景因子（個人因子・環境因子）に留意し言語化・可視化します。 患者・家族・KP以外にも院内多職種や院外の関係機関（医療・介護・福祉・行政・地域等）からも情報収集し、過去と現在の状況、今後の生活に向けた想いや希望を含めた全体像を把握した上で、今後どのような生活を送りたいか、どのような生活を送ることができそうか、患者・家族・KPと共に考え、真のニーズを言語化・可視化して共有することが大切です。
チェック項目	❑ICFを活用し、患者・家族・KPの身体・心理・社会的側面を、過去・現在・未来の時間軸でアセスメントしている。 ❑患者・家族・KPの生活に疾患がもたらした影響をアセスメントしている。 ❑患者・家族・KPの個別性を理解し、大切なことを決めるときの傾向をアセスメントしている。 ❑アセスメントした結果を援助計画に反映させた後も、患者・家族・KPの状況を継続して把握し、入院中の様々な場面で計画の進捗状況を評価の上、新たな提案を行うなどの一連のアセスメントのプロセスを継続している。 ❑患者・家族・KPの想いや価値観を、病前の関係機関（医療・介護・福祉・行政・職場など）からも情報収集の上、多面的な情報を統合し、全体像の理解に基づいた真のニーズを把握している。

③チームアプローチ	③リハビリテーション・ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを持って実践しよう
考え方	回リハ病棟では、患者・家族・KPの想いや希望に基づき、多職種が患者・家族・KPの評価をもちより共に協議しながらリハ（総合）実施計画や支援計画を立案するプロセスを重視しています。ICFの健康状態・身体機能・背景因子を視野に患者の活動や参加を促すチームアプローチでは、患者の主体性を尊重すべく患者の自己決定を支援しましょう。 患者・家族・KPの意向は、健康状態・身体機能・背景因子に応じて変化します。ソーシャルワーカーは、その変化を日常会話・カンファレンス・リハビリ見学・IC同席など、チームアプローチの様々な場面を通じて把握し、患者・家族・KPの代弁者として意向の変化を発信し続け、その意向がリハ計画に反映されるよう努めましょう。 リハチームの構成員は、患者・家族・KPと院内多職種だけでなく、医療・介護・福祉の関係者や権利擁護等に携わる行政の担当者・地域のサポーターなど院外の多様な関係者も含まれます。口頭や書面、ICTの活用など、状況に適した情報共有や記録方法の選択も重要です。リハチームによる心理社会的側面からの意見交換や効果的な心理・社会的アプローチにもつながるよう心掛けましょう。
チェック項目	❑ 患者の自己実現を支援する専門職として、様々な場面（日常会話・定期面談・カンファレンス・リハ見学・主治医面談など）を活用している。 ❑ リハビリテーション医療に参考となる心理・社会的背景を、患者・家族・KPの了解のもと多職種へ適した方法（口頭・書面・ICTなど）で共有し、入院診療計画やリハ（総合）実施計画・退院支援計画に反映している。 ❑ カンファレンスでは患者・家族・KPの意向を明確に言語化・可視化して代弁し、その意向が治療計画に反映されているかを確認し、リハチームの実践プランにつなげている。 ❑ 患者・家族・KP・院内多職種に加え、多様な関係機関（医療・介護・福祉・行政・勤務先など）とのチームアプローチを継続して実践している。 ❑ 患者・家族・KPが状況理解に基づいて意思決定できるよう、心理社会的な課題に対しても院内外のリハチームを活用した支援プランを立案の上提示し、その進捗を管理している。

④心理社会的援助	④ 障害を理解するプロセスを支援しよう
考え方	患者・家族・KPの障害理解のプロセスを支援することは、ソーシャルワーカーの大切な役割のひとつです。多くの場合、患者・家族・KPにとって障害理解とは長い年月のかかる過程で、回復期リハビリテーション病棟入院中に達成できるものではありません。それでもソーシャルワーカーは、患者・家族・KPが入院中のリハビリテーションの目標に納得し、次のステップである退院後の生活へ一歩踏み出す気持ちになれるよう、あるいはその気持ちになれない場合にはどうすればよいのかを、考え続けることが重要です。 患者・家族・KPの抱えている感情や背景（周囲の人や環境）に配慮しながら、遠い将来の目標だけでなく、実践できそうな具体的な行動や目標を見出すことができるよう援助しましょう。また、疾病による障害理解のプロセスも異なることを理解しておかなければなりません。自身の障害と向き合えるようになるタイミングは人それぞれです。そのタイミングを見落とすことなく、また、患者・家族・KPがいつでも支援を受けることができるよう、関係者が連携し、伴走的に見守り・支援できる体制を充実させるよう努めましょう。
チェック項目	❑ 患者・家族・KPの自律性・主体性を尊重し、より身近で、より具体的な目標を共有している。 ❑ 医師からのIC場面には必ず同席し、患者・家族・KPの病状やリハビリテーションに対する理解を、経過を追ってアセスメントしている。 ❑ 障害を負った現状について患者・家族・KP或いは患者が生活する地域社会の認識の差異を確認し、アプローチ課題を見つけ、エンパワメントしている。 ❑ 継続的に支援が行えるよう、患者・家族・KPの障害理解の状況や支援方針を多職種・多機関と共有し、伴走的な支援につながるよう多職種・多機関との連携に努めている ❑ 障害の理解に向けた当事者同士の支援（ピアカウンセリングやピアサポート）の機会を作っている。

⑤経済的問題	⑤ 経済的課題の早期発見と継続した支援を実践しよう。
考え方	回り八病棟においても、あらためて経済的な課題の有無を早期にアセスメントをすることが大切です。アセスメントでは、入院前の経済状況や入院中の医療費、生活費に関すること、これから先の不安等をていねいに把握するようにします。課題がある場合は、社会福祉、社会保険等の諸制度を活用できるように関係機関と連携を図りながら、積極的に対応しましょう。 その際、患者・家族・KPが少し先を見通せるように支援しましょう。具体的な例としては、入院中に申請できる手続に限らず、退院後に申請できる制度の情報提供や利用支援等を行いましょう。退院後の経済的な不安が和らぐことは、安心した入院生活につながります。 経済的課題は、単独の課題ではなく、生活全般に関わる課題です。複合的課題が潜んでいるととらえ、中長期的な展望も踏まえた多角的な視点を持って対応できるように心がけましょう。 また交通外傷・労働災害の患者・家族に対応する際は、被害者支援であることにも留意し、回り八病棟のSWとして、障害年金制度、交通事故の補償、労働災害、日常生活支援事業、成年後見制度等についてもよく学び、情報提供や利用支援の方法を工夫しましょう。 また、制度による経済的支援があったとしても、勤労したい、経済的活動に参加したい、という思いをあきらめさせない援助も重要
チェック項目	❑ 環境要因を含めた経済的課題のアセスメントをしている。（急性期病院での経済的課題の情報、入院前の状況、入院費の支払い状況、利用できる保険給付手続き、退院後の不安、家族構成等） ❑ 課題と強みの両方から退院後の生活状況をイメージした支援方針を立てて、チームで共有している。 ❑ 経済的支援の流れを理解し、障害年金、交通事故の補償、労働災害、日常生活支援事業、成年後見制度等など、退院後にも手続きを行う制度の、申請時期等を含めた情報提供を行っている。また、行政窓口や社会保険窓口などの関係機関への連絡、連携をはかって支援している ❑ 単身者など、入院中の家屋や公共料金の支払い状況等を確認し、退院後の生活を想定できるようにしている。 ❑ 制度的な経済的支援だけではなく、勤労や経済的活動への希望を大切に支援している。

⑥受診受療援助	⑥ リハビリテーションを受ける権利を大切に支援しよう
考え方	回リハ病棟における受診・受療援助は、入院時（前）相談から退院後のリハビリテーションを含む医療の継続に関連する援助です。入院途中の転院が必要となった際の援助なども行いながら、リハビリテーションを受ける権利を大切に支援します。入院時（前）相談にソーシャルワーカーが関わらない仕組みで動いている場合でも、受診・受療援助が実践できているかを振り返りましょう。患者さんの経済的、心理的・社会的問題と身体的状況は密接に関連していますので、受診・受療援助にあたっては「身体・心理・社会的モデル」の知識を持ちましょう。 また、一定の知識を要する疾患（認知症や、依存症、精神疾患など）の受診・受療援助の理解を深め、必要な時に適切な援助を行えるようにしましょう。
チェック項目	☐ 必要かつ十分なリハビリテーションを受ける権利を大切に考えて援助している。 ☐ 身寄りのないなど、入院・受診の障壁となりえる社会的背景のある方に受診・受療援助を行っている。 ☐ 入院前の急性期病院や地域からの情報は、患者の利益となるよう、入院時（前）相談・入院判定に活かしている。入院時（前）相談にかかわっていない場合は、情報の活用方法の工夫に取り組んでいる。 ☐ 患者・家族・KPの目標と医療スタッフの目標にギャップがある場合やリハビリテーション医療に拒否がある場合などは、背景にある心理・社会的状況を丁寧にアセスメントし、チームで共有したうえで、援助をしている。 ☐ 入院中の他の医療機関への受診・受療や退院後に必要な受診・受療を患者さんの権利として大切に援助している。認知症、依存症、精神疾患、その他援助に一定の知識を要する疾患に関する受診・受療援助ができるよう取り組んでいる。

退院援助	⑦入院前支援にも留意し、患者の意向に添った退院後の地域生活を再スタートできるよう支援しよう。
考え方	退院援助は入院前から始まっていることを理解し、入院前から入院後の生活や入院の流れ等を患者・家族・KPと共有する準備をしましょう。ソーシャルワーカーは、安心して回復期を過ごすことができるよう経済的、心理社会的支援を含むあらゆる場面を想定します。患者自身が自らの生活について考え、自らが決める援助プロセスを大切に支援しましょう。 多職種に対しては患者の自己決定には選択肢を提示する必要があることを伝えます。決して「患者・家族・KPが〇〇と言っていた」だけでは、自己決定を支援しているとは言えません。回り八病棟の特性上、障害や生活のしづらさが残存する中で退院援助することに理解を深め、患者・家族・KPが根拠をもって方針を決定できる援助を大切にしましょう。退院後の生活期のリハ医療の継続に関連する援助も重要な視点です。患者にとって退院はゴールではなく地域生活の再スタートであることを踏まえ、患者の意向に添って目標や役割を持った地域生活を再スタートできるよう、院外の関係諸機関との話し合いの場への参加など、地域の支援者と積極的に連携しましょう。
チェック項目	❑ 患者・家族・KP・集団・地域のあらゆる多様性を認識し、自己決定を尊重した支援をしていることを伝えている。 ❑ 患者・家族・KPの入院前、入院中、退院後の生活課題（経済的・心理社会的支援を含む）についてアセスメントをしている。 ❑ 患者・家族・KPの強みを大切にしながら、退院後の生活のイメージが出来る選択肢を明示し、自己決定できるよう支援している。 ❑ 患者・家族・KPの意向が反映された退院後の生活を再スタートできるよう、多職種や関係諸機関との話合いへの参加など、関係機関との連携に積極的に取り組んでいる。 ❑ 退院後の生活をイメージを共有し、患者・家族・KPのエンパワメントを高める支援をしている。 ※エンパワメント…自立した力を得ていくこと、力づけ

退院援助	⑧退院後の生活をモニタリングして退院後フォローについてチームで関わろう
考え方	ソーシャルワーカーには患者・家族・KPが安心して地域生活の一步を踏み出せるように援助することが求められます。患者・家族・KPにとって退院はゴールではなく、生活の再スタートを意味します。これまでとは同じようにいかない不安を抱えながら退院される患者に対し、経済状況・復職への道筋・家族関係・社会との繋がり、保健・医療・福祉・介護体制・社会情勢を意識しながら、患者・家族・KPの伴走的な支援や退院後フォローについてチームで協働しながら関わしましょう。 回り八病棟のソーシャルワーカーは、病棟専従・専任している事が多く、退院後フォローをどこまで行うかは課題となっています。しかし、退院後の生活実態を患者・家族・KPや関係機関から聞き取り、入院中に想定していた生活とズレが生じているようであればチームで再検討し代替プランを提案する事も必要です。入院中の支援を振り返る事は、院内チームだけでなく地域の関係機関を含むチームの連携支援の質向上にも寄与します。
チェック項目	☐生活期の「相談援助職」につながっていること、何かあった時に相談できる相手がいることを確認している。 ☐退院後の生活実態を把握できる仕組み・体制を整え、退院後にも相談支援が可能であると患者・家族・KP・支援機関に伝えている。 ☐退院後に利用が予測される制度利用ほか、課題が残った支援について、経緯や対応方法を生活期の支援チームに伝え、退院後もサポートする姿勢を示している。 ☐院内多職種チームにより退院後の相談を受け入れる体制が整っている。 ☐フォーマル・インフォーマルに捉われない伴走的な支援ネットワークを構築している。

社会復帰	⑨ 復職や復学・社会参加に向け、患者・家族・KPを含めた院内外チームで協働し、退院後の生活につなげよう
考え方	ソーシャルワーカーには、退院だけでなく、復職や復学、社会参加など退院後の未来の生活をイメージして支援することが求められます。そのためには将来の生活に向けて患者・家族・KPの希望や想いを共有し、院内・院外のチームで復職や復学、社会参加支援を具体的に進めていくための情報収集や支援を協働することが重要です。社会参加に向けては患者・家族・KPの希望や想いを踏まえて多様な可能性に目を向けましょう。また復職や復学、社会参加に繋がった後のフォローについて関係者間で役割を分担し、必要時は外来担当のソーシャルワーカーや外部の支援機関・両立支援コーディネーターに引き継ぐなどアフターケア体制を整えておくことも重要です。
チェック項目	❑ 退院だけでなく、復職や復学、社会参加など、患者・家族・KPと希望や想いを共有し、退院後の未来の生活をイメージして支援する。 ❑ 患者・家族・KPを含めた院内・院外のチームで復職や復学、社会参加の支援を具体的に協働し進めていくための情報収集や多職種による評価・課題分析を行っている。（身体能力・患者の意向・家族の協力状況・通う方法や時間・建物内の環境等）職場・学校へアプローチする際は、患者・家族・KPの心情に配慮している。 ❑ 復職や復学に向けたアセスメント・課題分析を踏まえ、原職・原校への復帰支援に限らず、多様な可能性を検討している。（新規就労、福祉的就労、特別支援学校転校等） ❑ 社会参加支援に向けては患者の多様な可能性を検討している。（地域交流、文化芸術、スポーツ、当事者会活動等） ❑ 院内・院外のチームで復職や復学後、社会参加に繋がった後の支援につき、外来担当のソーシャルワーカーや外部の支援機関・両立支援コーディネーターとの連携や役割分担も視野にフォロー体制を整える。（障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター等）

地域活動	⑩ 地域の窓口となり、社会資源の情報収集や情報提供、新しい社会資源の発掘に努め、地域への働きかけを継続しよう
考え方	ソーシャルワーカーは、個別支援および組織間連携の推進役として、最新の知識・地域情報を得るように努めます。個人支援においては、知り得た知識や情報を惜しみなく提供し、患者・家族・KPの自己決定に向け支援します。ADL能力の向上と在宅復帰・社会復帰を目的としたチーム医療において、ソーシャルワーカーは、病病連携・病診連携だけでなく医療・福祉、医療・介護間の連携のほかフォーマル・インフォーマルを問わず多様な連携の要となり、患者を急性期から地域生活へつなぐ役割があります。 回り八 病棟の窓口として、退院後も長くその人らしい生活を送れるように地域リハビリテーションの理念・価値を広く地域社会に啓発する重要な役割も担います。患者・家族・KPが暮らす地域の実情・社会資源を把握すると共に、地域の保健医療福祉機関と連携・協働し、社会資源の情報収集と発掘、新規開拓に取り組むことも必要です。地域ケア会議の要請や、地域の関係機関と地域課題を共有するなど地域の関係機関と課題や対応策の共有に努め、制度政策への働きかけ、地域住民に役立つ仕組みの整備についても検討し実践していきましょう。
チェック項目	❑ 地域住民が来談や電話など相談しやすい環境と体制を整えている。 ❑ 急性期から居宅サービス・施設まで諸機関の連携窓口として機能し、最新の社会資源を情報収集している。 ❑ 患者・家族・KPが入院前・退院後に関わる関係機関と地域課題を共有し、地域レベルの支援体制、ネットワークづくりを地域ケア会議への参加などを通して活動している ❑ 地域リハビリテーションの実践に向けた相談体制があり、院外へ情報発信している ❑ 電話や書面だけの連携だけでなく、アウトリーチとしての訪問、ICTの活用を行い、地域住民・支援機関への提案なども意識して活動している。

おわりに

- ・その人らしい生活を支援しているか…
- ・患者の地域生活をイメージして支援しているか…
- ・地域課題を把握し、地域と共生する支援を行っているか…

今日ご報告くださった先進的な取り組みも参考に

私たち回りハソーシャルワーカーも次のステージに踏み出したいと思います。

アンケートでは、皆様のご意見をお寄せいただけましたら幸いです

ご意見は、下記のGoogleフォームでお伺いします。
協会のホームページ（会員ページ）にも掲載予定です。
3/20までに、ご回答いただけましたら幸いです。



https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfiREc94rmVns7Id-cz29N5sJLZa_o6ldtvxjJwi6_gj8TO-w/viewform?vc=0&

ご静聴有り難うございました。

