

### 1 問題意識

介護が必要になった医療依存度の高い高齢者において、「本当は、自宅に帰りたい、でも、迷惑をかけるし、自分に決定権はない」と思っていることは多い。配偶者も「家に帰してやりたい」と思いながらも、「介護はできない、家事も無理」と考えている。また、高齢者二人暮らしで、子どもはあっても同居は無理。子供達は、希望をかなえてやりたいと思いつつも、二人だけの在宅での介護は無理だし、病院や施設で見てもらったほうが、安心ではと考えている。

この事例は、MSW が関わることで、多様なサービスを紹介しながら、Pt、妻、長男夫婦が「帰ってみよう」という意識が変わっていく過程が見えてくる。

「家にかえりたい」を実現する過程で、MSW のかかわりの必要性を述べたい。

### 2 ケースの概要

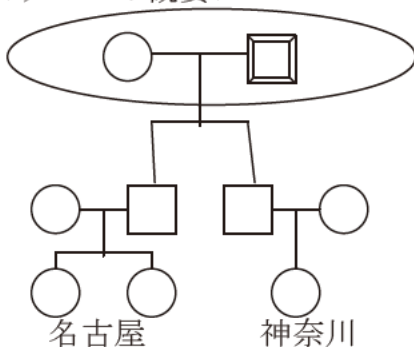
気管切開をし、医療的ケアを必要とする退院援助は初めてであり、手探り状態の中、院内外問わず各職種と連携をして自宅退院に繋がった。Pt が望む「在宅」を可能にするために解決しなければいけない課題を MSW が整理し、各方面に協力を頂き解決策を提示できるようにした。また、妻・長男夫婦の思いも考慮し、MSW から方向性を押し付ける援助にならないように配慮し、援助したケースである。

### 3 当院の概要

三重県津市にある特定医療法人の民間病院。病床数 197 床。

内科、外科、放射線科、人工透析、人間ドックがあり、地域に根ざした中核的病院として「信頼され愛される病院に」という基本理念を掲げている。平成 17 年に創立 50 周年を迎えた。

<ケースの概要>



80 歳。同い年の妻（キーパーソン）と二人暮らし。  
長男夫婦は愛知県、次男夫婦は神奈川在住。  
性格は神経質で心配症。入り婿で家庭では妻の立場が強い。

H11 年 8 月 慢性閉塞性肺疾患にて HOT 開始  
畑仕事・運転は使用しなくても支障は無かった。

H14 年 呼吸不全にて気管切開（以下、気切）

Dr と Pt で相談した結果、気切の穴は何もつけず

にそのままにしておくことになる（入院になった時に吸痰が行いやすいため）。自己管理（ガーゼで穴を閉じたり、穴の周りの痰を綿棒で取ったりなど）はできていた。

#### 経過①

19. 8. 31～19. 9. 18 慢性呼吸不全急性増悪にて入院 退院後、24 時間 HOT が必要になる。

民生委員が在宅介護支援センターに「疲れやすくなり、車の運転が負担になってきているようだから、何か方法はないか。」と相談をし、相談員 A 氏が関わることになる。ADL は自立していた。

19. 9. 20 A 氏より「障害者自立支援法での送迎サービスを利用したい。身体障害者手

帳は取得できるだろうか。」と依頼があり、MSW が初めて Pt に関わることになる。この時に呼吸器機能障害 3 級取得する。

## 経過②

### 20.7.14 入院 <病名>陳旧性肺結核の慢性呼吸不全

最近 1 週間ほど、あまり歩けない状態であったが、受診予約日までなかなか行こうとしなかった。動脈血酸素飽和度が 60% になったため、妻にすすめられて来院され、入院となる。

### 8.25 主治医より退院後の準備の依頼あり

「今までは気管切開のケアも自分で出来ていたが難しくなってきた。妻も高齢で介護は無理だろう。訪問看護で処置を毎日するのが無理であれば穴をふさいで帰ることになると思うが、状態悪化したら再度 ope の必要があるし、2~3 年はもたないだろう。」

### 8.26 Pt の病室（個室）にて面接

「耳が遠く、話をしても半分くらいしか聞こえない、話すと苦しくなる。筆談も手が震えて書けないので話すことができない」と言われる。

MSW 自身が Pt の状態に戸惑い、Pt とろくに話をすることができずに終わる。

8.28 長男へ主治医より病状説明を FAX にて行い、その後ムンテラ（以下 MT）が 9 月 4 日と決まる

### 8.29 長男嫁より MT の時間を遅くして欲しいと連絡ある。

\* 要介護度の区分変更に行く時間も無いと言われるため、A 氏に代行申請を頼むことになる。

### 9.1 A 氏来院 一緒に Pt の所へ伺う。

Pt より「元々かかりつけだった B クリニックに往診してもらって生活できたらありがたいが、息子と一緒に決めなければ」と発言あり。前回来室した時より Pt の状態が良かったこと、今までも付き合いのある A 氏がきたことで Pt の緊張も解け、MSW も Pt との話がしやすくなり、Pt の思いを聴くことができた。

#### MSW の方針

<Pt が「自宅に帰りたい」という思いがあるのならば、何を解決すれば自宅に帰ることが可能になるのかを MSW 自身で考えて整理をし、9.4 の MT 時には具体的な提案を出来るように準備を始める>

- ・ 気切をしたまま自宅に戻る時に必要な処置を主治医に確認
- ・ 家族以外で処置が出来る→訪問看護・開業医 実際に可能なのかの確認
- ・ 介護保険の利用準備（どんなサービスが必要になってくるか）
- ・ 吸引器の準備（購入、もしくはレンタル）

### 9.2 気管切開のケアについて C 訪問看護ステーション（以下 C 訪看）に相談

内筒交換を一日おきにして、週二回であれば入れるだろうと返事あり。

主治医より週三回の交換でも良いと許可が下りる。あとの一回は近くのクリニックに頼むことにする。

また、C 訪看より MT 同席希望あり。この事業所を利用する、しないは別として、実際に話をきける方が Pt・家族が具体的に今後のことを考えやすいだろうと長男の嫁に TEL し、了解得る。

TELの時に長男の嫁より、「母がA氏に内筒交換はBクリニックから毎日往診に来てもらって、土日は違う先生にお願いすれば良いと言われたが、できるのだろうか」と質問される。こちらからBクリニックには確認していないこと、往診のDrや訪問看護利用など様々な方法があるので、どれにするかを今後決めていこうと返事をする。

#### 9.4 Pt・妻・長男夫婦・C訪看・主治医・MSWにてカンファレンス

主治医より、状態は安定したこと、内筒洗浄を週三回は最低でも必要なこと、調子が悪くなると痰が増える為、吸引器も必要になってくるだろうと説明。

長男夫婦としては同居が困難なため不安が強く、更新申請をしており、新しい介護度がでるまではD病院（一般病院）へ在宅準備期間として転院する方向になる（当院でそれまで待つのは不可能と主治医より発言あり）。Pt・妻も了解されるが、あきらめきれない様子であった。

#### 9.11 息子よりTELあり

「母がBクリニックのDrに『D病院は、なかなか退院させてくれない』と言われたので不安になっている。父が、自宅に帰りたい気持ちがあるうちに帰った方が良いでしょうと母と話しあって決めた。介護保険の自己負担額を越えても良いので在宅準備をしてほしい。」

\* 主治医に確認し、早急にケアマネージャー（以下CM）を探すことになる。

CMの事業所を探した結果、MT時に同席したC訪看のある事業所がCMをすることになり、再度カンファレンスを行うことになる。

#### 9.12 妻にTEL

「BクリニックのDrから病院のことを聞いて、転院させるのが嫌になった。夫も帰りたいと言っている。」

妻の在宅への思いが、ゆるがないと感じたため、自宅に戻る準備を一緒にしていこうと答える。

\*Ptと面接 「Bクリニックにお世話になって家で暮らしたい。」と言われる。

Bクリニックにお願いするも気切の処置が出来ないと断られた為、近隣のクリニックからPtを選んでもらい、依頼することになる。

\*コミュニケーションの方法

Ptは耳が遠く、聞こえにくい。準備の内容が、確実に理解できるように大きな字の手紙を用意し、やりとりを行った。また、Ptが返事をする時に、指差しやうなずきで分かるような文章にした。

#### 9.16 Eクリニックより、週一回の内筒交換をしてくれると返事頂く。

往診でも通院でも可。

\* Ptに報告 通院は負担になるため往診をお願いすることになる。

「きてもらえるなら、これ以上いうことはない。」と顔をほころばせる。

#### 9.18 DrよりMT後、Pt・妻・長男夫婦・C訪看・CM・MSWでカンファレンス

当院Nsより指導。内筒交換、吸痰の手技を教え、妻とC訪看で練習を行う。退院後必要な物品については、カンファレンス後に妻、長男夫婦が購入に行くことになる。

吸引器について：もしもの時の為に内臓バッテリーのものが良いだろうと意見があり、事前に考えていたものは止め、購入手続きを再度し直すことになる（日常生活用具の給付を利用して購入）。

食事について：軟菜、きざみで全粥だったが、咀嚼力があるので変更できないかと意見がでる。食事は妻より配食サービス利用の希望あり。

カンファレンス後、栄養科に事情説明し、Dr と Pt と相談の元、形態アップを試していくことになる。

\*在宅介護支援センター A 氏に協力を依頼

常食か一口サイズのおかずならば月～土の昼・夕食分を A 氏の法人がしているとのこと。入院前は妻の家庭内の役割は食事作りだった為、妻が作った方が良いのでは？と意見あり。

### 9.30 妻が要介護 2 の判定がでたと報告に来られる。

食事については、妻は数年前に体調崩したこともあり、Pt の食事作りが負担。配食サービスを利用したいと言われる。この頃より、吸引器の購入手続きなどについて、妻より質問や確認のための電話や来院が増える。

### 10.3 吸引器の用意でき、業者からの説明を退院日とし、その後、退院と決定。

Pt に報告にいくと「そうか、ありがとな。」と笑顔で言われる。

\*食事は一口サイズのおかず、軟飯摂取可能になる。

また、妻に HOT の業者に退院することを連絡するように TEL する。宅配弁当依頼も了解が得られた。

さらに、師長に退院時に使用する携帯用酸素の確認してもらおう。また、E クリニックに退院日を報告し、診療情報提供書を FAX する。

### 10.8 退院前に Pt・妻・C 訪看・CM・MSW にて吸引器業者より説明聞く

内筒交換の方法も最終確認を行う。Pt より吸引器の説明を聞いていた時に「難しく使えない。」と始めは不安げであったが、説明を受ける中で落ち着かれる。→妻に付き添われ退院。

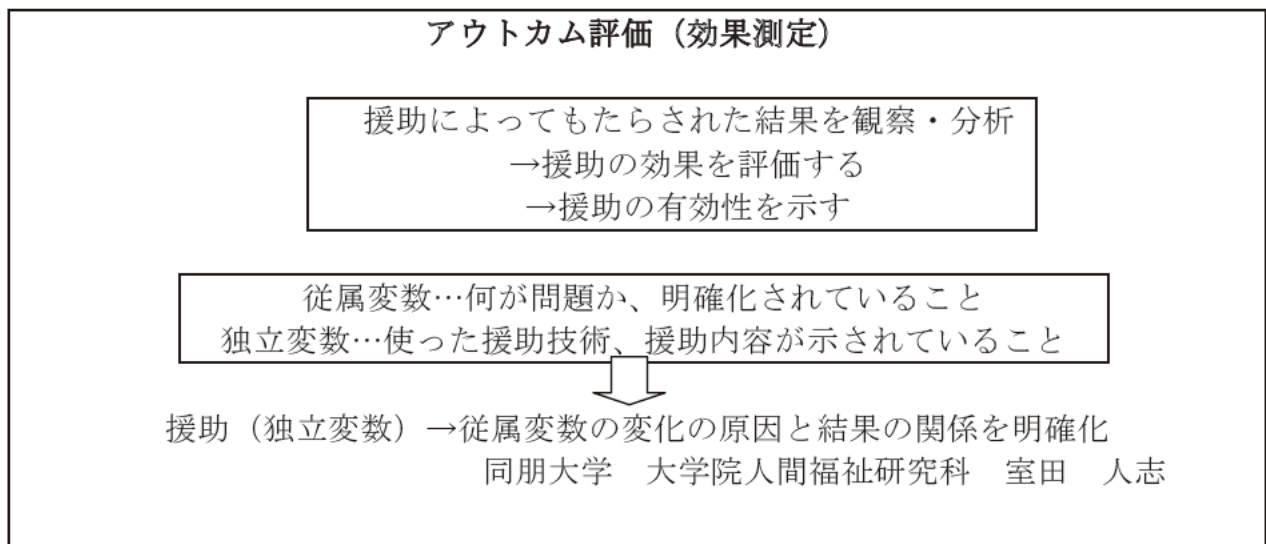
## 4 考察

医療依存度が高く、老夫婦二人暮らしの不安の中で、MSW が係わることで選択肢を多く提示できるようにし、Pt 達があきらめかけている在宅生活への自己決定できるよう努めた。また、様々な職種が関わることによって、情報が錯綜するなどの問題も起こった。確認や訂正で時間がかかり、Pt や家族が戸惑うことも多々あり、改めて MSW が全体を把握し整理することが大切なのだと感じた。

また、三重県医療ソーシャルワーカー協会のスーパービジョン講座で学んだ効果測定を行った。

このように援助の有効性を理論的に証明できることは、他職種に対し MSW の存在価値を実証していくのに効果的な手段であり、MSW 自身にとっても専門性の向上を図るために必要な方法である。





## 5 効果測定

### MSW 介入前

- ・ 障害者自立支援法での送迎サービス利用
- ・ 気管切開が必要だが、高齢者二人暮らしのため、自宅に帰った後にフォローできる人がいない

Pt、妻の思い＝「家に帰りたい」けれど…

Pt : 自分では何もできない（決定権が無い）と思っている。

妻 : 夫の介護は無理だと、始めはその一点張り。

長男夫婦：両親が二人で生活できるようにしたいが、どうすれば良いか分からない。

### MSW 介入後

- ・ 気管切開について、介護保険（訪問看護・ケアマネ）、往診のDrの協力を得てフォローができる体制となる。
- ・ 介護保険外で配食サービスを利用し、妻の負担の軽減を図る。（地域在介等の協力）

Pt : カンファレンスに全て参加、意見を言い、往診のDrも自分で選んだ。

妻 : 家族や周りに支えられながら、内筒交換や吸痰の練習を行うようになった。その他、事務的な手続きも妻が積極的に行うようになった。

長男夫婦：二人とも仕事を休みカンファレンスに参加し、カメラで処置を写したり、Nsに色々質問したりと自分達の問題として取り組めるようになった。

全員が同じ「家に帰る」という目標を持ち、そのために行動していった  
＝ストレングスの高まり

MSWの視点 ・利用者の価値基準を優先 ・自己決定の支援・尊重・サービスの効果的紹介

## 6 課題・提言

### （1）在宅介護に対する意識の変革をしていく必要性

在宅を進めても、医療的な処置に対する不安があること、高齢者の生活で食事や家事が思うに任せない。自分に対する自信がないこと、子供たちの「何かあったら、自分が困る、それなら、施設に入ってもらった方が」という意識などが、大きな壁になる。

その一つ、一つを解決していくには、不安を解消していく過程を保障し、自己決定が

必要である。それは、病院の中でチームとして位置づけられた MSW の大切な業務と考える。このケースでも見られるように、医師の治療方針を確認しながら、分かりやすくカンファレンスで利用者も含めたスタッフに理解できるように設定する必要がある。また、栄養士も単なる食事指導にとどまらず、高齢者の二人暮らしであり、配食サービスを利用する前提で、病院における食事内容の変更、指導を行っている。このことが、在宅につながり、病院のチームが手技も含めてバックアップしていることで実現している。それを、十分理解しているか、問題はないかを面接、相談、家族への面談を含めて調整する機能があって「安心できる退院」となっている。

在宅介護を保障し、地域で暮らす文化を作り出すためには、このようなこの取り組みが地道に行われなければならないと考える。

この援助過程が、在宅に帰ることに繋がっており、利用者、家族が自己決定していく過程を見守り、必要な情報や相談、サービスの紹介ができていくことがわかる。当たり前前の援助でありながら、病院医師の理解や MSW や医療スタッフ・地域関係機関との信頼関係がなければ実現できない症例であり、どこでもできるには、MSW の質、医療機関の在宅への理解等必要になってくると考えられる。

#### **(2) 病院の相談システムの位置づけ**

#### **(3) 医療ソーシャルワーカーの質の保障・人員の確保**

#### **(4) 医療ソーシャルワーカーに対する人件費の保障**

福祉職の位置づけのままに、医療の診療報酬を求めることは難しいが、退院援助は MSW 業務の半分を占めるようになってきている。配置基準がないままに、多くのケースを受けることで業務が多忙になり、さらに、十分な医療知識が得られない教育システムの中で、医療依存度の高い患者が増加している。病院で実践をしながら、そこで「MSW の人達がいるから安心して相談できる」と言われるようにならなければ、地域連携は、「患者さんを中心に進めていく」ことはできない。

現代の医療制度の中で、「本当は、家に帰りたい」というニーズに応えるために、このような援助ができる MSW の養成が望まれる。