

医療ソーシャルワーカー（MSW） ご相談の一例

<入院前後のご様子>

患者さんは固形物を食べることができない、食べたとしても吐いてしまう、などの症状が有り、相澤病院救急外来を受診され、入院となりました。

患者さんは前年に大腿骨を骨折し、その後全般的に介助が必要な状態でした。

<入院中の経過(相澤病院)>

入院後、厳しい状態の時もありましたが、治療がすすみ、食事も僅かに摂れるまで改善しました。

医師からは、食事量が十分ではないものの、病状としては安定してきたので、ご自宅で余生を過ごす、最後のチャンスかもしれないとお話がありました。

ご家族は、悩みながらも「自宅に連れて帰りたい」と患者さんの気持ちを最優先に考えていました。

<初回相談(相澤病院MSW)>

医師からの説明後、医療ソーシャルワーカー(MSW)が、自宅で限られた時間を一緒に過ごしたいとの意向をご家族に改めて伺いました。

しかしながら、安心して自宅に帰るためには、自宅で訪問診療してくれる「かかりつけ医」を新しく見つけたり、自宅に看護師さんに来てもらうなど、介護保険を利用したサービスの調整が必要となります。

そこで、相澤東病院（地域包括ケア）と連携して、必要な調整をすすめることとなり、相澤東病院へ早期に転院となりました。

医師・看護師など治療に関わる引継ぎに加え、医療ソーシャルワーカー（MSW）はここまでの情報を相澤病院から相澤東病院に細かく引継ぎ、改めて自宅退院に向けて不安なことがあればなんでも相談頂くこととなりました。

< 転院後相談(相澤東病院MSW) >

相澤東病院に転院後、引き継いだ医療ソーシャルワーカー(MSW)とご家族により、今後について再度面接が行われました。

ご家族は、自宅へ戻るにあたり、実感が湧くにつれ「オムツの交換などの介護方法」や「必要な医療処置」について不安に思っておりました。

医療ソーシャルワーカー(MSW)は、主治医や病棟看護師、訪問看護師に相談し、1つ1つ家族の不安を軽減していきました。

今まで大きな病気もなく、あまり医療機関にかかっていませんでしたので、相澤病院からの引き継ぎ通り、新規で自宅近くの「かかりつけ医」を探すこととなりました。

医療ソーシャルワーカー(MSW)は患者さんの希望を聞きながら、今後患者さんや家族がずっと信頼できる「かかりつけ医」を見つけるお手伝いをしました。

ご希望の医療機関に相談したところ、快く引き受けてもらえたので、退院後のサービスを多職種が集まって確認する「カンファレンス」を実施することにしました。

もちろん、新規の「かかりつけ医」も参加されました。

<退院に向けて(相澤東病院)>

患者さんは食事量がなかなか増えませんでしたので、点滴でカバーしており、自宅に戻った際にも、点滴は続ける必要がありました。

主治医、かかりつけ医、ご家族と相談し、自宅に看護師さんに来てもらい(訪問看護)点滴をしてもらうこととなりました。

<退院前カンファレンス(相澤東病院)>

<出席者>

ご家族・新規かかりつけ医・ケアマネジャー
訪問看護師・訪問介護士・福祉用具業者
デイサービス

主治医・病棟看護師
理学療法士・管理栄養士
MSW



<カンファレンスでの様子(相澤東病院)>

ご家族は、食事が摂れていない状況ではあるけれど、可能な範囲で点滴をしながら本人の意向に添って自宅退院を希望すること、エアマット上での介護方法・点滴の抜針について練習したい、などの不安を1つ1つ解決していました。

かかりつけの先生から、「退院後しばらくは不安があると思いますので、多めに訪問診療をさせていただき、生活が落ち着いた段階で徐々に減らしましょう」とのお話がありました。在宅では、飲水を促すこと、点滴を行うことをご家族、医療・介護関係者で確認しました。

<カンファレンス後の退院準備(相澤東病院)>

カンファレンスで課題となった点について退院まで多職種と家族で対応を確認しました。

- ①ヘルパーさんの利用を追加、デイサービスに行く日と訪問看護の日程が重ならないように調整となりました。
- ②エアマット使用時のオムツ交換を、病棟介護福祉士中心に家族と確認しました。
- ③点滴終了後の抜針方法を看護師と家族が練習しました。

<退院後のサービス(相澤東病院)>

自宅に退院するにあたり、病院での治療となるべくギャップを減らし、介護保険を活用し下記のようなサービス調整となりました。

- ①訪問診療 週2回
- ②訪問看護 週3回 在宅点滴目的
- ③デイサービス 週2回 ヘルパー 週11回
- ④福祉用具レンタル: ベッド エアマット 車椅子
スロープ

<退院後の生活>

ご家族は、積極的に飲水や食事を促すなど献身的に介護を行っていました。訪問看護師が、排便コントロールをおこなうことで、ご家族の負担軽減に繋がりました。

ご本人はお孫さんやひ孫さんとの交流も増え、より良い時間を過ごすことができました。

退院から3ヶ月後、殆ど食事が摂れなくなり、外出ができなくなってきた為、通いのサービスから訪問系のサービスに内容が変更となりました。

お話を伺うと、その頃から少しずつご家族は自宅で看取る決心がついたとのことでした。

<退院後の生活>

その後、退院から4ヶ月がたち、かかりつけ医や訪問看護師、ご家族が見守る中、息を引き取られたそうです。

「最初は不安で仕方なかったけれど、皆さん(かかりつけの先生や在宅支援者)がいたからここまで出来ました。本当にありがとうございました」

とご家族よりお話がありました。