

# 多職種でつないだボール ～ポジションを越えたMSWの役割～

---

社会医療法人関愛会 佐賀関病院  
医療ソーシャルワーカー 三田井 沙織

# はじめに

## 《課題》

- ◆在宅で生活続ける患者に対して、どう支援を継続できるか。
- ◆多職種とどう役割分担をしていくか。

# 事例紹介

- 患者:Aさん 80代 男性 元漁師
- 主病名:左肺がん
- 家族状況:妻、長男(漁師)と3人暮らし。長女は市内に住んでおり、定期的な訪問あり。
- 趣味:パチンコ、釣り道具作り、スポーツ観戦、将棋
- 嗜好品:たばこ、コーヒー、果物類

# 介入となった経緯

---

×年〇月、倦怠感を主訴にB急性期病院を受診



C急性期病院へ紹介受診となり左肺がんの診断。



積極的な治療な困難であり、緩和治療を希望。



緩和照射のためC急性期病院へ入院するが本人希望で翌日退院。



訪問診療の依頼ありMSWの介入

# 家族面談

## 《医師》

- ・病状の経過と予後について説明。
- ⇒ 予後は半年ほど、2～3ヶ月で動けなくなる可能性が高い。
- ⇒ 今のうちにできる準備は進めた方がいい。

## 《家族》

- ・しばらくは外来に連れていきたい。
- ・介護保険の申請をしたい。
- ・住宅改修とベッドを置きたい。
- ・訪問看護を利用したい。

## 《面談後》

### ◆介護保険と訪問診療について説明

- ・介護保険申請については家族が申請の対応。
- ・訪問診療についてはいつでも開始できるように契約を行う。

### ◆居宅介護支援事業所と訪問看護ステーションへ連絡。

- ・情報提供を行い、今後の介入を相談。
- ・必要時はMSWより連絡することとなる。

# 外来受診(初回)

---

## 《医師》

- ・肺がんは進行しており、肋骨へ浸潤している。
- ・次回から麻薬を使用していく。
- ・体力が落ちてくるため、**ベッドの導入を勧める。**

## 《Aさん》

- ・**十分生きた。死ぬ覚悟はある。**
- ・パチンコに行くから外来で見て欲しい。
- ・苦しいのは嫌なので痛みだけ取って欲しい。
- ・**場所が変わらなければベッドを入れてもいい。**

⇒ベッドを導入し、しばらくは外来診療を行うこととなる。

# 本人と面談（インタビュー）

---

Aさんから...

「先生にはうんと言ったけどベッドも何も入れなくていい。」

⇒本当の気持ちを言えなかったのか？

「**今の環境を変えたくない**」という環境とは？

最期を自宅で過ごせればいいわけではなく“**今の生活のまま**”が大事なことなのではないか。

⇒支援を継続することにする。



# 関係機関と情報共有

- ◆ 医師と相談。⇒ベッド導入については一旦保留。
- ◆ ケアマネジャーと訪問看護へ情報提供。
  - 外来受診での病状説明の内容
  - Aさんの様子や今後の意向
- ◆ ケアマネジャーへ家屋調査の同行を依頼

# 家屋調査(1)

---

- ・Aさんの生活スペースは居間の窓側。
- ・居間は一段高くなっており段差がある。
- ・床に布団を敷き一日の大半を過ごす。
- ・「ここからの景色がいいやろ」と嬉しそうに話す。

## 家屋調査(2)

---

- ベッド導入が釣り道具作りの妨げになる。
- この環境も含めた生活が**本当に希望している最期**。
- 住宅改修のみ進めていくことになる。

# 外来受診(2回目)

---

## 医師より訪問看護の提案

Aさん

「迷惑をかけたくない。」

MSW

「迷惑ではないですよ。他に良い方法がないか一緒に考えましょう。」

⇒医師へ相談。

- ・訪問看護についてはもう少し様子を見る。
- ・点滴が必要になった場合には外来で行う。

# 外来受診(3回目)

- ◆ 要介護3の認定と住宅改修の完了。
- ◆ Aさんは食事量の低下と痛み・倦怠感が著明になる。  
⇒ 自宅でも布団で横になる時間が増えていた。  
⇒ 予定通り外来での点滴開始。
- ◆ 訪問看護の導入。
- ◆ 今後も外来受診は継続

■ ■ ■

# まさの救急搬送

---

## ◆ 外来受診から5日後

- ・C急性期病院よりAさんが救急搬送されたと連絡あり。
- ・孫とパチンコに行っていたところ熱発にて体動困難となり救急要請。
- ・3日間の入院となる。

⇒ 医師と共に自宅へ訪問する。

# 自宅訪問

◆Aさんの退院後に主治医と共に自宅を訪問。

《本人》

「このままここで死にたい」

《妻》

「本人が望むように家で見てあげたい。」

⇒改めて覚悟ができた様子であった。

◆訪問診療へ切り替え

◆ 看取りに向けた環境調整

・ベッド・ポータブルトイレの利用開始。

⇒Aさんの意向を尊重し低床ベッドを選定。

◆ ご家族の負担軽減のため

⇒もしもの時の入院ベッドも相談。

◆ そして、約2週間後、永眠される。

⇒Aさんはいつもの場所で眠るように亡くなった。

⇒ご家族は「看取れてよかった」と。



# 考察

---

## 《課題》

- ◆在宅で生活をする患者に対して、どう支援を継続できるか。
- ◆多職種とどう役割分担をしていくか。

◆「つなぐ支援」⇒「伴走して寄り添う支援」

◆役割の明確化ではなく、必要な場面で専門性を発揮すること

⇒その時々で本人と共に何が最善か考える

⇒Aさんの望む最期の実現

# 終わりに

---

- ① 本人・家族と信頼関係を築くことができたこと。
  - ② MSWが本人、家族、関係機関の相談窓口となったことで、Aさんの意向を全体で共通認識できたこと
- 
- ◆ MSWはケアマネジャー等に連絡調整し、つなぐだけではない。
  - ◆ 病院に所属するSWだからこそ地域へ目を向けた実践を続けていきたい。