

# 多職種でつないだボール ～ポジションを越えたMSWの役割～

佐賀関病院 医療ソーシャルワーカー 三田井 沙織

## 1. はじめに

病院に勤務するソーシャルワーカー（以下：MSW）として、在宅で生活をする患者に対し、どう支援を継続できるか、また、その際に多職種とどう役割を分担すればよいのかというのが筆者の課題であった。

本症例では、自宅で生活を続けたいと強く望んだ患者とその家族への支援において、自身の支援の振り返ると共に筆者の抱える課題について考察を行ったためここに報告する。

## 2. 倫理的配慮

本研究は、関係医療機関、関係事業所及び患者の個人情報をも匿名加工し、特定されないように配慮した。

## 3. 事例紹介

患者：Aさん 80代 男性

病名：肺がん、

趣味：パチンコ、釣り道具作り、スポーツ観戦

家族状況：妻、長男と3人暮らし。長女（KP）は市内在住で定期的な訪問あり。

×年〇月、倦怠感を主訴にB急性期病院を受診。胸部異常陰影にて、C急性期病院へ紹介受診となり検査にて肺がんの診断。診断の際、肺がんに対しての積極的治療は適応外であり、Aさん・家族へ説明の上緩和的治療主体で経過をみることとなる。×年△月、緩和照射目的にてC急性期病院へ入院となるも、Aさんの強い希望にて翌日退院。急性期病院より当院へ訪問診療の依頼あり、MSWの介入となる。

## 4. 支援概要

×年□月、当院主治医との家族面談の日程を調整する。家族からは、Aさんの希望通り治療は行わず、緩和治療を希望していること、また、自宅で看取りを行いたいことや介護保険の申請をしたいとの希望が聞かれた。訪問診療についてはしばらくの間外来診療で様子を見ることとなる。

MSWより介護保険の説明を行い、家族が申請を行った（のちに要介護3の認定）。また、居宅介護支援事業所と訪問看護ステーションへ連絡し、介入の依頼を行う。

Aさんの外来受診へ同席し、Aさんへ今後の意向のアセスメントを実施。その結果、家で最期を迎えたいことや今の生活環境を変えたくないこと等が分かった。

現状把握のため、ケアマネジャーと自宅を訪問

する。「ここからの景色がいいやろう。」とAさんが嬉しそうに話され、自宅で過ごしたいという目標の中にこの景色も含まれていることが分かった。Aさんの意向に沿いベッドは導入せず、住宅改修だけ進めることとなり、ケアマネジャーに対応を依頼。

その後は受診の際に近況を伺うことや家族の不安軽減に努め、病状の変化があれば、ケアマネジャーや訪問看護へ連絡を行った。

少しずつ家で寝ている時間が増えてきた頃、外出時に発熱にてC急性期病院へ救急入院となる。2日後に解熱し退院。退院後に主治医と共に自宅を訪問。Aさんの意向は変わらず自宅で最期を迎えたいと言うことであり、家族も改めて覚悟ができていたようであった。

食事摂取が困難となり、点滴が開始となるのを機に訪問看護を導入。また、妻よりPトイレ、ベッドレンタルの希望もあり介護保険サービスの利用も開始となる。窓からの景色が変わらないよう低床のベッドを選定し周囲の環境も変わらないように配慮していただいた。それから約1週間後にAさんは穏やかに息を引き取られ支援終了となる。

## 4. 考察

支援当初、ケアマネジャーや訪問看護等、在宅サービスの担当者へ引き継ぎを行うことまでが筆者の役割であり、そこまでしか支援の継続は難しいのではないかと考えていた。しかし、Aさんの「生活環境を変えたくない」という意向を伺った際に、つなぐ支援だけではなく併走して寄り添う支援が必要だと感じ、支援を継続することにした。それは、日々体調が変化する終末期においては、その時々で本人が選択できるよう共に考え、多職種と調整をするために必要なことであると思う。また、このような支援を継続できたのは、本人・家族と信頼関係を築くことができたこと、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であったためであると考えている。

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。病院に所属するソーシャルワーカーだからこそ地域へ目を向けた実践を続けていく必要があると思う。

### 【参考・引用文献】

社団法人日本社会福祉士会『社会福祉援助の共通基盤 第2版』2015年