

(報 告)

# 患者・家族の持っている力を引き出す 医療ソーシャルワーカーの関わりについて ～ソーシャルワーカーの原点を見つめなおし、在宅支援を目指して～

片山あずさ

鳥取赤十字病院 医療社会事業課

## はじめに

高齢化が進む中、政府は、入院患者に自宅や介護施設で療養できる人がいるとの考えから「2025年までに全国の入院ベッド数を1割削減できる」とする目標を発表した。ただし、介護施設が足りない地域も多く、受け皿として在宅医療・介護は重要となってきた。

入院を機に廃用症候群や医療的な処置が必要になるなど、患者のADLは入院前より悪化することがある。核家族化・独居・老々介護などの社会背景もあり、自宅から入院された患者であっても入院前のADLが確保できないと在宅への退院調整は困難となり、転院・施設入所となるケースをよく経験する。またサービスを導入すれば充分在宅で療養できると医療者側が判断しても、在宅生活に結び付ける支援が困難な場合もある。

患者や家族は入院加療を契機とした突然の状況変化に混乱した状態の中で、冷静な状況判断や自己決定力が低下することが多い。患者・家族が持っている問題解決力、自己決定力などを最大限に引き出すエンパワーメント・アプローチがソーシャルワーカーには求められる。

在宅に消極的であった患者・家族が医療ソーシャルワーカー（以下MSW）の関わりによって自宅退院になった症例を通して、MSWのエンパワーメント・アプローチの重要性につき考察した。

## 症 例

患者：90歳代 女性

病名：心不全

家族背景：長女夫婦、孫2人と同居。主たる介護者は長女。長女、孫ともに患者への思いは強く、必ず誰かの付き添いがある。

入院前の生活状況：ADLは手引き歩行であり、日常

生活全般に介助が必要な状態であった。介護保険は未申請のため家族で介護を行っていた。外出は家の周囲を散歩する程度で、屋内を中心とした生活であった。かかりつけ医はなく、インフルエンザなどの予防接種や定期的な受診なども行っていなかった。

## MSW介入とその後の経過

病棟看護師が記載した退院支援スクリーニングシートの情報（年齢・介護保険未申請・診断名など）から「退院調整の必要度が高い」と判断した。病棟退院支援カンファレンスの情報では、入院直後から点滴の自己抜去をしたり大声で叫び続けたりするなど、せん妄症状が見られ、床上安静のためADL低下のリスクが高いと判断された。入院時の家族の希望は自宅退院であることを確認したことから、在宅での入浴サービス・福祉用具レンタルなどが必要になることを想定し、長女・孫に介護保険制度と申請手続きについて説明を行った。

入院1カ月後、心不全については病状が安定したことから退院許可が出た。主治医は退院先について家族の希望通り自宅退院で良いと考えていたが、入院時と比較するとADLは低下して全介助状態となり、意思疎通も困難となっていた。リハビリを行っていたが、拒否的な態度で意欲低下も顕著なため、これ以上の継続は困難であると理学療法士から長女に説明が行われた。長女もその状態を実際に確認し理解され、この状態で在宅サービスの調整を行っていくことになった。

しかし、病棟看護師・理学療法士からの退院調整依頼を受け、長女に面接を行ったところ、長女は「リハビリが進まないのは、本人が慣れていないだけ。入院前の状態に戻って欲しい」とリハビリ転院を希望された。また「おむつ交換をすぐしてもらえて、本人に合った食事の提供、食事介助がしてもらえる病院を希望する」と言わ

れ、現在のリハビリ・療養環境に満足していない様子であった。そのため主治医・病棟看護師とも相談の上、長女に市内にある病院の情報提供を行うこととなった。

### 娘との関わり

転院を前提に情報提供を行い、病院見学などを提案したが、長女・孫は転院先を決定することができずにいた。そればかりか見学を行うこと自体決めることができず、見学先が決定するまでに2週間程度時間を有することとなった。長女が病院見学を行った結果、療養型病院の様子・状況を知り「希望通りのリハビリ転院は難しい」と感じたようであった。リハビリ転院を希望してから見学に至るまで1カ月経過した間に、患者の経口摂取量は減り、体力は更に低下してきていた。

入院から2カ月以上経過したが、意向確認するたびに長女からは「まだ決められません」との返答であった。MSWとしては「早く方向性を決定して欲しい」と焦る気持ちがあったが、毎日のように訪室していくうちに徐々に「決定することができない長女」を受容することができるようになっていた。また主治医や病棟看護師も支援に時間がかかることへの共通認識が形成されていった。

入院2カ月半が経過した面接時に長女より、『本人は、「少しでも足の筋力を取り戻したい。入院直後は病状と環境の変化で混乱しており病院に入院したことは4日目ようやく分かった。一人でいるのは寂しいが、立てるくらいにはなりたい」と言っている。家族としては、リハビリを確実にしてもらえる病院は遠く本人が寂しがると、自宅でもリハビリが可能なら家に帰ったほうが良いのだろうか…』と不安や迷いが表出された。家族の希望に対してこれまで情報提供・相談は行ってきていたが、家族のさまざまな気持ちに対し傾聴・受容・共感ができたと初めて感じる事ができる面接であった。

長女が思いを表出した翌週には、「家族の声が聞こえる場所が本人にとって一番良いと思う。家に連れて帰りたい」と自宅退院へ気持ちを固められた。また入院当初は、経口摂取にこだわり経管栄養を拒否していたが、点滴での栄養管理は不安があり、胃瘻造設を希望されることとなった。この時、どのような状態でも「家に連れて帰る」という家族の強い決意を感じた。

その後、退院支援看護師の協力も得ながら、長女と相談し往診医・ケアマネジャーの決定を行った。また濃厚流動食などの注入やおむつ交換など在宅に必要な介護などの手技指導を病棟看護師から受けてもらうこととなった。これらのことを行いながら希望する介護保険サー

ビスを確認し在宅生活のイメージを進めて行った。

胃瘻造設後の状態が落ち着いてから、退院前カンファレンスを行った。MSWとの初回面接時に長女は自分の意見をあまり言わず、時間を気にし、病室に戻りたそうにするなど居心地悪そうにしていたが、退院前カンファレンスの間は、落ち着いた態度で、初対面のケアマネジャーに積極的に入院中の様子を伝え、介護サービスへの質問・希望を述べる姿が見られた。胃瘻注入食の手技などに不安を感じる様子もあったが、自宅退院に向けては気持ちが揺れ動くことはなかった。

退院後、患者の受診に付き添う長女に会うと「元気にしています」と明るく挨拶をされた。注入の物品に関する相談を受けることもあり、在宅生活が順調である様子であった。

### 考 察

今回の症例を通じて、患者・家族が持っている問題解決力、自己決定力などを最大限に引き出すエンパワーメント・アプローチがMSWには求められることを再確認した。

長女の思いが表出されるまでは、情報提供を行ってもなかなか行動が起こせない家族であると先入観を持ち、長女の揺れ動く気持ちを受容することのないまま、個別化した面接が行えていなかった。社会資源は生活の一助になりえても、問題解決する力を引き出すことにはならず、価値観や生活観を理解しないままに、ただ情報提供を行い、本来のニーズを明確化することができなかったことはMSW自身の問題でもあると実感した。

入院加療を契機に突然の患者の状態・状況変化の中で、患者・家族は混乱することが多い。たとえ最初から「自宅退院希望」と意向を明確にしていたとしても、日々気持ちが揺れ動き、不安が生じることがほとんどである。意思決定が困難では問題・課題に向き合うことや取り組み考えることができない。患者・家族の問題解決・自己決定力が引き出せるようエンパワーメントするためには、

- ①思いを表出しやすいように、患者・家族に「この人（MSW）なら安心して話すことができる」と感じてもらえるような姿勢で、信頼関係を築いていくこと。その時々揺れ動く思いに寄り添い、受容・共感していく。
- ②今まで何を大切に生きてきたか、何が嫌かなど日頃考えることのない「価値観」について考えるよう支援する<sup>1)</sup>事が重要であると考察した。

この症例を通して患者・家族の思いを受容・共感した上で、エンパワーメントを引き出すにはどう関わったら

良いのかを省みることができ、改めてソーシャルワークの難しさと大切さを痛感し、MSWとしての原点を見つめなおすことができた。