



『私はソーシャルワーカー』

笠岡第一病院

私は、ソーシャルワーカーの仕事に就いて今年で5年になります。2年間は市の委託業務の在宅介護支援センターで地域の総合相談に携わりました。その後、当院に医療ソーシャルワーカーを配置することが決まり、異動して現在にいたっています。

私の勤務する岡山県笠岡市は、広島県との県境に位置する大小約30の島を含む人口約5万6千人、高齢化率28%で、少子高齢化が著しい地域です。中でも島嶼部は、超高齢化が進み、殆ど独居もしくは高齢者世帯になっています。市内には、一般病院が3施設(内2施設が療養型病床を持っている)。精神科病院が3施設。診療所が45施設 あります。また、福祉関係施設の老人ホーム、老人保健施設、保育所等は、人口同規模の他都市と比較すると施設数は充実しています。私が働く病院は、全床一般病床の急性期病院で、瀬戸内海に面し、風光明媚な場所にあります。患者と景色を眺めながら話をすることもあり、その時は疲れも忘れ心が和みます。

当院のソーシャルワーカーは私一人です。具体的な業務内容は「医療費や生活費等の経済的

問題の支援」、「外来受診・入院に関する相談」、「退院・転院調整や支援」、「院内スタッフとのチーム医療の推進」、「外部関係機関との連携」、「地域医療連携・病診連携」等があります。その中で一番多い相談内容は、「退院・転院調整や支援」になります。「退院・転院調整や支援の依頼」は、主治医や看護師等が退院後に医療や福祉が必要になるだろうと予測した時にソーシャルワーカーへ介入依頼があり、相談支援が始まります。現在、医療・福祉政策は大きく転換し、病院病床の機能分化が進んでいます。当院は急性期病院のため、機能を維持するためには、在院日数を気にしながら退院支援を進めていく必要があります。しかし、高齢化が進んだこの地域では、治療を終えた患者の状態が、入院前に比べて一変することは稀ではありません。

このような状況で、私が心がけている事が2点あります。『その人がその人らしく地域で生きる』、『患者の意思を尊重する』ことです。しかし、ソーシャルワーク経験の少ない一人相談員のため、日々のソーシャルワークに対して不安を感じたり、これでいいのだろうかと思ったりすることは毎日のようにあります。その中、病院内やこの地域におけるソーシャルワーカーの役割や存在意義について私なりに考えることを、以下の3例を通じて述べたいと思います。

1 例は、脳梗塞後遺症で片麻痺・構音障害・嚥下障害・排尿障害、さらに、重度の認知症がある患者です。認知症の程度は、幻聴があり、自己判断ができない、家族がわからなくなることがある状態です。病院退院後も胃ろう管理や導尿管管理が継続して必要になり、退院先を在宅にするか施設へ入所するか、家族の間で意見が割れました。そこで、家族とスタッフで話し合いを何度も重ねましたが、家族の意向はまとまらず、反対に家族関係は悪化しているように感じました。私は、今後の支援に行き詰まりを感じ、本人に「どうしたい？」と尋ねると、「帰りたい」と、普段自己主張の少ない患者から答えが返ってきました。そこで、主治医・看護師・リハビリスタッフに働きかけ、施設入所を希望する家族を説得し、ケアマネージャーや各サービス事業所と連携を図って、在宅退院へつなげることができました。あの時ささやいた本人の言葉に、ソーシャルワークの基本である『本人の意思の尊重』に気付かされました。患者の今後の生活を考える場合、重度の介護状態になると家族の意向を優先しがちになってしまいます。しかし、いかなる障害があり高齢であっても、意思を持ち、『自己実現』の権利は有するとして、ソーシャルワーカーが患者の代弁者となって支援する

大切さを、この患者と家族の出会いを通して再認識しました。

2例目は、ターミナル期に入った患者です。島で二人暮らしをしていました。入院中、本人は自宅へ帰ることを強く希望し、その希望をかなえるため家族の協力を得ながら終末期の在宅看護の準備を始めました。島の状況は、常勤医師が常駐しているのは一部の島だけで、他島は陸地部から往診に行っています。また、在宅サービスも限られているため、高齢者の多くは、介護が必要な状態になると陸地へ移転しています。限られた社会資源で在宅ターミナルを過ごすことは、本人のみならず周囲の不安も大きかったため、退院前に外泊を計画し様子を見ることにしました。外泊に向けて、市役所島支所、保健師、ケアマネージャー、訪問看護、当院の主治医や看護師、リハビリスタッフと連携を図り、その連絡調整や情報の共有化に努めました。また、フォーマルな資源には限界があるため、近隣の方々にも協力を働きかけました。外泊は無事に過ごされましたが、その数日後、状態が悪化し、結局、退院には至りませんでした。このケース以外にも同じようなことはこれまで何度かありました。また、退院になっても短期間で病院へ戻ってこられることもありました。「島だから在宅復帰を諦める」と言われた患者や家族もいます。今回のケースは、「住み慣れた地域で最期を迎えたい」という患者の強い希望が、家族や各機関のスタッフの心を動かす原動力になっていたと思います。私もソーシャルワーカーとして、社会資源を活用しながら各関係機関と連携・調整することで役割が果たせたと思います。しかし、同じ市に住みながら平等な医療や保健・福祉を受けられない現状に、やるせない思いになりました。また、このような地域の課題は、的確にニーズを把握し、地域へソーシャルアクションを起こす役目があると感じました。

3例目は、寝たきりで数年間在宅で胃ろう管理やバルーン管理、吸引管理の介護を受けてきた患者についてです。この患者は、以前より当院がかかりつけ病院で、何かあれば入院をされ、治療が終われば自宅へ戻っていました。しかし、吸引回数が増えた時、在宅介護も限界に達し、自宅以外の方針で考えることになりました。この患者は、医療依存度が高いため、地域の老人保健施設では対応が難しく、療養病床のある病院へ転院を勧めることになりました。家族からは、かかりつけの病院を今更になって変わらなければならない不満と、生活圏から離れ、かつ、初めて行く病院への不安を私に訴えました。その訴えに傾聴しながら現在の医療制度について説明をしまし

たが、理解はされても、不満と不安は解消されず転院になりました。医療の機能分化の影響で、最近の相談は、このようなやりとりが頻繁になっています。入院患者の大半は高齢者で、その多くが当院がかかりつけです。患者や家族へ療養型病床のある病院の転院相談をすると、今更という患者や家族の言葉や気持ちが重く押し掛かり、業務遂行との間でジレンマに陥ります。しかし、この悩みはソーシャルワーカーの私だけでなく、他職種も同じように悩みを持っていることが分かり、転院に対する患者や家族の支援について、スタッフと繰り返し協議するようになりました。そこで、現在取り組んでいることは、不安が少しでも和らげられるように、「患者や家族の気持ちに寄り添い受けとめること」、「入院費等を含めた転院先の具体的な情報提供を行うこと」、「転院当日は、スタッフも同行し、患者や家族の不安軽減を図ること、および、患者を見ながら申し送りを行い患者の身体的負担の軽減を図ること」です。他にも改善すべきことはあると思います。これからも協議を重ね、他職種と協力し合える支援を考えていく必要があると思います。その調整役が、ソーシャルワーカーが担うことだと感じました。また、今後はその力を発揮し、スタッフへの患者・家族支援の啓蒙にもつなげていきたいと思っています。

まとめとして、「患者にとってこの支援でいいのだろうか?」と、毎日のように揺らいだり模索したり、自問自答を繰り返しています。それは、私の考えや価値観だけで判断することは危険だと思うからです。今回の原稿作成を通してソーシャルワークに対する私の思いを振りかえることができました。患者がその人らしく生きるためには、一人一人と向き合い、患者の取り巻く環境や状況を多角的に観察・分析し、自己実現にむけて患者を中心とした相談支援が行なえるようにソーシャルワーカーとして成長していきたいと思っています。

