

医療と介護の連携

地域医療連携室

主任医療社会事業専門員 山浦唯香

入退院支援看護師 遠藤思緒



本日の内容

- ①医療機関から皆様にお伝えしたいこと
- ②医療ソーシャルワーカーと
入退院支援看護師の強み
- ③事例紹介

①医療機関から皆様に お伝えしたいこと

- 医療機関も利用者を支える支援者
- 利用者が入院した場合は「利用者情報」を送付してください。
- 「医療と介護の連携連絡票」を積極的に活用してください。
- 地域ケア会議への参加は声をかけてみてください。

※注意してほしいこと

- 医療機関に問い合わせをする際は、個人情報保護の観点から、必ず利用者らに同意をとってください。
- 窓口が縦割りになっているため、問合せ内容への返答に時間がかかる場合があります。ご了承ください。

②医療ソーシャルワーカーと 入退院支援看護師の強み

- 医療ソーシャルワーカー
生活や世帯を考えることができる
経済面（公的社会保障制度）、障害や特性に合わせた支援
複合的な生活課題（虐待、身寄りがない、精神疾患など）
- 入退院支援看護師
医療や介護の知識が豊富
医療的なケアや介護、自宅で看取る際の支援など

退院支援は協働して行うこともある

③事例紹介

70代 男性 無職

病名：筋萎縮性側索硬化症（ALS）

既往歴：右肺神頸鞘腫 脊柱管狭窄症 肺結核 逆流性食道炎

家族構成：妻（専業主婦）、長男と同居 長女が近隣在住

現病歴：検診で体重減少と肺活量の著大な低下を認め、前医の内科でフォローされていた。徐々に呼吸苦出現し下肢の筋力低下を認めALSが疑われ、20XX年7月当院の脳神経内科を紹介受診し8月精査目的で入院された。

入院後の経過

入院1週間後CO₂ナルコーシスにより意識レベル低下あり、NPPV（非侵襲的陽圧換気）が装着された。翌日意識レベルが回復したところで気管切開や挿管の意思を確認し本人と家族で話し合わせられ気管挿管含めた蘇生処置はしないと意思表示された。

治療方針

ALSの薬剤治療は入院して行う。当院での長期入院はできないため、一時退院し再入院後に薬剤治療を実施する。呼吸機能が悪化し胃ろうの造設はできず、嚥下障害もあるため点滴は継続したまま一時退院をすることとなった。

現在の栄養状態を続けた場合の予後は2～3か月程度と伝えられた。

本人の意向

入院時から環境調整をして自宅退院の希望あり。できる限り治療やリハビリは続けたい。延命処置は希望しないが、疼痛や呼吸苦が出た時は緩和治療はしてほしい。

家族の意向

本人の希望に沿いたいが、医療の処置には自信がないので自宅療養に不安はある。

この事例におけるMSWの実践



- 公的制度の説明・情報提供

難病医療費助成制度、介護保険制度

- 心理的な支援

告知後の本人・家族の不安な思いの傾聴

- 経済的な支援

自宅に帰った際のサービス費用、各種レンタル機器の料金

- 生活に対する支援

退院後も病衣が利用できるように業者と調整

訪問理髪店の紹介

退院調整



入院中のADL

移動：下肢筋力低下あり、ADLはベッド上 移動は全介助

排泄：膀胱留置カテーテル挿入 排便コントロールはレシカル、
グリセリン浣腸実施

栄養：アイスやゼリーを見守りで少量摂取 点滴1000ml/日投与

清潔：看護師全介助で清拭、洗髪実施 口腔ケアは一時的にマスクを外して自立

医療機器：在宅用NPPV使用

退院前カンファレンスの開催

カンファレンス参加者

妻、当院医師、病棟看護師、連携室看護師、訪問診療医師、訪問看護師、居宅ケアマネージャー

カンファレンス内容

- ・ 本人、家族の思いの共有
- ・ 病状、治療方針の説明
- ・ 入院中のADLと看護ケアの共有
- ・ 急変時の対応の確認
- ・ 家族の役割確認
- ・ サービスの検討

在宅サービスの利用状況



訪問診療：1回/週

訪問看護：医療保険で介入 毎日訪問（点滴管理 清拭・陰部
洗淨）

訪問リハビリ：2～3回/週

福祉用具：ベッド、エアマット、点滴台

家族への指導：点滴の交換 膀胱留置カテーテルの尿破棄
NPPVの扱い

在宅生活の様子



本人・妻より

本人の指示を受けてお墓や葬儀の手配を行った。訪問診療や訪問看護師さんとも良い雰囲気に関わることができ有意義に過ごせた。点滴の交換が遅れて点滴が空になってしまいうトラブルがあり、訪問看護さんに対応していただいた。

訪問看護師より

孫に会ったり、庭の植木を眺めたり過ごされていた。末梢静脈点滴に難渋したため皮下点滴への切り替えを提案していただいた。

患者さんの思いの変化

自宅で最期まで過ごしたい



緩和治療を受けるために最期は入院したい

家族の思い

本人の思いに添いたい。点滴管理など不安に感じることはあったが、本人が自宅退院を望むなら本人を支えたい。

患者さんへの関わり

病状進行がありALS薬物治療は中止となった。今後の療養生活場所について本人の意向にゆらぎが生じていた。

→カンファレンス開催

当院の医師：自宅で良い時間を過ごされ、環境も整っている。

可能な限り自宅で過ごしましょう。

在宅関係者：在宅療養生活を支援します。在宅でも麻薬などは実施可能。



本人：可能な限り在宅で療養することを希望された

再入院～自宅で亡くなるまでの経過



自宅で亡くなるまで計3回入退院を繰り返し、ALSの治療を実施した。嚥下評価をして食事摂取をしたり、中心静脈ポートの造設も行った。

3回目の再入院の時に明らかな病状進行を認め、ALSの薬物治療は中止され再入院の予定は立てず自宅に退院された。

1月中旬自宅に退院され、最初は経口から食事を摂取していたが誤嚥を認め、1月下旬には経口摂取中止。3月に入り痛みと呼吸困難を訴えモルヒネ開始し数日後に永眠された。

ACPについて



ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは、簡潔に言うと人生会議。将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのことです。