

〈特集〉第28回日本在宅医療学会学術集会

## 在宅で終末期患者を支えるチーム連携

—退院当日のサービス担当者会議のあり方を考える—

萩原美代子<sup>\*1</sup> 入野 弘美<sup>\*1</sup> 山岡 桂太<sup>\*2</sup> 藤巻 洋子<sup>\*3</sup> 渡辺 陸子<sup>\*4</sup>  
山本 健<sup>\*5</sup> 廣原 正宜<sup>\*5</sup> 串田 一樹<sup>\*5</sup>

[*Jpn J Cancer Chemother* 45(Suppl1):72-73, March, 2018]

Team Collaboration in Home Medical Care to Support Patients at the End-of-Life—Review of Service Personnel Meeting on Discharge Day: Miyoko Ogiwara<sup>\*1</sup>, Hiromi Irino<sup>\*1</sup>, Keita Yamaoka<sup>\*2</sup>, Yoko Fujimaki<sup>\*3</sup>, Mutsuko Watanabe<sup>\*4</sup>, Takeshi Yamamoto<sup>\*5</sup>, Masayoshi Hirohara<sup>\*5</sup> and Kazuki Kushida<sup>\*5</sup> (<sup>\*1</sup>Hanae Care-Station, Futago Pharmacy, <sup>\*2</sup>Denen-Futago Clinic, <sup>\*3</sup>Jyobuya Medical, <sup>\*4</sup>Futago Pharmacy, <sup>\*5</sup>Showa Pharmaceutical University)

### Summary

Due to the rising number of patients at the terminal stage or with high dependence on medical care, the cooperation of 2 teams, the hospital discharge support team and the home support team, has become very important. The recent spread of the Internet has enabled both patients and their families who have chosen home care to obtain a wide range of information about home services, as well as diseases, and form a picture of what will happen. However, there are actually many cases in which patients and families find that things are not as they imagined, and they are uneasy and unsure of what to do. Here, we report a case in which the mismatch between the patient's and family's expectations created an unsatisfactory care situation. **Key words:** Discharge support team, Home support team, Home medical care

**要旨** 終末期の患者や医療依存度の高い患者の増加により、退院支援・在宅支援チームの「協働」がたいへん重要になっている。最近では在宅療養を選択した患者や家族もインターネットの普及により病気はもちろんのこと、在宅サービス等の情報を知り得ることができイメージが付きやすい。しかし、実際には患者・家族がイメージしていた状況と違い不安や混乱を来すことも多いのが現実である。今回は患者や家族の期待と（現実）のずれにより、不満足な療養状況となった1事例を報告する。

### はじめに

一般に終末期を迎えた場合、病院で主治医から治療の中止を告げられた患者は、できれば自宅で生活したいと望むことが多い。しかし、退院日が決まっても体調が急変し、自宅に帰れずにそのまま病院で亡くなるケースも多い。反対に家族の介護不足で帰れないケースも多い。希望どおりに退院ができたとしても、「やっと帰ってきた」、「家がいちばん落ちつく」といって、家族だけでゆっくり一息つく間もなく、退院当日、数多くの関係職種が集まり、患者の現在の状況や家族の意向の確認、環境整備、多職種の訪問、訪問回数、実施サービスなどに

ついてサービス担当者会議が行われる。医療行為やかかる職種が多いほど時間もかかり、患者や家族への負担も増す。今回一つの事例をとおして、退院当日の患者の負担軽減のために、よりよい多職種協働について考えたので報告する。

### I. 症 例

**患者:** 50歳台、女性。要介護5。

**病名:** 胸椎転移性骨髄腫・腎臓癌末期、対麻痺。

**既往歴:** 糖尿病・うつ病。

**経過:** 2015年XX月Z大学病院より相談を受ける。

2016年XX月左股関節転移がみられ固定術施行。歩行

<sup>\*1</sup> 二子薬局はなえケアステーション

<sup>\*2</sup> 医療法人社団 ARCWELL 田園二子クリニック

<sup>\*3</sup> 丈夫屋メディカル

<sup>\*4</sup> 二子薬局

<sup>\*5</sup> 昭和薬科大学