

器レベルで退院。2017年YY月再入院。徐々に体力低下、下肢機能低下あり対麻痺状態となる。放射線療法 A/26~A+1/13 実施, A+2/6 ポート増設 (右前胸部), 輸血数回施行。背部癌性疼痛あり。疼痛内服コントロール開始。車イスレベル。予後は数週の可能性がある状況だが、自宅での生活を希望され退院となる。

## II. 結 果

継続プランであったために、ケアマネジャーとリハビリ担当者が病院へ伺い状況を確認。入院前は、福祉用具・訪問入浴・リハビリ・訪問介護・夜間対応訪問介護と5職種のチームであったが、今回の退院を機に訪問診療・訪問看護・訪問薬剤師・医療機器が追加となり、9職種による医療・介護チームが必要となった。ケアマネジャーが家族へ在宅療養の説明を繰り返し行い準備し、退院当日に多職種・他組織の全員が集まりサービス担当者会議を行うことができたが、それでも4時間余りかかった。その結果、患者への負担、家族も放心状態となり、サービス提供者として覚悟はしていたが、実際には患者から「やっと自分の家に帰ってきたのに自分の家に大勢来られて、いろいろなことをいわれて不安ばかりと“こんなはずじゃなかった”」と一言発せられた。

## III. 考 察

在宅療養を支援するという事は、在宅チームは患者・家族との信頼関係をしっかりと構築し、自宅でよりよい時間を過ごしていただくために在宅スタッフのチームの共通した思いをもつことが大切である。しかし、実際には在宅チームは、他組織・多職種であるために病院内チームとは違い、事前に調整を行っても訪問時間のずれなどが生じ、プラン検討とは別に個々の必要事項(契

約・支払い説明など)の事務的な内容も行わなくてはならないのが現実である。そのため退院当日のサービス担当者会議は行うことができて、患者・家族の負担も多い。多職種連携の苦勞も多いが他組織の壁を乗り越え、情報を共有し、在宅チーム内で統一した認識と見解を持ち、できるかぎり負担なく、患者・家族の気持ちに寄り添えるようケアの継続性をもつことが重要であると考え

る。地域包括ケアシステムによって、地域主体の「その人らしい人生を、住み慣れた場所で」をサービス提供者は努力しているが、今回、いちばん大事な市民の立場で、利用者の立場で、患者の立場で、そして家族の立場でという視点を大切にしなければならないと感じた事例であった。このような事例を作らないためにも、普段の地域活動として市民への情報提供などが重要と感じた。

## ま と め

この事例の患者は約5か月の在宅療養の末、最期を自宅で迎えた。「こんなはずじゃなかった」の言葉から始まったが、看取りを終えた後に家族からは看取りきった感や在宅介護の満足感、在宅チームへの感謝の言葉はなかった。理由として、家族がイメージしていた在宅生活と実際との差が大きかったことがあげられるが、今後は医療依存度の高いケースにおいて、支援始めのサービス担当者会議も重要だが、支援終了後も訪問診療医が中心となりデスクカンファレンスを行い、振り返りを行うことで次へのよりよい連携につながると考える。

本論文の要旨は第28回日本在宅医療学会学術集会において発表した。