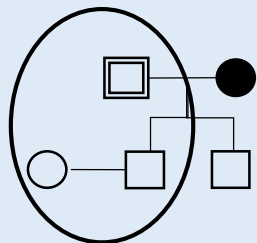


# 「人生の最終段階を自宅で迎えさせたい」 家族の希望に医療療養病棟から退院支援した事例

## 家族構成



### 概要

<本人>90歳代男性 要介護5 認知度Ⅳ 自立度C2  
骨粗鬆症、高血圧症、慢性心不全  
長年会社を経営。10年程前から長男に任せていた。  
長男夫婦からの信頼も大きかった。  
社交的で話し好き  
<キーパーソン>長男 70歳代 会社経営  
慢性腎不全で他病院に月に2~3回通院中。  
仕事をしながら、夫婦で本人の介護をしている。

## 支援のきっかけ

### 《入院前の生活状況》

- 身の回りのことは全介助。自宅では本人を離床させる目的で、日光浴を日課にしていた。
- 訪問入浴を週1回、訪問看護を週2回利用。
- かかりつけ医は自宅から近いA医院。誤嚥性肺炎や慢性心不全に伴い、当院への入院歴有。

### 《入院から現在の状況》

- 肺炎治療目的の為、A医院から当院へ紹介があり、入院。脳梗塞を併発し、経口摂取が困難となった。
- 主治医より「経口摂取量が少ない。必要な栄養や水分を補うため高カロリー輸液をしているが、急変の可能性は高い状況。人生の最終段階を迎える」と家族に説明。

## 支援内容

【本人のニーズ】意思疎通困難。（元気な頃は、自宅で最期を迎えたいと希望有）

【家族のニーズ】長男「最期は、一緒に過ごしたい気持ちはある。しかし、自分も通院中の身であり、十分に介護できないことが本人の苦にならないか不安。」

### <支援計画>

- 家族が、本人の最善の利益を考える事ができるように支援。
- 本人の推定意思を尊重し、本人にとって最善の方針を検討。

### <支援の経過>

- 主治医より、長男に説明。「延命治療としては高カロリー輸液や胃ろう等による注入がある。しかし、年齢や予後を加味すると、本人にとっては負担があると考える。」「病院での療養は可能だが、本人の意向を尊重し、自宅退院なら、長男の負担が軽減できるよう、A医院等と協力して支援体制を整えていく。」
- 家族は幾度と悩まれ、一緒に悩み考えた結果、本人が望んでいた「自宅で最期を迎えたい」を叶える為、2週間後に自宅退院を希望。
- 退院に先立ち、看護師より医療処置（喀痰吸引・点滴針の抜針）の手技、STより食事・飲水介助指導、PTより離床、移乗方法の介助指導を実施。

### <多機関・多職種連携による支援>

- 退院前カンファレンスを実施。家族の希望と本人の意向をA医院や訪問看護等の多職種で共有。
- ケアマネージャーを中心に、家族の思いの添えるようにケアプランを作成。退院後も介護方法の指導を継続しつつ、介護の労をねぎらう方針を共有した。

## 効果

- ◆家族と一緒に悩み、考える時間を共有した。家族は、考えるプロセスをふまえることで、本人の人生の最終段階について向き合うことができた。
- ◆本人の意向を尊重し、住み慣れた自宅で人生の最期を迎えることができた。
- ◆家族が自宅で看取りを決断してから退院までは短期であった。しかし、在宅支援スタッフと早急且つ丁寧に、自宅介護の調整、指導及び療養方針を共有したことで、安心して退院できる環境を整えることができた。