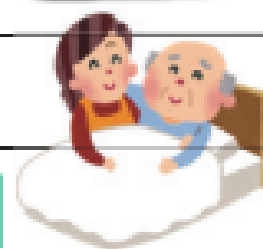


読む得! 在宅医療と介護の連携

～身近な事例から～ 第15回

チームで支える在宅生活



人生の終盤でも在宅生活が「できる」につながったケース

80代の男性は、長い入院生活で体力も著しく減少し、口からは食事も取れず、常時点滴が必要な状態。最期は本人が安心する自宅でみとりたいという家族の希望のもと、自宅での生活に向けて入院先の主治医、看護師、病院の相談員、同居の家族、ケアマネジャーで準備を進めてきました。

医療的ケアのため訪問診療・訪問看護、介護環境整備のため福祉用具専門相談員も関わることに。そして、家族の慣れない介護に備え、訪問介護・訪問入浴を導入。さらに主治医の勧めで訪問リハビリのサービスを加え、自宅での生活が始まりました。

すると、さまざまな人との関わりの中で、日に日に発語の数が増え、入院中には見られなかった表情が見られるようになりました。在宅歯科医も関わり、元気になってきた本人の目標は「食べること」に。飲み込みの評価を行い、口から少し食べられるようになりました。また、リハビリの成果により座っている時間も増え、家族も驚く回復ぶりです。在宅生活を円滑にするため、ケアマネジャーを中心に各サービス事業所が1つのチームとなり、本人と家族の笑顔へとつながりました。

☆ポイント☆

- ・人生の終盤でも、環境整備によって「できる」が増えることはあります。
- ・人生の最期をどこでどのように過ごしたいか、元気なうちに家族と話し合ってみましょう。
- ・在宅での「みとり」は主治医の先生に、そのためのサービス調整はケアマネジャーや高齢者なんでも相談室にご相談ください。