

チームで行う退院支援 ～連携室看護師の取り組み～

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 地域医療連携室)

飴田 千賀子

要 旨

今回連携室看護師として在宅での看取りを希望する患者・家族の自己決定を支え住み慣れた自宅で終末期を迎えられるよう退院支援・調整で介入した症例を経験した。ターミナルステージの患者では、スムーズな在宅療養への移行が望まれると考えた。

(京市病紀 2018 ; 38(1) : 29-30)

Key words : 地域医療連携室, 退院支援, 看護師, ターミナルケア

はじめに

2016年度の診療報酬改定において退院支援加算がより重要視されるとともに、看護師の専門性を活かした退院支援の高まりから看護部から地域医療連携室(連携室)へ配属となった。

今回紹介する患者は癌末期でターミナルステージを迎えており、今後、どこでどのように過ごしたいかなどを聴取、早期より介入し、患者と家族の意向に沿って多職種との連携・協働できたことで、自宅での療養が可能となった。入院から退院までのプロセスを報告する。

患者紹介

患者：60歳代 男性

患者背景：妻と二人暮らし(子供なし)

友禅染職人 自営業

介護状況：要介護1取得、妻の姉妹の協力あり

診断名：腭頭部癌ステージIV

多発性肝転移

既往歴：胆嚢摘出術、前立腺癌術後

現病歴：X年6月、肝機能障害で当院を紹介受診。精査の結果、多発肝転移を伴う腭頭部癌と診断され外来化学療法で通院していたが、8月下旬に化学療法に伴う倦怠感・嘔気・食欲不振が強く、全身状態の悪化で緊急入院となった。

退院支援介入内容

入院翌日、病棟看護師から連絡があり本人・妻と面談し今後の意向を確認した。

本人は自宅で妻と楽に過ごしたいが、妻に負担はかけたくないとのことだった。

妻は以前往診医に往診してもらうことで、両親を自宅で看取ることができた。夫の理解と協力があつたからできたことであつた。できれば夫も自宅で看たいし、身の回りの世話はできるだけ自分でしたいが、無理になった

時は病院での看取りも考えているとのことであつた。

主治医や病棟看護師と情報共有を行い、患者の予後が数週間程度と予測されており、早期に自宅退院が出来るよう在宅調整が必要であることを確認した。自宅療養が困難となった時のために、緩和ケア病棟の面談も調整することになった。

本人と妻の意向から、できる限り自宅で療養できるように在宅調整し、妻が不安や負担をなるべく感じないよう環境を整えることが必要と考え、当初妻は往診医だけで良いと言っていたが、夜間・緊急時対応可能な訪問看護の導入を提案し、了承を頂いた。二人の時間を大切にしたいとの理由から、1回/週からとした。

訪問看護を依頼の際にも病状的には頻回の訪問が望ましいところを、夫婦の思いを尊重して1回/週から介入してもらうこととなった。

妻と多職種(ケアマネージャー・訪問看護師・福祉用具業者・主治医・理学療法士・病棟看護師・癌性疼痛看護師・連携室看護師)での退院前カンファレンスを行い入院から2週間で自宅退院となった。

モニタリング

退院後、訪問看護師と共に自宅訪問し、患者の様子や療養環境、寝室からトイレの導線、手すりの位置等に問題がないことを確認した。患者と妻は自宅に帰られたことで安心された表情で、リラックスできていることがよくわかった。

訪問看護の頻度は1回/週からだったが夜間の緊急コール等で訪問の頻度は増え、亡くなる5日前からは連日訪問され、訪問看護師と患者・妻の関係性を築くことが出来た。退院後12日目に妻に見守られながら息を引き取った。

考 察

今回の症例では、患者自身は自宅へ帰りたいが妻に負担をかけたくないと思っていた。しかし、妻の患者への

感謝と両親を自宅で看取った経験による自信に医療・介護サービスの協力が加わったことで、終末期を自宅で過ごすことが実現した。

また入院後早期から介入できたことで双方の話をしっかりと聞くことができ関係性が築け、患者・家族の意向を尊重した退院支援・調整に取り組むことが出来た。

ま と め

連携室へ配属されたことにより、看護の専門性に加え

て、社会資源の使い方を学べたことが、患者・家族の意思決定支援に役立ったと思われる。また退院後に在宅の状況を確認できたことは今までの支援の評価にもつながった。

癌末期の残された時間をどこでどのように過ごしたいかを患者と家族で選択し、その環境で少しでもその人らしく過ごすことができるように、今後も様々な視点から情報を共有・支援しタイミングを逃さずに早期に在宅療養へ移行するようにしたい。

Abstract

Patient Discharge Support from the Team ～ Activities of the Community Health Care Nurse ～

Chikako Ameda

Regional Medical Collaboration room, Kyoto City Hospital

Herein, I report the experience of a case in which I intervened as a community health care nurse to help the team support the decision made by the patient and family to receive terminal care at home. I concluded that the terminal care patient should receive support for smooth transfer to receive care at home.

(J Kyoto City Hosp 2018; 38(1):29-30)

Key words: Department of community health care, Support of discharge, Nurses, Terminal care