

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録 (2015.12) 平成26年度:72.

終末期の肺癌患者が自宅退院を実現するまでの関わり～在宅医療との連携を通じた病院看護師の役割～

松屋 有紀子、大戸 裕美絵、久保 千夏、竹田 弥穂、浅野
弘恵、佐々木 高明

終末期の肺癌患者が自宅退院を実現するまでの関わり ～在宅医療との連携を通じた病院看護師の役割～

旭川医科大学病院 1) 松屋有紀子、1) 大戸裕美絵、2) 竹田弥穂、1) 久保千夏、3) 浅野弘恵、4) 佐々木高明
1) 9階西ナーステーション、2) 6階西ナーステーション、3) 地域医療連携室、4) 呼吸器センター

【はじめに】

A 大学病院 B 病棟では肺癌患者の治療を多く行っている。終末期へ移行する過程で在宅療養を希望する患者も居り、病院看護師には在宅医療関係者との調整役割が求められる。今回、在宅療養に移行する事ができた終末期肺癌患者とその家族への関わりを振り返り病院看護師の役割を明らかにする事を目的とする。

【患者紹介】

A氏 60歳代、男性、肺腺癌、多発性骨転移
外来でイレッサ導入・放射線療法実施後入院。疼痛コントロール等症状緩和を図り、患者・家族の意向に沿って退院調整を行い31日目に自宅退院。

【結果・考察】

本事例では、外来で緩和ケア認定看護師等が介入しており、患者・家族の希望を早期に把握できた。入院時スクリーニングを実施し、カンファレンスで多職種

間の役割分担を検討。自宅退院の希望を確認し在宅医療関係者との合同カンファレンスを実施。地域資源の活用等、約10日間で退院調整できた。調整がスムーズに進んだ要因として、患者・家族の意思を確認でき、家族の支援が得られた事がある。また、フェイススケールの活用や疼痛増強時の特徴の把握等から患者の行動パターンを把握する関わりが効果的だった。入院時より在宅療養を見越してスクリーニングを実施し、多職種間の情報共有が継続して図られていた事で、介入の方向性が一致していた。その為、医療者側は病状の進行を予測しながら、患者・家族の希望する選択肢を増やせるよう入院初期から多職種間で情報交換を行い支援する必要があると考える。

【結論】

終末期の肺癌患者の退院調整における病院看護師の役割は、入院初期から患者、家族の意向を確認し、多職種間と連携して関わる事である。