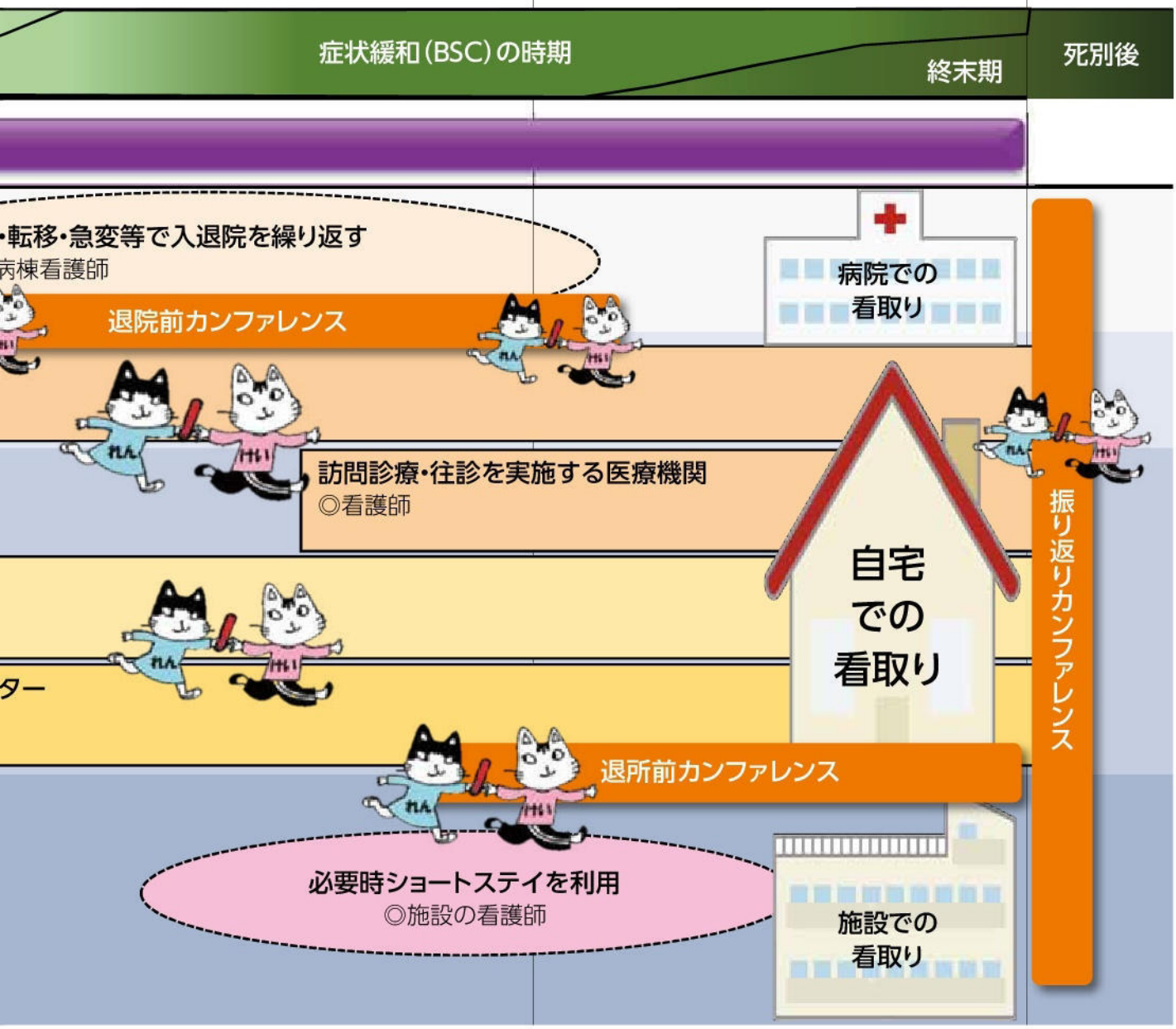
Ⅱ. 看護連携による在宅移行支援の全体像

Point

＊在宅移行支援を進めていくためには、病気と診断された時から、人生の最終段階を迎えるまでの経過の中で、医療機関の看護職や訪問看護・施設等の各部門の看護職が連携をとり、切れ目のない支援を行っていくことが必要です。
＊この章では、Aさん（60 歳代男性 肺がん）をモデルにしながら、Aさんが診断を受けてから、自宅で最期を迎えるまでの在宅移行支援の全体像を示しました。
＊各時期や各部門の看護職の具体的な支援の内容については、次章以降の「Ⅲ. 病状変化に伴う看護師の役割と看護連携について」、「Ⅳ. ICに関連する支援」、「Ⅴ. カンファレンス」に記載しています。

Ⅱ. 看護連携による在宅移行支援の全体像

Aさん　60歳代　男性　肺がん　の場合

Aさんの状況	○定年後妻と二人暮らしをしていた。 ○これまでは特に大きな病気などは経験したこともなかったが、ここ最近倦怠感や息苦しさを訴え、受診した。 ○検査の結果「肺がん」であると診断を受けた。	○医師からいくつかの治療法について説明を受けた。 ○迷いながらも入院治療を選択した。 ○2週間程度の入院治療で退院した。 ○退院後も通院治療を継続することとなった。	○通院治 い時期に 心とした治 ○迷いな ○辛い症 *BSC（ベスト 行わず、症状
時期	発病	がん治療の時期	
全体	○ICに関連する支援（事前の支援/IC時の支援/事後の支援）		
医療機関 入院	診断	病院（初回入院） ◎病棟看護師 退院前カンファレンス	再発・ ◎
医療機関 外来		通院 ◎外来看護師	
自宅			訪問看護 ◎訪問看護師 地域包括支援セン ◎保健師
施設			

療を続けてきたが、医師から「完全に治すことが難しなっている事、今後の治療方針として、対処療法を中治療へシフトしていくこと」の提案を受けた。 がらもBSC*を選択した。 状が増えてきて入退院を繰り返した。 ‥サポーティブ・ケア):がんに対する抗がん剤などの積極的な治療はなどを和らげる治療に徹すること。	○医師から最期の時が近づいてきていることの説明を受けた。 ○迷いながらも自宅での看取りを希望した。	○自宅で最期を迎えることができた。