

岡山県地域包括ケアシステム学会

一般演題

- 1) 発表形式 ②ポスター、
- 2) カテゴリ 7. 在宅での看取り
- 3) 演題名 在宅ケアチームで関わる終末期の訪問看護師の役割
- 4) 筆頭演者 西坂陽子 共同演者 小野圭子
- 5) 筆頭演者の職種名 看護師
- 6) 所属施設名 訪問看護ステーションママック
- 7) 抄録

(はじめに) 今回、大病院から在宅訪問診療医に移行し、在宅看取りとなった慢性心不全末期の老年期女性に対して、在宅ケアチームで関わった。この事例から、訪問看護師の果たす役割に、在宅チームの舵取り役があり、チームメンバーとの関係を調整し的確なアセスメントをしていく大切さを学んだ。

(事例・経過) Aさんは、80才代 要介護3。僧帽弁形成術後、中等度の弁膜症を残し、入退院を繰り返していた。私たちの介入は、ADLが低下し定期巡回・随時対応型訪問介護看護(以下、定期巡回)を導入する為のサービス担当者会議であった。「親を見てやりたいが、どうしていいのかわからない。」と実娘の声。会議で訪問診療が出来る医師をもつことを提案した。在宅医が決まるとすぐに大病院から診療情報が提供され、心不全の病期が分かった。多事業所・多職種の在宅ケアチームで意見交換しながら、介護面では、1日2回訪問する定期巡回にケア指導をおこなった。訪問診療医との連携では、24時間対応のファーストコールは訪問看護が担った。サービス開始1ヵ月後、自宅で家族に看取られる。

(考察)「介護と医療は別物」という認識がまだ根強い中、急性期から在宅に至るまでシームレスな地域連携体制の整備が必要である。患者の心身の機能と家族の思いを理解し、疾患の軌道を読み取り、必要なサービスや多職種を繋ぐ事が、訪問看護師の大きな役割である。