

(研究報告) 抄録用紙

演題名 (全角 80 字以内)	在宅医が大学病院緩和ケアチームに所属し、在宅療養支援診療所と密接に連携することより、在宅看取り可能となった一例
演者名	児玉麻衣子 1)、小林美貴 1)、片山寛次 1)、品川明子 1)、勝見愛子 2)、 紅谷浩之 3)
所属	1) 福井大学 2) 訪問看護ステーションみかんの木 3) オレンジホーム ケアクリニック

研究方法 (右から番号を選び NO. 欄に番号をご記入ください)	1. 症例報告 2. 症例シリーズ報告 3. コホート研究 4. 症例対照研究 5. 調査研究 6. 介入研究 7. 二次研究 8. 質的研究 9. その他研究	NO.
		1
目的 近年在宅緩和ケアの推進とともに病院と地域とのスムーズな病診連携が必要とされている。今回、在宅医が大学病院緩和ケアチームに所属して切れ目のない緩和ケアを提供することにより、在宅看取り可能となった症例を経験したため報告する。 症例 症例は 50 代女性。子宮頸癌ⅡB 期。化学療法、放射線治療を受けたが再発。下腹部痛、嘔気、食欲不振等出現したため当院入院、緩和ケアチーム介入開始。症状が比較的安定したため患者家族は一時自宅退院し、その後ホスピスへの再入院を希望された。退院前カンファレンスを開き、緩和ケアチームも参加して在宅スタッフに入院中の情報提供を行った。緩和ケアチーム所属の在宅医が退院後も継続して訪問診療実施した。また地域連携パスを活用した。退院後本人の不安強く、抗不安薬処方。主介護者の夫が仕事で不在の夜間は訪問看護師が付き添った。家族は夜間仕事、日中介護で疲労がピークに達し、レスパイト目的に当院一時入院。入院中も在宅医が継続して診療にあたった。また訪問看護師が毎日病室を訪問し、本人家族の心理的ケアを行った。家族の介護疲労が軽減したところで自宅退院を勧め、自宅退院。同日自宅で永眠された。 考察 がん患者が在宅移行する際の問題点として、介護者が利用できる保健・福祉のサービスに関する情報の不足があげられる。また、在宅でのターミナルケアや看取りまでを考慮する場合、物的・人的環境のサポートが必要であること、24 時間の柔軟な医療やケアが受けられることといった条件が必要であるとの報告がある。本症例では、在宅医が大学病院緩和ケアチームとして入院中から関わり、患者家族に在宅療養に関する情報提供を行ったこと、退院後も継続して訪問医として診療にあたったこと、迅速に病院と連携をとりレスパイト入院を行えたこと、入院中も在宅スタッフが継続して関わったことにより在宅看取り可能となったと思われた。		