

外来における Transition を考える看護の実践

宇都宮 宏子¹⁾

退院支援とは、入院患者が適切な期間に適切な医療を受け、退院後も安全な療養が継続できるよう、入院時から取り組む患者・家族へ提供されるケアである。入院医療や外来通院で、治療・完結できる疾病だけではなく、退院後も病気や老いによる生活のしづらさを共に生きる・生活を送る事が必要になっている。

訪問看護の経験から、患者が病気と遭遇する病院の場で、「入院医療の場から生活の場へ移行する支援」を、看護師が専門的に提供する事の必要性を感じて、大学病院に戻った。

『退院調整看護師』として取り組みながら、今まで病院でなくなるのが当たり前という認識だった看護師や医師が、どんな状況でもその人の望む場所で暮らすこと、その延長線上に最期の時を迎える事ができる事を体験していった。そして、3年目位から、がん患者さんや難病患者さんへの「外来中の支援：在宅療養支援」を提供してきた。

化学療法・放射線治療、そして再発・転移といった病期の節目の病状説明・治療の選択、そして療養場所の選択をするインフォームド・コンセントが外来で行われている。外来で、医師が病態予測・治療の状況を踏まえ説明をする場面に、同席し、「どこで、どう生きたいか」を一緒に考え始める。

主治医からの連絡を受け、「治す治療はできなくても、貴方の望む暮らしや時間を支える医療の仲間を持って貴方らしく生きる事はできます。一緒にその方法を考えるナースです」と支援を始める。外来でがん患者さんの「家での暮らし」を聞きながら、病状が進行し、生活にどう影響するかを予測、そしてその時に、訪問看護や在宅医のサポートを受ける事で、適切な症状マネジメントを提供し、安楽な時間が送れる、必要時介護保険につなげ、生活支援も加わり、看取りへとつながる。

事例の患者は、認知症を持つ妻をなるべくギリギリまで自分が見ていきたい、妻がどこで暮らすかを準備しておきたい、と言った。今まで生きてきた人生、そして辛いことではあるが、時間に限りが見えてきた中で、それでも「自分らしく生きたい、生き切りたい」と迷いながらも、患者は強さや優しさを面談の場面で語り始め、自身で「暮らし方」を組み立てる、創造していく。看護の伴走者がいることで、患者も家族も自分の持つ力で前を向くことができる。そして私たちナースも患者から生きる強さをギフトされるのだ。

今後は、病院から在宅（生活の場）への移行支援の看護マネジメント、そして移行期の訪問看護のマネジメント、多職種との連携のポイント等を体系化し、地域で質の高い移行支援を提供していく必要があると考えている。

「家において、ギリギリまで、妻を見てやりたい？」	
〈外来通院：泌尿器科〉	在宅療養支援という発想へ
85歳 妻と二人暮らし	医療上の問題：緩和ケア
前立腺癌 脊椎転移	生活し辛さへのサポート
「治療効果が厳しい、今後の事考えましょう」	意思決定支援
医師から、本人・長男同席	在宅医・訪問看護へ
奥さん：認知症へ説明	ケアの問題・介護保険
この場面に同席する	奥さん担当のケアマネ
「これからの療養について一緒に考えるナースです」	家事等の負担軽減
	「妻の面倒はみたいしね、困らないようにしておきたい」
	生活を支える医療へつなぐ

図1. 外来中の在宅療養支援の事例

1) 在宅ケア移行支援研究所