

重度介護状態の患者の自宅退院支援を振り返り、 地域と病棟の連携について考える

永友優希恵 白鳥千恵美 南條 久乃

静岡赤十字病院 3-4病棟

要旨：近年、高齢化社会において、本人や家族だけでは在宅療養が困難であるケースが増え、地域包括ケアシステムの構築がすすめられている。今回、私は重度介護状態の患者を受け持った。介護者である妻も高齢であり、理解力も乏しく、自宅退院は困難であると思われた。しかし、患者と家族は自宅退院を強く希望され、私はその希望に添いたいと思い、地域との連携を図った。そのため、困難であると思われた自宅退院が実現できた。住み慣れた地域で、患者がその人らしく生活をするためには、病棟と地域が共通の目標を持ち連携することや、ケアカンファレンスを有効活用することが大切であると感じた。

Key words：在宅療養、病棟と地域の連携、ケアカンファレンス

I. はじめに

近年、高齢化社会において、老老介護が増加している。そのため、重度な要介護度状態になっても自宅で生活できるよう、地域包括ケアシステムの構築が進められている。今回、困難であると思われた自宅退院が実現できた患者がいた。介護力が不十分な家庭において、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送るためには、地域の支援が必要不可欠であると感じた。地域との関係性の重要性を学んだため、ここに報告する。

II. 倫理的配慮

患者と妻に、研究事例にさせていただくことを説明し、同意を得た。プライバシーに配慮し、研究を行った。

III. 患者紹介

A氏 70代男性 妻と二人暮らし

多系統萎縮症と診断され、2年半前より介護保険を利用し始める。寝たきり、要介護5。妻(70代)の介護のもと、生活していた。子供なし。

IV. 看護の実際

誤嚥性肺炎にて入院。声帯麻痺が出現し、入院4日目に気管切開を行う。翌日から経口摂取開始。入院9日目に方針を確認する。主治医より、A氏と妻は自宅療養を希望、在宅の環境は整っていると情報あり。しかし、妻の理解力は乏しく、経管栄養の導入は困難であるため、経口摂取をすすめる。自宅退院を目指すこととなる。

1. 入院9日目、本人・妻に今後の希望を確認。

本人に自宅に帰りたいか問うと、うなずく。妻は「自宅に帰りたいが、吸引なんてできない。前もやってみたけどうまくできなくて……。」と不安な様子をみせた。気管切開をしたため、吸引の手技が必要となったが、妻は病室を何度も間違えるなど理解力に乏しく、現状では自宅退院を目指すことは困難であると思われた。そこで、ケアマネージャー（以下ケアマネ）に現状を伝え、在宅療養の状況を確認。ケアマネより「妻は自宅で看取りたい思いが強く、今までも施設を勧めてきたが拒否していた。吸引の指導も受けたが、行っていない。」と情報があつた。

2. 入院11日目、1回目ケアカンファレンス（参加者：妻、ケアマネ、MSW、受け持ち看護師）

妻より、「もう1回頑張ってみたい。吸引も覚えて帰るよ。」と前向きな発言あり、自宅退院を希望される。ケアマネより「Aさんと妻は、自宅退院の希望が強く、今までもその二人を見てきた。今回も全力でサポートしたい。吸引の手技も100%覚えなくてもよいので、こちらでフォローします。」と発言があり、在宅方向となった。自宅で必要な手技を明確にし、サービスを調整。以下のように決定した。

- 1) 鼻腔・口腔・気切部の吸引：妻へ指導を開始。
 - 2) 気切部のYカットガーゼの交換：訪問看護師が介入時に交換。
 - 3) 食事介助：妻へ指導を開始。ヘルパーの介入回数を増やし、パンフレットを渡して介助方法を統一する。
 - 4) 口腔ケア：吸引サクシオン付きの歯ブラシでの口腔ケアを妻に指導。ヘルパーも口腔ケアを行う。
3. 入院22日目, 2回目ケアカンファレンス(参加者: 妻, 主治医, ケアマネ, 訪問看護師, 訪問入浴, ヘルパー, 福祉用具貸与スタッフ, MSW, 受け持ち看護師)。

妻の手技の習得状況を確認し、改善点と問題点がないか確認した。

- 1) 妻は吸引の手技が取得できていなかった。しかし、地域スタッフは妻の性格を理解しており、「完全に吸引の手技を取得することは困難だと思うが、退院後は在宅でフォローしていく」と発言あり。病棟では指導を続行した。
- 2) 妻は食事介助の方法は習得し、誤嚥に注意しながら食事介助できている。地域スタッフにパンフレットを渡し、食事介助の方法を説明した。
- 3) 口腔ケアの技術は取得できなかったため、口腔用ウェットティッシュ使用に変更した。ヘルパーには吸引サクシオン付の歯ブラシを使用し、口腔ケアを行ってもらうことにした。

また、A氏は単管カフ付きのカニューレ使用しており、カニューレ閉塞予防のため、超ネブライザーを施行していた。(妻に内管洗浄を行うことは困難であると考え、複管式にはしていなかつ

た。) そのため、加湿器を使用し、湿度を保つように伝えた。

4. 入院38日目, 退院日

ケアマネと共に退院。自宅では退院の時間に合わせ、訪問看護師が介入した。

5. 退院の7日後, 自宅訪問(受け持ち看護師とパートナーの看護師, ケアマネ)

本人と妻はリラックスした様子で、笑顔が見られた。妻より「吸引何てできないと思ったけど、ケアマネさんが大丈夫だよ、サポートするからって言ってくれて。本人を見るとにっこりするのね。家に帰ってこられて本当に良かった。」と発言が聞かれた。ケアマネより「入退院も何度か繰り返し、その度にケアプランを変更してきた。今回もなんとかかなりますよ。」とのことであった。吸引を妻に実際に行ってもらおうと、流れはできしており、妻より「吸引は行っている」と発言があった。しかし、ケアマネから「妻は実際には吸引を行っていないと思う。」と情報あり。週5日は訪問看護師が、吸引を施行していた。A氏の痰は粘調で、カニューレ閉塞のリスクあり。再度妻に吸引の必要性を説明した。加湿器は焚いていたが、窓が全開であった。そのため、窓を閉めた方が加湿の効果があり、カニューレ閉塞予防になることを説明した。

6. 退院の10日後 再入院

発熱にて、救急搬送される。検査の結果肺炎は否定され、疾患による中枢性の発熱であると診断された。しかし、カニューレが閉塞しており、カニューレ交換する。カニューレ交換は2週間毎往診医が行う予定であった。入院中、地域と相談し、カニューレを複管式に変更した。訪問看護師に内管洗浄の方法を説明し、訪問看護師がカニューレ洗浄を行うこととなった。また、退院後数日以内に往診医診察予定となった。

V. 考 察

今回の事例では、Aさんは妻の介護だけでは在宅療養を行うことが困難であると考え、地域と連携をとることで退院調整を行ない、自宅退院へ繋

げることができた。地域と連携をとるなかで、在宅療養している家族がいかに地域に支えられ生活しているかを知ることができた。

また、地域のスタッフとA氏と妻は信頼関係が形成されており、高齢者の二人きりの生活において、自宅退院という決断ができたのは、地域のスタッフを信頼し、安心して自宅で生活ができるとA氏と妻が感じたことが大きいと考える。地域がA氏と妻の事を把握していたため、情報収集を行い、A氏と妻に合わせたサービスの調整を行い、病棟では個別性を持った指導を行うことができたと思った。

しかし、A氏は退院後10日後に再入院した。入院のきっかけとなる発熱は心配されていた誤嚥性肺炎ではなかったが、カニューレの閉塞が発覚し、在宅で効果的な吸引と加湿ができていなかったことがわかった。

退院に向け、ケアマネとは連絡をとり、情報収集と連絡調整を行ったが、実際に在宅でケアを行うのは訪問看護師であり、医療と生活の両面からの視点を持つ訪問看護師ともしっかり話し合う機会を設ければ、病棟と地域のギャップを埋め、A氏に合わせた療養生活の支援へとつなげることができたのではないかと考える。

例えば、病棟の看護師の判断で、A氏のカニューレの種類を決めたが、在宅のスタッフの考えも聞いてみれば、複管式を選択したかもしれない。

現在は病棟でも地域との連携が大切であるという考えが定着しているが、今回は「地域と連携をとる＝ケアマネと連絡をとる」ことで満足してしまっていた。ケアカンファレンスに参加したスタッフの多さからわかるように、多くのスタッフが在宅療養を支えている。それぞれのスタッフの役割を理解し、様々な視点からの意見を聞き「地域と連携をとる＝地域と病棟のギャップを埋める」ようにしていきたい。その為には、地域の様々な職種が集まるケアカンファレンスの有効活用が大切であると思った。

VI. おわりに

治療や入院生活を支える病棟と自宅での生活を支える地域との役割は異なるが、患者の療養生活を支えるためには、どちらの役割も欠かすことができない。今回は、A氏を自宅に帰すという共通の目標を持ち病棟と地域が連携することで自宅退院が実現したと感じた事例であった。また、A氏の再入院を経験したことで、退院調整の反省点も見えた。

今後は、A氏のように家族と地域に支えられ、在宅療養をする患者が増えることが予想される。今回の経験を活かし、地域と連携し、患者の療養生活を支えていくことができるよう看護を行っていきたい。