

市町村職員等在宅医療・介護連携 基礎研修（盛岡会場）	資料 3
平成28年11月28日	
長寿社会課 地域包括ケア推進担当	

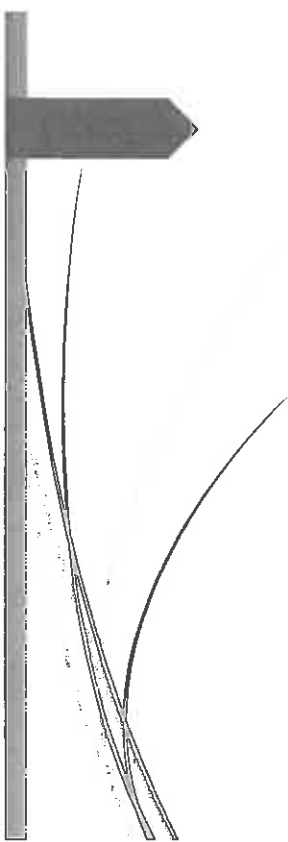


在宅療養に向けた準備

市町村職員等在宅医療・介護連携基礎研修 平成28年11月28日

1. 退院支援

訪問看護ステーションもりのみやこ 森明子



病院から家に帰りたいと思った時は、 誰に相談していますか？

- ▶ 一人で病院に通えなかったり、病気が完治していないのに病院から退院するように言われたりすると、見捨てられたような気持ちになるかもしれませんが**そうではありません！**
- ➡ まずは病院の**医療相談室（地域連携室）**を訪ねましょう。**退院支援の専門相談員や専従の看護師が、あなたの希望を一番に考え、主治医と調整しながら退院への準備をしてくれます。**




退院が決まって不安なことはありますか？

- ▶ 自宅での療養生活には、下記のような様々な不安があります。
 - 尿の管や胃ろう、インスリン自己注射等の医療的ケアを行う
 - 麻薬や抗がん剤などの薬の管理（がんの末期状態の方など）
 - 糖尿病や心不全などの治療食
 - 一人暮らしの生活全般の不安
 - 病院への定期受診 ●経済的なこと ●介護の負担感
 - ベッドや車椅子、手すりの設置等の療養環境の整え方
 - 急変した時の入院先
- そこで退院前に、ご本人やご家族、医療関係者みんなで話し合います。



退院前の話し合いに参加する人たち

- ▶ 病院の主治医、地域の在宅医（かかりつけ医）
 - ▶ 病院の看護師や退院調整の医療相談員
 - ▶ ケアマネジャー
 - ▶ 訪問看護師や訪問リハビリ担当者
 - ▶ 管理栄養士
 - ▶ ホームヘルパー
 - ▶ 福祉用具専門相談員など
- 退院時共同指導（診療報酬で算定出来ます）



イザという時に頼りになる 24時間365日、訪問看護ステーション

- 子ども（重症心身障害児）から高齢者まで、お宅を訪問して看護を提供しています。
 - 寝たきりで医療器具をつけている人など、介護度が高い人だけでなく、通院している人も訪問看護を受けられます。
 - 医療の知識や技術を持ち主治医と上手に連携をしてくれる訪問看護師とゆっくり話ができるので、自宅での療養生活を安心して続けられます。
（食事や排泄のこと、入浴介助や、容態の悪い時の判断など）
- 入院中に病院にお伺いして、ご本人とご家族にお会いし、介護保険の申請代行や
退院後も必要な処置を 病院の看護師さんと一緒に行います。



<事例紹介>

家族の介護力は乏しく ベッドを置く
スペースも窓もない自宅へ帰りたいたいと
いう がん終末期の患者への退院支援

- 70歳代 女性
- X年12月 腹水・血便にて開業医から紹介
- CT所見：卵巣がん がん性腹膜炎、胸膜炎
- 本人、家族へ：
手術困難の末期がん、抗がん剤治療をしたが効果なく悪化している状態



本人の状態

- ADL：寝たきり 自力体位交換不可 全介助 傾眠傾向（意識混濁あり）
- 疼痛：フェントステープ1mg貼付薬・オプソ内服
- バイタルサイン：血圧低下 微熱 黄疸 全身浮腫
- ストーマケア：常時水様便排泄状態にて蛇管つきパウチ使用
- 尿バルーンカテーテル留置
- 褥瘡処置（仙骨部など）
- 末梢点滴（経口摂取減少）
- 口内炎多数：食前後に含嗽液使用
- 食事：きざみ食 とろみ付き ギャッジアップ全介助
- 呼吸困難：在宅酸素療法中



家族状況

- 夫：心疾患で1か月前に他界
- 長女：50歳代 無職 ひきこもり？
一度も面会に来ていない
- 次女：50歳代 スーパー店員
知的レベルやや低い印象
キーパーソン



キーパーソン次女との面接

- 「帰りたいというならそうします。お父さんの仏壇をまだ見ていないので見たいんだと思います。元気になって歩けるようになればいいな。」
- 「家に人が来るのはいいです。姉がいるので、面倒はみてもらえます。ご飯も作れるし、」
- 「頼れる親戚はいません」
- 自宅：一軒家の借家 平屋
- 寝具：布団 「ベッドを置く場所はありません」
- 経済状況：本人の厚生年金と次女の給料



病棟看護チームでのカンファレンス

- 本人は自宅に戻ることを強く望んでいる
- 予後は、月単位の見通し

課題 ↓

- # 次女の病状の理解が不十分（日中仕事で家に居ない）
- # 主介護者となる長女の病状理解？ 介護力が不明？
- # 自宅環境の情報が不足

➡ 訪問看護ステーションのケアマネジャー（看護師）と訪問看護師に依頼しよう！



次女の仕事帰りに合わせて自宅の様子を・・・ ・・・7月下旬 連日30℃超えの日々

- 平屋の古い賃貸住宅。6帖間が2つ。
- 玄関の間口は狭く、ダンボールが積み重なり出入りが大変。
(ストレッチャーが入らない。ベッドを何処から入れるか?)
- 玄関脇の台所は、梅干の大樽が多量に占拠 (入院前に母が作った・・・)
- 長女の部屋には暗幕が掛けられ入室出来ず。
- どの壁にも古い箆笥が置いてあり壁が見えない。暗い。
- 本人が療養する部屋には窓がない。ベッドのスペースがない。
(立派な仏壇を置いたため、テラス側窓に箆笥を移動していた)
- 網戸が無いので、暑くても夜は虫が入る為に窓を開けられず。
- 風呂は無し。
- トイレは汲み取り式。



訪問看護師とケアマネの動き

- ・ 介護保険は、次女さんと面接後に申請代行。
翌日、認定調査済み。
 - ➡ 調査に関する特記事項欄に緊急を要する事を記載したため
- 訪問看護は介護認定前からの訪問が可能。
 - ➡ 診断名 (癌末期) につき医療保険になるため
- ・ 訪問看護の体制を検討
 - ➡ 連日、しかも一日複数回の訪問が必要と予測されたため



ケアマネ・訪問看護師・院内チーム とのカンファレンス

初回面接から9日後 19時～

- 訪問看護・・・3回/日（朝・昼・夕）の計画
- 病棟Nsの家族指導・・・食事作りと介助、レスキュー対応のみ
- オムツ・・・テーナフレックスマキシン
- ストーマ蛇管・・・Aキャッチ
- 褥瘡予防・・・クリーンコットン
- 暑さ対策・・・アイスノン
- 静脈点滴の対応困難時は、皮下点滴



ケアマネ・訪問看護師・院内チーム とのカンファレンス（つづき）

- ベッドとエアマットの手配・・・要介護2以上の認定見込みで準備
- 自宅の環境整備・・・家族だけでは無理。
退院日の午前に、ケアマネ、訪問Nsが手伝う
- 退院時の移送・・・担架式ストレッチャー
- 在宅医への調整・・・なし
- 緊急時の対応確認・・・当院
- 退院日の設定・・・月曜日
- 在宅期間の目標・・・1週間
- 本人、家族の持つ強み

家に帰りたいたいという意向が一致。

何とかなるというおおらかさがある。

穏やかで仲が良い。



そして、うちへ帰る

- 訪問看護師とケアマネの初回面接から14日目
(何度も血圧低下や黄疸の増強、呼吸困難を繰り返し退院が延期に・・・)
- 退院当日 9時 : 訪問看護師とケアマネが自宅訪問
環境整備・福祉用具搬入
- 13時30分 : リーベン (民間救急車) で自宅退院
病院Nsの同行



訪問看護の状況

- 退院時、意識はあるが血圧80台。本人の笑顔が見られた。
- 室温は35度以上。玄関ドアと窓を開放しアイスノンを着用。
- しかし、夕方訪問時には 長女がドアも窓も締め切り本人は熱中症になりかけていた。 →アイスノン2個交換+扇風機2台使用。
 - ・ 訪問の都度、水分摂取・体位変換・点滴・排泄処理・室内換気等を行うが、次に訪問すると、部屋は閉め切り熱風 (扇風機による) 状態。
 - ・ 冷凍庫にはアイスノンではなく、長女が食べるアイスクリームが入っていた。
- →長女には介護力が無く、正常異常の区別が出来ない・・・。
 - ・ トイレは汲み取りでドアは開けられず水様便はミルトン空瓶に。
- 20時近くに次女が仕事から帰宅して母親の介護をしていた。



退院から3日目

- ▶ 朝から尿量減少。全身浮腫増強。無呼吸出現。
- ▶ 夕方訪問時、意識混濁状態。外気温も室内も高温状態。
- ▶ 長女は母親の近くに寄らなくなりそわそわして不安な様子。
- ▶ 「お母さんに家に居てほしい？」の質問に困り、「入院して欲しいの？」の質問に頷き安心した様子でTVを見始めた。
- ▶ 18時40分に次女が帰宅。母親の状態悪化をみても「お母さんは暑いから返事をしないのかな。朝仕事に行く時は行ってらっしゃいと言ってくれたのに～」と泣きそうになる。
- ▶ 癌の末期である事を受容できていないと判断し再度病状の説明を行い、日赤相談室に連絡。
- ▶ 救急車で日赤に搬送→入院。



病院での看取り

- ▶ 救急外来での受け入れ
- ▶ 翌日、次女が見守る中、病院で死亡
- ▶ 次女「おうちに帰りたかったんだもんね、お母さん」
- ▶ 「看護師さんに来てもらって本当によかった」



ふりかえり

- 「帰りたい」と語った本人の言葉を病棟看護師が拾い上げ、家族ケアを行いながら退院支援へとつなげた。
- 3日間、猛暑の在宅療養だったが、本人・家族とも自宅で過ごすことの不満はなく、家族との大切な時間を過ごされた。
- 本人や病院に面会にくる次女からは全く見えてこなかった情報（家族状況、家屋環境）が、訪問看護師とケアマネの家庭訪問により、退院に向けての課題が明確になった。
- 困難事例と感じながらも、院内外の多職種でカンファレンスを行い、多様な視点でアイデアや対応策を検討することで、チーム全体の力となった。