

重度の介護が必要な患者における退院指導の一症例

橋本 洋子¹⁾ 平尾 紀美枝¹⁾ 橋本 智哉²⁾

要 旨：交通事故による頭部外傷後に、重介護が必要な患者・家人に対し退院に向けて取り組んだ内容について報告する。症例は30歳代男性。交通事故により左急性硬膜下血腫・脳挫傷で他院へ入院した。開頭血腫除去術・脳室-腹腔シャント術・気管切開・胃瘻造設施行後に遷延性意識障害となり、回復期リハビリテーション目的で当院へ転院となった。転院後に小腸壊死を発症し、手術施行。空腸・回腸に人工肛門を造設し、更に中心静脈ポートを造設した。患者は重介護状況であったが家族は自宅退院の道を選択し、退院に向けての指導を開始した。褥瘡悪化や四肢の緊張・拘縮の緩和、介護負担軽減のためバクロフェン髄注療法を行った。退院指導中に一時的に指導中断となるが、各コメディカルとの協力・連携を行い、介護者となる家人の思いを尊重し精神的な訴えを傾聴する事で自宅退院へ繋がった。

【Key words】 重介護，退院指導，自宅退院

緒 言

一般社団法人日本損害保険協会助成事業¹⁾による報告では、交通外傷により日常生活自立度がC2に変化したのは42.4%であり、自宅退院する割合は全体の約2割であった。また、厚労省のホームページ²⁾では在宅療養を可能にする条件は、①日常生活動作(以下ADL)に伴う介護サービス40.6%，②家族の協力35.4%，③福祉用具27.9%と述べている。重度の介護が必要な患者が若年者である場合は、介護者は患者の家人になることが多く、その介護負担・不安は多大なものである。若年者であるが故に家人の思いも強く、自宅退院する際には、患者家族の環境や生活などを犠牲にする場合も多い。今回、交通外傷後の遷延性意識障害の為リハビリテーション(以下リハビリ)目的で入院してきた患者が、入院中に小腸壊死を併発し、人工肛門造設・中心静脈(以下CV)ポート造設を施行した。緊張、拘縮の緩和や介護軽減を目的にバクロフェン髄注(以下ITB)療法を施行した。寝たきり介護を要する患者が在宅での気切カニューレ管理・人

工肛門管理・CVポートによる栄養管理を行いながら退院する症例は稀であるため報告する。

症 例

症例は、30歳代男性。2016年X月交通事故で近医へ救急搬送。左急性硬膜下血腫と診断され、減圧開頭血腫除去術を施行された(図1)。その後、水頭症を併発したため、脳室-腹腔(以下VP)シャント術を施行したが、遷延性意識障害は改善せず、気管切開術と胃瘻造設術を行なった。受傷X+3ヶ月後にリハビリ目的で当院へ転院となった。家人の希望で外傷の患者が集まる療養センターへの転院準備を進めていた。受傷X+5ヶ月後に小腸壊死にて小腸全摘出術と人工肛門造設術を施行した。術後一時的に人工呼吸器管理が必要であったが、無事離脱できた。受傷X+7ヶ月に中心静脈ポートを造設した。その後胆嚢炎を発症し経皮経肝の胆嚢ドレナージ術を行なった。全身状態は不安定で、常に全身管理が必要な状態

1) 福井総合病院 看護部

2) 福井総合病院 脳神経外科

(採択日 2019年11月)

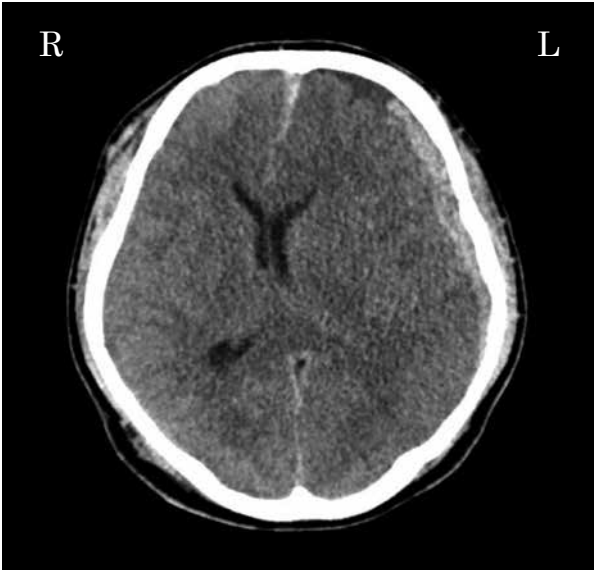


図1. 受傷時の頭部CT

であり、家人が希望していた療養センターへの転院は断念となった。ADLは全介助で、四肢の筋緊張著明で拘縮し、介護困難な状況であったが、家人は自宅退院の道を選択した。担当看護師として、医師および各コメディカルと連携し、退院に向けて家人への指導計画を立案し、約4か月の退院指導の後に自宅退院となった。

退院指導の実際

退院指導は患者の家人が来院時に施行した。家人は、入院日より両親が交互に付き添いをしてきた。家人への指導内容については、スタッフ間で情報共有し、退院後に必要なケアを考慮した。ケアの内容としては、吸痰、人工肛門パウチ交換、CVポート管理、オムツ交換、ポジショニング・体位交換、口腔ケア、移乗介助をあげた。

退院指導については、医師を始め各コメディカルを一つのチームとして考え行動した。チーム全員が指導内容を把握出来るように、看護計画を立案・修正し、指導内容・方法を具体的に明記した。実施は、医師・理学療法士(以下PT)・作業療法士(以下OT)・言語療法士(以下ST)・コミュニティーソーシャルワーカー(以下CSW)・退院支援看護師・病棟看護師が施行した(図2)。技術評価にはチェック表を用い、両親と一緒に処置を行って技術確認した。再度評価した内容を情報収集し、計画修正後に実施、更に評価へと繋げた。

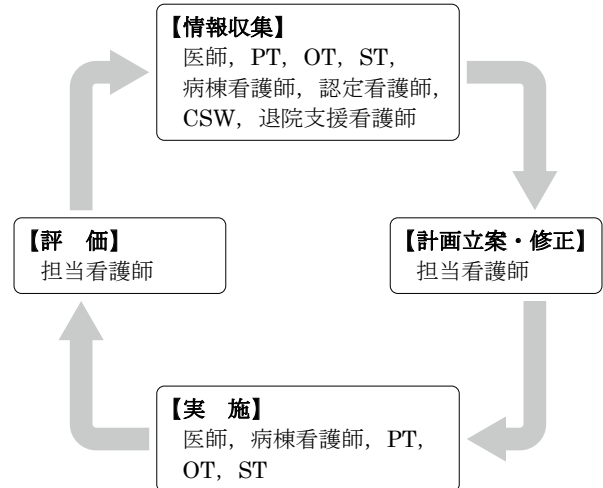


図2. 退院指導計画の流れ

		指導期間		
		X+10ヶ月	X+11か月	X+12ヶ月
指導内容	吸痰	→		
	人工肛門		→	
	おむつ交換		→	
	中心静脈ポート		→	
	ポジショニング 体位交換		→	
	口腔ケア		→	
	移乗介助		→	

図3. 指導経過

指導内容が多かったため家人の負担を考え、生命維持に関わる吸痰指導から開始した。指導項目によって開始時期をずらした(図3)。CVポート留置針の交換は1週間に1回、人工肛門パウチ交換は1週間に2回の為、家人に指導出来る機会は少ないと判断し、早めに取り組んだ。

病棟看護師が指導した内容は、吸痰方法、人工肛門パウチ交換、CVポート管理、オムツ交換、体位交換であった。リハビリスタッフが指導した内容は、PTがポジショニングと移乗介助方法、OTは他動的関節可動域訓練、STが口腔ケア指導であった。

痙縮に対する治療として、髄注内パクロフェン(以下ITB)療法を提案した。ITBポンプは、通常腹部に埋め込み術を施行するが、VPシャントチューブや胃瘻、人工肛門などがあったため腹部の埋め込みは困難であっ



図4. ITB埋め込み術後のX-P

た。その為に受傷X+13ヶ月左大腿部へITBポンプ埋め込み術を行なった(図4)。ITB療法施行後の効果としては、痙縮軽減・褥瘡改善・エネルギー消耗緩和・介護負担軽減が得られた。

退院に向けたサービス調整は、前述の在宅療養を可能にする条件を踏まえ、ADLに伴う介護サービスとして、CSWと退院支援看護師が協力し患者の状況に応じた医療を含む介護が行える事業所を提案、事業所との繋がりや他職種に対し経験が多い相談員に依頼した。家人の協力を得るため、担当看護師は両親とのコミュニケーションを重ねた。福祉用具は、CSWから提案された事業所の訪問看護師や訪問リハビリ・ケアサポート担当者の方々との連携で、必要時には実際に処置・ケア・リハビリの見学をしたり、介護負担軽減が可能な用具の紹介と試用を行いながら準備していった。入院期間中に携わる当院スタッフと在宅医療を担当するスタッフが患者情報を共有し、必要な処置やケアを確認した。今回は、医療依存度が高いため、早期に調整を行うことで在宅医療スタッフと家人が早期に面識を得て、複数回のカンファレンスを実施。患者・家人・病院・在宅担当者は幾度も情報のフィードバックを重ねて行った(図5)。

受傷X+10カ月の退院指導開始3ヶ月目に、指導に対し家人より拒否的な言動が聞かれた。担当看護師は家人と話し合いを行い、全身状態が安定し介護スケジュールが明確化するまでは指導中断とした。以後介護に必要な物品や1日の介護スケジュールが具体的に決まった頃には、家人からの退院に関する発言が前向きとなり表情も明るく変化し、更に痙縮軽減により介護負担も軽減した

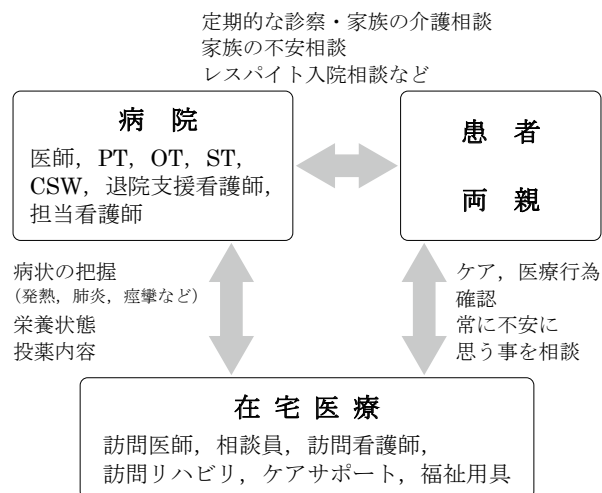


図5. 退院に向けたサービス調整

ため、退院指導を再開し、受傷X+15ヶ月後に自宅退院した。

退院の聞き取り調査

退院指導時の拒否的な言動から、指導が適切であったかを評価するため、退院6か月後に担当看護師が主介護者である父に聞き取り調査を行った。退院指導については、「退院指導のタイミング・内容は良かった。自分の中で納得がいった。」と指導への満足感が聞き取れたが、受容については「指導を受ける中での苦痛については、息子にたくさんの介助や器具を使わないといけないという現実が見えてショックだった。」「指導内容のすべてを受け入れるためには、毎日たくさんの処置が必要であることや医療用具を使用しないと生きていけない状態を受け入れる必要があると思った。」と話し涙を流した。退院後のサービスについては、「常に他人がいることで自宅であっても落ち着くことができず、ストレスが溜まっていった。そのため、退院後再度サービス調整をお願いしサービス時間の短縮とサービス内容の変更をもらった。」と話した。

考 察

渡邊ら³⁾は、「在宅へのスムーズな移行のためには、家族の不安状態をアセスメントし、不安が強い時には手

技を指導することを控え、患者の症状が安定していることや家族の心理状態の落ち着いていることを確かめて実施するような《タイミングを捉えた退院指導》が効果的である。」と述べている。退院指導を開始し、介護負担が大きい事や急変時の対応について不安があることを家人の言動より感じていたが、思慮している以上に不安は大きく、家人の不安についてのアセスメントが不十分であった。その結果、家人は退院指導を拒否するようになったと考える。家人は退院指導を受ける中で、患者が想像以上の障害を残したまま退院するという現実直面し、更に指導された全ての処置やケアを継続して行う必要があるという現実、混乱していたのではないかと考えられた。さらに、当初予定していた身体機能回復のための療養施設への転院から、重介護を要する自宅退院への方針変更は、一時的に家人の受容困難をもたらした。突然の交通外傷は本人のみならず家人の障害受容も大きな問題となる。被害者である辛さ、苛立ち、やるせない思いを傾聴し共感する姿勢も必要であった。また、重介護が必要な若年者を親が介護するという状況や思いを考慮し、精神面に配慮した退院指導を進める必要があった。

退院指導で習得した技術の向上と同時に、早期から退院に向けたサービス調整が明確化する事で両親は退院に前向きに取り組むようになった。入院中から在宅医師を中心に訪問介護・訪問リハ・ケアサポート担当者が常に介護サポートに携わるという配慮を感じ、住宅改修など療養環境の調整を行うことで、退院後の生活が現実化した。多くの支援があることも認識でき、両親の不安軽減、自信へ繋げることが出来た。チーム医療によって各スタッフが同じ目標を持ち共同したことが、医療依存度が高い患者の自宅退院に繋がったものと思われる。

退院後の聞き取り調査の結果より、家人にとって自宅に在宅医療スタッフが常に出入りする事がストレスになっているとわかった。看護師はサービスを長時間利用することが介護者にとって介護負担軽減になり良いと考えていたが、他人が自宅に出入りする事へのストレスを予期できなかった。在宅療養において患者及び家人が安寧に過ごすためのサービス調整を入院時から行なう事の難しさを感じた。退院指導は多方面から情報収集を行い、患者だけでなく家人の退院後の生活状況も踏まえた上でサポート出来るよう調整する必要がある。

結 語

重度の介護が必要な患者を在宅療養へと導くためには、家人の障害受容を考慮した上での指導が必要であり、そのためにはスタッフ間の連携が重要である。中でも看護師は病院と自宅とのつなぎ手として重要な役割を担う。今後は、退院後の在宅サービスが患者・家族にとって適切であり、在宅療養が安定して行えているかの調査が必要である。

謝 辞

ご協力いただきました患者・家族の皆様、福井総合病院スタッフの皆様に深謝いたします。

著者全員に本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれも有りません。

文 献

- 1) 公益財団法人 日本訪問財団ホームページ. 東京: 一般社団法人日本損害保険協助力助成事業「交通事故等に起因する障害児、者の訪問看護実態調査」報告書; 2014. [2018 Nov 30]. <http://www.jvnf.or.jp>.
- 2) 厚生労働省ホームページ. 東京: 厚生労働省; 2014. [2018 Nov 30]. <https://www.mhlw.go.jp>.
- 3) 渡邊舞, 喜多島直美, 川添郁夫. 医療依存度の高い患者家族への退院指導. 保健科学研究 2018; 8(2):13-19.