

演 題 名 グループの連携と支援体制で長期療養から自宅へ退院した症例

施 設 名 石巻健育会病院 3階病棟

発 表 者 伊藤朋久（社会福祉士）飯山玄子（医師）武山裕美子（看護師）狩野克也（看護師）
柏聡司（理学療法士）小野寺泰弘（作業療法士）三浦ふき子（看護師）

概 要

【はじめに】

医療依存度が高く自宅退院が難しいと療養病棟に紹介となったがグループの連携と支援体制で自宅へ退院した症例をここで報告する。

【症例紹介】

T氏 43歳 男性 母・妻・子二人と5人暮らし
診断名：アテローム血栓性脳梗塞
既往歴：高血圧症，高脂血症，高尿酸血症
H24年10月16日 出張先のホテルで倒れているところを発見されS病院へ搬送、頭部MRIで脳幹小脳の広汎な脳梗塞と診断、開閉眼の従命に応じるのみだった。気管切開，胃瘻造設，吸引20回/日。自宅介護困難のため療養目的で紹介。

H24年12月19日 当院療養病棟に転院。

意識：JCS 1桁 簡単な指示は入る

表出：右手指にてOKサインなど可能

MMT：右上肢2a～3 右下肢2b，左上下肢1

胃瘻：前病院では右上肢の抑制実施

吸引：15～25回/日，吸引時に大きな反射あり

【治療（ケア）計画】

入院時：気管カニューレをメラソフィットへ変更。スピーチカニューレへの評価を行う。吸引時の反射が強いので注意。褥瘡など皮膚トラブルを未然に防ぐ。意思が相手に伝わらないと感情失禁や自傷行為あり、リハビリにて50音ボードでのコミュニケーションの確立を計画。今後の生活に関して、障害手帳や震災関連の手続き支援の計画を立案。

退院時：吸引や胃瘻、ポジショニングやトランスファーなど家族と介護スタッフが行う介護に対し、標準的な介護マニュアルを利用するのではなく専用の写真入りマニュアルの作成。指導内容が多いのでチェックリストを作成。介護指導を主介護者の母・妻だけでなく、子や親類など関われる家族を増やす。2回/月のカニューレ交換が必要な為、当院の外来通院と他院の往診を計画。自宅の環境整備と住宅改修の評価。自宅退院後の在宅療養が困難になっても介護が継続できる支援体制を検討。

【経過】

H25年4月と9月に近医耳鼻科とスピーチカニューレ

レへの変更について相談するも痰が多く断念。

H25年12月の評価時には50音ボードの利用可。その後タブレット端末を使用して余暇活動ができるようになり、結果長時間のベットアップが可能となる。H26年1月22日右顎関節症による開口困難のため紹介元のS病院へ転院。歯科口腔外科で治療しH26年2月26日に再入院となる。リハビリにて車イス離床時間の延長や内服薬による精神安定の効果により吸引回数減少し、自宅退院をカンファレンスで検討。本人は自宅退院を希望したが、家族は介護の自信がないと療養継続となる。H26年6月介護拒否や自傷行為、病院備品の破壊などとストレスを強くぶつけるようになった。患者本人の希望する自宅退院ができないための行動と判断し、家族を含めたカンファレンスを実施。主治医はレスパイト入院を利用しながらの自宅退院を提案、相談員からは訪問看護や複合型など当グループの支援体制など説明。まずは看護師・OT・相談員同行での外出を提案しH26年12月に実施。2年2ヶ月ぶりの外出を喜ぶ本人の顔を見て、家族が自宅介護を決意した。吸引指導や体位交換、胃瘻の手技やオムツ交換、寝衣交換など看護介護指導を実施。住宅改修や環境整備、介護・障害サービス进行调整しH27年8月3日に退院。

【結果】

MMT：右上肢3～4 50音ボード・タブレット使用可
吸引：10回/日（本人希望時）

全介助であるが寝返り時の協力動作など獲得。頸部安定性が向上し数秒なら端座位保持可能となった。要介護5 当院外来・他院往診，訪問看護，訪問介護福祉用具，訪問リハビリ，ショートステイ，住宅改修身障手帳1種1級 障害支援区分6

デイサービス（支援費）

【考察】

医療依存度と介護量が高く、介護保険と障害支援サービスを利用しても家族の負担は計り知れないものであった。在宅介護に踏み出した家族のきっかけはグループの連携と支援体制、つまりは在宅介護で何かあった場合は病院を含むグループが一緒に本人と家族を支えますという安心感であると強く感じた。