

演 題 名 在宅復帰困難といわれた患者への支援

施 設 名 いわき湯本病院

発 表 者 ◎井内智美(看護師) 大根田実(医師) 五十公野和子(看護師)他1階病棟スタッフ  
齊藤慎太郎(PT) 沖澤武志(PT) 早川幸江(薬剤師) 山野早苗(ソーシャルワーカー)

概 要

【はじめに】

S氏は乳がんによる左胸郭形成術後、さらに慢性閉塞性肺疾患があることにより、入院前より酸素吸入をしながら独居で生活をしてきた。外出中の転倒により骨盤骨折をし、骨盤への荷重は困難であり、自宅の立地条件からも自立歩行での独居生活は不可能であると説明を受けた。しかし、S氏はもう一度自宅で生活したいという強い思いがあり、在宅復帰に向けて医師、看護師、リハビリなどで検討し、自宅に手すりの設置や、自宅でのリハビリを計画した。その結果、介護サービスを受けながらも在宅復帰ができたため、その症例について報告する。

【症例紹介】

S氏：77歳女性 未婚 子どもなし

病名：骨盤骨折

既往歴：慢性閉塞性肺疾患(在宅酸素療法導入中)  
左乳癌(左胸郭形成術)・左気管支胸膜瘻・  
腰椎圧迫骨折・緑内障・高血圧・  
アルツハイマー型認知症

キーパーソン：ケアマネージャーを頼りにしている。  
妹は神奈川県で妹に何かあったときには訪問したり電話をしたりしている。  
弟は市内在住も脳梗塞後遺症で半身麻痺、車椅子での生活であり関わり合いがなく電話での付き合いもない。

介護度：要介護4(入院前は要介護2)

生活歴：現在の住まいに子どもの頃から住んでいる。  
父親が早くに亡くなり母親と叔母と3人で生活していた。自宅で洋裁などの内職をしながら、母親や叔母の介護を行った。二人とも亡くなってからは自宅で1人暮らしをしている。  
腰痛や体力の低下に伴い、介護保険の訪問介護をH20年から利用している。

【治療(ケア)計画】

- ①リハビリが順調に経過し、杖歩行が可能となる。
- ②手すりの設置により自宅での退院後のイメージが図れる。
- ③試験外出により自宅での生活に自信を持つことができる。

【経過及び考察】

入院時はバストバンド装着、右側臥位の禁止、食

事時のみベッドアップ可、座位不可の指示であった。まずは筋力低下予防を目標に介入を開始した。入院後1ヶ月で全荷重許可となり端座位訓練、立位訓練開始となる。入院後2ヶ月で歩行訓練開始、ポータブルトイレの使用訓練を開始した。同時に毎日看護師見守りのもと、点眼、内服薬の自己管理を開始した。開始当初は忘れることもあったが声かけを繰り返すことにより少しずつ自ら実施できるようになってきた。

ケアマネージャーと連携し、S氏の希望も取り入れ自宅での生活に向けて、手すりの設置を行った。その後、自宅での生活をイメージしやすくし、実際に不自由な点はないかの確認とS氏の自信につなげるため、3回の試験外出でPT同行のリハビリを実施した。帰院後は情報共有、問題抽出、対策を検討し、病室でも自宅と同じ設定で生活ができるようにした。また帰院後は声かけをし、患者の反応を確認した。徐々に自宅での生活に自信を持てるような声が聞かれるようになり、入院後3ヶ月で退院することができた。

これらよりS氏の状態を把握し、具体的な計画と多職種の連携により自立歩行の確立につながったと考える。また、社会資源の活用によりS氏のニーズへの対応がされ、自宅でのリハビリの実施、病室を自宅と想定した生活をしたこと、自宅での生活をイメージできるような声かけをしたこと、ADL向上、セルフケア能力に自信を持つことで退院への支援強化につながったと考える。

【おわりに】

入院当初、S氏は今後施設への入所になるであろうと考えていた。しかしS氏の強い在宅復帰への希望があり多職種でカンファレンスを何度も繰り返して、希望を叶えることを目指して介入していった。その結果、介護サービスを受けながらも希望通り住み慣れた自宅への退院となった。改めて多職種での介入の力強さを実感できた症例であった。独居高齢者が増加している現在、慢性閉塞性肺疾患や認知症、生活習慣病などの疾患を抱えていることも多く、できる限り住み慣れた環境で生活していくことができれば、高齢者のQOLの向上へつながると考えられる。