

重症神経難病患者の在宅移行期の看護課題

－ 医療処置を要する 2 事例を通して －

南 7 階病棟：発表者 丸山ひさみ

医療技術短期大学部看護学科

牛込三和子・柳沢 節子

塩尻市社会福祉協議会 豊島 春美

松本市社会部保健課保健指導担当

金井 佳子

I はじめに

神経難病の多くは緩徐に進行し、運動障害・呼吸障害・構音障害・嚥下障害・排尿障害を起こし、その進行と共に重篤な合併症を併発する。その為入退院をくり返しながら次第に長期入院となる例が多い。最近社会情勢の変化や患者・家族の意識変化の中で在宅移行への援助を真剣に取り組む必要が生じている。

今回、患者・家族の希望で運動障害・気管切開・経管栄養・カテーテル排尿の状態在宅へ移行した 2 事例を体験した。2 事例の援助過程を分析し、在宅移行期の看護課題を明らかにしたので報告する。

II 方 法

気管切開・経管栄養・カテーテル排尿の状態退院した 2 事例について在宅移行の為に行った援助内容を入院看護記録、訪問看護記録から抽出し、病院・地域の看護職による事例検討により分析、在宅移行期の看護援助課題を明らかにする。

III 事例内容

<事例 I>

1. 事例の概要

性、年齢：女 58才 主婦

診 断 名：オリブ・橋・小脳萎縮症

家族状況：夫（62才）と 2 人暮らし

夫は1985年4月以降介護にあたっている。高血圧・腰痛症があり受診中。主な収入は夫の年金と本人の障害年金。長男、長女は他地域に独立して生活。

入院期間：1988年5月3日～7月3日

入院までの経過：1983年下肢の倦怠感に気付く。

1984年12月～1985年3月 第1回入院、診断の確定。

1985年12月 歩行不能、車イス使用。

1986年8月～9月 第2回入院。排水障害と発熱にて入院。自力での体位変換不能で、呼吸障害、嚥下障害、構音障害の状態。

第3回入院中の経過：1988年5月3日呼吸不全，脱水状態で入院。

5月15日 気管内挿管，尿カテーテル留置。

5月17日 経管栄養開始。

5月20日 気管切開施行（カフ付カニューレ装着）。

5月24日 留置カテーテル抜去。間歇導尿を開始。

6月18日 呼吸状態落ち着きシリコンカニューレに変更。

2. 在宅移行にむけての援助経過

（1）在宅移行決定のいきさつ

入院初期より夫は「状態が良くなれば自宅に連れて帰り自分で世話をしたい。その為に出来るだけ早く経管栄養，カテーテルの管理等について入院中に経験を積み技術の習得をしたい」との意向を示した。夫の介護姿勢から在宅の可能性を判断して準備を始める。

（2）在宅移行準備として行った事

1）夫への技術指導（図－1）

一つ一つの技術を実践に実施できる事を目標に，食事の援助から技術習得を始めた。退院時には夫1人で確実に実施できる状態であった。

2）器具，器材の準備（患者負担による購入）

＊吸引器，超音波ネブライザー ＊カテーテル類（吸引，経管栄養）

＊自己導尿用カテーテルセット ＊シリコンカニューレ

＊消毒かん ＊聴診器 ＊ガーゼ ＊処理用ゴム手袋

衛生材料については以後，訪問看護婦が供給することになった。

3）試験外泊の実施

家族介護による自宅での生活が可能か判断する為に退院前10日に1泊の試験外泊を行なった。外泊時は長男が帰宅して夫の介護を支援した。外泊前は不安が大きかったが，外泊中に在宅療養の環境を整える事，自分の計画で介護が出来たことから，何とか出来ると夫は評価した。

4）地域医療職との連携

第1回カンファレンス（退院前12日）。夫，病院主治医，看護婦，地域保健婦が出席し退院準備の確認を行なった。

① 病状と今後の問題点（病院主治医）

② 夫の技術習得状況（看護婦）

③ 地域主治医への診療依頼（病院主治医）

④ 福祉資源の活用可能性（保健婦）

第2回カンファレンス（退院前2日）。夫，病院主治医，看護婦，地域保健婦，市訪問看護婦が出席。

① 訪問看護婦との顔合わせ，週2回訪問予定。第1回訪問日時の打ち合わせ。

② 地域主治医の確認。2週1回の往診を依頼。夫は大学病院受診を強く望んだが病状から受診は困難な事が予想されるため，これまでの家庭医に往診を依頼することを勧めた。病院主治医からの紹介状を持って夫が直接依頼を行なった

③ 緊急時の受け入れ（大学病院）

④ 専門医診療について 日時の予約

3. 退院後の経過

退院後1日地域保健婦，医療短大看護教官が訪問。退院後2日訪問看護婦訪問。退院後3日保健婦，訪問看護婦で地域主治医を訪問。退院後6日，11日訪問看護婦訪問。退院後12日地域主治医往診。以後週2回の定期訪問を行なっている。夫は他人の介入により生活のリズムが崩れることを嫌い，一人でやり抜く意向を強く示しケアへの介入を拒んだ。訪問看護婦は定期訪問を続け夫の話しを聞き，その疑問や不安に答える努力をした。滅菌材料の供給，2ヶ月後に発生した褥創ケア方法の指導，病状についての判断を示すなど夫の力になっていった。患者は一時呼吸回数の増加があったが，夫の厳しいまでの忠実な介護により病状は安定していった。しかし一寸した病状の変化について不安をくどいまでに訴えた。持病の腰痛，高血圧の悪化も心配され，共倒れの可能性が懸念された。

地域主治医は長年の主治医であり，夫も通院しており介護者の心の支えとなっている。しかし地理的に離れていること，及びチューブ類の交換は経験が無いとの理由から往診は1回のみで中断する。病院外来に夫が代替受診して病状報告と内服薬を受領している。退院5ヶ月後に訪問看護婦の援助で外来で診察を受ける。

<事例Ⅱ>

1. 事例の概要

性・年令：男 56才 農業（果樹，野菜）

診断名：オリーブ・橋・小脳萎縮症

家族状況：母親（79才），妻（52才），長男（26才），長女（25才），二女（23才）の6人暮らし。

妻が農作業の傍ら介護にあたる。脳血栓後遺症にて軽い歩行障害があり受診中。主な収入は農業収益（長男），本人の障害年金。

入院期間：1988年5月21日～8月31日

入院までの経過：1982年歩行時左下肢が動きにくい事に気付く。

1983年 排尿障害出現。

1986年12月～1987年2月 第1回入院。診断の確定。歩行障害，嚥下障害，排尿障害あり。カテーテル排尿状態で退院。以後社会福祉協議会訪問看護婦の訪問指導が開始される。

第2回入院中の経過：1988年5月3日 呼吸不全でS病院入院。人工呼吸器装着。

5月6日 気管切開施行。

5月12日 経管栄養開始。

5月21日 大学病院に転院。

7月7日 肺炎症状改善し人工呼吸器離脱。

2. 在宅移行にむけての援助経過

（1）在宅移行決定のいきさつ

夫から「自宅に帰りたい」と気持ちを伝えられ子供の励ましもあって在宅療養を決定する。

妻自身の健康状態から在宅は困難が予想されたが、患者の意向にそって準備を始める。

(2) 在宅移行準備として行なった事

1) 妻への技術指導(図-2)

一つ一つの技術を確実に実施できる事を目標に援助を開始する。母親が病気のため病院に来る回数も少く実際に行なったのは2週間である。病院内では確実に出来る事を確認した。

2) 器具、器材の準備(患者負担による購入)

- * 吸引器、超音派ネブライザー * 吸引用チューブ
- * ガーゼ * 処置用ゴム手袋

3) 試験外泊の実施

家族介護による自宅での生活が可能か判断するために退院前16日に1泊、退院前11日に2泊の試験外泊を行なった。この外泊中、訪問看護婦が毎日訪問した。第1回目の外泊時は吸引が頻回で退院に不安を感じていたが、2回目の外泊時は吸引回数も少なく病状も安定しており、自宅で介護できそうだと妻は評価した。訪問看護婦によりエアーマットレス、体位変換用小枕の貸し出しが検討され決定した。

4) 地域医療職との連携

退院カンファレンス(退院前21日)。訪問看護婦、病院主治医、看護婦が出席し退院準備の確認を行なった。

① 病状と今後の問題点(病院主治医)

② 地域主治医の確認と依頼方法。地域主治医の決定にあたっては、家族の情報により各チューブ類の交換、緊急時の対応等を引き受けてもらえる医師を捜し依頼することになる。退院前13日、病院主治医の連絡で地域主治医が来院。患者、家族との面会の上で医師間の引き継ぎが行なわれた。

③ 緊急時の入院受け入れ(大学病院)

④ 妻の技術習得状況(看護婦)

⑤ 訪問看護体制及び訪問日時の打ち合せ。

⑥ 福祉資源の活用、ガーゼの滅菌と供給、貸し出し物品の確認、訪問看護婦の技術指導(器具の使用方法和看護ケア技術の見学)

3. 退院後の経過

退院前日より3日間、準備と状況把握のために訪問看護婦が訪問。その後も週2回の定期訪問を行なう。地域主治医は週1回カニューレ交換のため定期往診。退院当初は吸引回数も少なく呼吸状態は落ちついていた。退院後14日外来受診時、褥創の形成と清潔ケアの不足が観察された。退院後27日発熱、肺炎症状を起こし、退院後30日地域主治医からの連絡で再入院した。

IV 事例検討及び考察

事例Ⅰでは、夫は多くの技術習得に戸惑いや不安を持ったが、夫の努力で在宅に移行できた。夫の介護の元に患者は病状も安定して在宅療養を10ヶ月続けている。しかし、夫が訪問看護に「もっと入院していたかった」と漏らしている事から在宅で一人で24時間介護していくことの厳しさについて考えさせられると共に、在宅移行時の準備が不十分であったことが解かった。その1つは、

家庭介護者は手技ができて症状変化に伴う判断が出来ないことから、いつも不安を持って介護している。そこに看護職の援助が必要である。2つには、訪問看護婦の看護ケアへの介入を拒んだことについて訪問体制作りの不十分さと、訪問看護婦の持てる条件を入院中に充分活かせる準備ができなかったことが大きい。3つには試験外泊について1回の試みでは不十分である。自宅での24時間の生活でどんな体制が必要か、生活のリズムが確立できるまでの準備をする必要性が解かった。

事例Ⅱでは、地域主治医の定期往診及び訪問看護婦の定期訪問により、在宅医療体制の元で移行できた。しかし1ヶ月後肺炎を起こし再入院したその要因としては、看護量の不足が最も考えられる。家族は技術の習得はできて症状の変化に伴って判断し、介護していく事は出来ない。これを補う地域看護職の体制も不十分といえる。

以上の検討から、在宅看護上の問題として明らかになった事は次の通りである。

1. 気管切開、経管栄養、カテーテル排尿の状態にある患者は、専門的な看護ケア技術が必要であり、家族による介護では技術的に限界がある。また介護者の心身の負担が大きい。
2. 在宅移行期には患者の病状が不安定となりやすく、直接ケアの提供、介護者の教育と支援、医師との連携など質の高い、密度の濃い看護が必要である。
3. 医療職間の連携については、その事例に必要な医療を充分提供できるような体制作りをめざして連携を計ることである。システムのない現在は移行期の準備には十分な時間が必要である。
4. 医療器具、器材については貸し出しや費用助成の制度が不十分なため、患者負担となり経済的負担が大である。

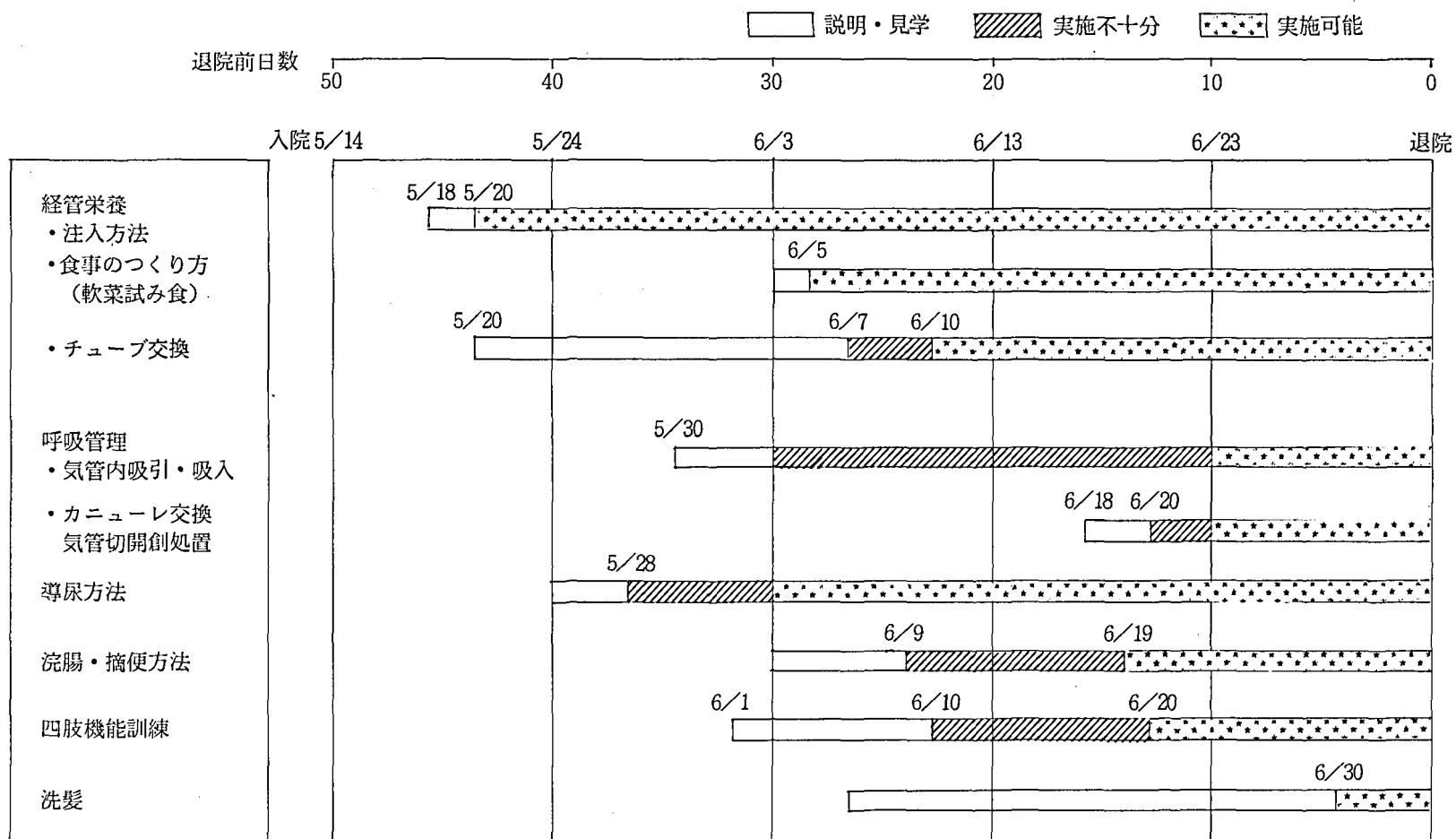
V おわりに

医療処置を必要とする患者を在宅に移行するには、器具・器材の準備、必要な技術の受け渡しをはじめとし介護量の把握、保健婦、訪問看護婦及び病診間の連携、経済性の考慮など解決しなければならない問題は多い。

今後も更に検討を重ね、患者・家族が安心して在宅へ移行できるよう努力していきたい。

参考文献

- 1) 川村佐和子：難病の在宅ケア 地域保健2月号 P16～56, 1981.
- 2) 牛込三和子：神経難病患者の退院指導基準の検討（第18回日本看護学会成人看護）集録，日本看護協会出版会，1987，P197～199.



図一 1 家族への技術指導 (事例 I)

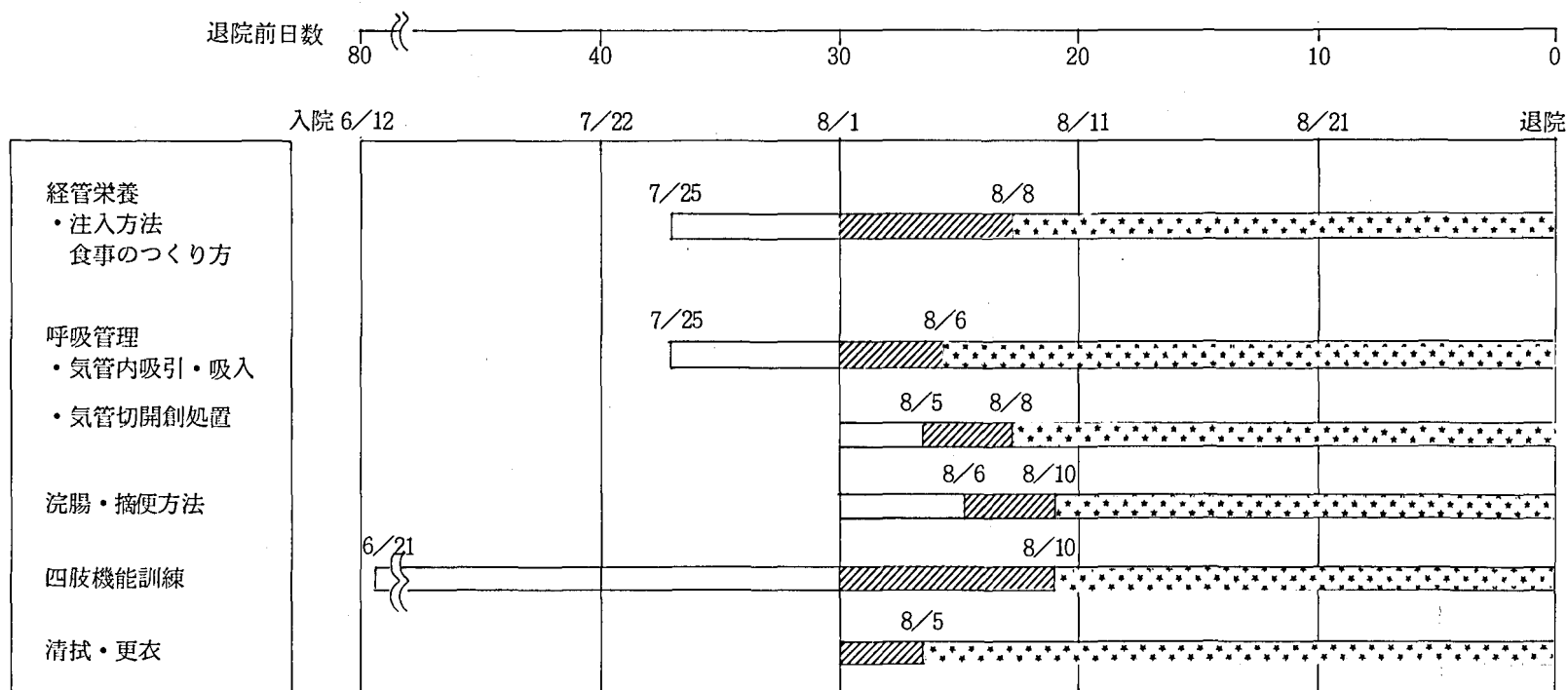


図-2 家族への技術指導（事例Ⅱ）