

長期臥床患者の自宅退院支援に関わって ～家族への支援と、社会資源活用の視点から振り返る～

An experience of discharge planning for a long-term hospitalized patient
with prolonged vegetative state

東5階病棟

原大貴 中瀬裕絵 角田愛 赤羽公子 三井貞代

〈要旨〉術後合併症を発症し、意思疎通困難・長期臥床の状態となった患者が、どこでどのように療養するかは家族の代理意思決定が重要となる。家族は初め、術後合併症が生じたことで病院での療養を望んでいた。しかし、看護師の日々のケアや関わりを通して徐々に信頼関係が築かれていった。また、退院支援看護師が客観的な立場で、意思決定前から自宅退院まで、家族の想いに寄り添って支援したことで、家族は病状の理解や受け入れができ、自宅退院を前向きに捉えられた。さらに、早期から地域医療スタッフと連携し、在宅生活に合わせたケアを計画し、家族に習得してもらったことで、最終的に自宅退院へと繋げることができた。家族が安心して安全に療養の場を選択できる為には、医療者との信頼関係のもと、医師からの説明と意思決定の支援、日々の看護師の関わりや地域医療スタッフとの連携が重要となる。

キーワード：意思決定、退院支援、家族看護

I. はじめに

退院支援とは、患者や家族が病気やその障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自らが意思決定し、それを支える支援である。4年3か月という入院経過の中で、家族も医療者も療養場所を変えるという選択が薄れ、まして術後の合併症で障害が残り寝たきりになってくると患者へのケアは膨大で、転院は考慮できても在宅は難しいと考えていた。しかし、この4年間でA病院の状況は高度救急救命センター、ドクターヘリを有し在院日数13日と変化してきた。そのためA氏の療養場所を再度検討しなければいけなくなった。医師からの状況説明、A氏の病状説明を受け、家族が意思決定をしていく支援が看護師に求められた。また家族が病状を受け入れ、在宅療養を選択したことで、安心して安全に在宅で療養するための支援が必要となった。家族に寄り添い、試行錯誤しながらも自宅退院へ結び付けられた事例を経験出来たため、ここに報告する。

II. 方法

看護記録から経過と計画・関わりを抽出し振

り返る。

研究期間：2013年1月～8月

III. 倫理的配慮

データ分析、まとめは個人が特定されないように配慮し、得られたデータは研究以外に用いず、研究者のみが責任を持って管理する。研究終了後、データは速やかに破棄する。

IV. 事例紹介

患者：A氏 80歳女性 病名：脳腫瘍

キーパーソン：長女・次女 入院期間：4年3ヶ月

右眼のかすみから脳腫瘍がみつき、2008年に腫瘍摘出術を施行された。術前ADLは全て自立であったが、術後左大脳半球の広範囲にわたる梗塞を認めた。継続的にリハビリを行うも徐々にADL低下し、食事は経管栄養、排泄はオムツ使用、清潔援助はシャワーベッド、体位交換、移乗は全介助となった。発語はあるが、意思疎通も困難な状況となった。心不全、腎不全兆候も見られるようになり、長期臥床の状態となっていた。

V. 経過と看護の実際

自宅退院を目指すまでの経過を表1に示した(表1)。

急性期、回復期においては、表1のように少しでも状態が回復するよう関わってきた。

慢性期になり、状態が安定してくると、今後どこで療養していくかを考えることが必要となった。そこで以下のような看護目標をあげ関わった。

- 看護目標：1. 今後の療養についての家族の思いが表出でき、受容できる。
 2. 看護ケア方法(吸引・体位変換・オムツ交換・注入)が習得でき、安全に行なえる。

1. の看護計画・実践・評価

看護計画

- ・家族の思いを傾聴する
- ・家族の面会時は、日々の患者の状態やその日何をして過ごしたかなど、患者の様子を伝える

・家族に対してねぎらいの言葉をかける

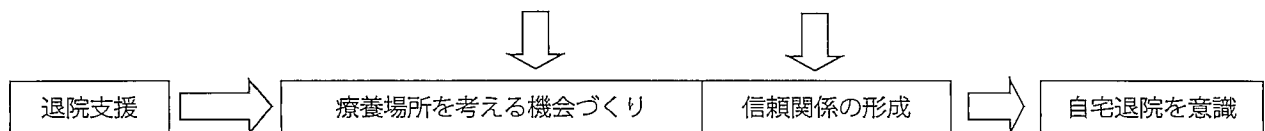
実践：寝たきりではあるが状態が安定してきたため、療養場所を考えるための説明が医師からあった。看護師は退院支援看護師と一緒に説明時には必ず同席し、家族の思いを傾聴するとともに、揺れ動く気持ちに寄り添った。療養場所をどこにするのか、病院・施設・在宅それぞれについて家族がイメージしながら選択できるように関わった。A氏がどのように思うのかも家族であるからこそ感じていることもあると考え、その思いも引き出せるよう関わった。

日々の看護では、生活ケアを統一し、看護師誰もが同じようにケアがしっかりできるようにした。また季節が感じられる工夫や、天気の良い日には車椅子に乗車し散歩に出かけた。誕生日のイベントも企画し、A氏が少しでもA氏らしく過ごす事が出来るよう関わった。家族には積極的に声掛けをし、日々の様子も伝えた。

評価：医師の説明時に看護師が同席し家族に寄り添うことは、家族にとって安心できる。まし

表1

経過	日々の関わり	家族の状況や心情
術後急性期 左大脳半球広範囲梗塞 障害が残ると予測される	・家族の思いを傾聴 ・早期リハビリ	突然の出来事で受け入れられない できるだけのリハビリをして回復をめざす
回復期 リハビリにてE4V2M6 経口摂取可能 転院にて回復期リハビリ継続	・清潔、排泄、食事等基本的な生活援助の統一 ・回復期リハビリの継続(PT・OTと連携。車椅子乗車と散歩) ・昼夜、季節を感じる工夫 ・誕生日のイベント ・家族への意図的な声かけ ・日々の様子を伝える ・家族の思いを傾聴 ・介護負担の軽減 ・医師との連絡調整 ・定期的にIC(医師)情報提供 その場に必ず同席	障害は残る 信大でずっと見てもらいたい 大切にされている 気にかけてくれている
慢性期 4か月後当院でのリハビリ希望あり 2009年4月再入院 E3V3M6 リハビリしながらの療養		合併症で同じように長期入院していた方の転院 毎日面会に来ていた夫が病気になってしまい面会に来られなくなりました。 夫は在宅で療養後入院にて永眠。
慢性期 徐々に機能低下していくと予測される E2V2M3		大学病院での療養は難しい 療養先を考えないといけな



て療養場所を変えるという意思決定の場面においては、様々な療養場所をイメージしともに考えていく過程が大切である。A氏や夫の思いをくみながら娘2人が療養場所を決定していくために、看護師の存在は欠かせない。また客観的、専門的な立場から関われる退院支援看護師がいることで家族にとっても、部署の看護師にとっても、療養場所を選択していく上で状況が整理されていった。日々の看護ケアでは、A氏の入院中の生活の様子を家族に伝えていくことは、家族にとっても療養をイメージし易く、コミュニケーションを積極的にとることで、信頼関係に繋がっていった。夫は毎日面会に来ており、A氏の側で過ごす事が多く、A氏を大切に思っていることが伝わってきた。しかし、その後夫は病気で他界された。長女は在宅で父を介護する時間の中で、A氏の在宅療養も考えるようになっていった。

2. の看護計画・実践・評価

看護計画

- ・在宅環境、介護力を確認

- ・社会資源活用の準備（介護保険申請、ケアマネージャー、訪問看護導入）
- ・必要な看護ケアを一つ一つ病院と在宅の状況を確認しながら、在宅に合わせた具体的なケアのパンフレットを作成
- ・家族の予定に合わせ、患者のケアのスケジュールを調節し、繰り返し支援を行う
- ・宿泊体験を行う

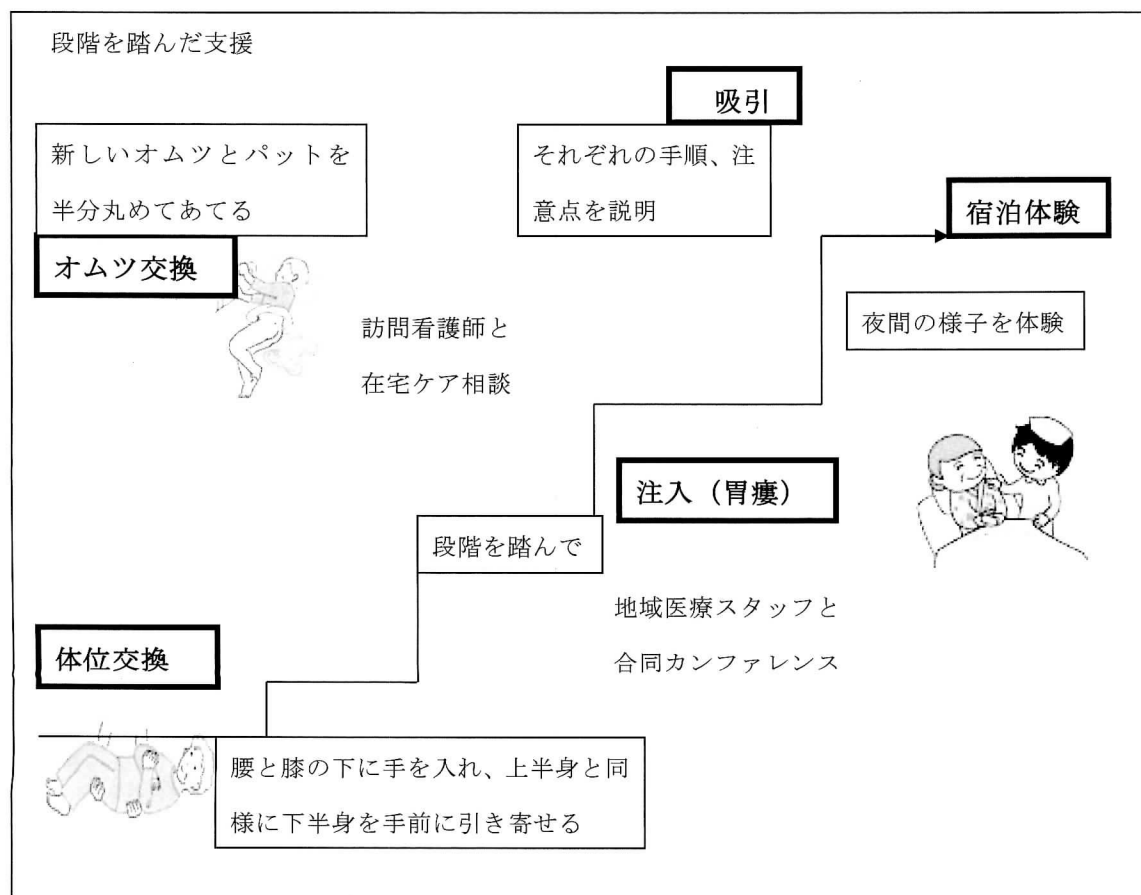
実践と評価：ケアの習得はまず、オムツ交換や注入の際にも必要となる体位変換、次に手技の似ているオムツ交換、それらが習得出来たら経管栄養、吸引というように、段階を踏んで支援していった（表2）

<排泄コントロール>

- ・出ない場合には便が非常に硬く、便秘が続き薬剤を使用すれば下痢をするということを繰り返していた。

内服と浣腸でのコントロールで定期的な排便には至っていなかった。訪問看護師のアドバイスで経管栄養剤に寒天を配合。排便状態をみながら量を調節し、自然に排便が得られる事まで

表2



は難しかったが、ほぼ3日に1度のペースで浣腸を使用し有形軟便が得られるようになった。下痢をしなくなったことで、肛門周囲・臀部の発赤などの皮膚トラブルも減少した。さらに定期的に排便を出す方法を検討し、訪問看護を受けられる前日の夜に下剤を使用し、当日浣腸を使用する方法でコントロールできるようになった。

- ・体位交換に合わせてオムツをチェックし交換していたが、夜間の負担軽減のため、夜間は吸収性の高いオムツを使用した。

<体位交換>

- ・体位変換は日中2時間毎、夜間3時間毎で行い、その都度排泄の有無を確認、必要であればオムツ交換を実施していた。エアーマットの使用で夜間の体位交換は1回(23時)とした。朝は6時まで体位交換しなくても褥瘡ができることはなかった。

<吸引>

- ・在宅での療養方向になってから、鼻腔からの経管栄養を胃瘻に変更した。そのことによって、痰は少なくなり、吸引をする必要は殆んどなくなったが、肺炎予防のため口腔保清と合わせて吸引の手技を支援した。吸引回数は1日に2回程度であった。

<経管栄養>

- ・胃瘻に対する家族のイメージに誤解があり、正しく理解されると鼻腔から胃瘻へ経管栄養を切り替えることができた。
- ・経管栄養剤は経済的負担の軽減と、A氏にとつ

て安全かを考慮して、処方にて出せる栄養剤(ラコール)を使用した。寒天の配合があり、固さの調整を行った。

- ・注入方法については時間的な負担軽減のため、シリンジを使用しワンショットで注入する方法に切り替えた。
- ・注入回数は朝・昼・夕と3回にしてみたが、家族の状況から、内容を調整し栄養剤は朝・夕の2回、白湯のみ1日3回に変更した。

<家族の予定に合わせた患者ケアの実際>

- ・家族が手技を習得でき、かつ栄養・排便の問題が落ち着いた所で、退院後の生活を見据え、それに合わせた療養生活の具体的なスケジュール調整を行った。家族は仕事をしていることから、日中自宅に居られる時間は限られていた。キーパーソンであり、最も自宅に居る時間の長い長女でも、朝8時には仕事に出かけ、帰宅するのは14時~15時頃という生活パターンがあった。そこで、入院中からA氏の一日のスケジュールを、家族の生活パターンに合わせたものに変更した。実際のスケジュールは表3から表4のように変更された(表3)(表4)。

<社会資源の活用>

- ・在宅で療養方向となった時点で介護保険申請し、ケアマネージャー、訪問看護師を選定した。幸いにもA氏の夫が在宅療養をしていた際の事業所でケアマネージャー、訪問看護師を引き受けてくれることになった。療養環境や家族状況をよく理解されていたため、入院

表3

A氏の1日のスケジュール(変更前)
5時 体位変換・おむつ交換 モーニングケア・注入
8時 体位変換・おむつ交換
10時~11時 清潔ケア・体位変換
12時 口腔ケア・注入
14時 体位変換・おむつ交換
16時~17時 体位変換・おむつ交換
18時 注入
20時 体位変換・おむつ交換
23時 体位変換・おむつ交換
2時 体位変換・おむつ交換
5時体位変換・おむつ交換

表4

変更後
5時 体位変換・おむつ交換 モーニングケア・注入
10時~11時 清潔ケア
12時 注入(白湯)のみ
15時 体位変換・おむつ交換
18時 体位変換・おむつ交換・注入
家族の就寝前 体位変換・おむつ交換
夜間は家族が起きた時におむつのみチェック。(このためだけに起きることはしなかった)
12時の注入時の白湯は、退院後は15時に実施。

中早期から関わってもらい、A氏の在宅でのケアについてもアドバイスを貰うことができた。

- ・地域医療スタッフ（訪問看護師、訪問リハビリスタッフ、デイサービス施設長と職員、ケアマネージャー）と医師・病棟看護師・ソーシャルワーカー・退院支援看護師での退院前合同カンファレンスを開催し、在宅でのケアの確認を行った。

<宿泊体験>

- ・夜間のケアもあり、夜の様子も入院中に体験できることを目的に宿泊体験を行った。
- ・方法：時間：17時～翌9時まで
長女・次女来院し、夜間の体位変換・オムツ交換・注入・吸引の全てのケアを実施。看護師はあえて訪室せず、家族から希望があった時のみ訪室・支援を行った。
- ・宿泊体験したことで、家族の不安が具体化された。家族からも体験出来て良かったとの言葉が聞かれた。

※実施後のアンケートから、家族からの質問と答えを一部抜粋

- ・夜23時に向きを変えて、左側を下にしたが、朝まで同じだと褥瘡は大丈夫でしょうか？→宿泊体験の際は、問題ありませんでした。観察は必要ですが、エアーマットを使用していただく予定ですので、現状の対応で良いと考えられます。ご心配であれば、夜中起きた際（※このためだけに起きる必要はありません）に1度向きを変えて頂けば十分だと思われまます。
- ・毎日寝るときの向きは変えた方が良いでしょう？→どちらでもかまいません。（同じ向きが連続して、同じ部分が圧迫され続けることが無いようにされていれば問題ありません。）

*在宅療養の方向性が決まってからもA氏が身体的に不安定になることもあり、その時は無理に支援することなく状態に合わせて支援を行った。その後状態安定し、家族も手技を獲得し、在宅療養へのイメージも付き、具体的支援開始から5ヵ月後、自宅退院となった。

VI. 考察

A氏は意思疎通困難な状態であるため、どこでどのように療養していくかは家族の意思決定に委ねられていた。自分の意思を伝えることが困難となった高齢者に対して、どのように本人の意思を尊重していくか、北川は以下のように述べている。「意思決定が不確かな場合は、断片的な言葉や表情、身ぶりなどから医療者が高齢者の意思をくみとり、その人の心情や生きざまを知っている家族や、高齢者の異なる側面に触れている他職種と話し合いながら高齢者の意思のありかに近づいていく」。¹⁾また、中山らは、「本人に代わって意思決定をした家族は、この選択でよかったのか、患者本人は自分がくださった決断に賛成してくれるだろうかと思悩むこともある。」「意思決定のプロセスをほかの家族や医療者と共有することで代理意思決定者の葛藤を軽減できると考える。」²⁾とも述べている。A氏の代理意思決定者は、はじめは夫であったが、夫が他界したことで決定者は長女・次女となった。夫は生前、障害が残るのだから病院でみて欲しいとの意思があった。しかし元気だった頃のA氏の家族に対する深い愛情と家が好きだったことを知っている長女・次女は代理意思決定の中で病院・施設・自宅とどの療養場所を選択するにしても精神的負担は大きかったと考えられる。看護師は、日々のケアをしっかりと行うことやリハビリはもちろんのこと、挨拶や会釈を交わし家族をねぎらう声掛けや日々の小さな変化でも伝えた。また医師との連絡・調整の機会を作り、説明時は必ず同席し、家族の思いを傾聴した。牛田は、「かけた言葉に家族が反応してかわりがスタートしたら、その後は、その時々家族が求めていると推測される情緒的な支援を提供したり、タイムリーな情報を伝えたりしていくことも、患者さんと家族の関係、さらには患者さんを含む家族と看護師の関係をより発展させていく上で大切です。」³⁾と述べている。看護師が続けた関わりが、家族との関係を発展させ、徐々に信頼関係を築いていき、代理意思決定者の不安や葛藤の軽減となり、家族はA氏の自宅退院を前向きに捉えることができるようになったと考える。また直接看護に関わる看護師だけでなく、早期から院内の退院支援看護師が客観的な立場から家族と関わり、思いを確認

しながら支援できたことも効果的であったと考える。

在宅での療養を目指す方向になってからは、家族の生活状況に合わせた支援を地域と早期から連携し、模索していった。宇都宮宏子は、その著書「退院支援実践ナビ」の中で、在宅栄養療法のアセスメント8項目として①(入院目的の)病状は安定したか②栄養療法について正しく理解し、在宅栄養の導入を希望しているか③栄養管理に必要な知識・技術の習得が可能か④経済的問題はないか⑤医療・処置による生活の変化に適応が可能か⑥介護力や支援体制で破綻しやすいところはどこか⑦外来受診の必要性の有無、通院手段の確認⑧緊急時の対応方法⁴⁾を挙げている。看護の実際と照らし合わせてみると、在宅栄養療法に関して、有効な支援が成されたと考えられる。また、在宅栄養療法継続のポイントとして、患者・介護者が希望する療養生活に合った栄養療法を検討、指導する⁵⁾ことも重要と述べており、社会生活を継続しながらも、A氏を自宅で見ていきたいという家族の思いに沿い、スケジュールを調整したことも、効果的であったと考えられる。

また、『「ナイトトレーニング」「病院内外泊」は退院後の、家族だけの生活をイメージするために有効であると言われている。』⁶⁾ A氏の家族による宿泊体験は、実施後の家族から、夜間の様子を体験出来て良かったとの言葉が聞かれ、質問内容からも不安な点・疑問な点が明確化したことがわかった。自宅退院前の仕上げとして宿泊体験を行ったことで、家族の不安の軽減に大きな効果があったと考える。

体位変換・オムツ交換といった比較的習得が容易なケア方法から順に支援し、家族の習得状況に合わせて少しずつステップを踏んで支援を進めたことも効果的であったと考える。

退院前合同カンファレンスについては、在宅医療へのバトンタッチの場面である⁷⁾と述べられており、早期から院内・地域の様々な職種と連携できたことは、実際の看護を提供する部署の看護師の支えにもなり、ひいては家族の支援にも繋がっていったと考える。

途中、A氏の状態が不安定となり、退院が危ぶまれた事もあった。しかし、家族と支援者がお互いに諦めなかったことで、A氏の4年3か月ぶりの自宅退院を実現できたと考える。

今回の事例が自宅退院へと繋がった理由として、家族の思いに寄り添い、信頼関係を築けた事、在宅に合わせた看護ケアを支援した事、早期から地域との合同カンファレンスを実施し、具体的な支援計画が練られた事、宿泊体験により夜間の様子も体験できた事、医師、看護師、退院支援看護師、必要時ソーシャルワーカー、理学療法士、栄養士、薬剤師がチームカンファレンスで情報を共有しながら支援できた事で様々な視点からA氏と家族を支援できたことが要因と考えられる。

VII. 結語

家族の意思決定の支援が退院支援において大切である。医師による説明とその後を支える看護師の役割は大きい。また客観的にアセスメントできる退院支援看護師の関わりも重要である。

様々な医療処置を抱えて在宅療養になる場合は早期から医師・看護師・退院支援看護師、院内他職種(ソーシャルワーカー・理学療法士・栄養士・薬剤師)との連携や、地域医療スタッフとの連携が重要である。

VIII. 引用・参考文献

- 1) 北川公子：系統看護学講座 専門分野Ⅱ 老年看護学，67，医学書院 2010.
- 2) 中山和弘 岩本貴：患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア，97，中央法規出版株式会社，2012.
- 3) 牛田貴子：ナース専科BOOKS ケア場面で考える家族看護の展開，34-35，株式会社エス・エム・エス，2009.
- 4) 宇都宮宏子：退院支援実践ナビ，医学書院，53，2011.
- 5) 同上，54
- 6) 同上，70
- 7) 同上，47