

# レスパイト入院患者に対する難病診療センターと病棟との連携 ～患者の在宅療養中の問題点にアプローチできた事例を振り返る～

Cooperation between Intractable disease care center and the ward nursing staff for respite care:  
reviews of the thought-provoking cases concerning the problems during home care

西7階病棟：宮澤朋子 早川美紀 小林直子  
難病診療センター：松沢由美

〈要旨〉平成21年難病診療センターが開設され、病棟と難病診療センターとの連携により、レスパイト入院患者の在宅療養中の問題点が事前に情報提供されるようになった。それにより、入院早期から病棟スタッフと多職種がスムーズに連携し、定められた入院期間内に問題点にアプローチでき、問題解決することができた。また、レスパイト入院の目的である「家族の休息」だけでなく、退院後によりよい在宅療養が送れるよう意識的に看護介入することができた。

キーワード：レスパイト、難病診療センター、継続看護

## 1. はじめに

長野県は難病対策特別推進事業として、平成14年2月より重症難病患者入院施設確保事業を開始し、当院は難病指導医療機関として、平成19年より当病棟でレスパイト入院患者の受け入れを開始した。レスパイト入院受け入れ開始当初は、患者、家族の細かい要望に応え、希望に沿った日常生活援助を行うことに重点が置かれていた。しかし、平成21年6月に難病診療センター（以下センターとする）の開設により、病棟とセンターとの連携が強化され、入院中の日常生活援助だけでなく、患者への看護介入がスムーズにでき、退院後の在宅療養に役立てることができるようになった。そこで、患者の在宅療養中の問題点にアプローチできた事例を通して、センターとの連携と今後の課題について考察する。

## 2. 倫理的配慮

記述にあたっては、個人が特定されないよう配慮した。

## 3. 用語の定義

レスパイト入院：一般的に、在宅介護などで介護者が疲れきってしまうことを防ぐために、あるいは既に何らかの限界を超えたり、介護不能なやむをえない状況が起こってきた場合に、病院や施設に患者を一時的に移すことを言う。当院では、在宅療養中の神経難病患者を介護している家族の介護負担を軽減することを目的とし、1患者に対し4回／年以内、入院期間は1～2週間と定めている。

難病診療センター：平成21年6月に開設され、現在、医師1名、看護師1名が配属されている。主な活動内

容として、長野県難病医療ネットワーク推進事業の委託を受け、レスパイト入院受け入れ病院の確保やレスパイト入院の調整を行ったり、在宅療養中の神経難病患者や家族の不安の軽減、在宅療養支援者の後方支援を目的とした訪問診療を行っている。

## 4. レスパイト入院の実績

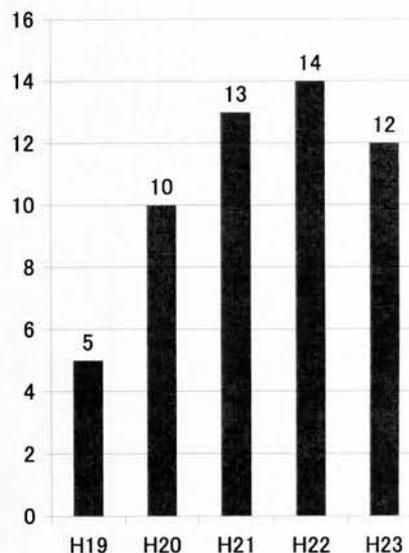


図1 年度別受け入れ患者数

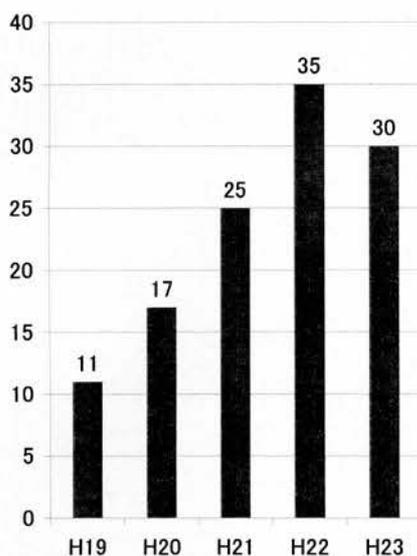


図2 年度別利用延べ回数

## 5. レスパイト入院の流れ

### 1) 入院前

- ・入院1～2週間前に、センター医師、看護師が訪問診療を実施し、患者の状態や問題点、介護方法、入院中の要望を家族や訪問看護師から情報収集する。
- ・入院数日前に、病棟の総リーダー看護師が病棟の窓口となり、センター看護師から専用の申し込み票(図3, 4:一例)を使用し情報交換する。

### 2) 入院中

- ・病棟看護師は、総リーダー看護師と情報共有し、患者の状態把握と問題解決に対する介入を行う。
- ・病棟看護師だけでは解決できない問題に対しては、センター看護師や認定看護師、リハビリテーションスタッフ、栄養士等へ相談し介入を行う。
- ・患者、家族の希望に沿った日常生活援助を行う。
- ・必要に応じて、家族指導を行う。

### 3) 退院後

- ・継続看護が行えるよう、入院中に介入した内容や退院後に継続してほしい内容などを看護サマリーへ記載し、訪問看護師へ情報提供する。

## 6. 事例紹介

### 1) 患者紹介

A氏 70歳代 男性 病名: 脊髄小脳変性症 介護者: 妻

状態: 気管切開下人工呼吸器管理, 尿道留置カテーテル留置中, 介助下で経口摂取(刻み食)

Barthel Index: 0, 入院期間: 2週間

### 2) 訪問診療で得られた在宅療養中の問題点

センター医師、看護師がA氏の入院1週間前に、A氏、妻、訪問看護師の同席のもと、訪問診療を行っ

た。訪問診療から得た情報の中で、以下の2つの問題点に対し、A氏のレスパイト入院中に介入することになった。

①飲水が少なく尿量が少ないため、尿路感染を繰り返している。

②食事中むせるようになった。

### 3) 問題点に対する介入結果

問題点①に対して、水分でむせやすいA氏の飲水量を増やすために、お茶ゼリーを勧めたが、A氏は拒否しお茶ゼリーでの水分摂取は困難であった。しかし、入院中の尿量は1500ml/日前後と十分に確保されていることに病棟看護師が気づき、病院食であれば水分は十分摂れているとアセスメントした。栄養士、センター看護師、病棟看護師がカンファレンスを行ない、在宅での食事は病院食と比べ、水分量が少ないのではないかと考え、在宅での食事内容の工夫が必要であると判断した。その際、栄養士から、水分を多く摂るためには、野菜や煮物を多く摂ると良いとのアドバイスをうけた。そこで、A氏の妻に病院食の見学をしてもらい、栄養士による栄養指導を行なった。

問題点②に対して、言語聴覚士による嚥下機能評価を行った。その結果から、食事形態を刻み食からミキサー食へ変更し、摂食姿勢をベッドアップ60度にする事となった。これらの内容を、看護師、言語聴覚士、栄養士から妻へ指導し、また、継続看護のために退院時の看護サマリーで訪問看護師へ情報提供した。

退院後、センター看護師が電話で退院後の様子を確認したところ、妻から「今までは自己流でやっていた不安だったけど、正しい方法を教えてもらえてすごく安心した」という言葉が聞かれ、尿量も増えたとのことであった。そして、5ヶ月後のレスパイト入院の際にも、指導内容が継続されていた。

## 7. 考察

レスパイト入院前の訪問診療により、センター看護師から病棟看護師へ在宅療養中の情報が伝えられ、入院前に問題点が明確になった。そのため、入院直後から尿量や経口摂取に着目して観察ができ、早期にアセスメントし、定められた期間内に対応ができた。また、多職種が連携する事で、幅広い視点を持ち、専門性の高い介入をすることができた。多職種が連携し介入することで、問題が解決され、介護者の不安が解消された。また、専門職種から指導されることで、介護者が自信を持って実践し、退院後も継続することができた。これらのことから、センターとの連携の重要性を再認識した。

## 8. まとめ

1) センター看護師から事前に情報を得ることで、病

棟スタッフと多職種がスムーズに連携し、定められた入院期間内に、問題点に対し介入ができた。

- 2) レスパイト入院の目的である「家族の休息」だけではなく、事前に介護上の問題点が明確になっているため、退院後、よりよい在宅療養が送れるよう意識的に看護介入できるようになった。

## 9. 課題

センターとの連携を生かし、さらに患者や介護者の目線で問題点の解決に取り組み、介護負担を考慮し継続できる介護方法の指導をする。

短期一時入院申し送り票(難病診療センター)	
西7難病棟担当医・担当看護師様 ID: ■■■■■■■■■■ 患者氏名: ■■■■■■■■■■	
平成 年 月 日	
診療科名	脳神経内科 (難病診療センター)
病棟(病室)	西病棟7階 <input checked="" type="checkbox"/> 個室希望あり
入院期間	平成 年 月 日( ) から 平成 年 月 日( ) まで
処置及び検査	<input checked="" type="checkbox"/> 交通手段 (自家用車)
	<input checked="" type="checkbox"/> 採血 <input checked="" type="checkbox"/> レントゲン <input checked="" type="checkbox"/> 心電図 <input checked="" type="checkbox"/> 薬物
	<input checked="" type="checkbox"/> カニューレ交換 次回 8月2日(火) 最終 院内のもの使用
	<input checked="" type="checkbox"/> 痰パルーンカテ交換 次回 8月2日(火) 最終 持参のもの使用
	<input type="checkbox"/> 胃ろう交換 次回 なし 最終 4月
	<input type="checkbox"/> 呼吸器回路交換 次回 なし
	<input type="checkbox"/> 皮膚処置(なし)
	<input checked="" type="checkbox"/> リハビリ(PT) (ST) (ROM・肺リハ、ファイバースコープの練習)
	<input checked="" type="checkbox"/> 他科受診(眼科) (耳鼻科)
	<input checked="" type="checkbox"/> 処方(入院中 30分・13日分 退院処方不要)
使用物品	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻カニューレ メラゾソフト クリア8C-S <input checked="" type="checkbox"/> パルーンカテ サファイアEL16Fr <input checked="" type="checkbox"/> 経鼻(胃ろう) イデアルボタン 24Fr, 30cm
コミュニケーションツール	医の心、ビエゾセンサー使用。(時々作動しないときあり) ナースコール 医の心のプザー音をレスポンスで感知。
ケアや療養生活に関すること	看護サマリーケアのポイスト参照。 医の心、ビエゾセンサーが作動しないことがあり、最低でも1時間毎の訪室を希望。退室時ビエゾセンサーの作動状態について本人へ確認してから退室する。夜間は1時間毎訪室し、目が開いていたら声がけする。 ビエゾセンサーの位置決めが困難です。入院時ご家族に確認してマジックで印をつけて下さい。ビエゾセンサー面の汚れで、感度が悪くなる場合があります。2日に一度は中性洗剤、またはペーパーで拭き、最後に水ぶきして下さい。 入院中OTがファイバースコープの練習をする予定。
在宅療養中支援体制	往診 日 ■■■■■■■■■■ 空 ■■■■■■■■■■
	訪問リハ 日 ■■■■■■■■■■ 空 ■■■■■■■■■■
	ケアマネ 日 ■■■■■■■■■■ 空 ■■■■■■■■■■
	保健師 日 ■■■■■■■■■■ 空 ■■■■■■■■■■
	緊急時 日 ■■■■■■■■■■ 空 ■■■■■■■■■■
メーカー連絡先	呼吸器 Trilogy 日 ■■■■■■■■■■ 空 ■■■■■■■■■■ PC 日 ■■■■■■■■■■ 空 ■■■■■■■■■■
特記事項	診療情報提供書は当日ご家族が持参します。 当院からの診療情報提供書は往診医宛に、看護サマリーは訪問看護師宛(2通)準備をお願いします。退院時にご家族へお渡し下さい。 入院中呼吸器をのせる台は、業者に依頼してありますので入院時に確認ください。 ご不明な点がありましたら、難病診療センター松沢(PHS)まで、ご連絡下さい。今後ともよろしく申し上げます。

信州大学医学部附属病院 難病診療センター

図3：申し送り票の一例

●●様 ケア方法
<b>&lt;口腔ケア&gt;</b> ギャッジアップ45度程度(口腔内が見えればOK)で行って下さい。 ① 歯の裏側の汚れている場所、歯と歯肉の間、歯と歯の隙間は先の細いブラシで磨いて下さい。 ② 頬にも歯石がついているので、歯ブラシがガゼでこすって下さい。 ③ ゆずぎは吸引しながらシリンジで水を流して下さい。
<b>&lt;注入&gt;</b> ① 食前麦 ② ラコール(朝400ml 昼400ml タ400ml) ③ 食後麦 ④ 食後水(朝・野菜ジュース200mlはシリンジで入れ、その後白湯300ml 滴下 昼・タ・白湯のみ300ml) の順に10分から20分位間隔をおいて注入する。 注入終了後に減圧チューブにてガス抜きを行って下さい。(減圧用チューブを開放したまま体を動かすと内容物が出てしまうため注意して下さい。) 希望で円座使用。
<b>&lt;排便&gt;</b> 排便時は平オムツを縦・横に敷く 排便日: 月・水・金 (GE60ml使用) 前日: 眠前(日・火・木曜日)にフルゼミド3錠投与して下さい。 お尻を拭くときは、ベッドサイドにある持参のペーパーを使用して下さい。
<b>&lt;ビエゾセンサーの位置&gt;</b> 本人の顔の動く位置を確認して、貼る位置を決めて下さい。(マジックの印を参考に) ビエゾセンサー面の汚れで感度が悪くなるため、中性洗剤(ナースステーションのチャーム)で拭いた後、水ぶきして下さい。(毎日) ビエゾセンサーはキノプレス+シルキーポアで固定して下さい。 注意!! テーブルを動かす時には、テープをはがさず、接続部から抜いて下さい。 配線が短いので壊れてしまいます。 退室時、必ずビエゾセンサーの位置がよいかどうか、本人に確認して下さい。
<b>&lt;吸引&gt;</b> ・ 持続吸引のペットボトルの中を1日1回ハキして下さい。(溜まったままにすると器械の方に逆流してしまうため) ・ 吸引時、カフ上のチューブに吸引器をつなげて吸引して下さい。
<b>&lt;入浴&gt;</b> ・ 入浴前に耳栓をして下さい。入浴後に耳の中を拭いて下さい。 ・ 入浴後にドライヤーで頭を乾かして下さい。

図4：申し送り票の一例