

# 医療依存度の高い患者が在宅療養に移行した事例

A case highly dependent on medical services with successful treatment at home

西7階病棟：吉江 由紀・大川 愛・大曾 契子  
三橋真紀子・牧野 浩子

## 〈要旨〉

H12・4月より介護保険が始まり、当病棟で、それに該当し、退院後活用される方は多い。介護保険の制度により、患者のもっている主たる問題の在りよう、受けられるサービスが異なる。また、どの職種が主で、どんな関わり方をしていくかも変わってくる。

当院では、慢性期の医療依存度の高い患者は、他病院での療養を経た上で、在宅療養に移行するケースが多い。しかし、今回は、家族の希望で、介護保険を利用し、直接在宅療養になるという少ない例を経験した。ここでは、看護婦が主として、それぞれの職種や、家族への看護行為の方法を統一して、連携をとったタイムリーなものだった。この経験から、介護保険の諸問題が、クローズアップされた。また、今回のケースにより、看護婦の関わり方について振り返る事ができた。

## 〈キーワード〉

介護保険 在宅療養 特定機能病院

### 1. はじめに

当院は、特定機能病院であり、慢性期の医療依存度の高い患者は、他病院での療養を経て在宅療養になるケースが多い。今回、介護保険を利用し、大学病院から在宅療養に移行した事例を経験した。この事例を通し、介護保険を利用するうえでの現状を報告する。

### 2. 事例紹介

A・H氏 60歳 男性

病名：脳動脈奇形出血後後遺症

既往歴：56歳・左頭頂後頭部脳腫瘍

現病経過：H8年4月 脳腫瘍のためI病院に入院しVPシャント施行。

H10年5月 AVMのためT病院に入院しガンマナイフ施行。

H10年11月 脳出血のためI病院で開頭血腫除去術施行。

H11年4月 寝たきりで退院。

H11年4月 ショートステイのためS病院に入院するが、胸水貯留と褥瘡を認めたため（深度分類IV度）治療目的にて当院へ転院。

誤嚥性肺炎を繰り返すため気管切開、胃瘻造設となる。褥瘡は、10ヶ月経て治癒。家族に在宅ケア指導を施行、H12年4月退院。

退院時の状態：

意識レベルはGCS=E4V1M3

除皮質運動・眼球運動等はある。コミュニケーションはとれない。失外套症候群が残っ

ており、股関節、膝関節屈曲拘縮がある。少しの刺激により除皮質硬直が生じる。尿道カテーテル留置。定期的な排便誘導が必要。

家族構成：妻（主介護者）、長女（キーパーソン）、長男の4人暮らし。妻、長男は自宅で塾を開いている。長女は医師で病院勤務。妻の妹が、毎日介護協力にきてくれる。

受けた介護サービス：〈介護認定5〉

病院併設の訪問看護	2回/週
看護協会の訪問看護	1回/週
在宅介護支援センター（ヘルパー）	毎日
入浴サービス（社協）	1回/週
訪問診療	1回/2周

### 3. 在宅指導の実際：

看護上の問題1 誤嚥性肺炎

看護上の問題2 仙骨部の褥瘡

#### 問題1：

気管切開により、痰の排除は容易となった。患者は、唾液を誤嚥するため、入院中は、2時間毎の気管内および、口腔内吸引を行っていた。在宅療養とするにあたり、夜間の吸引が問題となった。家族は、ヘルパーに吸引もしてもらえるものと考えていた。しかし、各施設へ問い合わせた結果、「ヘルパーは医療処置はできない」、「訪問看護婦による夜間の医療行為は、緊急時のみである」ということだった。夜間は、家族が吸引しなくてはならないので、家族の負担を考え、吸引間隔を3時間にひろげる事にした。食間水を入れるなどして増やし、夕食の注水量を減らした。日中の注水量を均等にするのではなく、朝、昼を多くし、夕を減らした。更に、就寝前の吸引を念入りに行う事で、夜間の痰の量が減った。そこで、日中2時間毎、夜間3時間毎の吸引を指導した上で、夜間の状態を知ってもらうため、1晩ベッドサイドで介護体験をしてもらった。現在、夜間は、3時間毎の吸引を続けているが、患者の症状の悪化はない。

#### 問題2：

入院時、仙骨部に褥瘡形成（6×3cm、MRSA+）あり。退院までには上皮形成した。ケア内容は、栄養状態の改善、毎日の創処置、2時間毎の体位変換、適切な体圧分散用具の使用、排便コントロールを徹底し、オムツをはずした。在宅に向けて2時間毎の体位変換は、やはり家族の負担が大きいため、3時間毎にあけるため、自動体位変換ベッドと上敷型エアマットを併用した。結果、現在まで褥瘡は発生していない。

### 4. 考察

今まで当病棟では、医療依存度が高く、往診や訪問看護が必要な患者は、在宅医療体制の整った病院に転院後、退院に向け調整をすることが殆どだった。

今回の事例は、24時間看護を必要とする状態でありながら、家族の意向で直接在宅療養となった数少ない例である。この事例から、幾つかの介護保険を利用するにあたっての問題点が考えられた。

1つは、夜間の訪問看護サービスを提供できる施設がないという事であった。よって、家族の負担を考慮した上で、必要なケアを提供するために、在宅で実施可能なケア内容として、体位変換や吸引の回数を、可能な限り減らした。全面的には家族に頼るという現状である。

2つめは、退院後フォロー先の医療機関の看護手順に沿ったケア方法を取り入れつつ、また家族の立場にたつてコストや手間を考慮し、ケア手順や物品を選び指導していかなければならなかったことである。退院後、訪問してくれる施設の状況の情報を収集し、それに沿ったケア指導をしていくには、多くの時間を要した。

3つめには、この患者の場合、1つの施設では対応しきれなくて、家族の負担を少しでも軽くするために、複数の施設からサービスを受けることになった。当院では、看護婦が、各施設の担当者との連絡、調整をしなければならず、これにも多くの時間を要した。大学病院であり、特定機能病院としての役割も果たしながら、医療依存度の高い患者を直接、在宅へ移させる事は、容易な事ではなかった。

## 5. まとめ

- ① 夜間の訪問看護サービスを提供する施設がなく、家族に頼らざるを得ない現状。
- ② 家族に看護行為の必要性を理解してもらい、その手技を習得してもらうまでに多くの時間を要した。
- ③ 医療依存度の高い患者は、複数の施設を利用することになるので、連絡、調整が必要である。

## 参考文献

- 1) 松尾 茂著：医療事務管理ハンドブック，経営書院，2000.