

事例 1

【利用者及び家族の状況】

利用者) 76歳女性 すい臓がん末期 寝たきり度 C1 認知症なし 要介護 5
家族構成) 75歳夫と二人暮らし 近隣に長男・次男が在住

【訪問看護依頼までの経過】

食欲不振が続き家族が受診を勧めていたが、本人の拒否が強く在宅で経過をみていた。体重減少と腹痛が出現したため説得して受診すると「すい臓がん」の診断を受け入院。本人はIVH以外の治療やケアを拒否。

未告知であったが「自分は病気ではないから病院にいる必要はない」と退院を強く希望。「IVH管理とサポート、在宅での看取りを視野に入れたケア、往診医との連携、夫への身体的精神的サポート」目的で、医療連携室より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・依頼より二日後に退院時共同指導のため病院へ訪問
- ・IVH手技確認と家族への退院指導や訪問診療、退院後必要なサービスの確認を行った
- ・IVH薬液交換や管理は、入院中に夫と息子が指導を受け退院となった
- ・退院後、往診医の訪問時にサービス担当者会議を開催してほしいとケアマネジャーに依頼した
- ・認知症ではないが病状の割に苦痛を訴えることがなかったため、バイタルサインの変化や体調など気になることは往診医に報告し、苦痛の緩和に努めた
- ・「自分は病気ではない」といい続けていたが、訪問を続けていく中で少しずつ心情を吐露し始めたため、傾聴による精神支援をていねいに行った

【結果】

訪問看護とベッドレンタルのみのサービス利用だったが、家族の介護を受けながら自宅で療養することができた。関わる全員が、本人の望むことを情報共有してケアを進めることができ、穏やかな時間を過ごすことができた。家族もそれぞれの役割をもって介護を続けることができ、退院1か月後に家族に見守られながら安らかに自宅で永眠された。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

- *本人の強い意思に早期に対応し医療の連携体制が出来ていたことで、本人や家族の安心と信頼の下にケアを継続できた
 - 入院中に本人の希望を理解し、前向きに対応した
 - 医療連携室が訪問看護の機能を理解し、その必要性を本人や家族に正しく伝えてくれた
 - 入院中から早期に訪問看護を依頼してくれた

事例 2

【利用者及び家族の状況】

利用者) 63歳男性 胃がん末期(余命6か月～1年) ADL自立 認知症なし
家族構成) 60歳の妻と二人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

胃がん末期で余命6か月～1年と説明され「できることは自分でしたい」「週に1～2回通勤したい」「妻と一緒に旅行に行きたい」という希望があり、退院調整が始まる。嘔気と嘔吐により経口摂取ができないため、1日おきに夕方～朝まで輸液ポンプを使用しIVHを行うことを予定(日中の活動を妨げないため)。

本人は、IVHや輸液ポンプのマニュアルを自ら作成し、その通りに実施するなど几帳面な性格。退院1か月前に、病院の退院調整看護師より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院に向けてIVH管理が自宅で行えるように、退院時共同指導が実施された
 - *本人の訪問看護師への希望 → 医療処置、輸液ポンプトラブル時の24時間対応、疼痛緩和
 - *病院側からの依頼 → 全身状態の管理、ターミナルケア、家族支援
- ・長年診てもらっている近医が在宅の主治医となったが、麻薬やIVH管理に不慣れであったため訪問看護が間に入り、医療機関と連携をとった
- ・医療連携室のMSW及び退院調整看護師と訪問看護が連携し、必要物品の調整を行った
- ・訪問看護時に、本人のルートセットの手技確認とニードル針の刺入を実施した
- ・介護不安軽減のために、妻への傾聴支援を丁寧に実施した
- ・食事摂取量が徐々に増え体調が安定しているときは、週1回1時間半の通勤と自宅での仕事、友人との会食、夫婦旅行などができるよう支援した

【結果】

綿密な計画と本人の気力により、希望通りの在宅療養ができ、一時期IVHを止めて食事ができるまでになった。がんの進行に伴い嘔吐と疼痛が増強したため、麻薬が増量となりADLの低下がみられ、本人の希望で入院しそのまま永眠された。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

- *本人の明確な意思があり、介護者と共に理解力が高かった
 - 残された時間をどのように使いたいかという意思がはっきりしていた
 - 指導した内容を的確に実施でき、判断能力もあった
- *退院調整のための十分な時間があった
 - 退院指導を本人の納得がいくまで実施できた
 - 必要物品の準備が十分できた
- *訪問看護が間に入ることで、医師同士の連携がスムーズにできた
 - 今後、医療依存度の高い療養者を支える関係作りができた

事例 3

【利用者及び家族の状況】

利用者) 70歳男性 肝臓がん末期 寝たきり度 C1 介護保険申請中 自営業

家族構成) 長男及び長男妻(介助者)と三人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

胸水と腹水の貯留による呼吸苦がみられ、バルーンカテーテル留置。疼痛コントロールには麻薬を使用。病院側は「末期がんでこれ以上は回復に見込みはない」として退院を促していた。本人には病名を告知しており、「数日の命しかないのなら自宅に帰りたい。会社経営の引継ぎをしたい」という希望が聞かれた。長男家族も「本人の気持ちを考え自宅で看取りたい」と決心するが、どこに相談してよいかわからずインターネットで訪問看護ステーションを探し「本人が自宅に帰りたいと希望しているので介護方法など教えてほしい」と相談。

【訪問看護開始後の経過】

- 1 日目(土曜日) 家族からステーションへ直接訪問看護の依頼があった。主治医の「訪問看護指示書」が必要であることをていねいに説明し、病院側へ指示書の依頼をするよう伝えた
- 2 日目(日曜日) 家族が在宅希望を病院側に伝え「訪問看護指示書」を依頼
- 3 日目(月曜日) 訪問看護師が地域包括支援センターへ相談し、ケアマネジャーが決まる
病院の地域連携室から連絡があり、「退院時共同指導」の調整が行われる
- 4 日目(火曜日) ケアマネジャーと訪問看護師が、退院時共同指導に出席。その場で、ケアマネジャーが介護保険の申請を行うことや往診医の手配、訪問介護や福祉用具などを手配しそれぞれの契約が行われた
- 5 日目(水曜日) 退院前にベッドが搬入される。退院と同時にサービス担当者会議(往診医・ケアマネジャー・訪問看護・福祉用具・訪問介護が参加)を開催し、今後の方針が決まる。往診医が診察し、家族に病状と残された時間が少ないことが説明された。引き続き、訪問看護との契約や病状観察とケアが行われた。その後休息をとり、会社経営の引継ぎもでき安堵の表情がみられた
- 6 日目(木曜日) 意識がなく呼吸状態が悪いと訪問看護に連絡があり、緊急訪問。血圧低下・努力様呼吸がみられたため家族に「苦しそうに見えるがこのような状態は、あまり辛さを感じていないことが多いと言われている」と説明し、残された時間をご家族でお過ごしくださいと伝え、往診医へ報告。3時間後「呼吸が停止してようだ」と家族から連絡があり再び緊急訪問。呼吸停止を確認し往診医へ連絡。往診医が死亡確認を行った後、家族と共にエンゼルケアを行った

【結果】

本人が希望していた通り自宅に帰って会社経営の引継ぎが無事終わり、退院翌日の永眠となった。家族は本人の希望がかなえられたことで「自宅で看取ることができてよかった」と話されていたが、「もう少し早く退院させてあげればよかった」との思いも吐露されていた。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*ターミナルケアが必要な人へ病院側が行う退院支援

- 主治医より、現在の病状と今後予測される状況の説明
- 本人や家族の意思確認と選択肢の提案(施設・療養型・在宅など)
- 在宅希望の場合、病棟看護師は早く地域連携室に相談する
- 地域連携室の看護師は在宅関係者と連絡を取り、「退院時共同指導」により情報を共有し安心して退院できるよう手配する

事例 4

【利用者及び家族の状況】

利用者) 30歳男性 HIV感染 ターミナル状態 寝たきり度 B2

家族構成) 両親と姉の四人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

HIV感染によるカリニ肺炎罹患後悪性リンパ腫を発症し、化学療法で一時小康状態となり外泊もできていたが再発。本人が退院を強く希望し、急遽退院することになり退院調整看護師から「ターミナルケア」目的で訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院調整看護師から訪問看護へ情報提供があった
- ・在宅での看取りを考えているため、退院調整看護師は地域の往診医を探して依頼し、あわせて退院翌日の往診を依頼し了解を得ることができた
- ・在宅で看取りをする予定だが、急変時や希望時は入院の受け入れが可能と病院側に確認が取れた
- ・退院調整看護師が、看護サマリーと訪問看護指示書を訪問看護に郵送
- ・麻薬に関しては、病院の医師が処方することになった
- ・訪問看護師は往診医と同行訪問し、契約と情報収集を行った
- ・「近所に訪問看護が入ることを知られたくない」「できれば自宅で看取りたい」などの希望を往診医とともに確認した
- ・往診医と連携し自宅で看取りができるよう相談に乗り「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づき、本人と家族の意思を尊重し関わっていくことを説明した
- ・訪問看護が入ることを知られたくないという気持ちを尊重し、事業所名の入っていない車で訪問、上着の着用、インターホンでは看護師の名前のみ名乗るなど配慮した

【結果】

当初在宅での看取りを決めていたが、呼吸苦が増強し「見ているのがつらい」と家族から訴えがあり、本人に意思を確認した。「自宅で最後まで過ごしたい気持ちはあるが、トイレに行くのもしんどくなった。家族にこれ以上迷惑をかけたくないので入院も考えたい」との意思表示があった。在宅酸素の説明・麻薬の増量など病院の医師に相談できることをていねいに説明すると「自宅でできることはやりたい」と希望したため、往診医が在宅酸素を導入、病院の医師から医療用麻薬の増量が行われた。その後再びトイレに楽に行けるようになったが、数日後呼吸苦が出現し「入院したい」と再度希望が聞かれ、家族に確認したところ「本人の希望通りにしたい」と話されたためその場で往診医へ連絡。往診医より病院の医師に情報が提供され、訪問看護師は退院調整看護師に本人と家族の意向を伝え、受け入れの確認後救急搬送され翌日永眠された。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*在宅での看取りを希望したケースに対してのアプローチ

- 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づく確認
- 心身の状態の変化に応じて本人の意思は変化しうるものであること
- 情報を適切に共有し、医療ケアの方針を本人・家族・往診医・訪問看護師・退院調整看護師・病院の医師と共に慎重に行うこと

*プライバシー保護への配慮

- 事業所名を伏せての訪問は可能（事業所名の入らない車、制服の配慮、看護師名のみ名乗るなど）

事例 5

【利用者及び家族の状況】

利用者) 65歳男性 慢性心不全 肝臓がん末期(肺転移・骨転移) 介護保険未申請
家族構成) 63歳の妻と二人暮らし 近隣に長男と次男在住

【訪問看護依頼までの経過】

肝臓がん発症後、通院で抗がん剤治療を受けていたが効果が低下し転移もみられ、治療を中止して外来通院のみ継続していた。妻がベッドのレンタルを希望し地域連携室に相談すると、地域包括支援センターを紹介され相談するが、介護保険未申請のためレンタルは難しいと言われてしまい、諦めて通院を継続。病状の進行に伴い通院困難となり、どこに相談してよいかわからずインターネットで往診医を探して相談。その際、介護保険の申請やケアマネジャー、さらに訪問看護も必要といわれ再度地域連携室に相談すると、ケアマネジャーと訪問看護を紹介される。

【訪問看護開始後の経過】

- ・訪問看護ステーションが情報収集のため、地域連携室と地域包括支援センターへ連絡を取り状況の把握を行った
- ・往診医と情報共有し、肝臓がん末期の確認を取り「訪問看護指示書」を依頼した
- ・初回訪問時、疼痛のため食事摂取も十分にできていなかったため、往診医に報告し内服薬と医療用麻薬等が検討された
- ・妻は在宅療養に関する知識も浅く不安や焦りもみられたため、往診医・ケアマネジャー含めカンファレンスを開催して在宅療養の方針を話し合い、疼痛増強時の対応や食事形態・介助方法について詳しく説明し、妻の不安軽減を図った
- ・数日後には食事水分共に摂取困難となり、在宅で点滴が開始された
- ・在宅療養について「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に基づき、心身の状態変化に応じて話し合いを行った

【結果】

往診医やケアマネジャーとの連携により妻の不安軽減を図り、在宅で疼痛コントロールや点滴療法を行い、ターミナルケアへ繋げることができた

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*相談を受けた部署が、本人や妻のニーズをキャッチする

- 訪問看護依頼時の情報は少なかったが、本人と妻の真意を引き出すためのカンファレンスを実施することが出来た
- 地域包括支援センターやケアマネジャーとの十分な連携が必要である
- 多職種で情報を共有することで妻の不安軽減を図り、ターミナルケアにつなげることができた

事例 6

【利用者及び家族の状況】

利用者) 86歳男性 慢性心不全 閉塞性動脈硬化症 寝たきり度 B1 介護保険申請中
家族構成) 80歳の妻(要介護2)、長女夫婦(就労)と四人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

慢性心不全の診断を受け、近医へ通院治療しながら高齢の妻の介護も行っていた。下肢の痛みが出現し足趾の壊死創が認められ、近医の紹介で病院を受診。「閉塞性動脈硬化症」の診断で入院となる。治療後、退院に向けて介護保険の申請を行い、妻と同じケアマネジャーを依頼。「壊死創ケアの継続」目的で、地域連携室より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・地域連携室と皮膚科医は「入院中認知症状なし」との認識だった
- ・初回訪問時、家族から短期記憶障害が気になると相談があった。薬の残数も合わないため、服薬管理の必要があることを家族に説明し協力を依頼した
- ・薬がなくなるため本人に受診を勧めたが拒否され、家族の都合もつかず受診できずに服薬が中止となり、心不全悪化のため再入院となった
- ・在宅での認知症状の状況や家族の介護力不足について地域連携室に報告。この時に初めて、前回入院時から服薬拒否があったことが判明した
- ・退院時共同指導を行った。壊死創の処置が毎日必要だが妻や家族では無理であること、および心不全再発予防のためにも症状が安定して在宅生活を送れるよう、退院直後は頻回な訪問が必要であることが話し合わせ、「特別訪問看護指示書」が発行されることとなった

【結果】

退院時共同指導の際に、認知症状の状況を確認。在宅サポート体制と役割分担ができたうえで退院できた。「特別訪問看護指示書」により毎日適切な処置が受けられ服薬管理ができたことで病状が安定し、多職種での情報共有により安心して在宅療養が継続できた

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*入院中と退院後の生活環境を適切に把握しアセスメントする

- 本人のセルフケア能力や認知症状の把握を適切に行い、必要なサービスの提案が重要
- 家族の生活状況や介護力を適切に判断した退院調整が必要
- 「特別訪問看護指示書」により毎日の創処置や服薬管理を行いながら、介護保険との併用により在宅療養をサポートする

事例 7

【利用者及び家族の状況】

利用者) 81歳女性 アルツハイマー型認知症 糖尿病 寝たきり度 J2 要介護3
認知症自立度 M

家族構成) 85歳の夫と二人暮らし

長男が隣区に一人暮らしで自営業を営んでおり、仕事の合間に時々顔を出している

【訪問看護依頼までの経過】

腰痛のため近医で鎮痛剤の処方を受けたが、多量に摂取してイレウスとなり入院。入院中、腎不全となり膀胱留置カテーテル挿入となった。退院に向けて膀胱訓練したが自尿がみられず、カテーテル挿入のまま退院することになった。入院中より軽度の物忘れなどを認めたため、地域連携室の看護師が家族から入院前の状態を確認したところ、「同じものを買ってくる、絶えず食べている、昼夜逆転し夜中にTVをみている、何度も同じことを言う」など、家族が困っていたことが判明した。認知症を疑い、入院中に精神神経科を受診したところ「アルツハイマー型認知症」と診断され、アリセプトの服用が開始となった。「膀胱留置カテーテルの管理、認知症に関する介護者への支援」目的で、地域連携室より訪問看護依頼となる。

【訪問看護開始後の経過】

- ・初回訪問時、室内汚染がみられ同じ食品が山積みされていた
- ・病院からの情報と夫からの話は同じ内容であり、病状は理解されていると判断した
- ・夫の介護負担軽減を図るため、訪問介護を導入。清潔保持及び他者との交流により認知症進行予防目的で、通所介護も開始した
- ・膀胱留置カテーテルを夫が管理することは困難であり、本人が接続部を外すなどの行為もみられたため、主治医と相談しカテーテル抜去。自然排尿促し、残尿みられず経過している
- ・夫と長男に認知症理解と対応について説明し、症状に応じて指導を行った

【結果】

夫は介護にも慣れ長男も認知症への理解が深まり、対応ができています。本人も嫌がることなく介護サービスを利用できており、安心して在宅生活を送っている。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

- *入院中、本人と家族に対し在宅環境のアセスメントができ、退院後の生活の組み立てにつながった
- 認知症に関するアセスメントを退院前に訪問看護とケアマネジャーが情報共有することができた

事例 8

【利用者及び家族の状況】

利用者) 70歳女性 認知症 大腿骨頸部骨折 顎関節症(開口・嚥下障害あり) 胃ろう造設
仙骨部褥瘡(DSIGN[®] D4) 寝たきり度 C1 認知症自立度 IV 要介護 5
家族構成) 78歳の夫と二人暮らし 長女夫婦(就労)が隣市に在住

【訪問看護依頼までの経過】

自宅で転倒骨折し、手術目的で入院。入院前から認知症による経口摂取量の低下、嚥下困難があり胃ろう造設。しかし栄養状態が不良であったため入院中に褥瘡形成。長女から「口から食べられるようにして、褥瘡を治してあげたい」という希望で、病棟と地域連携室が連絡を取り合い退院指導を実施。地域連携室より「褥瘡管理、胃ろう管理、介護指導」の目的で訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院時共同指導を開催し、訪問看護やケアマネジャーなど在宅サービス関係者が、医師から病状の説明と退院指導の内容や家族の希望等を確認し、今後の方向性を情報共有した
- ・訪問診療医は、病院からの紹介となった
- ・ケア内容の難易度が高く、連携が密に必要なケースでありながら、長女と各事業者間との間はほとんど夜間かメールでしか連絡をとれず、ケアマネジャーが積極的に連携を図った
- ・専門医に嚥下機能の評価と指示を受けた。嚥下体操のビデオを準備し、訪問看護師の指導により訪問介護者が本人とビデオを見ながら取り組んだ
- ・医師から許可のあった食品や量を守りながら、入院中に実施していた経口摂取訓練を訪問看護師が継続し、夫も一緒に取り組んだ
- ・病院医師の指示が往診医に伝えられ、訪問看護師や夫・長女の役割分担によって褥瘡処置を行った
- ・週1回のPT評価と指導により、ADL拡大のためのリハビリメニューに訪問看護と訪問介護が本人と一緒に取り組んだ

【結果】

退院後少しずつADLが向上し、コミュニケーション能力も回復した。退院6か月目に褥瘡完治、8か月目には胃ろうが抜去され、経口摂取だけで必要な栄養を摂取できるようになり、室内と庭は見守りで歩行できるまでに回復した。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*経口摂取という共通の目標を関係各所との連携と役割分担により達成できた

- 「口から食べさせたい」という介護者のニーズを病棟看護師がキャッチできていた
- 病棟から地域連携室、地域連携室から訪問看護や往診へ、また、在宅サービス提供者間の連携と情報共有が十分にできていた
- それぞれの専門職が、必要な役割を適切に遂行した

事例 9

【利用者及び家族の状況】

利用者) 67歳女性 ALS 高血圧 喘息 NIPPV使用 指定難病申請中 要介護5
寝たきり度 B1
家族構成) 65歳の夫と二人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

秋頃から歩行障害が出現。複数の医療機関を受診し翌年4月に検査入院の結果「ALS」と診断される。入院直後からNIPPV使用開始、短時間であれば立位保持は可能。日中は車いすで院内を自力移動、指先の力は弱くなっているが箸で食事はとれる状態。リハビリ中に呼吸苦が出現することがある。一般的な病態は本人に告知しているが、気管切開下で呼吸器を装着するかどうかは、本人の精神状態がまだ不安定なため外来でフォローすることになった。「病状観察、保清支援や精神支援」目的で、病院の主治医より訪問看護に依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院時共同指導が行われないまま同年6月に退院し、週1回通院（神経内科とリハビリ）、訪問看護（NS/PTともに週1回）、訪問介護（週3回）の利用開始
- ・訪問看護でシャワー浴を介助する際、移動は軽介助・洗身は一部介助で可能。また、NIPPVと同調しないことが増え呼吸苦の訴えが多くなる
- ・7月初旬には下肢筋力低下で移動全介助、握力低下のため自分で洗身が出来なくなる
- ・7月中旬に介護用ベッドを導入。シャワー浴は看護師とヘルパー二人体制となる
- ・病状が進行しているにもかかわらず、病院側から本人への説明がなく不安を吐露されるが、連携室が関わっていないため病院との連携窓口がなく、外来や主治医は忙しいためコンタクトが取れず、病院と在宅スタッフとの間に隔たりが生じてきた
- ・7月下旬に神経内科主治医より夫が病状説明を受けるが、夫婦間の話し合いがうまくいかず、治療方針が決まらないため訪問看護師が間に入り調整。夫婦ともに、延命拒否と在宅での看取り希望を確認。
- ・8月初旬に病院の主治医から診療情報と共に往診医を紹介されたが、初回訪問で胃ろう造設を勧められ不信感を持ってしまった

【結果】

本人は病状や予後についてその都度説明を受けることが出来ず、在宅看取りの希望をしていたにもかかわらず再入院となってしまった

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*刻々と変化する状況に専門職が適切な役割で対応できていたか

- 主治医 : 本人の意思決定のためのインフォームドコンセント（病状や予後説明・告知）
- 病棟・外来・連携室 : 十分な情報交換をの対象者の調整や支援をする、退院時共同指導の開催
- ケアマネジャー : 状況変化に沿って柔軟にサービス担当者会議を開催し、迅速に対応する
- 訪問看護師 : 本人や家族の状況をアセスメントし、全体の調整や情報共有を図る

事例 10

【利用者及び家族の状況】

利用者) 82歳男性 慢性硬膜下血腫 嚥下障害 胃ろう 要介護 5 寝たきり度 C2
家族構成) 82歳の妻と二人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

慢性硬膜下血腫による嚥下障害と誤嚥性肺炎のため、胃ろう造設し退院。栄養剤の注入は退院前に妻が指導を受けたが、恐るおそる実施している。痰が多く吸引が必要だが入院中に吸引指導されなかったため、妻は口腔ケア用のスポンジで痰をからめとっていた。構音障害のためコミュニケーションがほとんどとれない。退院時に地域連携室がケアマネジャーに支援を依頼し、看護サマリーを受け取っていたが訪問看護は導入せず、訪問介護の介入のみだったが自己負担額が増え、病状も不安定だった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院翌日より発熱が続き、吸引が頻回に必要であることと、訪問看護が必要であると判断され主治医より訪問看護の依頼があった。老々介護であり病状も不安定であるため「特別訪問看護指示書」も交付された
- ・妻が医療処置や本人の体調について不安が強く介護疲労も顕著であるため、傾聴による精神支援と介護方法等のていねいな指導を毎回行った。また、不安な時は随時緊急対応で訪問した
- ・胃ろう管理や栄養剤注入の手技、オムツ交換など基本的な介護方法を指導することで、妻が上手に介護できるようになった

【結果】

訪問看護による医療処置や介護指導、精神支援により、妻は徐々に介護に慣れ訪問介護を減らすことができた。介護保険限度額範囲内のサービス体制が整備され、安定した療養生活を過ごしている。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*退院調整は適切であったか、安心して在宅療養が行える環境を整えることが大切

- 医療的ニーズが高い場合、介護者の状況（理解力や介護力、退院後の療養環境、他の家族支援の有無）を把握し、退院時共同指導を通して情報を共有し、必要なサービスが受けられるよう調整する。
- 退院指導で必要な医療処置や介護の指導を行い、介護者の取得状況を把握し、不安がある場合は在宅チームと連携を図る
- 看護サマリーを有効に活用。ケアマネジャーが保管するのではなく、在宅で関わる事業所が情報共有できるようにする

*ケアマネジャーは、訪問看護の必要性をどのように考えていたのか

- 医療的ニーズや介護力を判断し、十分なアセスメントを行う

事例 11

【利用者及び家族の状況】

利用者) 69歳男性 胃がん 寝たきり度 B1 要介護 5
家族構成) 65歳の妻、長女と三人暮らし(長男と次男は、別世帯)

【訪問看護依頼までの経過】

胃がんの診断を受け本人は手術を希望しセカンドオピニオンを受診するが、「手術適応外」といわれ化学療法を受ける。病状進行に伴い自宅近隣の病院に転院し治療を継続するが、多臓器に転移がみつかると。右鎖骨下に中心静脈ポートを挿入して高カロリー輸液が開始になり、本人と家族が管理していた。その後、化学療法を受けるときだけの入院を7回繰り返していたが、在宅療養中にポートからのヘパリンフラッシュができなくなり発熱もみられたため緊急受診し、そのまま入院となる。中心静脈ポートを抜去し、左鎖骨下に再挿入して1か月後退院となった。病棟で指導の下管理していたが、本人家族ともに感染に対する不安が大きく「中心静脈ポートの管理、感染兆候の早期発見、体調管理」の目的で、地域連携室より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・全身状態はペインコントロールにより落ち着いていたが、本人と家族は中心静脈ポート管理にかなり慎重になっていて、緊張感を感じた。訪問看護師は、感染予防に関する知識をわかりやすくていねいに説明した。
- ・ガイドラインを参考にアセスメントし、訪問看護師間で統一したかかわりとケアを心掛けた
- ・訪問看護師の手技を見て「もっと早く訪問看護師のことを知っていたら、感染しなくて済んだのに・・・」と心情を吐露されていた
- ・少しずつADLの低下がみられ日常生活に支障をきたすようになり、本人や家族の意向を確認しながら介護用ベッドのレンタルを開始し、ケアマネジャーと相談しながら生活環境を整えるために福祉用具の検討を開始した。
- ・療養環境が整うことで本人と家族に心の余裕ができ、残された日々をどのように過ごすかなど話し合うことなど、それぞれが大切な時間を過ごすことができた。

【結果】

訪問看護開始後、心配していた感染等起こすことなく過ごすことができ、家族に見守られながら自宅で永眠した。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

*病院側の訪問看護利用に対する意識は、どうであったか

- 訪問看護利用のメリットを知り、どのような対象者に訪問看護を利用するとよいか検討する
- 医療機器を装着して退院する場合は、訪問看護に正確な情報を提供する(退院時共同指導の開催)
- 感染を起こさず在宅療養を安全に継続するために、主治医の指示を確認する

*本人や家族に対する医療機器処置等の指導後、手技取得の確認は誰がいつ行うのか

- 退院時共同指導等で退院指導がどこまで行われているのか、手技の取得状況を確認する
- 退院後は、在宅に沿った内容で変更があることも伝えておくことが大切

事例 12

【利用者及び家族の状況】

利用者) 58歳男性 くも膜下出血 多発性脳梗塞 遷延性意識障害 意思表示困難
寝たきり度 C2 要介護 5 気管切開 吸引 胃ろうによる経管栄養
家族構成) 56歳の妻と二人暮らし(自営業しながらの介護) 娘二人は独立している

【訪問看護依頼までの経過】

ADL すべてに介助が必要だが車いすの座位保持はできる状態。遷延性意識障害のため、はっきりとした意思表示は困難。気管切開をしており常に吸引が必要な状態、さらに胃ろう周囲からの出血があり処置が必要。医師から「これ以上の回復は見込めないだろう」と言われているが、妻は少しでも回復してほしいと願い、退院後も仕事をしながら在宅で介護したいと希望。「医療的な管理指導と在宅環境の整備」目的で、地域連携室より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院時共同指導に主治医・ケアマネジャー・訪問看護等のサービス事業者が参加し、情報の共有を行った
- ・ケアマネジャーは、訪問診療と訪問看護の初回訪問に同行し状況の確認を行った
- ・訪問看護は、退院翌日から週3日の訪問を開始し、話しかけながら気管切開部や胃ろうのケア、口腔ケアや拘縮予防のためのリハビリを行った
- ・孫娘も絵本の読み聞かせを行い、本人に根気よく働きかけた
- ・身体状況が安定するとともに表情に変化がみられてきたため、病院の地域連携室に連絡し言語聴覚士による機能評価と訓練のプログラムを依頼。訪問看護が指導を受け実施した。
- ・訪問看護ステーションの理学療法士による身体評価とリハビリにより、四肢の緊張がほぐれ端坐位の保持が可能になった
- ・端坐位の安定とともに、訪問看護師は排便を促すためにポータブルトイレの使用を試み、自然排便が出来るようになった
- ・嚥下能力も少しずつ向上し少量のチョコレートやご飯を摂取することができ、声を発せられるまでに回復してきた

【結果】

多職種間の連携によりADLが少しずつ向上し、コミュニケーション能力の回復もみられ、はっきりとした意思表示の確認ができるようになった。妻も介護の負担を感じず、仕事との両立ができています。

★★事例から学ぶ大切なポイント★★

- *介護の不安なく在宅療養ができるための有益な退院時共同指導ができた
 - 多職種での身体状況の確認と情報共有、予測を含めた計画の立案ができた
 - 退院後すぐに、計画に沿ってケアを実践することができた
- *退院後も地域連携室と連絡を取り合うことで、病院の資源を在宅で有効活用できた
 - 言語聴覚士による評価とプログラムにより、コミュニケーション能力が向上し経口摂取が可能となり、生活に必要な能力を引き出すことができた