

医療依存度の高い患者の自宅退院への支援 ～自信をもって「家」へ帰ろう～



医療法人財団利定会 大久野病院
医療療養型3階病棟

医療依存度の高い患者の自宅退院への支援

～自信を持って「家」へ帰ろう～

医療法人財団 利定会 大久野病院

看護師 堀口 美紀

(共同発表者：蛭名 由美子、鈴木 実枝、滝島 恵津子、森松 静、望月 智弘、進藤 晃)

【はじめに】

医療療養型病棟において、気管切開・胃瘻などの医療依存度の高い患者は、在宅復帰に向けて複雑な準備や家族の受け入れ困難などの理由で、長期入院の経過を辿る。しかし、患者の多くは住み慣れた家に帰りたいとの思いを抱えている。この度、重度の呼吸器障害から気管切開・胃瘻となり在宅復帰を断念していた患者・家族に多職種チームで退院支援を行い、自宅退院へ繋げることが出来た一事例を報告する。

【症例紹介及び経過】

A 氏 66 歳。H26 年 6 月間質性肺炎増悪、ARDS 発症し大学病院へ緊急入院。呼吸器管理後、離脱困難にて気管切開チューブ留置、胃瘻造設、ADL 全介助、呼吸器離脱したが自宅での介護が困難との理由で、H26 年 12 月 1 日当院入院。排痰多く頻回な吸引を要し VE・VF の結果、気管切開チューブ抜管及び経口摂取困難と診断。入院当初は自宅退院困難という状況であった。

【方法】

- ・H27 年 4 月より排泄自立に向けたケアの介入を開始
- ・PT・OT・ST によるリハビリを週に 1～2 回実施
- ・ADL 上昇に向けてのチームカンファレンスを実施
- ・病棟職員間（介護・看護）で排泄介助・トランス・移動方法等ケア方法統一
- ・本人・家族へ気管チューブ管理、気管吸引方法を指導
- ・経管栄養注入、療養上の注意点等具体的なケアについて指導
- ・退院前に在宅サービススタッフ全員とのカンファレンス実施
- ・退院 2 日後、病棟看護師による退院後訪問を実施

【結果・考察】

- ・H27 年 12 月頃より、長期に渡る排泄自立支援が ADL 上昇に繋がり、車椅子見守り下でのトイレ動作が可能となる。同時期、家族から「トイレが一人でできれば自宅退院も考える」との声が聞かれるようになる。
- ・H28 年 2 月患者・家族が自宅退院を決意する
- ・H28 年 3 月歩行器でのトイレ自立
- ・本人・家族が気管チューブ管理、気管吸引、経管栄養注入を実施できるようになる
- ・本人・家族が療養上の注意点等具体的なケアについて知識を習得する
- ・同年 6 月 29 日自宅退院となる
- ・退院後訪問時、患者・ご家族は排泄、気管チューブ、気管吸引、経管栄養の問題なく、ご本人らしく日常生活を送られている様子を確認する

長期療養患者の多くは医療的な処置を理由に在宅での受け入れが困難なケースが多い。今回のケースでも家族の気持ちが揺らぐ場面があったが、チームでの目標共有・連携を強化し、変化に合わせた対応・支援を継続したことが、自宅への退院へと繋がったと考える。

【結語】

医療依存度の高い患者の多くは、在宅復帰に向けて複雑な準備や家族の受け入れ困難などの理由で退院を断念するケースも少なくない。今後も、多職種で意見を出し合い、患者の思いに寄り添いながら、根気強く退院への支援を行い、患者の日常生活や、その人らしさを大切にできるケアに取り組んでゆきたい。