

〔事例3〕高齢の在宅酸素療法患者の生活支援ネットワークへ向けて ——病院保健婦の退院準備期からの援助の実際——

川崎市立井田病院 保健医療部 中 溝 明 子

1. 事例紹介

Yさん、75歳、女性。肺気腫による慢性呼吸不全のため1988年7月在宅酸素療法導入目的で病棟主治医より依頼を受け、保健医療部（以下当部とする）の担当保健婦が援助を開始した。家族は独身の妹（66歳）ひとりだけである。しかも家計を支えるために家政婦として働きに出ており、日中は患者ひとりで過ごしていた。保健婦は保健所の地区担当保健婦と連絡を取り訪問を依頼し、ホームヘルプ協会からヘルパーを週3回派遣となった。当院からは、主治医と保健婦の往診・訪問を月1、2回行いフォローしていた。ADL（日常生活動作）は起坐位保持ができ、ポータブルトイレに移動しての排泄ができた。

2. 再入院の経過

1989年4月右心不全による急性増悪のため緊急入院した後、点滴治療のため臥床状態が続く。食欲不振も重なり、ほぼ寝たきり状態で膀胱内バルンカテーテル留置、ベッド上排便介助となった。約1か月過ぎた頃担当保健婦は病棟ナースと主治医から退院に向けての準備について相談を受けた。

3. 退院準備にあたっての問題点の把握

まず病棟へ出向き、ナースと主治医に話を聞きカルテを調べ、病態と治療経過を確認した。さらに本人及び家族と面接し在宅療養へ向けてどんな不安があり、どう解決しようと考えているのかを探った。

一番大きな問題としてあがったことは、入院前と比べADLが低下し、バルンカテーテル管理が加わったために必要なケア量がふえたが、ヘルパーの来ない日もあり、妹は仕事を減らすわけにはいかず、介護力について不安が非常に大きい点であった。一方本人は、CCUで拘束された生活が長期間続いたために不応を示し、嘔吐や幻覚が出現、経口食事摂取量はなかなか戻らないでいた。しかし、退院希望がとても強く、妹もどうにか自宅に引き取りたいとの意向であった。

4. 退院へ向けての担当保健婦の援助

病棟ナースと話し合い、バルンカテーテルの抜去の可能性を検討した。本人はポータブルトイレへおろると主張したため、カテーテルのクランプ訓練（尿意に基く排尿自立訓練）を行い、起座、ベッドからおろる練習などを試みた。しかし、体動時呼吸困難が強く、自力でオムツ交換も無理ということで、バルンカテーテル抜去は当面不可能と判断した。そこで膀胱洗浄の技術指導を病棟ナースに依頼し、必要器具を揃えた。次に排便介助について妹と話し合い、摘便、浣腸の説明と指導を行い、また陰部洗浄

の必要性を強調し洗浄時に用いるプラスチック手袋を調達した。

日中のケアについては、地域のマンパワーを最大限活用していく方向で、早い時期から各関係機関と連絡をとった。まず保健所保健婦へ患者の状態を報告し、退院後には月2回訪問看護婦を派遣し、全身状態のチェックおよび保清援助を依頼し承諾を得た。次に福祉事務所の老人担当ワーカーへ連絡をとり、ホームヘルパー派遣の回数増を強く求めたところ、ほぼ毎日（1回3時間）派遣できるとの返事が得られた。さらにギャッジベッドとエアマットの貸与も「寝たきり老人」の申請をすることで受けられることとなり、病室環境の整備ができた。こうした行政サービスが実際に動き出すまでに約1か月かかったが、地域に受け皿を準備した上での退院にもっていくことができた。その間随時病室を訪れ、本人や妹と面接し準備状況を伝え、安心できるように配慮した。

5. 退院直後の同行訪問

退院当日に保健所保健婦、福祉事務所老人担当ケースワーカー、ホームヘルプ協会相談指導員、ホームヘルパーと同行訪問した。酸素濃縮装置の説明、膀胱洗浄、陰部洗浄について妹に指導しながら行った。今後のケア方針について話し合い、訪問頻度を確認した。ヘルパーには昼食前後の時間帯に訪問して食事摂取量の確認を依頼した。また日中ひとりの時間がかなりあるため、独居老人用の緊急通報電話の設置が実現することになった。さらに病状急変時は当院で責任をもって訪問、往診あるいは入院させて対応する旨を他機関のスタッフに説明した。

6. その後の経過

Yさんの食欲不振は退院後一層進行し、電解質異常から嘔吐するようになり、脱水症の危険もでてきた。担当保健婦は当院主治医とともに頻回に訪問し検査、投薬等対応したが効果はなく、本人は「とにかく食べたくない。しかし絶対に入院はしたくない」というばかりであった。この時のYさんは言葉や様子から生きる意欲がかなり低下しているようにみえた。それは入院前と比べて寝たきり、オムツ、膀胱カテーテル留置と全てに受け身の状態で、ヘルパーという他人に世話されなければならない自分をどうしても受け入れられず、強い精神的なショックを受けた状態であると思われた。

そこで在宅療養を継続させたいという家族の意志を確認した上で、近くの開業医に往診依頼（電解質補正のための点滴）の紹介状を主治医に書いてもらい、それをもって依頼に出向き、承諾を得た。つぎに在宅での介護状況について、各訪問職員と頻回に電話で話し合いながらもう一度見直したところ、本人がヘルパーにオムツを開けさせず陰部のケアを拒否し、夕方妹が帰宅するまで待っていることがわかった。食べることはオムツ交換につながる。そのため、無意識のうちに拒食が続き、便秘、嘔吐と、悪循環に陥っているとも考えられた。

そこで尿もれをきっかけにバルンカテーテルを抜去し、ヘルパーにオムツ交換を必ずしてもらうように依頼した。保健所の訪問看護婦の判断で摘便をしたところ少しずつ食事量が増えるようになってい

看護職による相談活動

た。さらに退院後半年を経過したところで保健所、福祉事務所、ホームヘルプ協会の関係者と妹をまじえて合同カンファレンスを開いた。そこで共通の現状認識のうえに立って問題を整理し、解決策を検討した。その場で具体的ケア方法を確認し、保清面で入浴サービスの導入をすすめることとなった。

こうして訪問する職員が一致して同じ目標を念頭に置きながら、それぞれが役割を果たし必要なケアや指導を行い、その内容を連絡ノートに記録して患家におくことにより地域での在宅ケアのネットワーク体制が出来上がった。

現在に至るまで、尿路感染、心不全等の合併症が早期に把握され、適切な対処により入院せず状態は安定している。Yさんは少しでも不安があると病院か保健所の保健婦に電話を自分でかけて相談することで安心できるようになり、最近では陰部の保清を自分で行うなど問題解決に自らが参加する意欲を見せるまでになっている。妹も仕事を続けながら、時々当院に薬をとりに来たとき保健婦と面接し、ケア上の問題を話し合っている。

日中ひとりの家庭に帰っていく要介護の在宅酸素療法患者に対し、病院保健婦による退院前からの継続的な関わりを軸として保健医療福祉という異なった機関からの支援をむすびつけ、患者の生活安定および意欲の向上につながるまでには、実に粘り強く試行錯誤を繰り返さなければならないことを学んだケースである。在宅ケアにおける病院保健婦の果たす役割は医療の窓口としての適切な判断、看護介入、他職種のコディネートととらえられる。すなわち看護職の専任担当制により実現するケースマネジメント機能が、今、患者家族ばかりでなく関係機関からも求められているのではないかと考える。