

事例8 退院に向けた住環境整備のタイミング

事例の概要

脳出血を発症したAさんの退院に向けて、介護支援専門員の紹介で、住宅改修を検討したいと夫から住宅改修業者に相談がある。浴室、トイレのスペースが狭いこと、浴槽が深いことなどが心配で、もし車いすを使用することになれば自宅で生活することは難しいと考えているようであった。妻のためにできることをしたいと考えている夫の意向をかなえるため、リハビリの状況や介護認定の結果を確認しながら、医療機関、介護支援専門員と連携し相談しながら進めた。

■ 基本情報

【年齢・性別】 65歳 女性

【疾患・障がい】 脳出血による右片麻痺、高次脳機能障害

【要介護度】 要介護1

【家族の状況】

- 夫と2人暮らし
- 家事、見守り支援などは夫

【夫の主訴】

- リハビリを行っているものの、移動に車いすを使用しており、このまま退院となれば、自宅の浴室、トイレが使えないのではないか。

- 住まいの様々な段差など気になるところがたくさんある。

【理学療法士からの入院中の情報】

- 伝い歩きができるまでに回復するが、右側の意識欠落に注意が必要で、移動、排泄、入浴に見守りが必要である。

【連携にかかわった機関・職種】

- 介護支援専門員、理学療法士（PT）、住宅改修業者、医療ソーシャルワーカー（MSW）

■ 支援経過

2017年12月	自宅にて意識を失い、病院に救急搬送され、脳出血と診断される
2017年2月	退院後、自宅の夫がかりなリフォームが必要なのではないかと、夫から不安そうに理学療法士に相談がある。 理学療法士からは、「そんなに重装備にしなくても、大丈夫です」と声をかけている。介護支援専門員からも夫に「慌てなくても大丈夫です。ゆっくり考えましょう。」と声をかけている。 介護支援専門員の紹介により、夫が住宅改修相談にくる。 住宅改修業者の福祉住環境コーディネーターが対応し、夫の意向を尊重しながら、医療機関、介護支援専門員と連携を図っていくこととした。 福祉住環境コーディネーターは夫からリフォームの相談を受けたこと、Aさんの病状や予後予測、住まいの状況などをアセスメントして必要最低限のリフォームのプランを検討したいことを紹介者である介護支援専門員に報告した。同時に病院のMSWを通じてPTに連絡し、自宅同行のタイミングの検討を依頼した。
2017年4月	理学療法士とAさんが一時外出をすることとなったため、福祉住環境コーディネーターと介護支援専門員が、自宅を訪問した。 住まいの現状を確認したのち、浴室とトイレのリフォームプランの内容を説明し、夫の同意を得る。 ・浴槽が深いため、浴室の手すり設置と段差解消 ・トイレが狭隘であり、トイレの拡幅と段差解消 ・リフォームが終了した時点で動作確認を行い、浴室の手すりの形状と設置の位置を決める

2017年5月	浴室とトイレのリフォーム工事を着工する。 浴室とトイレのリフォーム終了の時点で、福祉住環境コーディネーターとPTが動作確認をし、ベッドの配置、手すりの形状、位置などの確認を行った。PTから、Aさんと夫に「ここまで整備してあれば十分。あとは最低限必要と思われる個所に2、3本手すりを検討しましょう」と声をかける。その言葉で安心した様子であった。
2017年6月初旬	試験外泊ののち、退院となる。

■ 医療と介護の連携のポイント

- PTと介護支援専門員が、妻の退院後の生活について夫が不安をかかえている状況にあることを共有し、その解決のために介護支援専門員が福祉住環境コーディネーターの有資格者がいる住宅改修業者に連絡し、夫に対して具体的な住宅改修プランを示すことで、夫の不安の軽減を図ろうとしたこと。
- 夫の不安を解消し、住宅改修の内容の理解を促進するために、福祉住環境コーディネーターは、MSWを通じて、自宅への同行訪問の機会を作り、PTや介護支援専門員とともに、自宅の現状や病状の予後予測を含めてアセスメントし、リフォーム方針や具体的なプランを提示できたこと。

MEMO

ワンポイント解説

- 1 本人や家族は、退院後の「車いすでの生活」を思い描くことで、夫がかりなリフォームを考える傾向がある。しかし、本事例のように屋内で伝い歩きが可能になることもあり、慌てないで、慎重に、大げさになりすぎないで、今しなければならぬことと後からでもできることを整理して、リフォームの内容とそのタイミングの判断が必要であることを支援者は理解しておく必要がある。
- 2 住宅改修に携わるプランナー、実際に工事を行う施工者も、退院に向けての住環境整備のために連携すべきメンバーと捉え、ケースの優先課題やどの時点でリフォームをするか、そのタイミングの認識を一致させながら退院後のサービス利用計画を作成していくことが重要である。
- 3 一般的にリフォームは住宅改修業者と家族が1対1で検討を進めることが多い。しかし、身体機能等を十分に把握しないまま浴室リフォームを行うと、最新機器を導入したのに、入浴するのが難しいというようなことが起こりうる。住宅改修に携わる者は、本人、家族の意向を確認しながら、病状や予後予測等についてそれぞれの専門職から情報収集することが重要である。

事例9 退院後の在宅生活を予測した 支援体制の構築

事例の概要

Aさんは高血圧症のため、総合病院を定期的に受診していた。物忘れや失禁をするようになり、同病院の脳神経外科を受診し、アルツハイマー型認知症と診断される。自宅前で転倒し、右大腿骨頸部を骨折し、同病院整形外科に入院する。術後の経過は順調で、その後回復期リハビリ病院に転院する。転院後、3～4メートル程度の伝え歩きがなんとかできる程には回復した。退院の見込みが明らかとなり、長女はリハビリ専門病院の医療ソーシャルワーカーと退院後の生活についての相談を開始する。医療ソーシャルワーカーは居宅介護支援事業所を紹介し、すぐに要介護認定の申請をし、要介護2であった。介護支援専門員は、住宅改修、介護用ベッドと車椅子貸与、居室をトイレ直近の部屋に移すこと、通所リハビリの利用を計画した。

■ 基本情報

【年齢・性別】 80歳 男性

【疾患】 アルツハイマー型認知症
右大腿骨頸部骨折

【家族の状況】

- 妻と2人暮らし
- 子どもは4人おり、そのうち長女が町内在住
- 物忘れや失禁があり、その度に妻から叱責されていた。虐待のおそれも否定できない。そのため、入院前は近隣に住む長女が週2回程度様子を見に行っていた。また、通院の送迎は長女が行っていた。
- 5年前にトイレを洋式に改修

【ADL】

- (2018年5月時点、リハビリ専門病院入院中)
- 3～4メートル程度の伝え歩きは可能で、長距離は車椅子使用（自力操作）
 - 更衣可能
 - 食事自力摂取可能
 - 洗体可能、浴槽の出入りは見守りが必要
 - ベッド横のポータブルトイレ自力で使用、週に1～2回尿失禁あり

【連携にかかわった機関・職種】

- 医療ソーシャルワーカー（MSW）、介護支援専門員、地域包括支援センター、理学療法士（PT）、住宅改修業者

■ 支援経過

2017年11月	家族の希望により総合病院脳神経外科受診、アルツハイマー型認知症と診断される。
2018年3月	右大腿骨頸部を骨折し、同病院整形外科に手術入院する。
2018年4月	術後の経過は良好で、回復期リハビリ病院に転院する。退院後の生活について、家族とMSWとで相談を開始する。 要介護認定を申請する。居宅介護支援事業所に紹介する。
2018年5月	要介護認定の結果、要介護2であった。 PT、住宅改修業者及び介護支援専門員により、Aさんの一時退院の日に合わせて、自宅を訪問し、住宅改修の必要性や介護用ベッドの配置位置の確認、使用の仕方についてAさんと妻とで打ち合わせを行う。 MSWが、担当予定の介護支援専門員、住宅改修業者、病院のPT、看護師を含めて自宅訪問の際の状況を踏まえて、退院前カンファレンスを開催した。

2018年5月	退院にあたっては、Aさんの支援と同時に妻の介護負担の軽減も図る必要があり、虐待防止の観点からも地域包括支援センターにも退院の旨を連絡し、妻に対する支援体制（ネットワーク）も整えた。
2018年6月	住宅改修（手すりの取り付け）、介護用ベッドと車椅子の貸与。 リハビリ専門病院を退院し、通所リハビリを週に2回利用開始する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- リハビリ専門病院のMSWが、退院の見込みが明らかになった時点で、退院後の生活状況の見通しを立て、居宅介護支援事業所を紹介し、在宅生活への移行の準備を始めたこと。
- 退院に備えて、事前にPT、住宅改修業者及び介護支援専門員により、Aさんの一時退院の日に合わせて、自宅を訪問し、退院後の在宅生活に円滑に移行できるように配慮したこと。
- リハビリ専門病院のMSWと介護支援専門員との通常の関係が良好であり、退院から在宅生活への円滑な移行を可能にしていること。
- 退院は、妻の介護負担にもつながり、虐待の可能性も否定できないため、地域包括支援センターにも退院の旨を連絡し、Aさんと妻の支援のネットワーク形成のための一助をMSWが担っていること。

MEMO

ワンポイント解説

- ① 退院にあたっては、在宅生活に円滑に移行できるように、PTや住宅改修業者による居住環境の評価が重要である。
- ② 地域包括ケアの観点から、すでに退院後の支援は、入院前、あるいは入院と同時に始まっている。入院前あるいは入院時から病気の予後予測を関係者で共通理解し、病気の回復の程度に応じた支援が必要となる。入院前、入院からの廃用予防や呼吸器合併症予防、栄養管理による合併症予防も必要となる。
- ③ 退院にともなって生じる新たな生活ニーズを退院前カンファレンスで想定し、サービス提供をプランニングするだけでなく、支援のネットワークを構築することも重要である。

事例11 利用者と家族の意向を中心にすえた 医療機関と訪問看護との連携

事例の概要

Aさんは胃がんで胃の全摘術をし、その後食欲不振による脱水で総合病院外科に入退院を繰り返してきた。Aさんと妻は自宅で一緒に暮らしたい意向が強く、地域包括支援センターの紹介で在宅サービスの利用を開始した。Aさんと妻の意向を受け、訪問看護による点滴を週に1～2回実施していたところ、脱水にて再入院した。退院前カンファレンスでは、医療ソーシャルワーカーより通院の負担や病状を考えて、主治医を在宅医に切り替える提案もなされたが、Aさんと妻、長女は、主治医を変えたくない意向であった。退院後は訪問看護による点滴を再開し、徐々に食事も経口摂取が可能となり、Aさんの元気になりたい気持ちを、通所介護の利用で後押しした。現在も容態の変化に応じて点滴や入退院、在宅サービスの調整を図りつつ、自宅での暮らしが維持できるように支援している。

■ 基本情報

【年齢・性別】 78歳 男性

【疾患】 胃がん、サルコペニア

【要介護度】 要介護4

【家族の状況】

- 妻と2人暮らし
- 長女家族は近隣に居住

【生活歴】

- 会社を定年後、実母の介護のため現在の自宅に帰省
- 長年地域の自治会長や地域のボランティア活動に積極的に従事し、地域のリーダー的存在

【生活の状況】

- 歩行時にふらつきがあり介助が必要
- おむつ着用、トイレで排泄の時もある。
- 入浴はシャワー浴か清拭
- 家事、車の運転は妻がしている。

【Aさんの意向】

- 「入院はいや、家で過ごしたい」「訪問看護で点滴してもらいたい」「食べたい時に食べたい、周りから食べるよう言われるのがいや」「今の主治医を信頼しているので変わりたくない」「孫の顔を見るのが楽しみ」「妻や娘のためにも、元気でいたい」
- 病状に対してはあまり深刻に捉えておらず、訪問看護の点滴で元気になる、食べたい時に

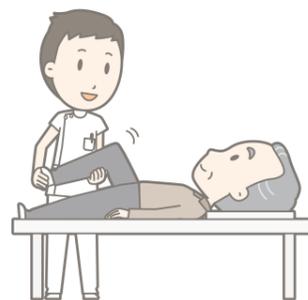
□から食べるから大丈夫と考えている。

【妻と長女の意向】

- 妻：「主人のいいようにしてあげたい」「元気になってほしいの一心」「訪問看護に来てもらって安心感がある」「なるべく□から食べてほしいから、つい□うるさく言ってしまう」
- 長女：「父にはまだまだ元気でいてほしい」「調子の悪い時に早めに入院してほしい」「通所介護でリハビリして元のよう活動できるといい」

【連携にかかわった機関・職種】

- 介護支援専門員、主治医、病棟看護師、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）



■ 支援経過

2016年11月	胃がん術後、在宅支援を開始する。訪問看護による点滴を週に1～2回実施する。
2017年1月	経口摂取できる日もあり、容態は回復傾向になる。歩行器レンタル、訪問リハビリを開始する。
2017年3月	主治医から、点滴をやめてみるよう提案があるが、Aさん、妻の不安のため継続する。
2017年4月	再び主治医から点滴休止の提案がある。容態急変時は入院を引き受けると主治医から言われたことに、Aさん、妻ともに安心し、訪問看護の点滴は休止となる。
2017年5月	食事が進まず脱水状態となり、訪問看護の点滴を週に3回再開する。
2017年6月	生命の危険があると訪問看護師が判断する。介護支援専門員がAさんに連絡を取ったところ、「入院したくないが元気になりたい」との意向であった。一方、妻と長女は入院を強く希望した。介護支援専門員と訪問看護師とで、将来の在宅生活を確保するためには今は入院が必要であることを丁寧に説明したところ、Aさんの理解が得られ、総合病院に入院となる。
2017年7月	Aさんの状態が回復し、退院の許可がおりる。介護支援専門員から退院前カンファレンスの開催の要請をし、Aさん、妻、長女、MSW、病棟看護師、介護支援専門員及び訪問看護師が参加した。Aさんの通院の負担を考慮すると、在宅医の紹介が望ましいと考え、事前にMSWに在宅医の紹介について調整を依頼した。カンファレンスでは、MSWより通院の負担や予後を考えて主治医を在宅医に変更する旨の提案があった。Aさんは総合病院の主治医への信頼が強く変わりたくないとの意向、妻、長女も従来の主治医に診てもらう方が安心との意向があった。訪問看護による点滴で、在宅生活を継続し、容態急変時は主治医の総合病院に入院することを参加者で確認する。
2017年8月	退院後、訪問看護の点滴を受けていたが、徐々に食欲も出てきて、リハビリをして出かけたいため、人との交流や運動の機会として、通所介護を開始する。

■ 医療と介護の連携のポイント

- 訪問看護師による自宅での点滴や、容態急変時の入院の調整について、Aさんと妻、長女の意向や希望の聴き取りを丁寧に言い、病院のMSWや訪問看護師に伝えることを心がけたこと。
- 退院時にはMSWとの情報共有を行い、在宅医という選択肢も退院前カンファレンスで提案したこと。
- Aさんだけでなく、介護者である妻や長女の意向にも耳を傾け良好な関係を形成し、支援の協力を得たこと。

ワンポイント解説

- 1 在宅においてはAさんの容態は日により変化し、介護する家族の不安も大きいため、Aさんと家族、訪問看護師及び介護支援専門員の三者でAさんの状態について情報共有が綿密にされていた。
- 2 介護支援専門員として、Aさんの意向を代弁し、Aさんと家族の微妙な思いの違いを含めた意向を関係職種に伝えていた。
- 3 入院時、MSWと経過や課題の共有を行い、退院後の支援方針について話し合うカンファレンスの開催を介護支援専門員から依頼した。
- 4 容態急変時は、主治医の総合病院に入院することを退院前カンファレンスで確認し、Aさん、家族、支援者にも安心感が得られている。
- 5 Aさんの在宅生活の継続意向とAさんの身体状況から入院を勧めざるを得なかった倫理的ジレンマがあったが、将来の在宅生活を可能とするために入院の必要性を優先し、Aさんに丁寧な説明により理解が得られた。
- 6 総合病院に何度か入退院がくり返される場合、その都度相談窓口担当者が変わり、前回までの経過、情報がリセットされることがある。適宜「入院時情報提供書」等書類や電話、面談を通してタイムリーな情報共有が必要である。

