

# 事例7 ストーマ造設に悩む家族の支援

### 事例の概要

Aさんは、80歳の時に肺がんに罹患し、手術を受ける。その後、介護保険サービスを利用しながら在宅生活を継続している。手術から6年後、直腸がんと肝臓転移が見つかる。アルツハイマー型認知症も発症し、徐々に進行している。現在は寝室からかろうじて1人で歩いてトイレに行っている状態である。腫瘍が増大すると、直腸の閉塞がおこるため、医師からはストーマ（人工肛門）の造設を勧められているが、入院すると認知症がすすんでしまい、ストーマを造設しても管理に介助を要するので、家族は手術を受けさせるかどうか悩んでいる。Aさんは入院自体を拒否しており、認知症を発症する前から、「もう手術は受けない」と家族に言っている。

### ■ 基本情報

【年齢・性別】 86歳 男性

【障害高齢者の日常生活自立度】 A2

【疾患】 肺がん 直腸がん 間質性肺炎

【認知症高齢者の日常生活自立度】 IIIa

#### 【家族】

【要介護度】 要支援2

【連携にかかわった機関・職種】

- 78歳の妻と2人暮らし
- 隣りに、長女と次女が在住しているが、姉妹とも仕事があるため、急な対応は困難なことが多い。

- 病棟看護師、訪問看護師、介護支援専門員、主治医

### ■ 支援経過

2015年3月	徐々に物忘れが顕著になり、同じことを何度も聞き返すようになり、脳神経内科に受診したところ、アルツハイマー型認知症と診断され、投薬が開始される。
2017年2月	認知症が徐々に悪化し、薬が増量となる。
2018年10月	検査入院をしたところ、直腸がんおよび肝臓転移が見つかる（stage 4）。医師からストーマ造設を勧められるが、妻はストーマの処置や管理の方法がわからず、造設術を受けるかどうか悩み、病棟看護師に不安を伝えた。病棟看護師は、ストーマを造設すると、食事はほぼ最期まで食べたい物を食べることができること、排便管理が可能となり、下着を汚すことが少なくなることを伝えた。一方、造設しない場合、直腸の腫瘍は増大し、いずれ腸閉塞が起ることを伝えた。病棟看護師は、妻がストーマ造設を悩んでいることを踏まえて、Aさんを長年担当している介護支援専門員に相談した。その日のうち、介護支援専門員はこれまで担当していた訪問看護師とともに病院を訪問した。訪問看護師は、まずAさんは手術を望んでいないことを確認した上で、ストーマ造設には一定期間入院をしなければならないこと、入院中に認知症が進行し、自宅に戻ることが難しくなる可能性があること、ストーマの処置や管理はAさんだけでは難しく、高齢の妻には負担となることを伝えた。介護支援専門員は、退院後の利用するサービスについての確認を行った。しかし、ストーマを造設するかどうかの最終的な判断をできないまま退院となった。
2019年1月	退院後は週2回の訪問看護と2週に1回の訪問診療、週に1回の訪問リハビリを利用しながら自宅での生活を継続している。自宅内は歩いて移動可能だが、屋外に出ることはない。日中は自室のベッドで横になってテレビを鑑賞している。唯一の楽しみは妻が作る3度の食事を食べることであり、妻は1日3回手作りの食事を用意しているため、時間に追われている。また、Aさんの排泄は1日7～8回で、便はやわらかく、下着を汚してしまうことも多々あり、妻は洗濯やごみ捨て（紙パンツ）にも追われている。

### ■ 医療と介護の連携のポイント

●ストーマ造設をした場合の一般的な予後について病棟看護師が説明したが、在宅での生活については、長年Aさんの家庭環境や家族の意向や価値観を把握している介護支援専門員も同席のした方が、これまでのAさんとの関係を活用して、Aさんの悩みについても傾聴でき、ストーマ造設についての理解が促進されるのではない

かと病棟看護師が判断し、介護支援専門員に相談したこと。

●介護支援専門員は、さらに機転を利かせ、在宅後の医療的ケアを実施するであろう訪問看護師にも声をかけてともに訪問し、Aさんにストーマ造設に関する医療的な説明は訪問看護師がしたこと。

### MEMO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### ワンポイント解説

- 1 Aさんや家族にとっては、ストーマの造設は、これまでに経験のしたことのない医療処置であり、造設をするかどうか、判断しづらい状況にあったと推測できる。このことに対して、病棟看護師からの一般的な説明はあったものの、実際の在宅生活にどのように影響してくるかの説明が求められていた。
- 2 病棟看護師は、ストーマ造設にともなう在宅生活の影響を考慮して、在宅での生活を支えてきた介護支援専門員に相談をした。さらに、介護支援専門員は、医療的ケアに関する内容をともなうと判断し、訪問看護師にも同席を求め、Aさんの家族に説明を行っている。これらの病棟看護師及び介護支援専門員の判断は的確であった。いわば、入院と同時に、退院後の予後も含めての一貫した支援が展開された事例である。

II 事例  
2 入退院支援事例

II 事例  
2 入退院支援事例

## 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

<p><b>【年齢・性別】</b> 65歳 女性</p> <p><b>【疾患・障がい】</b> 脳出血による右片麻痺、高次脳機能障害</p> <p><b>【要介護度】</b> 要介護1</p> <p><b>【家族の状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 夫と2人暮らし</li> <li>● 家事、見守り支援などは夫</li> </ul> <p><b>【夫の主訴】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> </ul> <p><b>【理学療法士からの入院中の情報】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> </ul> <p><b>【連携にかかわった機関・職種】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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）</li> </ul>
--	---

### ■ 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」と声かけをしている。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。」と声かけをしている。 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」と声かけをする。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直しを立て、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 退院にともなう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。

## 事例12 在宅療養支援者からの 入院時の情報提供の意義

—在宅療養生活を可能とする退院時の条件の提示—

### 事例の概要

脳梗塞の既往のあるAさんはが自宅で転倒骨折し、入院となった。自宅での生活を退院後もできるようにしたいという家族の意向にそって、入院翌日介護支援専門員と訪問リハビリを担当していた作業療法士が家族とともに主治医に対して、介護保険サービス（介護用ベッドのレンタル、通所リハビリ、訪問看護）を利用しながら、夫婦2人で生活していること、杖歩行あるいは伝い歩きで自宅内を移動し、外出時は車いすを利用しての生活であったことを説明した。さらに、退院時には入院前と同レベルのADLの回復が必要であり、再び在宅で生活ができるようになるための治療及びリハビリを依頼し、退院時の目標設定についての理解を得た。その結果、退院時には入院前より足腰がしっかりし、在宅生活にスムーズに移行できた。

### ■ 基本的情報

- 【年齢・性別】 82歳 男性 ●車で10分のところに共働きの長男夫婦が在住、用事があるときは電話で連絡
- 【疾患・障がい】 脳梗塞による軽度左片麻痺（74歳）第2腰椎圧迫骨折（82歳） ●連携にかかわった機関・職種
- 【家族の状況】 ●介護支援専門員、リハビリ作業療法士（OT）
- 72歳の妻と長年2人暮らし

### ■ 支援経過

2002年5月	脳梗塞のため20日間入院する。軽度左片麻痺があるが、廊下の手すりやシャワーチェアの対応でこれまでの通りの生活が可能であった。自宅の掃除はAさんが行い、炊事、洗濯は妻が行っていた。買い物は近くのスーパーに夫婦で歩いて行き、受診等はタクシーを利用していた。
2008年11月	徐々に下肢筋力が低下し、介護保険を申請する。要介護1と認定され、週に1回訪問リハビリ、週に2回通所介護、介護用ベッドのレンタルを開始する。
2010年9月	庭の水やりをしていたところ転倒し、第2腰椎圧迫骨折のため救急入院となる。長男から救急入院となったことの連絡が介護支援専門員にある。介護支援専門員は、「今回の骨折により、今まで通り日常生活がおくれる状態にまで回復できるかわからないが、少なくとも今までの状態にまで回復しないとご夫婦2人の生活を継続することは難しい。そのため、明日主治医にAさんのこれまでの生活状況を説明し、できるだけ入院前の状態に戻れるようリハビリを進めてもらいたいということをお願いに行く」と家族に伝えた。翌日、介護支援専門員、OT、長男の妻が医師と面談し、できるだけ骨折前の状態にまで回復するようリハビリを依頼したところ、医師は「できるだけ進めてみるが、どこまで回復するかはわからない、理学療法室には伝えておく」との回答があった。また、病棟看護師に対しても、同様の情報提供を行った。6週間の入院治療を終え、退院前カンファレンスでは、入院前より立ち上がり動作や歩行がしっかりしており、入院中のリハビリの効果がみられた。さらに退院後も下肢筋力を維持するための在宅サービスの検討と退院後の状態確認も含め外来受診時のリハビリも検討され、在宅生活にスムーズに移行できた。

### ■ 医療と介護の連携のポイント

- 介護支援専門員は、Aさんの骨折により、本人及び家族が希望している在宅生活にもどるための治療、リハビリを依頼するために、主治医の理解を得ることが重要であると判断し、家族の同意を得て、医師と面談を迅速に設定したこと。
- 主治医の理解を得られれば、そのためのリハビリの処方が出され、在宅生活に戻るという目標設定がなされると判断したこと。
- 治療過程に合わせた日常生活の自立支援に資する看護計画が立案されるように、入院前の生活、日常生活行動の状況を病棟看護師に情報提供したこと。

### MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### ワンポイント解説

- 1 急性期の高齢患者にとっては、日々の療養生活のおくり方が、身体機能の低下、生活意欲の低下につながる。しかし、病院の医師や看護師が、急性期で入院してきた患者のこれまでの生活像を把握することは困難である。
- 2 入院前の状態にまで回復するためには、在宅療養支援者がAさんの入院前の生活や日常生活動作の状況や自宅での生活にもどる上での最低限必要な条件等をリアルに医療従事者に意図的に伝えることが重要となる。Aさんの現在の状態も含めAさんの理解を支援関係者が相互に深めていくことで、退院後の生活を見通した目標設定と具体的な治療、ケア、リハビリの計画立案とケアの展開につながる。
- 3 介護支援専門員が、これらの重要性を理解していたため、入院直後からの迅速な対応が可能であった。介護支援専門員にとっては、病院との情報共有の過程で、入院中のAさんの状況の理解が深まり、予後予測に基づいた自宅での支援計画につなげることが可能となる。
- 4 在宅療養支援者が提供する情報の重要性、必要性を医療従事者が十分理解し、入院直後から、退院後の生活を意識しながら療養する体制を整えることが重要である。

## 事例13 介護支援専門員と病棟看護師の連携によって在宅生活へのスムーズな移行を実現

### 事例の概要

Aさんは妻の死亡後、長女夫婦と同居していた。3年ほど前から血圧の内服薬の自己管理が難しくなり、急に怒り出すようになったため受診したところ、軽度認知障害であると診断された。その後脳梗塞を発症し入院となり、左半身に軽い麻痺が残った状態で回復期リハビリ病棟に移った。Aさんの担当である介護支援専門員は、入院当初から病棟看護師との連携を心がけ、在宅生活へのスムーズな移行のための情報提供としてサマリーに詳しく自宅での様子を記録するとともに、口頭でも説明した。また、回復期リハビリ病棟に移ってからは、カンファレンスに参加して自宅での生活にそったプログラムを提案した。その結果、Aさんは3か月のリハビリの後に退院し、もとの穏やかな暮らしを続けている。

### ■ 基本情報

【年齢・性別】 87歳 男性

【疾患等】 高血圧症、脳梗塞、軽度認知障害

【認知症高齢者の日常生活自立度】 II a

【要介護度】 要支援2

【家族の状況】

- 妻の生前は、夫婦2人で畑づくりをして穏やかに暮らしていた。
- 5年前に妻が死亡してから長女夫婦と暮らしていた。

●長女夫婦は仕事があるため、昼間は一人で過ごし、週1回通所介護を利用していた。自宅近くに妻とともに農作業をした思い出の畑があり、毎日そこへ出かけていた。

【連携にかかわった機関・職種】

- 介護支援専門員、病棟看護師、回復期リハビリ病棟の医師、作業療法士（OT）

### ■ 支援経過

2015年10月	3年ほど前から高血圧薬の自己管理が難しくなり、時々ではあるが急に怒り出すようになったため、長女が同行して受診したところ、軽度認知障害の診断を受けた。要介護認定では要支援2、認知症高齢者の日常生活自立度はII aで、週に1回通所介護の利用を開始した。
2018年6月	部屋で動けなくなっていたところを長女が発見し、救急搬送され、脳梗塞と診断され、そのまま入院となる。左半身に軽い麻痺が残った。 担当の介護支援専門員は、退院後の生活を見通し、以下のような自宅での様子を書面と口頭で病棟看護師に説明し、病棟でのケアに活かすように依頼した。 ・自宅では長女の手作りの薬箱で内服を自己管理していたので、内服ができるようになったらその薬箱を使って自己管理できるようにしてほしい。 ・トイレに行く時に、おそらく気恥ずかしさから「畑を見に行く」と言う。「畑を見に行く」と言ったらトイレと理解し、見守ってほしい。排泄後は流し忘れることがあるので、トイレから出たら確認してほしい。 ・少しの刺激で怒り出すことがある。その時は前夜の睡眠が足りていない場合が多いので、午後の早い時間帯に30分以内の昼寝を勧め、その間は診察などを避けてほしい。

2018年7月

回復期リハビリ病棟に移動する。Aさんは左手の麻痺を気にしており、畑仕事の時に道具を持ちづらくなるのではないかと心配していた。病棟看護師は、移動先の回復期リハビリ病棟看護師に、介護支援専門員からの情報も含んだ対応の実際について説明した。  
回復期リハビリ病棟の医師・看護師・リハビリ職員、介護支援専門員、Aさん及び家族でリハビリカンファレンスを開催する。  
生活リズムを崩さないように午後の早い時間帯は訓練を行わないこと、Aさんにとって大切な畑仕事ができることを目標に自宅から道具を持ってきて訓練に使うことなどが提案された。作業療法では、左手の握力低下のため、クワの把握部分に滑りにくいものを巻いて太くするなどの工夫が行われた。  
畑づくりのためということでAさんは熱心に訓練を行い、3か月で退院して元の生活に戻り、穏やかに暮らしている。なお、退院前カンファレンスでは、入院中の様子について病棟看護師から介護支援専門員に詳しい説明があり、今後の生活について検討された。

### ■ 医療と介護の連携のポイント

- 介護支援専門員から、退院後の生活を見通し、自宅での様子を書面と口頭で病棟看護師に説明し、病棟でのケアに活かすように依頼したこと。
- 在宅での様子を知る介護支援専門員から急性期病棟の看護師、さらに回復期リハビリ病棟の医師、看護師、OTに、Aさんの日常の状況が丁寧に説明されたこと。

### MEMO

### ワンポイント解説

- 1 高齢者は環境の変化によって心身の状態がしばしば悪化する。とくにAさんには認知機能の低下があるため、環境の変化による影響を最小にするとともに、長い間の生活習慣や普段の行動特性を踏まえた対応を行うことが重要であった。また、Aさんにとって大切な畑仕事を行うためのリハビリの必要性が医療関係者にも理解され、在宅生活への移行がスムーズとなった。
- 2 一方、在宅生活を支える介護支援専門員と、医療機関の看護師との連携は難しく、情報交換や情報を活かした対応が行われにくいことがある。有効な情報が伝達されなければ、医療機関では治療やリハビリの効果が下がり、在宅生活の困難が予想され、安易な施設入所を選択することにつながる。
- 3 退院後の生活を見通して、入院前から退院時までの生活の場と医療の場における情報を一貫して共有することで、スムーズな在宅生活への移行が可能となり、その人らしい人生をおくることを支援できる。今後地域包括ケアシステムの構築のために、回復期リハビリ病棟の果たす役割が一層大きくなる。