

医療依存度の高い患者の在宅支援

—患者・家族の希望により自宅退院につなげた—事例—

古川 恵利¹・草野可代子¹・宮下 弘子²・西山久美子¹

要旨 医療依存度の高い患者とその妻が在宅で療養生活を送る事を強く希望した。患者の状態は不安定であり在宅で療養する事は困難であるように思われた。しかし、患者と妻の思いを尊重し、介護者である妻の介護負担の軽減を考慮しながら、在宅で療養できるよう支援した。その結果、患者は在宅療養に至る事ができた。この事例への関わりの中で、自分自身も高齢であり弱視というハンディキャップを抱えながらも夫を連れて帰りたいという一心で努力する妻の姿から、在宅療養に至るには家族の存在がとても重要である事を学んだ。また、私たち医療従事者は患者だけでなくその家族を支える援助を行う必要がある事を学ぶ事ができた。

長崎大学医学部保健学科紀要 16(2): 77-81, 2003

Key Words : 在宅支援, 医療依存度, 嚥下障害, 胃瘻管理, 患者・家族の希望

はじめに

高齢化が進み、医療、福祉も進歩し気管切開や人工呼吸器を装着しても在宅療養が行える時代になってきた。しかし、そのためには療養者に必要な社会資源が十分に提供され、介護者の介護力が在宅療養を維持できないと成立しない。患者の中には癌などのターミナル期で病状が不安定であっても在宅療養を望む事例もあり、私たち看護師を含め医療従事者は患者の意志を尊重し支援する必要がある。

今回、たくさんの疾患を抱え、胃瘻管理、バルーンカテーテル管理、吸引などが必要な医療依存度の高い患者が在宅療養を強く希望し、妻も高齢で弱視というハンディキャップを抱えながらも「自宅に帰れるうちに連れて帰りたい」と希望したため在宅で療養生活が送れるよう支援した。今回の患者への看護を振り返り、在宅療養には患者を支える家族の力が大きく、介護指導だけでない家族支援の大切さを学ぶ事ができたのでその経過を報告する。

倫理的配慮

今回の報告を行うにあたり家族に取り組みの意図を説明し承諾を得ている。

事例紹介

患者：76歳、男性

病名：パーキンソン病（Yahr V）、前立腺癌（骨転移…胸椎、腰椎、左脛骨）、誤嚥性肺炎、偽膜性腸炎、貧血、播種性血管内凝固症候群（以下DIC）

家族背景：患者は72歳の妻と二人暮らしで、妻は弱視の

ために身障者手帳を持っていた。亭主関白で、何事も患者が決め、妻は夫につくしながら生活していた。患者は、妻に対して大きな信頼を抱いており、入院中には妻が側にいないと寂しがり叫んだりする事があった。妻は毎日面会に来る事は負担が大きかったが患者の性格を理解しており、できる事はしてあげたいという思いで毎日来院し付き添っていた。隣家に長女と孫が住んでおり週末には毎週来院し、妻とともに患者の世話をしていた。

現病歴：1996年頃よりパーキンソン病で入院を繰り返していた。弱視である妻との二人暮らしで隣家に住む娘の協力と訪問介護を利用し在宅療養していたが、2001年夏頃よりADLが低下し寝たきり状態となった。2001年末、尿閉のため他院へ入院。バルーンカテーテル留置となり、検査の結果、前立腺癌と診断され月1回のホルモン療法が開始となった。その後、病状の安定を待ち自宅退院したが発熱が続き、4日後（2002年1月）当院へ紹介入院となった。

入院時、右下葉に肺炎があり、39度台の発熱があった。痰の量が多かったが自力で咯出できず、吸引で黄色痰を多量吸引した。呼名返答はできたがボーッとしていた。ADLは上下肢ともに拘縮がひどく全介助、食事は自宅では介助で全粥食を摂取、排尿はバルーンカテーテル留置、排便はオムツに失禁状態であった。また仙骨部にIAETの分類でⅡ度の褥瘡があった。

図1は、入院から自宅退院までの全経過である。横軸は入院病日を示し、折れ線は体温の変化を示している。入院から胃瘻造設までをⅠ期、胃瘻造設後から自宅退院までをⅡ期に分けて報告する。

1 特別医療法人春回会長崎北病院

2 長崎大学医学部保健学科

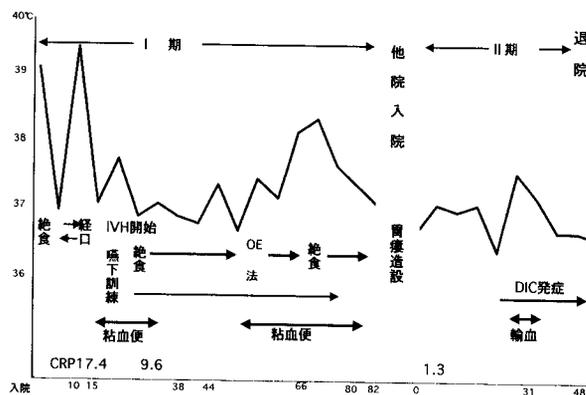


図1. 入院中の経過

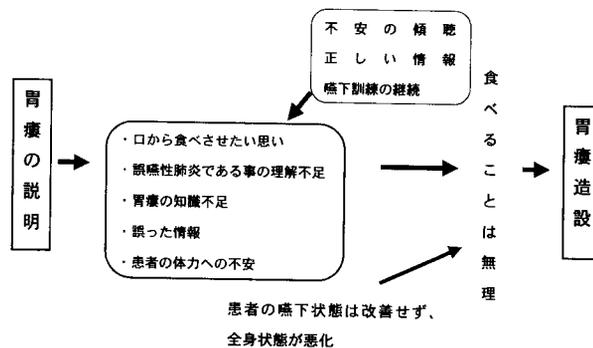


図2. 胃瘻造設受容までの過程

看護の経過

第Ⅰ期：入院から胃瘻造設に至るまで

(2002年1月14日～4月6日)

入院時は、肺炎による呼吸状態、全身状態の悪化が予測されたため、看護目標を、肺炎が治癒し病状が安定するとした。全身状態の観察を密に行った。また、頻繁に吸引を行い、痰の量、性状の観察を行った。絶食となったため輸液管理を行った。その結果、3病日目、解熱し呼吸状態が安定したためミキサー食が開始された。食事開始直後から痰の量が増え、発熱した。そのため、再度、絶食となり治療が追加された。病状が安定し食事を開始すると肺炎を起こす状態であったため、看護目標を嚥下状態が改善し肺炎を予防できるとした。言語聴覚士との連携により嚥下評価を行った結果、咽頭期に障害があると考え、アイス綿棒による冷圧刺激法やチルコールドマッサージによる嚥下訓練を開始した。食形態をミキサー食からゼリー食、嚥下訓練食へ変更し摂取時の体位はギャッジアップ45度、一回量は小さじ半分量に統一した。また、食事摂取後の患者の状態の観察をした。患者の食べたいという気持ちを理解しながらかわり、家族には食べる事で肺炎を起こす危険性があることを説明した。訓練や食形態、体位などの検討を行ったが、患者は嚥下反射が鈍く、食後に痰が増える状況は変わらなかった。経口からの必要カロリーの摂取は困難であったため経管栄養を間歇的口腔食道経管栄養法（以下OE法）で行った。患者も妻も経口摂取する事を強く希望していたため、訓練を継続したが、嚥下状態は改善せず発熱を繰り返した。また粘血便を繰り返し、偽膜性腸炎を発症した。

嚥下障害に対しさまざまなアプローチを試みたが、経口摂取を続ける事は困難な状態であり、新たな栄養手段の確立が必要となった。患者、家族が自宅へ帰る事を希望していたため、家族でも管理しやすい胃瘻の造設を勧めた。妻は不安や葛藤があったが徐々に胃瘻造設を受容していった。

この過程を整理すると（図2）、主治医より胃瘻の必要性を説明されたが、妻は、口から食べさせたいという思い、誤嚥性の肺炎である事理解不足や胃瘻について

の知識不足、「胃瘻をつくると食べる事ができなくなる」と情報を誤って解釈した事、患者の体力が胃瘻造設に耐えられるのか不安である事などから戸惑いがあり、造設を躊躇していた。その為、妻の面会時には側に行き不安を傾聴した。また、患者の嚥下状態の説明を行った。他の胃瘻造設患者の状態を実際に見てもらいその家族から胃瘻についての情報が得られるようにした。また、胃瘻の正しい情報の提供を行った。患者と妻の経口摂取したい気持ちを尊重し、間接的な嚥下訓練は継続した。

しかし、嚥下状態は改善せず偽膜性腸炎のため絶食となり、患者の全身状態は悪化していった。この現状から妻は食べる事は無理であると理解し胃瘻造設を受け入れていった。

患者の状態の安定を待ち、82病日目、胃瘻造設のため系列病院へ転院となった。

第Ⅱ期：胃瘻造設後から自宅退院まで

(2002年4月23日～6月8日)

胃瘻造設後は発熱はなく痰の量も減少し、発語が増えて活気がでてきた。胃瘻造設前はぐったりとしており傾眠傾向であった患者が、自分から散歩やリハビリテーションに参加するようになった。そのような患者の姿を見て、妻は安心し自宅退院への気持ちが強くなった。前立腺癌も腫瘍マーカーは正常値まで低下した。骨転移があったが疼痛は体位変換で治まる程度で鎮痛剤などの必要はなかった。しかし、貧血が進行し、ヘモグロビンが9.8 g/dlから6.4 g/dlまで低下したため輸血を行った。またDICを発症したため治療を行い、栄養状態改善のため胃瘻栄養を900kcalから1200kcalへ増量した。しかし、検査データは改善せず慢性的に経過した。

患者、家族ともに「自宅へ帰りたい」という思いが強かったが、患者の状態は不安定であり急変の危険性が高く、自宅退院は困難であるように思われた。看護目標を①必要な介護方法を習得する事ができる②支援体制が整うとした。

介護方法として、胃瘻については自宅で使用する物品を使用しての手技の指導を行い、妻の理解や手技をチェッ

ク表を作り評価し次の指導に活かせるようにした。妻は弱視であり胃瘻チューブの接続、栄養剤の滴下が困難であった。そのため、胃瘻チューブの接続部に目印をつけ滴下筒の後ろに黒い紙をあてるようにした。その結果、妻はひとりで管理できるようになった。

日々の関わりの中で妻の手技の上達を共に喜び自信を持つよう声かけを行った。しかし、妻はひとりで管理する事への不安が大きかった。そのため、長女と孫にも来院時に胃瘻管理の指導を行い朝、夕の栄養時には家族の協力を得るようにした。また、昼は訪問看護師に依頼した。その事で妻の不安は軽減した。

吸引については、実際に自宅で使用する吸引器を使用して行った。最初は恐怖感からなかなか奥の方までチューブを挿入できなかったが、徐々に習得していった。また、患者は吸引の刺激で痰を口腔まで喀出できるようになった。そのため、容易に吸引できるようになった。しかし、痰は粘調で十分に吸引できない事が考えられたため訪問看護師に経鼻より上気道までの吸引してもらおう事とした。バルーンカテーテルの管理については、患者は尿混濁がひどく、週2回膀胱洗浄の必要性があったため訪問看護師に依頼し、妻には尿量、性状の観察をするよう説明した。妻が介護技術を習得していく様子を見て以前は無表情であった患者が時折、笑顔をみせるようになった。

支援体制について、ケアマネージャー、主治医、訪問看護師、担当看護師によるカンファレンスを行い支援体制の検討、必要物品の準備を行った。患者は介護量が多かったため介護保険の範囲内で出来る限りのサービスの導入を行う事とした。また、家族に対し患者の状態の観察点を説明した。その結果、週5日の訪問看護と週1回の近医による往診を設定し、入院が必要な時には当院へ入院させる事とした。また家族に対し患者の観察点を説明した。これらの事で妻の急変に対する不安は軽減した。また、週5日の訪問介護や訪問リハビリテーション、訪問入浴を設定した事により妻の介護負担は軽減した。

電動リクライニング式ベッド、エアマットレス、吸引器などを準備した。

支援体制が整い、患者の状態も安定し再入院から48病日、自宅退院した。

自宅退院後は、娘・孫の協力とサービスの利用により自宅療養は維持できた。しかし、1ヶ月目に脱水と血尿、肺炎により再入院となった。補液と抗生剤の投与により全身状態は改善した。夏場であったため、胃瘻からの水分量を増量し再び脱水を起こさないようにし自宅退院した。その後、一年経過するが状態の悪化なく在宅で療養生活を継続できている。

考 察

人が口から食物を食べたいという営みは、生きるための単なる栄養補給だけでなく、人間の基本的欲求であ

る¹⁾と共に精神的な支えの一つでもあり、食べる事はいくつもの楽しみを与えてくれる。寝たきり状態であるこの患者にとって食べる事は楽しみであったが、パーキンソン病の進行により嚥下機能が障害され誤嚥性肺炎を起こす状況であった。そのため第1期では患者の全身状態の安定と栄養手段の確立に向けて援助を行った。

患者の食事摂取状況から咽頭通過に障害があると考え冷圧刺激法、チルコールドマッサージなどの嚥下訓練を行った。また食形態、体位の工夫も行った。必要カロリーを補うため経管栄養を併用する際には、嚥下リハビリを促進する²⁾と言われる間欠的口腔食道経管栄養法で行った。また、患者、家族の経口摂取への思いを尊重し、絶食の期間には患者の全身状態を観察しながら間接的な嚥下訓練は継続した。

今回の事例において、患者の嚥下状態を把握し訓練を行ってきたが、患者は覚醒状態にムラがあり軽度の痴呆があったため看護師の声かけを理解できる時もあればできない時もあり、訓練がスムーズに行う事ができなかった。またパーキンソン病による筋の固縮もあり嚥下状態は改善せず新たな栄養手段の確立が必要となった。しかし、嚥下障害のある患者に対し最後まであきらめずに援助する事で経口摂取が可能となる事例もある事³⁾、患者・家族の気持ちを最後まで尊重し援助できた点から今回の援助は意味があったと考える。

嚥下状態が改善せず新たな栄養手段を検討したが、患者も家族も自宅での療養を望んでいたため経管栄養の中でも管理が行いやすくトラブルが少ない、患者にとっても苦痛が少ない⁴⁾といわれる胃瘻栄養を勧めた。笠谷らは、胃瘻造設を勧められた患者の介護者は胃瘻という未知のことへの不安や身体に穴を開けることへの不安に加え、患者の代わりに胃瘻造設を決める事の責任の重さを感じて思い悩んでおり、そのような家族にたいしては、患者の現状が理解できるよう時間をかけ関わり、胃瘻とはどのようなものか情報を提供したり、他の胃瘻造設患者の介護者と関わり情報交換できる場を設けたりする事により不安は軽減される⁵⁾と報告している。今回の事例においては、誤嚥性肺炎である事の理解不足や口から食べさせたいという思いが強い事、患者が胃瘻造設に耐えきれぬのか等の理由から造設には否定的であった。そのため、嚥下訓練の継続を行いながら患者の嚥下状態の理解を促し、患者の全身状態が安定するよう援助を続けた。また、胃瘻について正しい情報を提供し、他の胃瘻造設患者の家族と関わる機会を持ち、実際の胃瘻についてイメージをもってもらった。これらの事から胃瘻の必要性を理解し不安が軽減され胃瘻造設を受容できたと考える。

退院支援において、病棟看護師は、早期より患者の退院後を視野に入れた援助を開始する事が必要であり、他職種との連携により、患者、家族が安定した療養生活を送れるよう援助する事が必要である⁶⁾という報告がある。今回の事例では胃瘻造設後より自宅退院に向けての援助

を開始した。患者、家族の抱える介護上の問題を抽出し、退院後に必要となる知識・技術、療養生活を支えるために必要な社会資源を医療・福祉のスタッフで検討した。

介護者の妻は弱視であったため、介護方法は妻が行いやすいよう工夫を行った。手技の上達を共に喜び自信を持てるように関わった。妻にとって一人で介護する事は不安が大きくまた、妻の介護負担が大きかった。そのため夜間は隣家に住む娘と孫の協力を得る事とした。週5日の訪問看護による病状観察と週1回の近医による往診により患者の急変に対する不安を軽減し、訪問介護やりハビリテーション、入浴サービスの利用により妻の介護負担の軽減をはかる事ができたと考える。

患者は多くの疾患を抱えており医療処置も多く、自宅退院をする事は容易な事ではなかった。しかし、家族、特に主介護者である妻は「自宅へ連れて帰りたい」と必死に介護方法を習得しようとしていた。患者と妻の間には長年の夫婦生活の中で培われたお互いを思いやる気持ちがあり、妻には介護負担が大きくても夫が望むのなら自宅に連れてかえって自分が支えたいという思いが強くあった。自宅に連れて帰りたいという目標がハンディキャップを乗り越え介護技術を習得する原動力になっていた。自分自身、弱視であり年齢的にも夫の介護を行う事は負担が大きいのにも関わらず努力する妻の姿から、家族の存在の大きさを学んだ。在宅療養を支えるためには家族の力が強く影響しており、私たち医療従事者は、その家族の力を引き出し高める援助をする事が求められているという事を痛感した。

介護指導だけでなく日々の関わりの中で患者・家族の話聞き受け止め、共に喜び、悲しみ、また時には新たな視点を提供する事が家族の力を引き出す第一歩となりうるという事を今回の事例から学ぶ事ができた。

今回の事例のように重症で医療依存度が高く一見在宅療養を行う事が困難であるような場合でも患者家族の抱えている介護上の問題を明確にし、最後まで可能性を捨てずに支援する事で希望であった在宅療養につなげる事ができたと考える。

今後も医療の進歩と共に、重症患者が在宅療養を望む機会が増えてくる事が考えられる。その際には事例から学んだように家族の力を引き出しながら患者・家族の希望ができるだけ達成できるよう援助する必要があると思われる。

文 献

- 1) 中村美鈴：PEG患者へのインフォームド・コンセントと「口」から食べられない事への心理的援助。月刊ナーシング、22：26-29、2002
- 2) 藤森まり子：経管栄養の最前線；①間欠的口腔食道経管栄養法（OE法）について 看護技術46：1258-1261、2000

- 3) 中村昌美、朝原都、溝口泰子、長谷川美知香、小俣登志江、杉山佳子、安蘇桂子：パーキンソン病による嚥下障害患者へのアプローチ 嚥下訓練を試みて 第29回日本看護学会集録（老人看護）、21-22、1998
- 4) 山岸正美、水野ひろみ：在宅療養におけるPEGの有効性—経鼻胃管カテーテルとの比較— 第29回日本看護学会集録（老人看護）、32-33、1998
- 5) 笠谷紫美子、河原美香、村上慶子、釣谷静世、白井悦子：胃瘻造設を推奨された患者を抱える介護者の不安 第29回日本看護学会集録（地域看護）、21-23、1998
- 6) 須田静、福島祐子、伊藤真実、蒲木幸子、益宏美、佐塚ひとみ、高山佳子、平井純子：退院計画における病棟看護婦の役割の明確化 第29回日本看護学会集録（老人看護）、48-50、1998

Support of the patient to discharge from hospital and keep him
living in his home who need a lot of medical aid
: a case report

Eri FURUKAWA¹, Kayoko KUSANO¹, Hiroko MIYASHITA²,
Kumiko NISHIYAMA¹

1 Division of Nursing, Nagasaki Kita Hospital

2 Nagasaki University School of Health Sciences