

30-1 在宅医療

外来患者の地域包括ケアを支える栄養補助療法の取り組み－第2報

1 藤岡市国民健康保険鬼石病院 薬剤科, 2 藤岡市国民健康保険鬼石病院 外科, 3 藤岡市国民健康保険鬼石病院 栄養科,
4 藤岡市国民健康保険鬼石病院 看護部, 5 藤岡市国民健康保険鬼石病院 リハビリテーション科

たかはし ゆきこ

○高橋 由紀子 (薬剤師)¹, 工藤 通明², 山本 美香³, 山川 裕子³, 清水 文江⁴, 山口 由紀子³,
小島 由香利⁴, 鬼澤 三映⁴, 西田 良美⁴, 明石 久美子⁵

【はじめに】当院は、藤岡市鬼石地区を中心とした地域住民の医療と地域包括ケアの充実に取り組んでいる。院内の栄養対策チームは、入院症例以外の外来・往診症例に対しても高齢者施設と協力し、栄養・摂食障害に対応している。その理由は、都市部の総合病院を中心としたNST活動と異なり、高齢化・過疎化の進行した当地域では、高齢者等に必要とされる対策は、従来の栄養指導だけでは不十分と考えられるからである。そこで、経口摂取量が不十分な症例には、薬剤処方の際に栄養剤も合わせて処方し、栄養障害の進行や入院回避に有効であることを、第27回群馬NST研究会で報告した。今回も、経口摂取量が低下した場合に、半消化態経腸栄養剤（ラコールNF、エンシュア・リキッド）を処方した結果を、再検討し追加報告する。

【対象と方法】2020年4月から6月までの間に、当院通院中の症例または、高齢者施設入所中の往診症例で、男性9名、女性6名である。男性は7名が80歳以上、女性は5名が80歳以上であった。処方基準は、5日間以上の経口摂取量の減少（摂取量が概ね5割以下）などである。外来処方の半消化態栄養剤の種類と投与内容・投与期間、栄養剤投与開始後3か月以内の入院治療の有無の検討をおこなった。

【結果】処方された栄養剤は、ラコールNFが11名、エンシュア・リキッドが4名であり、栄養剤投与後に入院治療となった症例は、2名のみであった。入院理由は、認知症進行による経口摂取困難が2名であった。15症例のうち13例が2回目以降の処方を希望した。

【考察】補助栄養剤は、都市部ではドラッグストアなどで購入が可能となったが、山間地域の高齢者は購入機会も少なく、購入時の金銭的負担も大きい。病院受診時に栄養剤も処方することは、2017年に報告した検討結果とほぼ同様の傾向が確認され、在宅での生活を維持してゆくための有効な手段であることが再確認された。

30-2 在宅医療

ご利用者の在宅生活の継続を維持するために

1 富家千葉病院 在宅医療推進室, 2 サポート付き住宅千葉

かじたに みか

○梶谷 美香 (介護福祉士)¹, 西蔵盛 百合子²

【はじめに】

サポート付き住宅千葉は2017年から開始し、現在16名のご利用者が入居している。主に入院中にADLが下がり在宅生活は可能だが、元の住まいに戻っての生活が困難な方へ安全に生活しやすい物件を探し、入居までの支援に加え入居後も地域や当院、在宅医療、居宅ケアマネジャー、デイサービスが連携を取り合いながら、在宅生活を長く送ることが出来るようにサポートをするシステムである。

【症例紹介】

- ・年齢 性別 63歳 女性
- ・現病歴 脳梗塞 糖尿病 高脂血症
- ・既往歴 陳旧性心筋梗塞 慢性腎不全 右大腿骨転子部骨折 (要介護1)

【支援経過】

2017年5月千葉サポート付き住宅に入居。福祉用具（特殊寝台）、訪問診療月2回、デイサービス週5回、介護ヘルパー週1回を利用。朝食はサポート付きで購入支援。昼食はデイサービスで摂取、夕食は配食弁当。入居当初は年齢がまだ61歳ということもありデイサービスに行くことを拒否する日もあったが、現在ではご本人の楽しみはデイサービスに行くことだといわれ、イベントには積極的に参加し私用で休むことはほぼない。2019年4月脱水症状で2週間入院となるが現在は体調も安定しADLも現状維持が保たれる。

【考察】

サポート付き物件はバリアフリーではなく一般的なアパート物件の為、玄関の段差や室内にも段差があるため、ADLを下げないようにリハビリの継続は必要と思われる。また日々の体調や心の変化、室内環境の変化にもデイサービスからの情報により早く対応ができる。

【おわりに】

ご利用者の在宅生活を継続したいという希望を、サポート付き住宅でも叶えたいという思いで日々支援を行っています。ご利用者に不安や悩みがあるときは他職種との連携を取り合いながら対応し、安心して生活ができるように心のサポートも心がけています。

30-3 在宅医療

自宅で最期を迎えたい患者と家族の思いに寄り添って
～多職種連携により実現できたこと～

富家千葉病院

かとう はるみ

○加藤 晴美（看護師）

【はじめに】

在宅看護では患者のみならず、家族、特に主介護者も含めた視点で看護を展開していく必要がある。「最期は自宅で迎えてたい」との夫の希望を叶えようと在宅介護をする妻の何気ない一言に着目し展開した関わりから多職種連携の重要性を学び、ここに報告する。

【対象者】

A氏。60歳代、男性。筋萎縮性側索硬化症。ADLは全介助。会話は文字盤使用。主介護者の妻と二人暮らし。主介護者の妻は、介護に積極的で医療的ケアは全て行っている。訪問看護、リハビリ、身体介護が介入している。

【経過】

看護師の介入時、妻が何気なく「美容室に行く時間がない」と話される。美容室の所要時間は3～4時間のため、夫を1人残して外出は出来ないとの事。私は妻が美容室へ行く時間を確保したいと考え、多職種と連携会議を開催した。会議の結果、多職種が連続して同日に介入し、その時間に美容室に行ってもらった事となった。美容室に行かれた妻は「気分転換になった」と笑顔で話された。4回程、同様の介入を行った頃A氏は永眠。A氏の永眠後、妻は「皆さんのおかげで夫の希望を叶えることが出来ました。」と話された。

【考察】

妻が何気なく発した一言であったが、24時間休みなく介護をしている妻に自分自身の時間を過ごしてほしいと考えた。しかし、訪問看護の時間のみでは美容室に行く時間は確保できなかった。そこで多職種と連続して介入することでその時間を確保することができた。また、普段、関わっているスタッフの介入により安心して外出する事に繋がったと考える。その時間が日々、介護に追われる妻にとって、ホッと息をつける時間になったのではないかと考える。

【まとめ】

自宅で最期を迎えたい患者と家族の思いを尊重し、実現するためには、患者や家族と同じ方向を向き、多職種連携を図る事が重要である。一つの職種では実現できないことも連携を図ることで実現できるという事を学ぶことができた。

30-4 在宅医療

医療療養病棟から離島の自宅への退院を可能にした看護実践
～「島の家に帰りたい」本人と家族に共鳴して～

1 台東区立台東病院 看護介護部, 2 東京大学大学院 医学系研究科

さやま あやこ

○佐山 彩子 (看護師)¹, 後藤 千恵¹, 古木 晴美¹, 高岡 茉奈美², 加茂 唯子², 山本 則子²

【目的】

医療処置を継続的に要する患者が、医療療養病床から医療資源の制約が多い離島の自宅へ退院することを可能にした看護実践を記述すること。

【方法】

看護記録等を振り返り、患者や家族の言葉や看護師の考え、実践内容を時系列に沿ってワークシートに書き起こした。病院の看護師3名と看護研究者3名で看護実践の意味や意図について検討を重ね、看護実践をカテゴリ化した。

【結果】

事例の概要：88歳男性。妻と長男夫婦の2世帯で都内離島在住。2019年3月より嘔声が出現し声門癌と診断され、他院にて放射線治療・胃瘻造設を施行した。当院入院時から誤嚥性肺炎を繰り返していたが、自宅退院を希望していた。病棟転棟時には、自力で起き上がることが出来ない状態であった。また、これまで胃瘻の患者が島にいたことがないため、島の医療・介護従事者は患者を迎えることへの不安を口にしてきた。

自宅退院を可能にした看護実践：1) 本人と家族の覚悟に共鳴し、「この状態で自宅に帰れるのか」という思いを乗り越えて「自宅に帰る方なんだ」と受け止めた。2) 島に関して日々話をしてもらうことで、患者に活力を与えた。さらに会話や表情から気分を見極めながら、車椅子乗車やトイレ誘導を無理強いせずに続けた。3) 島の医療従事者らの不安を解消するため、電話・メールのやり取りだけでなくテレビ会議システムを活用し、とにかく情報を共有した。4) 家族に患者の実情を把握してもらうため、自宅の構造を踏まえたトイレ動作動画を撮影した。家族の来院機会は限られていたが、喀痰吸引や胃瘻からの栄養投与などの実施に対する不安を取り除きつつ手技を体得してもらえるように指導した。

【考察】

患者と家族の目標を受け止め、自宅に帰るうえでの障壁を一つ一つ粘り強く取り除いたことで、自宅退院に至った可能性が考えられる。医療従事者が無理かもしれないと決めつけずに、患者と家族の思いに向き合う必要があるだろう。