

7. 事例紹介

- ☆事例1 早期の医療連携により、本人の希望通り退院し、自宅で最期を迎えることができたケース (P 15)
- ☆事例2 綿密な退院計画と十分な準備期間により、医療依存度が高くても在宅で自分の希望をかなえることができたケース (P 16)
- ★事例3 入院中に在宅での看取りに向けた支援ができなかったことにより、退院翌日に亡くなったケース (P 17)
- ★事例4 退院準備が十分にできなかったために、不安なまま在宅生活を始めたケース (P 18)
- ☆事例5 急な退院であっても、病院側の適切な退院調整と退院後の連携によって支えることができたケース (P 19)
- ★事例6 本人の真のニーズを知るための面接ができなかったために在宅での適切な支援を受けることなく入院し死亡したケース (P 20)
- ★事例7 本人や介護環境のアセスメントが不足したまま退院調整したことにより、再入院になってしまったケース (P 21)
- ☆事例8 入院中の適切なアセスメントにより認知症の発見ができたことで、退院後不安なく生活を開始できたケース (P 22)
- ☆事例9 継続看護と専門職同士の連携により、胃瘻から経口摂取ができるまでに改善したケース (P 23)
- ★事例10 関係者の役割認識と連携不足により、ALS患者の刻々と変化する状態に対応できなかったケース (P 24)
- ☆事例11 訪問看護師との連携により病気の進行を予測しつつ、関係者全員が協働して支援をすることで、在宅生活を継続できているケース (P 25)
- ★事例12 医療的ニーズがあるにもかかわらず、退院指導を受けられず、訪問看護につなげられないまま在宅生活がスタートしたケース (P 26)
- ★事例13 病院が訪問看護利用の情報提供をしなかったために、中心静脈栄養ポートの感染をおこし入院を繰り返したケース (P 27)
- ☆事例14 退院時だけでなく、退院後も病院の支援を得られたことで、生活の中でのQOLが向上したケース (P 28)

事例1 早期の医療連携により、本人の希望通り退院し、 自宅で最期を迎えることができたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者	76歳 女性 膵臓がん末期 寝たきり度C1 認知なし 要介護5
家族構成	75歳の夫と2人暮らし、近隣に長男、次男が在住

【訪問看護依頼までの経過】

食欲不振が続き、家族が受診を勧めていたが、本人の拒否が強く在宅で経過をみていた。体重減少と腹痛が出現し、説得して受診したところ膵臓がんの診断を受け入院となった。本人はIVH以外の治療やケアは拒否し、未告知でもあったためか「自分は病気ではないから病院にいる必要はない。」と早期退院を希望。『IVHの管理とサポート、在宅での看取りを視野に入れたケア、往診医との連携、夫への身体的精神的サポート』という目的で、医療連携室より訪問看護の依頼あり。

【訪問看護開始後の経過】

- ・依頼より2日後に退院時共同指導のため病院へ訪問し、IVH手技の確認と共に、下記内容を検討した
 - *家族への退院指導について
 - *往診医は病院で調整して、連携する
 - *ケアマネジャーによる在宅サービスに関する調整→ 電動ベッドのレンタル、訪問看護
- ・IVHの薬液交換や管理について、入院中に夫と息子が介護指導を受けて退院となった
- ・退院後に、往診医を交えてのサービス担当者会議が開催され、在宅での看取りについて話し合った
- ・本人は痛みや苦痛をいっさい訴えることはなかったが、訪問看護で観察した内容やキャッチした状況を医師に報告し、苦痛の緩和に努めた
- ・「自分は病気ではない」と言い続けていたが、本人は自分の体の変化はよく理解しており、徐々に訪問看護によるケアを受け入れていった

【結果】

訪問看護とベッドレンタルのみのサービス利用であったが、家族が介護する中、本人の意思通り自宅で療養することができた。関わる全員が、本人の望むことを察知しながら受け入れ状況を判断しつつゆっくりケアを進め、家族もそれぞれの役割をもってケアを続けることができ、退院1ヶ月後に、家族に見守られながら安らかに自宅で永眠された。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・本人の強い意志に早期に対応し、医療の連携体制ができていたことで、本人や家族の安心と信頼のもとにケアを継続できた
 - 病院側が本人の希望を理解し、前向きに対応してくれた
 - 病院側が訪問看護の機能を理解し、その必要性を本人や家族に正しく伝えてくれた
 - 退院前から早期に訪問看護を依頼してくれた

事例2 綿密な退院計画と十分な準備期間により、医療依存度が高くても 在宅で自分の希望をかなえることができたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 63歳 男性 胃がん末期（余命6ヶ月～1年） ADL自立 認知症なし
介護保険申請中

家族構成 60歳の妻と2人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

胃がんの末期で余命6ヶ月～1年と説明され、「できることは自分でしたい」「週に1～2日東京まで通勤したい」「妻と一緒に旅行に行きたい」という希望があり、退院調整が始まる。嘔気と嘔吐により経口摂取ができないため、1日おきに夕方～朝までポンプ利用によるIVHを行なう予定（昼間の活動を妨げないため）。本人はIVHやポンプの指導後に自らマニュアルを作り、その通りに実施するなど几帳面な性格。退院1ヶ月前に病院の退院調整看護師より訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院に向けてIVH管理が自宅できるように、退院前カンファレンスが実施された
 - *本人の訪問看護への希望：医療処置、ポンプトラブル時の24時間対応、疼痛緩和
 - *病院側からの依頼内容：全身状態の管理、ターミナルケア、家族支援
- ・長年診てもらっていた近医が在宅の主治医となったが、麻薬やIVHの管理に不慣れであったため、訪問看護師が間に入り、病院の医師と連携をとった
- ・医療連携室のMSW及び退院調整看護師と訪問看護師が連携し、必要物品の調達を行なった
- ・訪問看護時に本人のルートセット手技の確認とニードル針の刺入を実施した
- ・本人のこだわりが強いため、どこまで手を出してよいか迷う妻の相談にのり、体調管理と合わせて援助を行なった
- ・食事摂取量が徐々に増え、体調が安定してきたので、週1回1時間半の通勤と自宅での仕事、友人との会食、夫婦での旅行などができるよう支援した

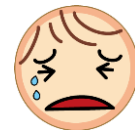
【結果】

綿密な計画と本人の気力により自分の希望通りの在宅生活ができ、一時期IVHを止めて食事ができるようになった。末期に近づき嘔吐と疼痛が増強し、麻薬の増量によって本人対応が不可能となり、本人の希望で入院し永眠された。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・本人の明確な意思があり、介護者と共に理解力が高かった
 - 残された時間をどのように使いたいかの意思がはっきりしていた
 - 指導した内容を的確に実施でき、判断能力もあった
- ・退院調整のための十分な時間があった
 - 退院指導を本人の納得がいくまで実施できた
 - 材料の調達などの準備ができた
- ・間に訪問看護師が入ることで、医師同士の連携がスムーズになった
 - 今回の経験をもとに、医療依存度の高い療養者を支えることができる関係が持てた

事例3 入院中に在宅での看取りに向けた支援ができなかったことにより、退院翌日に亡くなったケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 83歳 男性 肝細胞癌末期 寝たきり度C1 介護保険申請中

家族構成 長男及び長男の妻（介護者）と3人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

胸水・腹水により呼吸困難あり。バルンカテーテル留置。疼痛コントロールに麻薬を使用。病院側は癌末期で治療対象ではないため退院を促していた。本人には病名を告知しており「数日の命しかないなら自宅に戻りたい。老人会（会長）の引継ぎをしたい」という希望があり、長男家族は、本人の気持ちを考え在宅で看取りたいと決心するが、どこに相談してよいかわからず、インターネットで訪問看護ステーションを探し、「本人が自宅に戻りたいと希望しているので、在宅介護方法について教えてほしい」という依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・ 1日目（土曜日） 家族から訪問看護の相談あり（週明けから対応可能と答える）
- ・ 2日目（日曜日） 家族が在宅希望を病院側に伝える
- ・ 3日目（月曜日） 訪問看護師が家族と相談の上、ケアマネジャーを依頼する
水曜日の退院決定
- ・ 4日目（火曜日） ケアマネジャーと訪問看護師が病院訪問し退院前カンファレンスに参加
ケアマネジャーが介護保険の申請手続き、サービス事業所や福祉用具の手配、往診医の依頼を行う
- ・ 5日目（水曜日） ベッド搬入後に退院
退院後にサービス担当者会議開催（往診医、訪問看護、訪問介護、福祉用具）し、今後の方針が決まる
訪問看護による状態観察とケアの実施
本人は老人会の引継ぎを行った
- ・ 6日目（木曜日） 午前中、家族に見守られながら永眠
主治医の死亡確認後、訪問看護師が家族と共に死後の処置を行った

【結果】

本人の希望であった自宅に帰って老人会の引継ぎを無事終了できたが、退院翌日の永眠となり、家族からは在宅で看取ることができたことや本人の希望をかなえることができたことを喜びつつも、もっと早く退院できればよかった・・・という後悔の言葉も聞かれた。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・ ターミナルケアが必要な人への退院支援を病院はどのように行うべきか？
 - 本人や家族の意思確認
 - 本人や家族が選択できるような手段の説明
 - 現在の病状と今後予測される状況の説明
 - 退院に向けての在宅関係者との調整
 - 退院前カンファレンスの開催により、情報の共有

事例4 退院準備が十分にできなかったために、不安なまま在宅生活を始めたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 56歳 女性 胃がん（余命3ヶ月）人工肛門、中心静脈栄養、
痛みのコントロール中 寝たきり度C2 要介護5 独居

家族構成 54歳の妹（准看護師）が結婚して近所に住み、パートで就業中 妹の娘の協力あり

【訪問看護依頼までの経過】

余命3ヶ月の告知を受けて自宅に一時外泊。本人の「死ぬまでに身辺整理と旅行をしたい」「最期は家で死にたい」という強い希望を受け、家族が在宅療養について病院の主治医に相談し、訪問看護を受けて在宅生活を始める助言を受け退院。本人から『退院してきたばかりだが、医療処置のための材料が足りない、痛みも強くなってきた、どうしたらよいかわからないから助けて欲しい』という相談が訪問看護ステーションにあった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・訪問看護師が地域連携室に連絡したが、何の依頼も受けていないので情報がないと言われ、直接病院の主治医に連絡して情報収集を行ない、訪問看護指示書を発行してもらった
- ・訪問したところ、医療処置のための予備物品がなく、主治医に報告して病院側でIVHのための薬剤や衛生材料等の手配について対応してもらった
- ・訪問看護師が往診医依頼の支援を行ない、居宅介護支援を併設している訪問看護ステーションのケアマネジャーが担当することになり、バタバタとサービス担当者会議を開催した
- ・身辺整理に関してはケアマネジャーが中心となり、妹の手助けを受けて本人があまり動かずに片付けられるように配慮をした
- ・妹の負担軽減のため、家事や調理は訪問介護（日に3回）を利用した
- ・訪問看護師は週2回、状態観察と医療処置（中心静脈栄養の管理、人工肛門のケア、疼痛管理など）をサポートした
- ・旅行の準備のため訪問看護師は『医師の診療情報提供書の手配、看護サマリーの準備、旅行中の疼痛緩和について薬剤師との相談、同行する妹への医療処置の指導、物品の準備、連絡方法の確認』などを行った
- ・ケアマネジャーは旅行に関する様々な準備を本人、妹と相談しながら行なった
- ・旅行後、本人の希望をくみ取り、訪問看護師は医師と連携して、中心静脈栄養の水分を少なくすることで腹水や浮腫の改善を図った

【結果】

妹とともに旅行を楽しみ、十分満足して帰宅した。約6ヶ月の在宅生活の後、本人が希望した最期を迎えることができた。妹は「退院した時はどうなるかと不安だったが、訪問看護師やケアマネジャーのおかげで乗り切ることができた」と語っていた。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・ターミナルケアが必要な人への退院支援を病院はどのように行うべきか？
 - 退院に向けての在宅関係者との調整
 - 退院前カンファレンスの開催により、情報の共有
 - 病棟看護師及び主治医と地域連携室との連携
 - 医療処置が必要な患者の退院時に準備すべき物品の確認と準備

事例5 急な退院であっても、病院側の適切な退院調整と退院後の連携によって支えることができたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 30歳 ピアニストの男性 HIV感染症 ターミナル状態 寝たきり度B2

家族構成 両親と姉の4人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

同性愛により HIV 感染し、カリニ肺炎後に悪性リンパ腫を発症し、化学療法で一時小康状態になり外泊も出来たが再発。予後を考え、本人が在宅療養を強く希望し、在宅酸素使用にて急遽退院することになり、退院調整看護師から『ターミナルケア』の目的で訪問看護の依頼あり。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院調整看護師から訪問看護ステーションへ病院側の調整内容の情報提供があった
 - *ターミナル期で在宅での看取りまで考えているため、往診医をインターネット検索で見つけ、病院から往診医へ依頼する →退院翌日に往診を調整
 - *在宅で看取りまで行なう予定で退院するが、急変時や希望時には病院入院の受け入れは可能
 - *サマリーと訪問看護指示書はすぐにする
 - *依頼した往診医は麻薬を扱わないが、麻薬に関しては病院の医師が処方する
- ・往診医と時間調整して同時訪問をし、契約と情報収集を行なった
 - *両親の希望として「姉には病名は伝えない」「近所には訪問看護が入ることは知られたくない」「できれば自宅で看取りたい」など病院からの情報と同じ状況であることを往診医と共に確認した
 - *往診医の対応できる範囲、再入院の受け入れ態勢についての確認をした
- ・訪問終了後病院に連絡したところ、遅い時間であったが退院調整看護師が待っており、在宅での状況を伝えると安心した様子であった
- ・家族の“病気に対する偏見への恐れ”に配慮し、事業所名の入っていない自動車での訪問や駐車場所、訪問時の服装に配慮しながら連日訪問看護を提供した

【結果】

本人の「もう一度自分のピアノを弾きたい」という願いは一度だけだが叶えられ、退院2週間後、呼吸苦に耐えられず、病院に救急搬送され翌日に永眠された。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・病院からの適切な情報提供と退院調整、往診医や訪問看護へのバックアップ体制があった
 - 往診医が決まり、往診医の対応できる範囲を予め確認した上で、対応不可な部分は病院側が対応することを決めていた
 - 病状や本人・家族の意思の確認がきちんと出来ており、情報が整理されて電話と文書で確認が出来た
 - 往診医との同行訪問により、姉や近隣への配慮など今後の対応の相談を関係者全員でできた
 - 在宅での看取りが前提だったが、無理なときにはいつでも再入院の約束が出来ていた
- ・病院連携室内スタッフの情報共有が図れていたため、いつ誰に連絡しても大丈夫であったことが安心感につながり連携しやすかった

事例6 本人の真のニーズを知るための面接ができなかったために在宅での適切な支援を受けることなく入院し死亡したケース



【利用者及び家族の状況】

利用者	65歳 男性 慢性心不全 肝臓がん末期（肺転移・骨転移） 介護保険未申請
家族構成	63歳の妻との二人暮らし 近隣に長男と次男が在住

【訪問看護依頼までの経過】

肝臓がん発症後、通院にて抗がん剤治療を受けていたが、効果が低下し転移もみられ、治療を中止して外来通院のみ継続していた。妻がベッドレンタルを希望し地域連携室に相談に行ったところ、地域包括支援センターを紹介された。地域包括支援センターで相談したが、介護保険未申請であり、現在のADLでベッドレンタルは難しいと言われ、そのまま通院を続けていた。病状の進行に伴い通院困難となり、どこに何を相談してよいかわからなくなった妻がインターネットで往診医を探して依頼、往診医より訪問看護が必要と言われ、介護保険申請とケアマネジャー依頼の助言をもらい、担当になったケアマネジャーより訪問看護の依頼となる。

【訪問看護開始後の経過】

- ・訪問看護ステーションの管理者が情報収集のため、通院していた病院の地域連携室に連絡したが、地域包括支援センターを紹介した以降は本人と関わっていないので、状況はわからないと言われた
- ・妻が相談に行った地域包括支援センターへ連絡をして情報をもらおうとしたが、何も情報は取っていないと言われた
- ・初回訪問時は、疼痛がコントロールが出来ておらず、食事も取れていない状況であった。妻は日々悪化していく本人の様子に不安を持ちつつも、在宅での療養も含めどうしてよいか分からず焦っていた
- ・訪問時の様子を往診医に伝え、点滴が開始されたが状況は改善せず、初回訪問より5日目に入院となった

【結果】

在宅では疼痛コントロールやターミナルケアを提供できないまま、入院3日後に永眠された。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・相談を受けた部署が本人や妻の真のニーズをキャッチできていたか？
 - 最初がベッドの相談であったとしても、真のニーズを探るための面接をしてほしい
 - 予測できる具体的な問題や困った時に連絡できる窓口を相談者へ伝えてほしい
- ・相談者に必要な退院調整や支援ができていたか？
 - 地域連携室や地域包括支援センターが関わった時点で、緊急性の判断や適切な時期に介護保険申請やケアマネジャー・訪問看護につなぐ支援、情報提供をしてほしい

事例7 本人や介護環境のアセスメントが不足したまま退院調整したことにより、再入院になってしまったケース



【利用者及び家族の状況】

利用者	86歳 男性 慢性心不全 閉塞性動脈硬化症 寝たきり度B1 介護保険申請中
家族構成	80歳の妻（要介護2）、長女夫婦（就労）との四人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

慢性心不全の診断を受け、近医へ通院治療をしながら、要介護2の妻の介護を行っていた。下肢の痛みが出現し、足趾の壊死創認め、近医の紹介で病院を受診したところ、閉塞性動脈硬化症の診断で入院となる。治療後、退院に向けて介護保険の申請をし、妻と同じケアマネジャーを依頼。『壊死創のケア継続』目的で医療連携室より訪問看護の依頼あり。

【訪問看護開始後の経過】

- ・医療連携室からは「入院前から介護もしていたしっかりとした方で認知症はない。家族も協力的である」という情報提供で、皮膚科医師からの訪問看護指示書は「認知なし」と書かれていた
- ・初回訪問時、「短期記憶障害、繰り返し同じことを言う、本人管理の薬の残数が合わない」などを認めたため、家族へ協力を依頼した
- ・家族は本人の物忘れが強くなったと感じていたが、服薬に関しては本人任せであった
- ・内服薬が切れたため受診を勧めたが、家族は「本人がいやだと言う」「連れて行く時間がない」という理由で受診できず、内服が中断され、心不全が悪化し再入院となった
- ・入院後、認知症状の状況、介護力、家族の状況を医療連携室に伝えたところ、入院中から内服の拒否や破棄があったとの病棟からの情報が判明した
- ・往診医の依頼、生活面の支援のために退院前カンファレンスを提案し、実施後に退院した

【結果】

退院前カンファレンスにより、認知症の進行状態の確認、在宅でのサポート体制と役割分担ができた上で退院でき、訪問診療・訪問看護・訪問介護・通所介護を利用して、認知症状はあるものの病状の悪化なく在宅生活が継続できている。

★事例から学ぶ大切なポイント★

・病院側の本人や在宅環境のアセスメントはどうであったか？

→患者のセルフケア能力、認知症の有無を適切に把握して情報提供してほしい

→患者がどのような生活環境に帰るのかをアセスメントし、家族の生活状況や介護力の予測のもと退院調整をしてほしい

事例8 入院中の適切なアセスメントにより認知症の発見ができたことで、退院後不安なく生活を開始できたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 81歳 女性 アルツハイマー型認知症 糖尿病 寝たきり度J2 要介護3
認知症自立度M

家族構成 85歳の夫と2人暮らし
長男が隣区にひとり暮らしで自営業を営んでおり、仕事の合間に時々顔を出す

【訪問看護依頼までの経過】

腰痛があり、近医でブスコパンの処方を受けたが、これを多量摂取してイレウスとなり入院。入院中に腎不全となり膀胱留置カテーテル挿入となった。退院に向けて膀胱訓練したが自尿みられず、カテーテル留置したまま退院することになる。入院中より軽度の物忘れなどを認めたため、地域連携室の看護師が家族から入院前の本人の状態を確認したところ、「同じ物を買物してくる、絶えず食べている、昼夜逆転し夜中にテレビを見ている、何度も同じことを言う」などで、家族が困っていたことがわかった。認知症を疑い、退院前に精神神経科受診につなぎ、アルツハイマー型認知症の診断を受けアリセプトが開始となった。『尿留置カテーテルの管理、認知症に関する介護者への指導とケア』の目的で、連携室看護師より訪問看護の依頼となる。

【訪問看護開始後の経過】

- ・初回訪問時は、室内汚染と同じ食品が山積みの状態であった
- ・夫から話を聞くと、病院の連携室看護師からの情報と同じ内容を話された
- ・ケアマネジャーの調整により、介護負担の軽減目的で訪問介護、清潔保持及び他者との交流による認知症進行の予防目的で通所介護が開始された
- ・訪問看護では、膀胱留置カテーテルの管理を行っていたが、本人も夫も対応できず、接続部をはずすなどの行為も出てきたため、自己抜去のリスクを考え、主治医と相談してカテーテルを抜去してリハビリパンツにしたところ、残尿もなく落ち着いた
- ・訪問看護師は、介護者へ認知症の理解や上手な対応についての指導を行なった

【結果】

夫は介護にも慣れ、長男も含め認知症への理解が深まり、上手に対応できていることで、本人の問題行動は減り、介護サービスの利用を続けながら安定して在宅生活を送っている。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・入院中に本人の状態や在宅環境のアセスメントがされたことで、退院調整に生かされ、認知症への対応を前提として在宅生活の組立につながった
 - 物忘れに気づき、在宅での状況を聴取して認知症症状のアセスメントをおこなった
 - 認知症を疑い、入院中に精神科受診と診断、服薬まで結びつけた
 - 認知症に関するアセスメント情報を退院前に訪問看護ステーションやケアマネジャーに情報提供した

事例9 継続看護と専門職同士の連携により、胃瘻から経口摂取ができるまでに改善したケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 70歳 認知症 大腿骨頸部骨折 顎関節症(開口、嚥下障害あり) 胃瘻造設
仙骨部褥瘡 (DESIGN-R D4) 寝たきり度C1 認知自立度IV 要介護5

家族構成 78歳夫との2人暮らし、長女夫婦(就業中)が隣市に在住

【訪問看護依頼までの経過】

自宅にて転倒し骨折、手術目的にて入院。入院前から認知症による経口摂取量の低下、嚥下困難があり胃瘻造設した。栄養状態が不良であったため入院中に褥瘡形成。長女の「口から食べられるようにして褥瘡を治したい」という希望で、病棟と地域連携室が連絡を取り合って退院指導を実施し、地域連携室より『褥瘡管理、胃瘻管理、介護指導』の目的にて訪問看護の依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・入院中に病院でカンファレンスを開催し、訪問看護師を始めとする関係事業者が医師からの病状説明、指導、家族の希望を確認、今後の方向性を共有した
- ・往診医は病院からの紹介で手配した
- ・ケア内容の難易度が高く、連携が密に必要なケースでありながら、各事業者間と殆ど夜間かメールでしか連絡をつけられない長女との連絡調整をケアマネジャーが積極的に行った
- ・専門医に嚥下機能の評価と指示をもらい、嚥下体操のビデオを準備し、訪問看護師の指導によりホームヘルパーが本人とビデオを見ながら取り組んだ
- ・医師から許可のあった食品や量を守りながら、病院で実施していた経口摂取訓練を訪問看護師が継続し、夫も一緒に取り組んだ
- ・病院医師の指示が往診医に伝えられ、訪問看護師・夫・長女の役割分担によって褥瘡処置を行い、医師への状態の報告は訪問看護師が行った
- ・週1回のPT評価と指導により、ADL拡大のためのリハビリメニューを、訪問看護、訪問介護時に一緒に取り組んだ

【結果】

退院後、少しずつADLが向上、コミュニケーション能力も回復した。退院6ヶ月目に褥瘡完治、8ヶ月目に胃瘻抜去され、経口摂取だけで必要な栄養所要量を取れるようになり、室内と庭は見守りがあれば歩行できるまで回復した。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・経口摂取という共通の目標を連携と役割分担により達成できた
 - 「口から食べさせたい」という介護者のニーズを病棟看護師がキャッチできていた
 - 病棟から地域連携室への連携、地域連携室から訪問看護や往診医への連携、在宅サービス提供者間の連携が十分にできていた
 - それぞれの専門職が、それぞれの役割を適切に遂行した

事例 10 関係者の役割認識と連携不足により、ALS患者の刻々と変化する状態に対応できなかったケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 67歳 女性 ALS 高血圧 喘息 NIPPV使用 特定疾患申請中 要介護5
寝たきり度B1

家族構成 65歳の夫と二人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

秋頃から歩行障害が出現。複数の医療機関受診後、翌年4月に検査入院の結果ALSと診断される。入院直後より夜間のみNIPPV使用開始し、短時間であれば立位保持は可能、日中は車椅子で院内を自力移動、指先の力は弱くなっているが箸で食事がとれる状態。リハビリ中に呼吸苦が出現することがある。一般的な病態などは本人に告知しているが、気管切開下の呼吸器を選択することなどに関しては、本人の精神状態が良くないため外来でフォローすることとなった。退院するにあたり、『病状観察・保清・精神的援助』の目的で、病院の主治医より訪問看護の依頼あり。

【訪問看護開始後の経過】

- ・退院前カンファレンスが行われないうまま、同年6月に退院し、通院（週1：神経内科とリハビリ）、訪問看護（Ns週1・PT週1）、訪問介護（生活・身体 週3）の利用開始
- ・訪問看護でシャワー浴介助を実施する際、移動は軽介助、洗身は一部介助で可能
- ・7月初旬には、下肢筋力低下で移動全介助、握力低下のため自分で体が洗えない状態となる。また、NIPPVと同調しないことが増え、呼吸苦が強くなる
- ・7月中旬にケアマネジャーが介護用ベッド導入し、シャワー浴はヘルパーと2人体制となる
- ・病状が進行しているにもかかわらず、病院側から本人や家族への説明はなく、病院の連携室は関わっていないため、連携の窓口がなく、外来や主治医は忙しいためコンタクトが取れない状況で、病院と訪問看護師を始めとする在宅スタッフとの隔たりが生じてきた
- ・7月下旬に神経内科主治医より妻が病状説明を受けるが、夫婦間での話し合いがうまくいかず、訪問看護師が間に入り、延命の拒否と在宅での看取りを希望される
- ・8月初旬に病院の主治医に連絡し、紹介状を出してもらい、往診を開始したが、初回往診で胃瘻を勧められた

【結果】

本人は自分の病状や予後について何も聞かされず、家族は延命を希望しないまま、再入院となってしまった。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・刻々と変化する状況に専門職が適切な役割で対応できていたか？
 - 主治医：本人の意思決定のためのムンテラ（病状や予後の説明・告知）
 - 病棟・外来・連携室：十分な情報交換をした上で対象者の調整や支援をする
 - ケアマネジャー：状況変化に沿って柔軟にサービス担当者会議を開催し、迅速に対応する
 - 訪問看護師：本人や家族の状況をアセスメントし、全体の調整を図る

事例 11 訪問看護師との連携により病気の進行を予測しつつ、関係者全員が協働して支援をすることで、在宅生活を継続できているケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 65歳 男性 ALS 寝たきり度C2 要介護5

家族構成 専業主婦の妻（63歳）と二人暮らし。娘2人は独立している

【訪問看護依頼までの経過】

病状の進行により寝たきり状態ではあるが、本人は人工呼吸器を装着して自宅での生活継続を希望。介護者である妻は介護に熱心で介護サービスを積極的に活用しながら夫の希望をかなえたいという希望があり、病棟看護師が地域連携室に退院調整を依頼。今後の病状の進行と予測される医療機器の使用状況（人工呼吸器、胃瘻）を考え、住宅改修を利用者と検討した後、地域連携室より『医療機器の管理・指導』の目的で訪問看護と医療ニーズ対応に強いケアマネジャーの依頼があった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・ケアマネジャーは、病院のPTや住宅改修業者からの複数の改修案を基に利用者、訪問看護師と実際の生活を描いて検討し、退院前に改修を行った
- ・訪問看護師は、退院前の病院でのケア会議や退院時の共同指導を踏まえ、準備する物品や配置などのアドバイスをし、生活のイメージを伝えて準備にあたった
- ・ケアマネジャーは、介護サービスの調整とサービス担当者会議により役割分担を行った
訪問看護（医療保険 週5回） 訪問介護（週4回） 訪問入浴（週2回） 送迎サービス
福祉用具（電動ベッド、エアーマット、車椅子） ショートステイ（病院）
- ・退院後は週4日の訪問看護の中で、往診医や専門医との連携を取りながら、医療的ケアの実施、介護者の吸引や気管カニューレ交換、呼吸器の回路交換などのバックアップをした。
- ・介護者のレスパイト、本人の体調管理と検査の目的で、3ヶ月に2週間程度の入院を定期的に行った
- ・ケアマネジャー中心に、ケア会議で関係職種一緒に緊急時の対応などの確認や勉強会を実施。病状の進行に伴い、コミュニケーション手段（合図）の変更があった時には関係者全体にスピーディーに周知し、対応した
- ・「娘の結婚式に出席したい（本人）。」「バージンロードを一緒に歩いてもらいたい（娘）。」との希望に対して、関係者全員で協力をして、車椅子の選択や調整、食事や洋服の工夫などの具体的な支援を行い、日頃の訪問で車椅子への移乗や外出の練習を重ねた

【結果】

人工呼吸器を装着しながらも、結婚式では無事に父親の役目を果たすことができ、安全に配慮された環境の中で、意欲的に安心して在宅生活を継続している。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・病院、訪問看護師、ケアマネジャーを中心とした連携により、病状や身体状況の情報共有、予測を元に共同での計画立案を行った
→変化する病状への対応（進行に伴う医療機器の準備や生活環境の整備、コミュニケーション手段の選択等）、安全への配慮や準備（結婚式への参加や外出）が可能となった
- ・本人や家族の声を聞き、関係者全員の力を最大限に活用して支援を行った
→本人や娘の希望（結婚式への参加）をかなえることができた

事例 12 医療的ニーズがあるにもかかわらず、退院指導を受けられず、訪問看護につなげられないまま在宅生活がスタートしたケース



【利用者及び家族の状況】

利用者	82歳 男性 慢性硬膜下血腫 嚥下障害 胃瘻 要介護5 寝たきり度C
家族構成	82歳の妻と二人暮らし

【訪問看護依頼までの経過】

硬膜下血腫による嚥下障害と誤嚥性肺炎のため胃瘻造設して退院。栄養剤の注入は退院前に指導を受けた妻が怖々実施している。痰が多く吸引が必要だが、病院では吸引の指導がされなかったため、妻は口腔ケア用のスポンジで絡め取っている状態。構音障害のためにコミュニケーションはほとんど取れない。退院時に病院の地域連携室がケアマネジャーに支援を依頼し、ケアマネジャーが看護サマリーを受け取っていたが、訪問看護は導入せず、訪問介護だけを利用して、介護保険以外の自己負担額が30万円を超える状況で介護を続けていた。退院1ヶ月後、往診医が訪問看護の必要性を感じ、依頼となった。

【訪問看護開始後の経過】

- ・1日1回の気管内吸引が必要という主治医の判断があり、特別訪問看護指示書による毎日の訪問看護を開始した
- ・医療処置や本人の病状について不安が大きい妻の訴えを聴き、介護疲れの状態を考慮しつつ訪問看護の都度説明や指導を繰り返した
- ・准看護師の資格を持つケアマネジャーが吸引を行っていたことがわかり、訪問看護師が妻に吸引の指導を行なった。正確にできるようになるまで妻の不安が大きく、24時間対応の中で頻繁に緊急訪問をしてサポートした
- ・胃瘻管理や栄養剤注入の手技、オムツ交換などの基本的な介護指導を行なうことで、妻が上手に対応できるようになった

【結果】

訪問看護による医療処置や介護の指導、妻への精神的支援により、徐々に介護に慣れ、訪問介護を減らし、介護保険限度額範囲内のサービス体制が整備され、安定した療養生活を過ごされている。

★事例から学ぶ大切なポイント★

・退院調整は適切であったか？

- 退院後に必要な医療処置や介護の指導を入院中にして欲しかった
- 退院前から訪問看護ステーションにつなげて欲しかった
- 退院時カンファレンスに訪問看護師を呼んで欲しかった
- 看護サマリーはケアマネジャーではなく訪問看護師に渡して欲しかった

・ケアマネジャーは訪問看護の必要性をどのように考えていたか？

- 医療的ニーズやアセスメントに対する力量が十分なケアマネジャーであったか
- 限度額一杯に介護サービスを組んだ際の訪問看護導入の困難性

事例 13 病院が訪問看護利用の情報提供をしなかったために、 中心静脈栄養ポートの感染をおこし入院を繰り返したケース



【利用者及び家族の状況】

利用者	69歳 男性 胃がん末期 寝たきり度B1 要介護5
家族構成	65歳の妻、長女との三人暮らし（長男、次男は別世帯）

【訪問看護依頼までの経過】

胃がんの診断を受け、本人は手術を希望しセカンドオピニオンのための受診をするが、手術適応外と言われ化学療法を受ける。病状進行に伴い自宅近隣の病院に転院して治療続行するが、多臓器に転移があり、疼痛も出現したため、緩和医療併診。その翌月より経口摂取時に嘔吐するようになり、右鎖骨下に中心静脈ポートを挿入して高カロリー輸液を開始し、本人及び家族が管理していた。その後化学療法受ける時だけ入院することを7回繰り返した。

在宅療養中にポートへのヘパリンフラッシュが出来なくなり、発熱も伴っていたため、緊急受診し入院。末梢血培養でカンジダ菌が検出され抗真菌剤投与するが、改善せず中心静脈ポートを抜去。状態安定に伴い左鎖骨下に中心静脈ポートを再挿入し、1ヶ月後に退院。本人・家族より『中心静脈ポート管理のサポート』の目的で訪問看護の依頼あり。

【訪問看護開始後の経過】

- ・全身状態はペインコントロールにより落ち着いていたが、本人や家族は中心静脈ポート管理にはかなり慎重になっており、隔日の針・ルート交換を希望したため、希望通りに実施した
- ・訪問看護師の手技を見て、本人や家族は目を見張りながら「訪問看護師さんの情報を早くもらっていたら、感染しなくて済んだのに・・・」との言葉が聞かれた
- ・ベッドの希望あり、ケアマネジャーの依頼を支援し、生活環境の整備を行なった
- ・訪問看護時に本人や家族の不安を聞き、精神的サポートやトータルペインへの支援を行なうことで、本人や家族に心の余裕が生まれた。その結果、残された日々をどのように過ごすかを本人家族が話し合うことができ、それぞれが心残りがないように大切に時間を使っていた

【結果】

訪問看護開始後は、感染することもなく穏やかに自宅で生活され、家族に見守られながら自宅で永眠された。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・病院側の訪問看護利用に対する意識はどうであったか？
 - 医療器具を装着して退院する方には、訪問看護の情報を提供してほしい
 - どのような患者に訪問看護を利用するのかの知識を持って欲しい
 - 訪問看護利用の効果を知って欲しい
- ・本人や家族に対する医療機器処置の指導後の手技確認は、誰がいつ行うべきか？
 - 訪問看護では、病院で受けてきた指導を適切に行えているかどうかの確認、違っていたり忘れていたようであれば、再指導を行うことが可能

事例 14 退院時だけでなく、退院後も病院の支援を得られたことで、生活の中でのQOLが向上したケース



【利用者及び家族の状況】

利用者 58歳 男性 くも膜下出血 多発性脳梗塞 遷延性意識障害 意思表示困難
寝たきり度C2 要介護5 気管切開、吸引、胃瘻による経管栄養

家族構成 妻は56歳で自営業をしながら介護。娘2人は独立している

【訪問看護依頼までの経過】

ADLのすべてに介助が必要だが車椅子の座位保持ができる状態で、はっきりとした意思表示は困難。気管切開のため常時吸引が必要で、胃瘻周囲からの出血があり処置が必要。医師からはこれ以上の回復は見込めないだろうと言われているが、妻は本人に対し少しでも回復してほしいので退院後は仕事をしながら在宅で介護したい意向。『医療的な管理指導と在宅環境の整備』という目的で地域連携室より訪問看護の依頼あり。

【訪問看護開始後の経過】

- ・ケアマネジャー、主治医、サービス事業者が集まり、病院でケア会議を行ったあとに退院
- ・ケアマネジャーは、訪問診療と訪問看護の初回訪問に同行し、状況の確認を行った
- ・訪問看護師は、退院翌日から週3回の訪問で話しかけながら気管切開部や胃瘻のケアを行い口腔ケアや拘縮予防のリハビリテーションを行った
- ・孫娘が絵本の読み聞かせをし、盛んに本人の意識へ働きかけた
- ・身体状況が安定すると共に表情に変化が見られてきたため、入院していた病院の連携室に相談し、病院のSTが言語能力に対する機能評価を実施し、訓練プログラムを立てて訪問看護師に指導をしてもらった
- ・訪問看護は病院のSTと連携をとりながらケアと言語リハビリテーションを実施した
- ・訪問看護ステーションのPTによる身体の機能評価と訓練により、四肢の緊張がほぐれ、端座位の保持が可能となったため、訪問看護師は定期的な自然排便を促すためにポータブルトイレの使用を試み、可能となった
- ・嚥下能力が向上し、少量だがチョコレートやご飯を摂取することができ、声を出すこともできるようになった

【結果】

退院後、順調にADLが向上し、コミュニケーション能力の回復も見られ、はっきりと意思確認ができるようになった。妻は仕事をしながら本人の介護をすることを生活の一部として楽しんでいる。

★事例から学ぶ大切なポイント★

- ・退院前に有益なカンファレンスを病院主催で開催した
 - 身体状況の情報共有、予測を含めた計画立案を行えた
 - 退院後すぐに計画に沿ってケアを実践することができた
- ・退院後も連携室看護職と連携できたことで、病院の資源を在宅で有効に活用できた
 - 在宅には少ないSTの活躍により、コミュニケーション能力の向上と経口摂取が可能となり、生活に必要な能力を引き出すことができた