

子どもの在宅療養に向けた退院支援・退院調整

—家族へのサポートと他職種者との連携—

キーワード：在宅療養 退院支援 退院調整 地域連携 家族サポート

小児センター ○堀 令子

岩本さやか

大向 瞳

大川 美加

I. はじめに

進行性の難病や、重症疾患で人工呼吸器・在宅酸素療法・経管栄養などの治療を受けている児やその親は、在宅に向けてさまざまな課題を乗り越えなければならない。在宅療養に向けては、誰もが大きな不安を持っている。介護する家族が不安なく、患児が安全な生活を送れるために家族へのサポートと他職種者との連携を図っていかなければならない。

私たち看護師は入院時より常に、患児が在宅療養になることを考えて、院内各職種者や地域の関係機関との連携に気を配ることが大切である。

小児センターでは、表1のように年間3～4人の在宅療養へ向けた退院支援・調整を行っている。今回、人工呼吸器使用中患児の1事例を用いて、小児センターにおける在宅療法にむけた退院支援・退院調整を報告する。

表1 ●小児センターにおける重度障害を持つ子どもの退院支援・調整件数(単位:件)

年度	経管栄養	気管切開	在宅酸素療法	人工呼吸器
平成20	5	1	2	2
平成21	2	2	1	1
平成22	4	3	2	1

【小児センター概要】

・病床数：31床

- ・年間入院患者数：のべ6867名(H21年度)
- ・稼働率：82.8% (平成21年度)
- ・対象年齢：0～16才 (特例：重症身体障害者や血友病等の成人患者)
- ・平均入院患者年齢：5.26才 (平成21年度)
- ・主な疾患：血液・神経・呼吸器心疾患、悪性新生物など
- ・主な治療：移植(臍帯血・骨髄・幹細胞)化学療法、放射線療法、手術療法、呼吸療法、薬物療法
- ・主な検査：骨髄検査、腰椎穿刺、心臓カテーテル検査、成長ホルモン検査など。
- ・特色：成長・発達に合わせたケアや子どもを取り巻く家族のケア。長期入院や再入院患者も多い。

＞スタッフ数 看護師24名 助手2名

＞スタッフのレベル

看護師経験年数

小児病棟経験年数

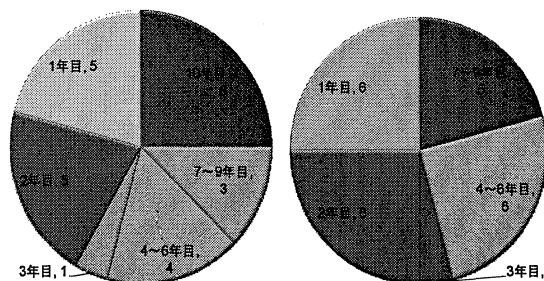


図1. スタッフ配置

・看護スタッフ 24 名、看護助手 2 名であり、スタッフィングレベルは、図 1 に示す。

II. 方法

小児センターにおける I 事例を通して、在宅療養にむけた退院支援・退院支援を報告する。

倫理的配慮として、当院看護部看護研究倫理委員会の承認を得た。対象者の家族に活動報告の主旨・目的を書面提示し、口頭で説明した。また個人が特定されることのないように個人のプライバシーを守り、本活動に参加を拒否しても不利益は生じないことを説明し、同意を得た。

III. 患者紹介

1. 患者

A くん 男児 6 歳 (初病時 5 歳 6 か月) 病名：インフルエンザ脳症 意識レベル JCS III-300 自発呼吸なし 人工呼吸器使用。

2. 入院経過

インフルエンザ脳症のため当院 ICU 緊急搬送。脳幹機能認めず。回復は極めて困難と診断され、全身管理施行。

入院 3 週目に気管切開を施行する。人工呼吸器使用し小児センターへ転入する。入院 7 週目に両親の意向確認し、退院に向けて在宅用人工呼吸器へ変更する。入院 9 週目、両親への指導開始し、入院 28 週目に、療養環境が整ったため療養型病院へ転院する。母児入院を経て在宅療養へ移行する。

3. 家族の状況

家族構成は父親・母親・兄 (学童後期) の 3 人暮らし。キーパーソンは、母親。父親は毎週水曜日が休日。面会は水曜日の午後のみ。当院から自家用車で 1 時間程度の X 市に在住。

IV. 報告

【家族への技術指導と社会的役割との調整】

1) 必要な家族指導項目を抽出

日常生活ケアでは、体位変換・全身清拭・おむつ交換・陰部洗の 4 項目。医療ケアでは、経管栄養・呼吸音の聴取・人工呼吸器管理・吸

引・気管切開部管理・医療物品管理の 6 項目を抽出した。

2) 技術指導の実際：母親

主要な介護者である母親と時間調整を行い、技術指導を開始した。パンフレットを用いて手順の説明を行い、見学、理解度を確認した後、看護師の見守りの中実施した。何度も繰り返し、安全な技術の確認を行った。指導した回数や技術習得状況はチェック表を用いて確認した。指導期間中の母親の思いや意欲、手技習得度を評価しながら実施した。住居環境を考慮し、方法を母親と相談し指導した。

2) 技術指導の実際：父親

父親への指導では、週 1 回の面会のため社会的役割に配慮し、指導内容や進め方を相談し決定した。面会回数が少ないため、1 回の面会時に数項目の技術指導を行い、安全を確認した。指導前にパンフレットを渡し、指導する項目を伝え予習できるよう配慮した。看護師は出来ていることを認め、自信を持てるように関わり、父親はゆとりを持って、患児に声をかけながらケアを行えるようになった。

【在宅療養に必要な医療品の確認】

在宅に必要な物品のリストを作成し、福祉制度外での医療消耗品の購入方法を母親に説明した。吸引器や SPO2 モーターなどの業者への手配や医療機器の管理について、家族・業者間の時間・内容調整を行った。

【他職種者との連携】

1) 在宅療養に向けた合同カンファレンス

図 2 に患者・家族を取り巻く他職種者を示した。病棟では、他職種者との情報共有や調整カンファレンスを繰り返した。在宅療養にむけて、地域看護 CNS が中心となり、家族・医師・病棟看護師・保健師・訪問看護師・ケアワーカー (以下 MSW) ・臨床工学技士との合同カンファレンスを退院まで 2 回開催した。合同カンファレンスで病状の把握、現状の医療ケアと今後の課題について情報共有し、役割分担を

行った。また家族の在宅療養に対する要望を確認し、訪問看護ステーションの役割分担についても共通の認識を持つことができた。

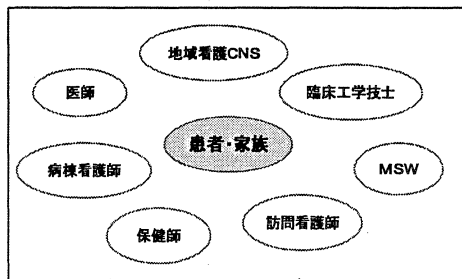


図2. 他職種者との連携

2) メディカルソーシャルワーカー (MSW) との連携

図3に具体的なMSWとの連携内容を示した。MSWに福祉制度の説明の依頼をした。バギーや吸引器の購入方法について、身体障害者手帳の申請を確認した後、説明を行った。退院日が決定した時点でMSWに連絡し、退院時に必要な物品の確認書作成と、在宅で使用する物品の手配を依頼した。退院後の請求方法について理解できているかを母親に確認した。

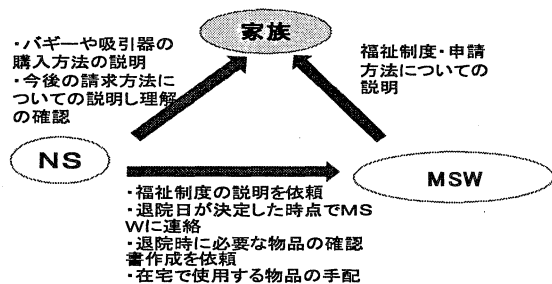


図3. メディカルソーシャルワーカー (MSW) との連携

3) 臨床工学技士による家族への実技指導及び移乗・移動訓練の実施

図4に実際の連携を示した。移乗・移動訓練では、事前に医師・理学療法士・臨床工学技士・呼吸器業者に連絡を取り、時間調整を行った。バックバルブマスク、持続吸引器、人工呼吸器の管理方法とバギーへの移乗を指導し、習得状況を確認した。バギーへの移乗練習8回目に、実際に自家用車の走行を両親に行ってもらった。実施後には移乗方法・乗車方法の注意点を

家人とともに確認した。転院までに9回実施し、父親も参加することで、家族の不安が軽減した。お誕生日会にバギーに乗り、デイルームで家族とともに過ごすことができ、

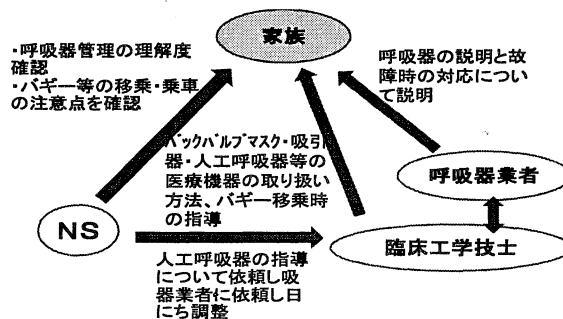


図4. 臨床工学技士による家族への実技指導及び移乗・移動訓練の実施

家族の在宅療養生活への意欲が高まった。

4) 訪問看護師にケアの方法と手順・技術の伝達

図5に訪問看護ステーション・看護師・地域看護CNSとの連携を示した。自宅近くに小児の在宅療養の訪問を受け入れている訪問看護ステーションが少なく、医療ケアが多いため2か所のステーションを利用することになった。訪問看護師は、小児の医療ケアへの不安があった。入院中の医療ケアの手順・技術を具体的に伝達し、技術の確認をした。母親中心の介護であり、精神的支援が必要であることも説明した。

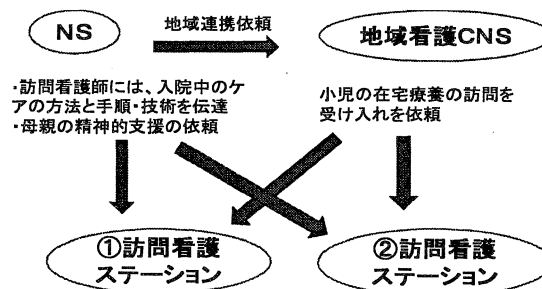


図5. 訪問看護師にケアの方法と手順・技術の伝達

V. 今後の課題

この事例では、医療ケアが多く、全面的な日常生活支援が必要であった。退院時には母は新たな生活が始まることへの不安も伺えたが、在宅療養に向けた意欲的な言動も聞かれ退院を迎えることができた。しかし、再入院の際

には実際に在宅療養を経験され、介護者の身体的・精神的負担の大きさを実感された様子であった。この事例を通して、今後は介護者の負担が軽減できるような援助が求められる。家族の個々の問題に目を向け、退院に向けて家族を支え、個別的な退院支援が重要となる。

V. 終わりに

小児センターでは、先天性の疾患による異常や障害、現在の医学では治療が見込めない疾患、慢性的な経過をたどり、不可逆的な障害が予測される病気等により、救命されたものの複雑で様々な処置や管理を継続的に必要とする子どもたちが多くなっている。

子どもの本来の生活の場は家庭・学校・地域社会であり、その中で人間関係を通して成長発達していくことを考えると、可能な限り家庭で家族とともに過ごしながらか安心して医療を受けさせたい、という願いは両親や医療者も同じである。しかし、入院が長期になり、重度の障害を残してしまうと在宅の受け入れが非常に困難になることが多く、病院を退院することが家族にとって脅威や不安を感じさせる結果となる。

退院を視野に入れた段階的な指導を入院の早期から計画的に行うためには、誰が・いつ・どこで・どのように指導をするかといった具体的な役割分担を病院内での連携を深めて、それぞれの持つ専門的判断、技術を提供できるようにコーディネートすることも看護師の重要な役割である。

VI. 参考文献

- 1) 宮本留美子：重症心身障害児の在宅療養と家族へのサポートー家族指導と他部門との連携ー, 小児看護 30(12), p1759-1766, へるす出版, 2007
- 2) 石原いすず：小児在宅ケアへの移行期を支える退院調整におけるチームアプローチ, 小児看護, 30(5), p655-663, へるす出版, 2007