患者・家族が求める退院支援について

明和病院東5病棟
大住麻樹・矢田恵美子
市成小百合・太田貴理香

はじめに

血液内科病棟編成の経緯

平成25年１月　血液内科診療開始

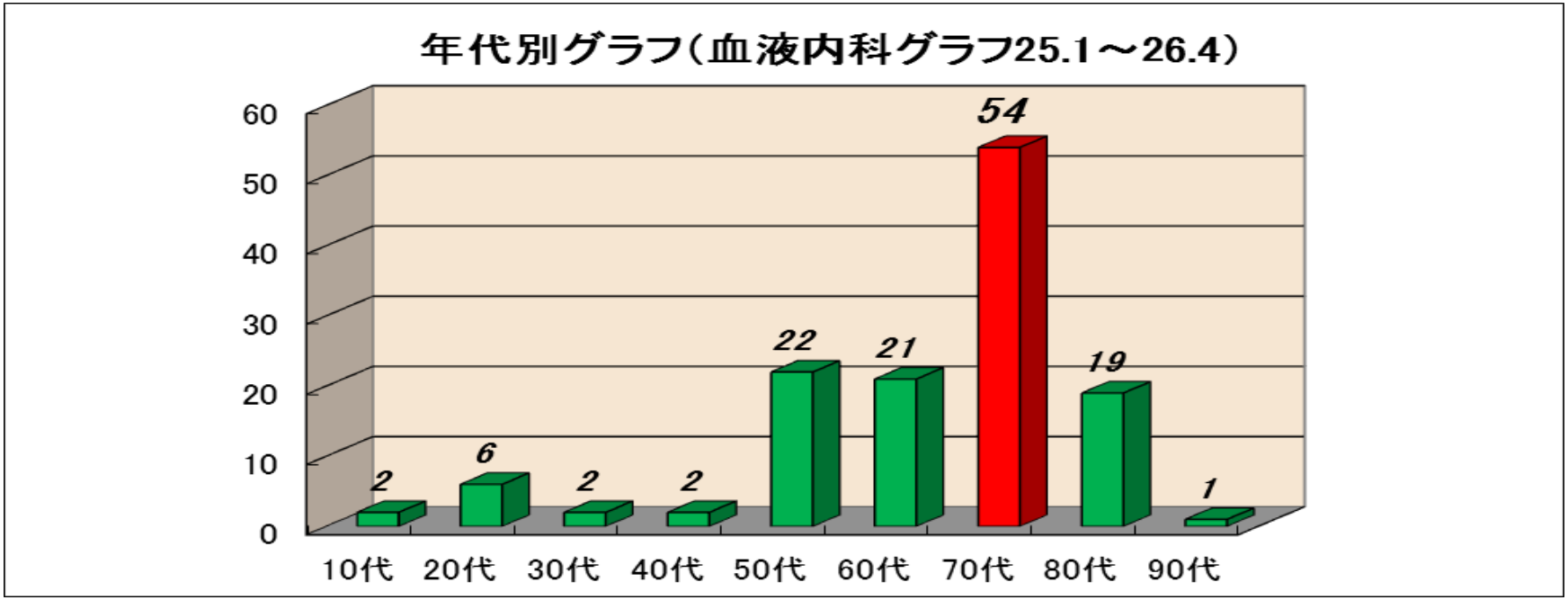
平成25年３月　旧外科の化学療法・透析

緩和の病棟から血液内科・化学療法病棟へ編成

今回血液内科の患者様で初めての退院調整に取り組み、これまでの消化器外科・内科の退院調整との違いを考察した

血液内科入院患者の背景

平均年齢：71歳(2014年7月現在)



対象疾患：悪性リンパ腫・多発性骨髄腫・骨髄異形成症候群・
急性骨髄性白血病など

患者紹介

A氏　70代　女性

- 疾患：急性骨髄性白血病
- 家族構成：内縁の夫・娘・娘の夫・孫
- 夫と二人暮らし、娘は近所に住んでいる
- キーパーソン：夫・娘

　これまで、夫にICをすると精神的
　ショックで倒れてしまった事が２回あり
　以降のICは娘にしている

退院支援開始までの経過

20XX年　7月　急性骨髄性白血病診断
20XX+1年 9月～20XX+2年 2月　入院で化学療法（キロサイド）
20XX+2年 2月～3月　通院にて化学療法ビダーザ治療
20XX+2年 3月　下血にて緊急入院
入院中は、輸血や薬剤で血圧コントロールの治療

入院1ヶ月後、今後の希望（療養先の選択など）を確認
本人から「帰りたい！」夫・娘から「本人の思う様にしてあげたい」
ここから支援が開始となった

退院支援開始時の状況

A氏の思い・状態

A氏「帰りたい」

夫と娘「本人の思う様にしてあげたい」

入院前：歩行可能

入院後

- 起き上がり、洗面も介助必要
- 易感染状態
- 自宅で亡くなる可能性があることへの不安があった

在宅の事情

- 夫と二人暮らしで近所に娘が住んでいる（お互いに遠慮関係）
- 夫は、毎日面会に来ている
- 夫へ退院指導を行なうが、見ている事が多い
- 主治医より厳しいICの時に二回倒れている
- A氏が終末期であり自宅で亡くなる可能性がある事を娘へICを行い、娘から夫へ伝えてもらっていた

退院後の生活を考えての支援

1回目の退院時

1）栄養に関して、点滴を末梢ルートで行なう
（訪問看護）

2）介護認定を受けていない為、退院調整看護師と面談・訪問看護導入決定

3）おむつ交換・洗面介助・起き上がり時の介助の方法を、日々の受け持ち看護師が夫と娘へ指導

4）日常の感染対策を夫へ再確認・指導

5）頻回の通院（輸血など）が必要なので介護タクシーの手配が必要

退院

退院日には、夫に伴われストレッチャーにて退院

しかし↓・・・

退院日の夜に倦怠感、
手の震えを主訴に再入院！！

夫：排痰が出来なくて窒息するかと思い救急連絡をする。

2回目の退院支援時の状況

家族より
娘：「連れて帰ります。」
夫：「本人がしんどそうやから」と困惑してる様子

本人より
「家に帰りたいかは、分からない。娘やお父さんに迷惑かけるから」

- 再入院後、２回目の退院支援開始
- 娘は前向きだが、主な介護者の夫の不安が強く出ている
- 夫の不安の要素：排痰の問題

A氏が食事もとれず倦怠感が強い状態だったから

1回目の退院支援との違い

1回目の退院時

1) 末梢点滴ルート
2) おむつ交換・洗面介助・起き上がり時の介助の方法を日々の受け持ち看護師が夫と娘へ指導
3) 日常の感染対策を退院前に夫へ再確認・指導
4) 退院調整看護師と面談・訪看護決定

２回目の退院時

１） CVポート増設
２） A氏が座位保持できる様に体位調整して、自力排痰に出来る様に介助
３） 合同カンファレンス（参加者：夫・娘・主治医・退院調整看護師・訪問看護師・病棟師長・受け持ち看護師）

2回目の退院支援
本人の状態・家族の思い

本人の状態

起き上がりは、一部介助が必要

排痰指導を行い、自己喀出できる様になった

食事は、以前と同様で摂取できないままだった

家族（夫）の思い

夫「本人が1回目の退院の時より元気になっていたから、
そんなに不安はなかったよ」

退院調整看護師と面談

家族の思いや生活環境の情報を収集を密に行なった

日常生活援助は、日々の受け持ちが指導

二回目の退院日

退院日には、夫に伴われストレッチャーにて退院

↓

在宅療養へ

二回目の退院後の生活

・A氏は外来通院で自宅療養を継続できた
・食事も歩行もできなかったがA氏が、自宅では夫が作った料理を完食できる様になった

本人からは、
「家では、お父さんの作るご飯を食べてみようという気持ちになった。」
「病院に居る時は、死ぬかと思った。」
夫から
「2回目の時は不安はなかったよ。本人も元気になっていたし。」

考察

・2回目の退院で追加した支援が、夫の自宅療養に関しての不安の軽減につながった

・血液疾患の場合、輸血や抗生剤の点滴通院が頻回となり、自宅療養支援だけでなく、通院手段の確保が必要

・感染予防を含めた退院指導が必要

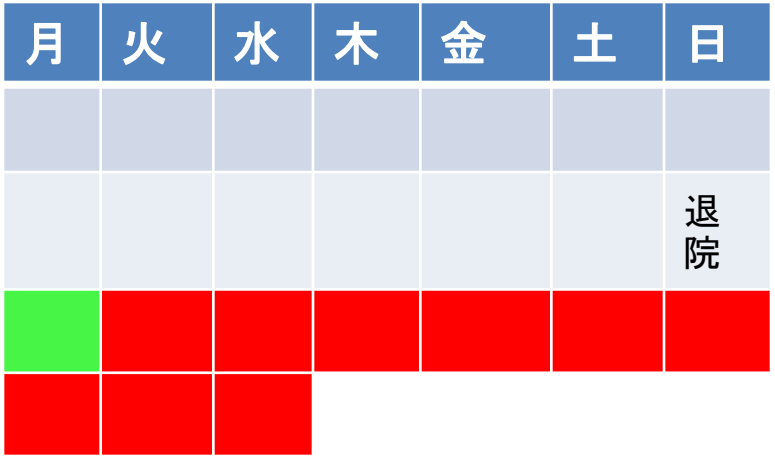
外来通院の頻度・訪問看護の利用

A氏の場合

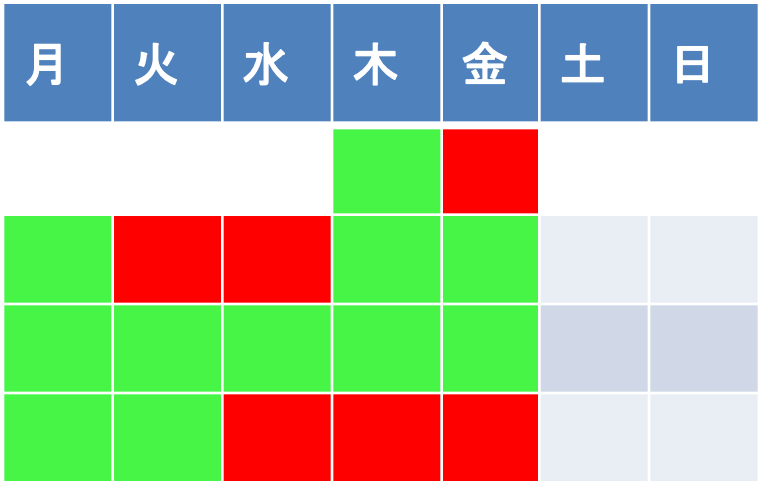
外来通院

訪問看護

X月



X+1月



終末期の固形癌と血液疾患の退院支援の違い

固形癌の場合

・在宅医と訪問看護の導入で在宅療養ができる
・在宅での看取りの準備
・最期をその人らしく過ごせる様な環境調整
・家族が後悔しない様な時間作り
・在宅での急変時の対応の説明

血液疾患の場合

・固形癌の調整に加えて、感染対策として通院加療の継続がある
・患者さんが通院する為の体力の保持ができる様に調整
・患者さんが通院できる為の体力の保持や頻回の通院による介護者の負担が大きくなる

・患者さん・介護者が安心して在宅で生活が送れる様な退院支援が必要

まとめ

- A氏は、極限状態であるので退院は難しいのではないかと私達は考えていたが自宅療養可能となった

- 固形癌では、退院後の生活を考えての退院支援になるが、血液内科の場合は輸血や抗生剤がデーターによって必要になるので通院の事も考える必要もある

- 今後、血液疾患患者さんの退院支援では、他職種と連携して行なっていきたいと考える

ご清聴ありがとうございました