

難病の退院支援と訪問看護の実際 訪問看護の立場から

株式会社ななみ代表 訪問看護ステーションななみ
日本 ALS 協会愛知県支部事務局愛知県難病連合団体理事

ふじ えみこ
富士 恵美子



難病の退院時支援の実際

療養者にとっては、家は生活の場であり、療養の場でもある。

医療依存度の高い難病療養者の方が退院する場合、人工呼吸器や吸引器など療養者それぞれに必要な医療機器の事前準備が必要である。退院当日に物品の位置などであたふた戸惑って、利用者や家族に不安を与えてはいけぬ。そのためには、事前に訪問看護師が自宅訪問を行い、ベッドや医療機器の位置を家族と相談しながら決めたり、居室や玄関の間口を計測し車椅子やストレッチャーが通れるかを確認して調整している。このように療養者の病状にあったケアが退院当日からスムーズに行えるように体制を整えている。

退院当日は、多職種が集まり、人工呼吸器があれば設定を業者が行い説明をしてもらい、その時にアンビューバックの使用方法についても皆で勉強している。その他機器の取扱いも皆で核にしている。呼び出しコールの位置や種類も、本に適したものを考慮して設置している。時には、市販のものや手作りなど工夫を行っている。

これら全てが相互作用をしており環境を良くすれば、心身ともによい影響となる。療養者に自宅に帰ってきたという安心感を与え、今日からここで生活するということを療養者が自覚し、家族も介護への意欲が持てるように、当ステーションでは退院前よりできる限りサポートしている。医療依存度の高い在宅療養者の方を支援するには多職種との連携が多い為、統一された看護・介護実施できるように、家族

やヘルパーに指導をしている。

訪問看護による在宅移行支援

「宇都宮氏の看護につながる在宅療養移行支援」の中で

準備期・開始期における看護ケアのマネジメントの中の、訪問看護師が在宅療養移行支援に関わる際の立ち位置として、病院の在宅療養移行支援に関する実践力は、病院ごとに異なる。しかしそこで患者が求めているケアニーズは共通している。病院の実践力が高ければ院内の準備が整うのを待てば良いが、低ければ患者が退院の時期を逸してしまう場合もあると述べている。

病院の退院調整がうまく行かない理由の1つとして医師も退院させても良いのだろうか、どのタイミングが良いのか迷う時があると考えられる。ここで一つ事例を挙げる。

S君 1才 18トリソミー 家族構成 両親、姉

母親に精神疾患があり、S君が緊急事態になったときの対応ができるだろうか？気管チューブが抜けた時にすぐに挿入ができるのか？母親は入浴したら1時間はお風呂から出てこない。その時のS君はだれが観るの？S君は産まれて一度も自宅をしらない、お姉ちゃんがいるけど、NICUには入れなくて逢うことができない。

退院時カンファレンスの前の日に、両親と話し合