

## O-60 食べることが生きる活力・自信へ

○入野 弘美<sup>1)</sup>、萩原 美代子<sup>1)</sup>、山岡 桂太<sup>2)</sup>、藤巻 洋子<sup>3)</sup>、  
渡辺 陸子<sup>4)</sup>、廣原 正宜<sup>5)</sup>、串田 一樹<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup>二子薬局はなえケアステーション、<sup>2)</sup>医療法人社団 ARCWELL 田園二子クリニック、<sup>3)</sup>丈夫屋メディカル、<sup>4)</sup>二子薬局、<sup>5)</sup>昭和薬科大学

【はじめに】病気を発症し、生命維持のためにとられた選択を受け入れ、生きていく事の意味とその後の人生について、多職種の連携により、新たな生きる力を持つことができた事例を報告する。

【事例】50代男性、高齢の母と二人暮らし。2016年×月、脳幹・小脳梗塞脳梗塞発症。入院時より、呼吸・嚥下機能が悪化し、挿管、人工呼吸管理を行っていた。その後、抜管するも、嚥下機能の改善がみられず、胃瘻造設術施行し、2016年○月退院となる。退院時から自己喀痰は行えているが、唾液も多く、常に袋を手放せない状態であったため誤嚥性肺炎を起こすことも多かったが、徐々に肺炎になる事がなくなり一年間を過ごすことができた経過を経て、2017年△月より経口摂取への取り組みを始めた。

【経過】高齢の母との二人暮らしであるが、母は常に「自分が元気な内に口から食べられるようになって欲しい」と願っていた。一年間、肺炎を起こさずに過ごす事が出来た時点で、主治医に訪問歯科による嚥下内視鏡検査とリハビリの相談を行い、主治医から指導・指示を受け、本人へ説明、提案を行うが、当初、「今のままでいい」と導入に対して、否定的だった。主治医からも説明をしてもらい、2か月後、本人より、「やってみる」と相談を受け、導入の運びとなる。1回目の嚥下内視鏡検査により、月2回嚥下内視鏡検査下でのバルーン拡張法を行っていく事となった。月2回の検査を継続し、検査結果は関係する多職種で共有を行い、必要なリハビリを行ってきた。リハビリを継続して5ヶ月後、胃瘻と併用した直接訓練（食物を用いた嚥下訓練）が可能となる。直接訓練が可能になって、3ヶ月後の現在、パウチゼリー1パックの経口摂取が可能となり、当初、訪問看護師のみとのリハビリが、今ではデイサービスでもリハビリが可能なまでとなっている。

【結果】現在、パウチゼリー、ヨーグルト、トロミなしの水でリハビリを継続している。導入に対して、消極的だった本人が、今では「大丈夫！問題ないよ」と自信げに話をされてくるまでになった。デイサービスでも以前より明るくなった。笑う事が多くなったとの報告を受けている。

【結語】退院時より、50代の若い患者の今後の生活と自立を多職種協働による自立支援体制を整え、支援を行ってきた。情報を共有し、在宅チーム内で統一した認識と見解をもち、進めてこれたことにより新たな目標をもった在宅生活が可能となった。患者・家族に寄り添い、多職種へと連携をつなげる力をつけていく事が重要であると感じている。

## O-52 突然の退院を支える普段の関係構築～ALS患者の事例を通して考える退院前支援から関わる連携～

○萩原 美代子<sup>1)</sup>、入野 弘美<sup>1)</sup>、山岡 桂太<sup>2)</sup>、藤巻 洋子<sup>3)</sup>、  
渡辺 陸子<sup>4)</sup>、廣原 正宜<sup>5)</sup>、串田 一樹<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup>二子薬局はなえケアステーション、<sup>2)</sup>医療法人社団 ARCWELL 田園二子クリニック、<sup>3)</sup>丈夫屋メディカル、<sup>4)</sup>二子薬局、<sup>5)</sup>昭和薬科大学

【はじめに】「連携」という言葉が昔から言われているが、医療と介護の垣根は高く、実際に連携を構築するのは言葉の違いや学んできた内容の違いもあって大変な作業である。今回、医療依存度の高い患者の急性期病院における退院支援カンファレンスでの多職種連携から退院後の連携について、ALS患者の事例を通して連携とは何なのか、顔の見える関係づくりとは何かを考えたので報告する。

【事例】60歳代女性、2017年にALSと診断される。2018×月に痰貯留と呼吸苦出現し肺炎を認め緊急入院となる。その後、呼吸筋の低下もあり、気管切開術を施行。夜間、呼吸器装着。ADLはほぼ自立しており日中は酸素ボンベを押しながら歩行が可能。口腔内の吸引は自分で行える。経管栄養施行。状態も安定した為、退院にむけての支援開始となる。

【経過】〇〇急性期病院ソーシャルワーカーより、退院後の在宅療養をイメージした退院支援をお願いしたいとの相談を受ける。退院にあたり、訪問診療・訪問看護・福祉用具が必要である。娘さんと二人暮らしであるが、就労しており、気管切開の為に話すことができないが、一人の時の緊急対応は、在宅ではどんな方法があるのかと相談をソーシャルワーカーから受け、患者・家族の不安も強い為に退院時カンファレンスを行う前から協働支援が開始となる。しかし、病院での面談を行いながら患者・家族の意向・生活歴を把握し、患者・家族に寄り添える在宅チームを協働で選択検討予定であったが、患者のインフルエンザ発症により面談が行えず、ソーシャルワーカーよりの聞き取りだけで在宅チームを結成し、退院時カンファレンス開催となった。

【結果】地元の〇〇急性期病院とは、「困った時にこそ、互いに頼れる関係」であったので、ソーシャルワーカーからの情報で本人・家族の意向をイメージして、在宅チームを結成し退院時カンファレンスとなった。初めて顔を合わせのため緊張した雰囲気の中、カンファレンス終了後に在宅支援の説明を行い、又、退院までの期間に、自宅に伺い説明を繰り返すことで、病院から在宅への移行がスムーズに行えた。退院後は、多くのスタッフがかかわる為に在宅チームでのリーダーは在宅看護師△△と決め、在宅療養が開始することとなった。

【考察】急性期病院における退院前支援・退院時カンファレンスは、医療機関と患者が暮らす地域とをつなぐ架け橋の役割として大変重要である。今回のように、患者のインフルエンザによって突然の退院になるケースでは、普段の病院ソーシャルワーカーとケアマネジャーの協働が機能していれば、今回のようなケースでも慌てずに円滑に在宅移行が可能であった。退院の背景は、様々であり、理想通りに行く場合も多いが、今回のような突発的な対応が求められるケースもあり、普段の関係構築が重要であると考えられる。