

事例 刈谷豊子様 88歳女性

- ◆ 病名 誤嚥性肺炎、2型糖尿病、脳梗塞後遺症、血管性認知症
- ◆ 1月6日に緊急入院し、14日が経過した。
- ◆ 地域のかかりつけ医で外来診療を受ける患者様。20年来の糖尿病がある。糖尿病を背景とした脳梗塞後遺症のため「屋内伝い歩きができる程度のADL」だった。認知症を伴ない、入院前の要介護状態区分は要介護1であった。
- ◆ 今回、夜間の急激な発熱のため家族が救急車を要請して入院。入院時の診断は誤嚥性肺炎であった。譫妄状態となり活動性が低下。現在、嚥下評価が必要だが協力がえられない。車いすで病棟移動。気が向けば食事は自己で摂取できている。認知症悪化・ADL低下予防のため、かかりつけ医(内科)に連絡し、早期に退院準備を進めることになった。
- ◆ 夫と二人暮らし。夫は87歳で軽い認知症があるが、ほぼ屋内自立。夫には家事能力はない。長男夫婦が同じ敷地内に住み、こまめに面倒をみている。

医師の説明(2分)

- ◆ 診断 誤嚥性肺炎
- ◆ 入院時は38℃台の発熱が続いていたが、現在は36℃台となっている。入院時は5l/mの酸素投与が必要だったが、現在は酸素なしで酸素飽和度96%である。
- ◆ 胸部レントゲンでは、右中肺野に肺炎像を認めたが改善傾向にある。
- ◆ 入院時血液検査で白血球16700/ μ l, CRP16.2mg/dlであったが、1月13日には白血球7200/ μ l, CRP0.8mg/dlに低下した。
- ◆ 入院後しばらくは点滴で抗生剤を投与していたが、現在は経口抗生剤(オーグメンチン®配合錠3錠/d)を投与している。
- ◆ 糖尿病に関しては、インスリングルルギン(ランタス注ソロスター®)12単位1日1回朝食前投与と、経口薬併用で、HBA1c 7.4%であり、今後も薬物療法が必要である。
- ◆ 肺炎症状は軽快。その他身体症状はやや不安があるが、退院カンファレンスを含め、在宅医療体制が整い次第自宅退院が望ましいと考える。
- ◆ 担当医は、「不顕性誤嚥があり、ときどき誤嚥性肺炎のエピソードを繰り返す可能性がある」と予想する。今回は回復したが、今後、このようなエピソードがあると、生命にかかわりえると考える。」との説明を、2日ほど前に、ご長男夫婦に行った。

看護師の説明(2分)

- ◆ 解熱し心肺機能は安定しており、バイタルサインは良好である。
- ◆ 軽介助で立位になれるが、歩行はほとんど不可能。端座位は自立。立位や歩行のリハビリテーションも行っているが気分にもらがある。
- ◆ 入院時は絶食として治療を開始したが、現在は全粥を食べている。食欲は良好で、食事は見守りが必要だが全量摂取している。ときどき、むせこみがあるが、食事形態の評価ができていない。
- ◆ トイレはポータブルトイレを使用している。尿意は保たれ、軽介助で排尿も排便も可能である。時々尿失禁があり、紙パンツを使用している。
- ◆ 看護師が薬を手渡すと自力服薬が可能である。薬の服用方法などを正確に覚えることは困難で、自力服薬管理は不可能と思われる。
- ◆ 歯磨きが自分で上手にできず看護師が口腔ケアを行っている。
- ◆ 糖尿病に関しては、インスリン皮下注射(ランタス®)12単位(1日1回朝食前)と、経口薬を併用している。家族へのインシュリン注射指導中。
- ◆ ご本人は家に帰りたいたと、夫も家に連れて帰りたいたと希望している。入院生活という環境変化に順応できず、夜間譫妄となり、ADL低下、認知症悪化が懸念される。
- ◆ ご長男の妻(嫁)はたびたび病院を訪れる。これまでも献身的に介護をしてきたと思われる。

タイムテーブル

病院看護師の方を司会に模擬退院時カンファレンスをお願いします。

15:45-15:48 事例解説(和田)

グループワーク

15:48-15:55 自己紹介、書記・発表者の選任

15:55-16:00 医師・看護師からの事例の説明

16:00-16:20 退院にあたり発生しうる医療・介護
の問題点の抽出

16:20-16:40 具体的な退院後のケア内容の討論

16:40-16:55 いくつかのグループに発表をお願いします。

模擬退院時カンファレンス

◆主な論点

1. 必要な退院指導

2. 退院後の

①医療体制、療養環境整備、体調変化時の対応

②ケアプラン、介護認定変更の必要性

介護保険以外のサービス導入の必要性

3. その他