

第40回日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会総会
第23回教育セミナー
2023年2月24日

『未来に向けた高齢者へのストーマ支援を考える！』
ストーマを造設した高齢者への
退院調整の実際と支援のポイント

東京通信病院 看護部
皮膚・排泄ケア認定看護師
宮本 乃そみ

【COI開示】
発表内容に関連し、開示すべきCOI状態はありません
【倫理的配慮】
個人が特定されないよう配慮した

はじめに

国民の4人に1人が75歳以上となる2025年問題が直前に迫ってきている。ストーマ造設術を受ける患者の高齢化も近年顕著であり、セルフケアでストーマケアを完遂することが困難なことも多い。

しかし、ストーマ造設をした患者のセルフケア能力を、「高齢者だから」と先入観を持つことなく丁寧に見極めることは重要である。高齢者の場合、ストーマケアだけでなく、日常生活の支援や認知機能が低下した場合の対応も考慮していく必要がある。高齢患者の退院調整では、患者だけでなく、家族の要望も含めた支援が必要となる。

本日の内容

- 高齢者を取り巻く環境
- 退院支援と退院調整
- 退院調整の視点
- 退院調整の実際
- 退院後の評価



高齢者を取り巻く環境

- 2005年の介護保険法改正で、地域包括ケアシステムが取り上げられ、その後システムの構築が義務付けられたことにより、高齢者への支援体制は整備されてきている。
- ストーマ造設患者もこのシステムの中で支援を受ける患者は多い。

地域包括ケアシステム

○ 国連の年代別人口推計によると2025年を目途に、顕著な高齢化傾向に匹敵する地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が求められています。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要となります。

○ 人口は減少して高齢化は進んでいく中で、介護施設や高齢者住宅の増加は減りつつありますが、地域包括ケアシステムは、高齢者でいる場所や介護施設が、地域の居宅性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げられていくことが必要です。



出典：厚生労働省「地域包括ケアシステム」より

退院支援と退院調整

- 退院支援
患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援
- 退院調整
患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程

出典：宇野由美子他「これからの退院支援・退院調整」日本看護協会出版、2021年

退院支援と退院調整における役割分担

	退院支援	退院調整
担当看護師	病棟看護師	退院調整看護師
必要な能力	アセスメント力 看護的能力	外部との調整力 コミュニケーション能力
主な内容	主に入院中のアセスメント・看護を行う ・患者や家族が現状を理解したうえで、医療や看護を継続しながらどこで療養し、どのような生活を送りたいかという自己決定を支援 ・自宅に必要な医療処置・ケアの指導 ・各種カンファレンスへの参加	主に退院後の生活環境の調整を行う ・患者・家族の望む退院後の生活の実現のために、社会資源を最大限活用しながら、退院後の生活が送れるよう調整 ・地域の医療関係職種への情報提供 ・各種カンファレンスの調整と開催

病棟看護師は、病状やストーマの経過の把握、セルフケア能力の評価、在宅の環境、介護保険の取得状況などの情報を収集しておくことが望まれる

出典：看護roo「退院調整看護師が在宅医療を極める一歩の壁を乗り越え方」<https://www.nango-roo.com/news/4647>、2023.1.19

当院の概要

- 【東京通信病院】
- 病床数 461床
- 診療科 29科
- 看護師数 約400人
- 看護体制 7:1
- 東京都指定二次救急医療機関
- 緩和ケア病棟・地域包括ケア病棟保有
- 皮膚・排泄ケア認定看護師 2名
- ストーマ造設件数 30~40件/年




当院における退院支援・調整のシステム

入退院支援加算1の算定

入院3日以内のスクリーニング
入院7日以内の退院支援計画書作成着手
カンファレンスの実施

患者支援委員会（看護部の委員会）

- 退院調整看護師 2名
- 各部署から1名ずつ

【退院支援ラウンド】
各部署週1回退院支援チームと病棟看護師（患者支援委員会の看護師またはリーダーナース等）が情報共有

【退院支援部門】
各病棟や外来などで分担
MSW 6名
退院調整看護師 2名



ストーマ保有者の退院調整の視点

- 医療管理上の課題
ストーマケアの内容
病状に対する支援体制
- 患者・家族の意向
本人の不安や希望
同居・別居家族の不安や希望
- 生活・介護上の問題点
排泄物の廃棄する能力
トイレの種類（和式・洋式）
浴室の設備

入院によるADLや認知機能の低下も考慮する

退院後の生活の目標

目標を早期に明確にしておくことが必要

5W 1H

- いつ → 退院までに？ 退院後？
- どこで → 自宅？ 施設？
- だれが → 本人？ 家族？ 訪問看護師？
- なにを → 排泄物の廃棄？ 装具交換？ 装具の購入は？
- なぜ → ケアの協力者は？
- どのように → 装具交換間隔 使用物品

【短期目標】（退院まで）
【長期目標】（退院後以降）



ストーマ造設患者の退院調整

退院後の療養先はどこか？

- 自宅
- 療養型病院
- 地域包括ケア病棟
- 介護老人保健施設
- 有料老人ホーム

など

社会資源の活用状況は？

- 介護保険（介護度）
- 生活保護



ストーマ造設患者の退院調整

交換日以外の排泄物管理は？

- 本人
- 家族
- ヘルパー

ストーマケアの内容は？

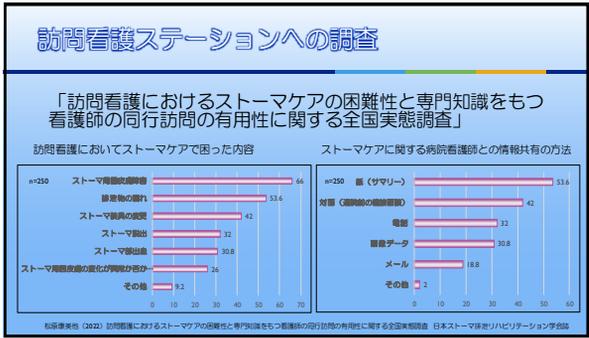
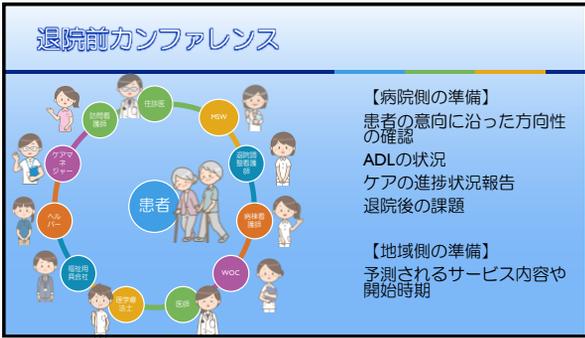
- 確実な定期交換が可能か状態か？
- 装具交換にかかる費用
- 訪問看護利用時に対応可能な時間の範囲内か？

誰が装具交換や装具の購入をするのか？

- 本人
- 家族
- 訪問看護

★ 漏れた際の対応は誰がするのか？





- ### 退院時の訪問看護や転院先への連携の準備
- 定期的な訪問が可能なストーマケアの選択
 - 看護サマリー
セルフケアの状況
(患者・家族のケアの実施状況)
 - 手順書の準備
写真付きの手順書
 - ケア困難時の相談窓口の提示
ストーマ外来や担当した皮膚排泄ケア認定看護師への連絡先や連絡方法

事例 1

80歳代 男性
 20XX年 直腸がんにてハルトマン手術施行
 既往症 認知機能低下、脊柱管狭窄症による歩行障害あり
 生活背景 独居 生活保護受給者 介護保険取得済み
 施設への入所または訪問看護導入予定

- ### ケア介入の実際
- 認知機能の低下により、手技習得がどこまで可能か確認。
→ 便廃棄を繰り返し指導するが自らトイレに行く様子はない
装具交換の手技は習得困難
便廃棄のタイミングの習得、便廃棄の手技のみ指導
 - 生活保護のため療養先が限られる
→ 優先順位は在宅、有料老人ホームは23区外となるため
入院中にリハビリを頑張り、歩行可能なADLまで回復したため在宅へ
 - 訪問看護の導入、当院までの受診が困難なため近医でのフォロー
→ 順やかかつ確実な定期交換が可能な装具選択
看護サマリー以外に写真付き手順書作成、相談窓口の記載

事例 2

90歳代 男性
 現病歴 直腸がん・膀胱がんにて約20年前に他院で骨盤内臓全摘施行
 その後骨盤内感染などを繰り返す
 その10年後に旧肛門からの便汁排泄があり、当院にて小腸バイパス術等行い→ダブルストーマ+上腹部瘻孔+下腹部瘻孔+旧肛門の瘻孔の管理が必要となる
 (外来では上下部瘻孔は閉鎖ドレーン管理)
 完全にセルフケアが実施できていた

生活背景 娘家族と同居 妻は施設入所中
 20XX年 食欲低下・脱水にて入院
 4か月後、全身状態が回復したため、退院調整開始

退院に向けたストーマケア内容の調整

【ケア上の問題点】

- 3カ月以上に及び入院により体力の低下、腰痛などによりセルフケアが困難になっていた
- ケアをする箇所が多く時間を要する

- ダブルストーマの装具は入院前からツーピース装具
フリーカット装具＋用手成形皮膚保護剤→フレカット軟性凸面装具
- 上下部の瘻孔はパウチングによる管理をしていたが、点滴を終了することで排液量が減少したため、ガーゼ管理へ変更
排液量増加にも対応できるよう入院中のケア方法は伝達
- 旧肛門の瘻孔は尿とりパットの管理継続

ケア介入の実際

- 本人の希望により自宅退院
→ADLの低下によりセルフケア困難あり、訪問看護導入検討、入院後上下部の瘻孔からの排液量増加があり、適宜パウチング施行。ケア内容が複雑なため、皮膚・排泄ケア認定看護師が所属する訪問看護ステーションを検索。
- 訪問看護の導入決定
→退院前カンファレンス実施、装具交換は訪問看護で実施、看護ケアマリー以外に写真付き手順書作成、相談窓口の記載。
- 日常のケアは分業で
→本人は、便の廃棄を専用のカップに廃棄する娘は、尿の廃棄、瘻孔のガーゼやパット交換ヘルパーで陰部洗浄とオムツ交換

退院後の評価

- 外来での生活状況の確認
- 必要時、訪問看護ステーションとの情報共有
- 退院後訪問の活用



退院後の生活を評価し
問題点を修正していく



まとめ

- 高齢者における退院調整の視点では、ストーマだけでなく様々な併存疾患も考慮し、患者及び家族の意向を確認していく必要がある
- ストーマケアにおいては、支援をする家族や訪問看護などが負担なく定期的介入ができるような内容にしておく
- 退院後ストーマケアで問題が起きた場合に、在宅や施設、転院先等と連携が取れるような体制を整えておく
- 退院後は外来などで生活の評価を行い修正をしていく

おわりに

今後は管理困難な高齢患者であっても長期間病院で療養することは困難なことが予測され、在宅で過ごす高齢患者が増加することが考えられる。

短い入院期間の中でも、可能な限り患者が望むストーマケアに耳を傾け、ストーマを造設した高齢者がその人らしく生きられることを思い描きながら退院へ介入することが必要である。

ご清聴ありがとうございました