

患者の意思決定を尊重した退院調整困難患者の在宅へ向けての退院支援について

キーワード：退院支援、透析中止、意思決定支援、在宅療養

○繩田麻衣 山田喜菜 久村郁子 竹村佳代子 (西五階病棟)

I. はじめに

近年、平均在院日数は短縮しており、それに伴い医療依存度の高い状態での患者の退院も増加し退院支援が重要視されている。

A 病棟では、血液透析(以下 HD とする)や腹膜透析(以下 PD とする)等の腎代替療法を行っている患者が多く、患者が自宅への退院を希望しても医療依存度が高いなどの問題により、転院や長期入院を余儀なくされている現状もある。また在宅療養の実情として、家族は介護負担等の懸念から自宅退院を危惧するなどの意見も一般的にあるといわれている。

看護師の役割は、患者自身の療養の場を選択するという意思決定を支え、より専門的な立場から、患者の身体的・精神的・社会的側面を総合的に判断し、他職種と連携を図りながら、患者・家族が安心して退院ができるよう支援することである。

今回、PD を行っていた患者が、症例数の少ない被囊性腹膜硬化症(以下 EPS とする)を合併し、在宅療養へ向けて様々な退院支援が必要となった事例に関わった。この事例を通して、患者の意思を尊重した退院支援とは何かを考えさせられ、患者・家族支援のあり方や他職種との連携の難しさなどを経験した。この事例を振り返り、患者の意思決定を尊重した退院支援について考察する。

II. 用語の定義

退院支援：退院後も医療処置や看護が必要な状況にある患者に対して、患者が望む生活の場に移行するまでのプロセス全体を支援すること。

被囊性腹膜硬化症：PD 療法の最終合併症であり、びまん性に肥厚した腹膜の広範な癒着によりイレウス症状を呈する症候群である。

III. 倫理的な配慮

研究対象者に研究目的と方法を口頭、書面にて説明を行い同意を得た。その際、個人を特定しないこと、プライバシーを守ること、自由意思に基づく任意の協

力であり、途中辞退が可能であることを伝えた。

IV. 事例紹介

患者：A 氏、81 歳、女性、理解力は良好

既往歴：20 年前より高血圧を指摘され、H16 年より慢性腎不全認め H18 年 PD 導入した。H 21 年に難治性腹膜炎となり HD へ移行、以後外来通院を行っていた。

現病歴：平成 22 年 3 月恥骨骨折で整形病棟へ入院、その後消化器症状や腹水貯留認め EPS と診断され A 病棟へ転棟、5 月 10 日より絶飲食、ステロイドパルス療法が開始された。腹水減少すれば EPS の手術を受ける(広島の病院でしか手術は受けられない)方針であったが、病状改善せず、8 月 6 日にポート作成、中心静脈栄養が開始された。患者は入院生活が長期となり家に帰ることを望んでいた。

家族背景：夫は他界し、長男、長女の二人の子供があり、長男夫婦、孫(小学校低学年と 3 歳)と生活している。長男嫁との関係はあまり良くない。長男は自営業(不動産業)で在宅していることが多い。キーパーソンは近所に住んでいる長女であるが、退院や家庭での生活における決定権は長男夫婦にある。

V. 結果

患者の退院支援に向けた看護介入に焦点を当て、その実際を各時期に沿って以下に示す。

1. HD 通院と在宅中心静脈栄養法(以下 HPN とする)に向けた退院支援の時期(8 月 6 日～9 月 20 日)

病棟・HD 室・MSW・訪問看護ステーションとのカンファレンスを行なながら、問題点の抽出、退院後の在宅療養に向けての必要事項を確認し、連携を図っていった。また患者本人へ HPN について重点的に指導を行い、手技を獲得してもらった。透析は当病院にて行うことが決定し、在宅へ向けての準備が整い、家族の承諾も得られ 1 週間後を目途に退院予定となつた。

2. 退院が延期となり、A 氏が HD 中止を希望した時期(9 月 21 日～10 月 4 日)

退院予定前日の 9 月 21 日、シャントが閉塞した。PTA

施行されるも開通せず、シャント再建が必要となり、それまでは短期留置カテーテルを挿入し透析することとなった。バスキュラーアクセスは CV ポートがあるため、ソ径部からのカテーテル挿入となり、そのため外出外泊が困難な状態となった。また同時期に CT にて腹水貯留が認められ、退院延期が決定された。看護師は A 氏が精神的にかなり落胆したため、受け持ち看護師を中心に A 氏の思いを傾聴していった。A 氏は目標としていた退院が延期となり、心の支えを失った状態であり、10 月 4 日(月)の時点で HD を中止し自宅に帰りたいとの意思を表示してきた。看護師は A 氏の死を覚悟しての退院希望に対し、その意思決定に沿った支援を行う必要があると感じ、A 氏の意思を確認しつつ退院支援の計画を見直した。

3. HD 中止の状態で自宅退院へ向け退院支援を行った時期(10 月 5 日～10 月 9 日)

主治医の方針は HD 中止せず治療継続であったが、A 氏の意思を伝えインフォームドコンセントの場を設定していく、最終的には医師も患者の意思を尊重するとの見解から HD 中止の方針となった。また同時に家族(長男・長女)へも電話や直接面会に来てもらい、A 氏の思いを話せる場を設定し、退院を承諾してもらった。

訪問看護ステーションにも状況伝え、訪問看護師や地域医療推進課の退院調整看護師を交えてのカンファレンスを持った。訪問看護ステーションとしては、家族が HPN の手技を獲得していないことや、在宅での看取りの意思が明確ではないこともあり、家族の協力体制が整っていない状況での看護は困難であるとのことであった。病棟としては、A 氏が一度自宅に帰るという希望を叶えることで精神的に落ち着き、気持ちの変化が起こる可能性もあると考え、HD 中止のまま病院に戻り看取りになっても、HD を再開し治療を継続するという結果になっても、いつでも受け入れる体制があることを家族や訪問看護ステーションに伝え、最終的には退院の方針となった。

退院予定前日に本人・長男・長女の嫁・主治医・HD 室看護師・病棟看護師・MSW・訪問看護師の同席のもと話し合いを行った。この時点で透析最終日より 3 日間が経過しており、同居している長男の嫁は、この状況で家に帰るのは不安であり納得されず、HD を 1 回しての外泊なら受け入れるとのことでの A 氏は家族がそ

ういうならと渋々納得し、次の日透析してからの外泊となった。しかし、翌日 A 氏より「やはり気持ちの踏ん切りをつけたいから外泊ではなく退院したい」という強い希望があり、再度家族間での意思の確認行った。結果的には、退院であれば訪問看護も導入でき、長男夫婦も承諾した。

10 月 7 日に透析施行し退院となり、退院当日より問看護導入となった。また緊急時の連携として救急外来・透析室・病棟全体に情報提供を行った。退院して 3 日後の 10 月 9 日、本人の意思にて来院し HD 施行された。そして HD を今後も継続したいと思いの変化ありシャント作成のため同日入院となった。

VI. 考察

野口ら¹⁾は実際の介入の視点として「患者の意思決定支援、家族の支援、他職種との協働」を挙げている。それらの視点から考察する。

1. 患者の意思決定支援

EPS は症例の少ない疾患であり治療は模索状態であり、方向性が見えにくい状況であった。患者は治療上の長期入院から「何か食べたい、家に帰りたい」という思いがあり、在宅での療養を希望していた。看護師は、患者のニードや意思を少しでも満たしたいという思いがあり関わっていった。家に帰りたい患者、患者の意思を尊重したいと考える看護師、退院許可は出せない医師との間で、少しずつ思いのズレがあった。近藤ら²⁾は退院支援においては専門性の違いから治療方針を巡っての医師との意見の違いを体験することも多いと言っている。今回退院延期、そこからの再退院支援という退院支援が急速進んだターニングポイントがあった。透析を中止した状態で、死まで数日単位の可能性もあり、更に家族の受け入れや在宅療養の準備が不十分な状態であったため、退院は困難と思われていた。しかし各部門と連携を図り、何度も話し合いの機会を持ったことで、A 氏の透析中止、退院したいという意思を実現することができたと考える。

一番身近で患者の意思を知ることができる看護師は、患者の代弁者となり、話し合いの場で方針や考え方のすり合わせを行い、患者の意思を尊重できるような方向を選択していくことは、退院支援において最も重要なと考える。患者は「透析をしないこと」は「死」

を意味するということを理解しており、在宅での死を覚悟した退院という意思決定を支える役割は看護師にとっての重要な役割であったと考える。

2. 家族支援

透析中止での退院は、急変の可能性が高く、またHPNなどの医療依存度の高い状態での退院に対し、家族からは退院に対して否定的な発言がみられていた。在宅看護を行う上で、家族の協力体制は不可欠である。松本ら³⁾によると「医療者が判断する『自宅療養できる状況』と、家族が考える『自宅療養できる状況』には大きな差がある、急変時の対応等を理由に在宅での療養は困難であるという家族が多くいる。医療者は、急変時の対応についての情報提供や、社会資源の活用などで、在宅でも介護が継続できる現状にあることを伝えていく必要がある。」といわれている。今回は訪問看護の協力と緊急時の対応などの説明を行ったことで家族の不安が減少し、在宅療養の協力体制を整えることができたと考える。しかし短期間で時間が限られていたことは家族にも精神的負担をかけたと考える。キーパーソンのみでなく家族機能の決定権は誰なのかをアセスメントしての介入が必要であった。早期に家族が行える医療的処置の範囲とサポート能力をアセスメントし、退院支援していくことが必要であると考える。

3. 訪問看護ステーションなど他部門との連携

HPN管理に向けての指導や、各部門との調整に時間を要した。安井ら⁴⁾によると「ターミナル期の患者は調整に時間を要することで状態が変化し、退院のタイミングを逃してしまうこともある」といわれている。今回は更に透析中止を決定した患者であり、日に日に状態が悪化し、死まで数日であることが多いため、より早期の退院支援が必要であった。今回カンファレンスや退院支援ラウンド等で専門領域の看護師に助言をもらい調整を進めていったことで、退院支援を短期間で進めることができたと考える。安井ら⁴⁾によると「自宅の準備や退院指導、本人、家族の看取りに対する考え方などが不十分であるほど訪問看護側の負担は大きくなる。」といわれているように、氏の家族は、在宅での介護に消極的な態度であり、在宅での協力体制、意思確認や情報収集が病棟看護師で十分に行われていなかつたことは反省点である。病棟看護師のアセスメントと訪問看護師に必要な

な確認事項の間で認識の違いがあり、訪問看護に情報提供する時点で情報が不足していた。今後情報提供のタイミングや内容を改善していく必要性があると考える。今回、訪問看護の介入によって医療的処置（HPN）を補い、患者急変や看取りに対する家族の精神的負担が減少したことは、在宅療養をしたいという患者の意思を尊重した退院支援につながったと考える。

訪問看護ステーション以外にも透析室や救急外来、退院調整看護師、医師、MSW、訪問医など多岐に渡る連携を行った。訪問看護ステーションとの連携が中心であったが、関連する他部門との連携は必須であり、その調整を行うための病棟の療養支援看護師としての役割は大きく重要である事が分かった。

VII. おわりに

今回の事例を振り返ることで、患者の意思決定を尊重した退院支援とは、患者の意思のみではなく、患者を取り巻く家族の意思や在宅療養環境を調整していくことが重要であることが改めてわかった。また透析中止患者の退院支援については短期間での調整が必要であり、他部門とスムーズな連携を図る必要性が実感できた。

透析中止での在宅療養は今後も増加し、退院調整困難事例も増加していくと予測される。また退院支援が必要かどうかのアセスメントについてはシステムが確立しつつあるが、手島ら⁵⁾によると「退院支援プログラムは確立していない医療機関が多い」といわれている。今後も早期よりアセスメントを行い他部門と連携を図りながら、退院支援を行っていきたいと考える。

〈参考、引用文献〉

- 1.野口留美:退院支援看護師の役割と継続支援への新たな展開看護実践の科学,vol,34 ,No8 , ,P15 ,2009-7
2. 近藤まゆみ：ターミングポイントを見極める,Nursing Today ,vol35 No9,p12 ,p18, 2010-8
3. 松本仁美：ギアチェンジ期のサポート,Nursing Today ,vol.22,No11,P23,2007-10
4. 安井明子：継続看護を意識した連携体制,看護実践の科学,vol35 No9,p9,2010-8
5. 手島陸久：退院計画,病院と地域を結ぶ新しいシステム,中央法規出版株式会社,p66, 1997