

継続看護の視点を深めるための試み—中間報告

～在宅・後方連携病院を訪問しての学び～

○井上史子 松本由貴子 本田美穂子 竹村佳代子 小玉孝子 西3病棟

キーワード：継続看護 退院支援 コーディネート

I.はじめに

近年、入院期間の短縮化により、患者は一定期間の治療が終了すると退院もしくは転院となることが多い。しかし実際は、転院先や在宅療養に対し患者や家族が抱える不安は大きい。その為、看護師は患者の背景を理解し、社会資源を活用し、継続看護の視点から退院支援をコーディネートする能力が必要である。

当病棟においても、高齢者や合併症を有する患者の手術が増えている。このような患者は、術前のADLまで回復できないまま退院を迫られることがある。またがん患者においては、退院後も外来通院（癌化学療法の継続など）が必要な場合がある。そのため、様々な社会資源を利用しながら在宅療養を行っている状況がある。

今年度の当病棟では、「プライマリー看護の充実を図る」という目標をあげ、その方法の一つとして、病棟看護師が在宅・後方連携病院への患者訪問を行った。この患者訪問での学びをもとに、「継続看護」について考察したためここに報告する。

II.用語の定義

1.継続看護…「その人にとって必要なケアを、必要なときに、適切な人によってうけるシステム」（国際看護協会 1969年）

2.退院支援…本研究では「患者・家族の主体的参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活を送れるように、教育指導を提供し、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラム」と定義する

3.コーディネート…本研究では「患者・家族の在宅療養や転院が円滑に行われるために、必要と思われる関係者及び関係機関（主治医・往診医・訪問看護師・ケアマネージャー・MSWなど）と協働し調整を図ること」と定義する

III.研究目的

- 1.在宅や後方連携病院への患者訪問を行い、継続看護の視点を深める。
- 2.退院支援をコーディネートする能力を高めるための課題を明らかにする。

<目標>

- 1)患者・家族への退院前共同指導が適切であったか評価する。
- 2)患者の家族関係の捉え方は適切であったか評価する。
- 3)患者・家族が望んだ状況になっているか評価する。
- 4)病棟看護師は看護添書と退院前共同指導の必要性を認識できる。

IV.研究方法

1.研究期間：

平成19年11月～平成19年12月
（患者訪問は現在も継続中である）

2.研究方法

- 1)当院の訪問看護ステーションの看護師に同行し、在宅への患者訪問を行う。
- 2)後方連携病院(及川病院)への患者訪問を行う。

患者訪問を行う看護師は、プライマリー看護師を中心に希望者を募り、チームリーダーが中心となりスタッフへ働きかけていった。

V.結果

計11名の病棟看護師が参加した。訪問看護では6名の患者、後方連携病院では2名の患者訪問を行った。患者訪問を行った看護師は、研究目的と目標にそって評価を行い、その学びについてはカンファレンスで共有した。アンケートの結果から、研究目的1については患者訪問を行った全看護師が「達成できた」と答えていた。

患者訪問の実際については、当病棟から訪

問看護や後方病院につなげた 5 事例を挙げ、その事例をもとに研究目標 1)~4)の評価を行った。(表 1 参照)

後方連携病院への訪問では、病院施設と看護の実際について見学を行うことができた。アンケート結果から、以下のような学びが分かった。

- 1.実際に転院先の病院の雰囲気・病室などが見学でき、患者へのアドバイスに活かしていけると思った。患者の中には手術をした病院でずっと診て欲しいと希望されることもある。いろいろな病院の情報を伝えていき選択肢を広げられるような関わりをしていきたい。
- 2.ターミナル期において、予後をどれだけ安楽に過ごすことが出来るかということに配慮されていた。患者が患者のペースでゆっくりと過ごすことの出来る環境作りや、その人の個性に合わせた関わり(例えばガーデニングやイベントの実施など)、本人と家族の関係性を考慮した関わり、本人や家族の意志決定を尊重した関わり等、学ぶべきことがとても多かった。
- 3.ターミナル期にある患者はそれぞれ個別の思いや希望を持っており、その気持ちを傾聴し理解した上で看護展開していくことが重要である。
- 4.看護添書の内容の不足点について、後方連携病院からの要望(残った問題点を明確にする、in・out の時間の記載、点滴の交換時間、尿留置カテーテルなどの交換日などの記載)を聞き、看護添書の情報の重要性を感じた。

VI.考察

1.在宅や後方連携病院への訪問を行い、継続看護の視点を深める

アンケートの結果より、訪問を行った全看護師が継続看護の視点を深めることが出来たとの評価であった。退院や転院後の患者の生活状況から入院中の看護を評価することで、継続看護についての視点が深まったと考える。在宅や後方連携病院のイメージが付き、家族背景や生活環境などの情報収集の必要性と退院前共同指導や看護添書の役割の重要性を実感できた。カンファレンスを通し、実際に患者訪問へ行っていない看護師とも患者訪問の学びを共有できた。

よって、患者訪問を行ったことは継続看護の視点を深める上で効果的であったと考え

る。

2.退院支援をコーディネートする能力を高めるための課題を明らかにする

今回の患者訪問では、(入院中には見えにくかった)家族を含めた実生活での患者の姿を入院中に捉えきれていないことが明らかになった。継続看護とは、「その人にとって必要なケアを、必要なときに、適切な人によってうけるシステム」である。よって、退院後も自立した自分らしい「生活の継続」を支援するために、退院後の生活の場やそれを支援する家族とその関係、必要な社会資源については、早期から(入院時より)常に視野に入れて情報を取り、アセスメントしていくことが必要である。

相場¹⁾は「家族は変化する力を持っており、その変化する力を引き出す家族関係調整が退院支援において重要である」と述べており、今回特にその重要性を実感した。事例では、退院前共同指導を行うことで、患者・家族共に安心感につながり在宅への移行がスムーズに行えた。よって、早期に退院前共同指導をセッティングし、家族の意向の確認、関わるサービスの確認をして試験外泊などが行えるようにしていくことが必要である。

後方連携病院を訪問し学んだことは、今後転院する患者・家族に対しての情報提供の幅を広げることにつながると考えた。また、今回は緩和ケアを行っている病棟を見学し、アンケートの結果からも緩和ケアに対する看護の視点を広げることが出来たと考える。これは、がん患者が増えている当病棟の現状を考えても、有効な訪問であった。

VI.結論

1.継続看護の視点を深める上で、在宅や後方連携病院への訪問は効果的であった。

2.後方連携病院の訪問は、今後転院する患者・家族に対して情報提供の幅を広げることにつながった。

3.(入院中には見えにくかった)家族を含めた実生活での患者の姿を、入院中には捉えきれていないことが訪問によって明らかになった。

4.家族関係調整が退院支援において重要であることが実感できた。

5.家族背景や生活環境などの情報収集を行い、問題点を抽出し、その人にとって必要な社会資源の活用を支援することが重要である。これにより、患者・家族の QOL 向上が目指せると感じた。

6.看護添書についても、具体的な処置内容と残った問題点をより明確にすることが求められていることが再認識できた。

Ⅶ.おわりに

今回、継続看護の視点から、入院中の看護を評価し、多くの学びと示唆を得た。今後も患者訪問を継続していくことで、退院支援をコーディネートする能力の向上に繋がってくると考える。

また今後の課題としては、後方連携病院側からの患者訪問や、初回在宅訪問時に訪問看護師に同行するなどの活動を検討している。

今回の訪問によって得た学びを、今後に活かしていきたいと考える。

最後に、御協力して頂いた患者様、御家族、訪問看護ステーション、後方連携病院のスタッフの方々に深く感謝を致します。

参考・引用文献

- 1) 相場美香子：地域連携と家族関係調整を中心とした退院調整.看護学雑誌 67(9).p848-851. 2003
- 2) 吉村優佳里・吉村繁子・後藤裕子・前田陽子：退院支援を受けて在宅移行した患者の現状.日本看護学会論文集.地域看護 37. p 137-139. 2007

表1 患者訪問の実際(研究目標1)~4)の実施と評価)

患者	A氏	B氏	C氏
状況	66歳女性 2006年2月消化管穿孔のため人工肛門増設術施行。 子宮頸癌に対し放射線治療後、この時は訪問看護を利用せず退院。 2007年1月イレウスのため再入院。 手術の適応にはならず、栄養管理目的でCVポート挿入と胃瘻を造設。 全身衰弱の為、2007年12月に後方連携病院へ入院となった。	75歳男性 2007年9月自宅で吐血し、胃癌穿孔にて緊急手術施行。 胃癌は横行結腸への浸潤、肝転移を認めた。病状については、本人へ全告知。 予後は本人には言わず、家族にのみ「予後半」と説明。	63歳女性 S状結腸癌による腸重積のため、緊急手術にて人工肛門を造設された。既往に全身性エリテマトーデス、慢性関節リウマチがあった。
退院支援	退院前共同指導を行い、全身管理に関しては訪問看護と往診医に依頼。 息子と二人暮らしであり、経済的に困窮していたことからサポート不足が問題と考えた。人工肛門と胃瘻管理の為週3回の訪問看護を導入した後、2007年5月に退院。	夫婦二人暮らしのため、外来化学療法を行いながらの生活は不安が強かった。家人と訪問看護と退院前共同指導を行った。 化学療法による副作用チェック、精神的不安の軽減目的にて週2回の訪問看護を導入し退院。	リウマチにより手指に力が入らない為、人工肛門のケアには介助が必要であった。退院にあたり、清潔の介助、人工肛門のケアを目的とした訪問看護の導入を週1回行った。
患者訪問と訪問時の患者の反応	在宅への患者訪問：2回 後方連携病院：2回 涙を流して喜ばれた。仕事以外でも会いに来てほしいと言っていた。	在宅への患者訪問：1回 プライマリー看護師として関わっていたこと、また訪問する旨を伝えていたため訪問時すごく喜ばれた。	在宅への患者訪問：1回 「来てくれてすごうれしい。ありがとう」 訪問時すごく喜ばれた。
目標1)の実施と評価	胃瘻・人工肛門・CVポートについては問題なく管理出来ており、退院前共同指導の内容は適切であった。	訪問看護の導入は、氏だけでなく妻の不安の軽減にもつながっていた。 介護認定も夫婦共に受け、資源(自宅の改修)の活用を今後行う予定であった。情報提供を行ったことは効果的であった。 氏は訪問看護に対し「どのような人が来るのか」不安があったため、前もって面接を行ったことは不安の軽減になった。	出来る範囲での人工肛門のケアを習得し、実施できていた。また、社会資源を利用した物品の購入も出来ていた。氏からも「退院後自宅に戻ってから困ったことはなかった」という言葉が聞かれた為、退院指導は適切であったと実感できた。
目標2)の実施と評価	事前に本人と息子から、ある程度の情報収集は行っており、関係機関への情報提供は行っていた。しかし、訪問を行い、実際の氏と息子の会話(の少なさ)や家の雰囲気などから、病院とは違う印象を受けた。聞いていたことと実際の差を感じ、家族関係や経済的問題については、事前の情報収集不足を感じた。氏の息子に対する思いは知っていたが、息子の状況や氏に対する思いまで把握は出来ていなかった。	妻も体調がすぐれず、息子夫婦とともに退院前共同指導を実施。 家族の状況については、積極的に情報提供してくれた。 息子夫婦の協力は十分に得られた。	入院中は、キーパーソンである弟にも人工肛門のケアの指導をしていた。技術習得に問題はなく、入院中は協力的に見えた。しかし実際に在宅では、全く協力をしてくれていないという事実が分かった。弟も50代前半で独身ということもあり、女性のケアをするということへの羞恥心と姉の便処置をするという事への抵抗がその理由として考えられた。入院中には、この思いをくみ取る事が出来ていなかった。原因としては、退院前共同指導を行えないまま在宅へ移行となったため、家人の思いを捉えることが出来ず、その負担の大きさに気付くことが出来なかったことが考えられた。
目標3)の実施と評価	退院前の氏は、息子の為にご飯を作るなど「少しでも何かをしてあげたい」という思いが強く在宅を希望された。実際家に帰り望んでいたことは少しずつ出来ており、希望はかなえられた。	「週2回も来てもらえて安心してるよ。自宅はやっぱいいよ。」との言動が聞かれ、体調や食欲もよくなっていた。 セルフケアは自立していたため、訪問看護の導入が必要かどうか迷った点もあった。しかし、訪問看護を導入することで氏と妻の不安の軽減につながっていた。 化学療法を行っていることもあり、何かあった場合に(手術を行い、経過を診ている)「当院の医師とすぐに連絡が取れるという安心感」が退院への決心につながったことを実感した。	スムーズに在宅へ移行でき、ストマケアに関する物品や方法、ケアの習得状況などが訪問看護師へ情報提供されていた。そのため、病棟と同じケアを受けられ安心できたことコメントされていた。現在のところ困っていることはない笑顔が見られた。
目標4)の実施と評価	胃瘻・人工肛門・CVポートについては問題なく管理されていたことと、必要な情報の伝達が行われていたことで、その必要性を認識できた。	情報をすばやく送ることで、患者の把握しやすかったこととそこからその必要性を実感した。また、がん化学療法と告知状況の情報提供の必要性を感じた。	退院が急に決まったこともあり、入院中に退院前共同指導が行えなかった。電話連絡などで訪問看護師とは情報交換を行っていき、大きなトラブルもなく在宅へ移行出来た。しかし実際は、家人の協力が得られなかったという問題が起こった。退院前共同指導を行えば、家人への意識付けになったりその場での不安の軽減につながれたのではないかと感じた。 看護添書については、患者のニーズを把握し在宅のケアにつなげられていることで患者の安心につながっていることを実感できた。
実際に訪問して感じたこと(アンケートの結果から)	経済的に厳しい状況にあることは、事前に情報として得ていたが、実際に訪問することで『現実を見た』という思いになった。病院ではなぜか『大丈夫だろう』という思いが出てしまい、どこか患者の現実を見ることが出来ていない様に思えた。実際に訪問を行うことで退院後の患者の生活が見え、患者についてより広い視点で捉えることの大切さを実感した。	プライマリー看護師として入院中から関わり、退院後のセッティングも一緒に行っていたため、それが氏にとって良かったかどうかの確認が出来て達成感につながった。 息子・妻共に協力的であり、自宅での受け入れもスムーズに出来たと感じた。 家族背景・自宅環境・経済状況・告知状況などの情報提供の必要性を実感した。 自宅に戻ることがベストであるが、家族の受け入れ状況によっては難しいと感じる。本人の望み、家族の望みを聞き、それに近い状況に持っていけるよう、早め早めに指導を組み込んでいくことが大切だと実感した。	病棟で受け持ち患者が退院していくたびに、その後の生活をどう送っているのか気になる。特にこの事例では、緊急のストマ造設、リウマチで指先のこわばりがありながらのストマケアの習得など、気がかりなことが多事例であった。実際に訪問すると笑顔で迎えてくださり、元気にされている姿を見てうれしく思った。また、患者にとっても、退院してからも気にかけてくれている人がいるということが安心感や喜びにつながっていたようだった。 家人への介入については後悔が残ったが、在宅で継続看護を実施するには、家族関係を適切に捉えることが重要であることが実感でき、今後の看護へつなげていきたいと思った。

患者	D氏	E氏
状況	53歳女性 乳癌術後、化学療法施行中。 肝・肺・骨転移があり、デュロテップパッチとボルタレン座薬で疼痛コントロールを行っていた。	77歳男性 下部消化管穿孔にて緊急手術を行い、人工肛門を造設。 その後直腸癌が見つかり再手術。 またその後肺癌が見つかり外来での化学療法が導入。
退院支援	キーパーソンの娘は21歳と若かったため氏の介護を担うには負担が大きいと悩んでいた。退院前には試験外泊を数回行い、在宅へ移行する際の問題点を明確化していった。家人の負担の軽減を図る目的で、退院前共同指導を数回行ったのち娘の精神的サポートと疼痛コントロールの為に週1回の訪問看護を導入して退院。	既往に小児麻痺があり、手術後のADL低下が著明であった。人工肛門のケアとセルフケアの充足の為に週3回の訪問看護、訪問ヘルパー、車椅子へ移乗したいという目標のため訪問リハビリの導入を行った。
患者訪問と訪問時の患者の反応	在宅への患者訪問：1回 病棟看護師の訪問を楽しみに待っており、笑顔で迎えてくれた。	在宅への患者訪問：2回
目標1)の 実施と評価	退院時に社会資源の利用を検討し導入したことで、本人からは「安心しました」との言葉が聞かれた。キーパーソンの負担の大きさが問題であり、話し合いの場を持つたり、外泊を繰り返すことで問題点を明確にしたことは効果的であった。その結果で必要な社会資源（ベッドの硬さなど）の利用について検討した。	退院前共同指導を実施したことは、「してくれてよかった」との言葉が聞かれた。顔見知りの訪問看護師が来てくれる安心感を得ることが出来、車椅子に移れるようになった事と外来化学療法がスムーズに導入できたことで在宅医療が円滑に行われてたと評価する。
目標2)の 実施と評価	社会資源を利用したり、氏の姉へフォローを依頼したりすることで娘の介護の負担を軽減していった。入院中、介護の悩みは娘自身からの表出は少なく、氏から（娘に対する悩みとしてよく表出されていた）情報を得ていった。現在は、退院時よりもADLが向上しており、実際の負担も軽減していたため娘も精神的に安定していた。	氏は、退院直前に肺癌を告知された。当時は氏・家族共に精神的落ち込みがひどく、精神的フォローが必要と判断し、その介入も訪問看護へ依頼した。現在は、体調も良くなり精神的にも落ち着いている事が氏と妻の表情や言動（「安心した」）から察知できた。退院当時、精神的フォローを訪問看護へ依頼したことは適切であった。
目標3)の 実施と評価	本人からも「援助してもらいながらも自分なりに生活できていて今は楽だと思う」という言動が聞かれた。氏の表情を見ていたら氏らしい生活が行えているのだと実感できた。退院時に訪問看護や往診医を導入することで、家族の負担はかなり軽減できていた。氏のADLは退院時よりも向上していたため、家族の不安は解消されている状況にあった。	氏は、自分の介護のせいで妻の時間がなくなることを危惧していた。訪問看護を導入することによって、妻は（編み物の先生をしており、その時間が取れる）自由な時間の確保が出来ており、氏の想いを叶えることが出来たと感じた。氏は元々グルメであり、退院して好きなものを食べることが出来、入院中よりもふくよかであった。仕事も少しずつ再開することができ、氏らしい生活が送れていた。
目標4)の 実施と評価	他職種を交え入院から在宅までの視点を持ち、今後の対策を考えスムーズに生活の場へ戻っていきけるように援助していくには、退院前共同指導が不可欠だと感じた。話し合いの場を持つことで、問題点や不安な点が明確になり、効果的に介入できると感じた。	入院中の本人の状況と看護問題を適切に申し送ることで、その問題を中心に入院中と同じケアが継続されることを実感した。
実際に訪問して感じたこと（アンケートの結果から）	患者訪問を行うことで、患者の実際の生活の場を見ることが出来た。どのような生活をしていて何が大変なのかという点で、具体的なイメージを持つことが出来た。いきいきと生活されている患者の姿が印象的であった。在宅療養へ戻る際の試験外泊の重要性を実感した。	資源の活用により、患者・家族それぞれが自由な時間を確保出来ている。家族だけでは出来ない部分も介入が出来ることで、QOLがあがると感じた。家へ帰る直前に告知を行うべきか悩んだが、氏の性格や（高い）知的レベルから考えると告知を行うことになった。在宅での氏の姿を見て、氏らしい生活が送れている事に安堵した。「自分は肺癌だけど、ちょっとずつ治ってきているから仕事を始めてみたよ。先生たちもよくしてくれている。」との前向きな言動が聞かれた。腫瘍マーカーが下がり喜んでる姿や一人で車椅子移乗できている姿を見ると告知をして帰ってよかったと感じた。