

# 社会的サポートが不足している透析患者の退院調整

## ～退院困難リスク情報用紙を利用して～

Key Word 退院困難リスク 退院調整 共通認識

中1階病棟 ○外村 留美 森 めぐみ 川尻 史子

はじめに

近年、当院でも急性期病院としての役割を果たすべく、計画的な退院への介入を行い、在院日数の短縮に取り組んできた。更に、患者・家族の意向を尊重した退院調整の充実を図る努力をしている。しかし、日常の看護において、患者・家族との認識のズレや退院受け入れへの抵抗を感じることも少なくない。特に、血液透析患者においては、整形外科疾患によるADLの縮小も関係し、退院への不安が大きい。また、社会的サポート不足でなかなか退院に踏み切れず、入院が長期化するケースを多く経験してきた。そこで今回、入院長期化が予測される患者に対し、入院時から介入を試みた。その際、退院困難リスク情報用紙を利用することによって今後の退院調整について若干の示唆が得られたので報告する。

### I 研究目的

入院時から退院困難リスクの視点で介入することにより、患者・家族との認識一致が図れ、患者にとって適切な時期に退院・転院することができる。

### II 研究方法

#### 1. 対象

○氏 78歳女性

疾患名：左膝関節炎 腰部脊柱管狭窄症

既往歴：S50年～RAで通院開始

H13年 HD導入 白内障

H16年 右膝関節炎のため、右膝人工関節全置換術を受ける。

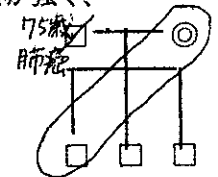
H16年10月12日に、左膝人工関節全置換術(TKA)目的で入院。10月21日に手術を受け、術後の経過は順調であったが、腰部脊柱管狭窄症による両下肢痛が出現。神経根ブロックを2回受けるが効果なく、12月2日に椎弓形成術(L3/4/5)を受ける。

社会的背景：75歳のときに夫を亡くし、現在54歳の長男と2人暮らし。長男も透析患者であり、糖尿病からくる視力障害のため現在全盲である。ヘルパーを本人と長男ともに週3回ずつ利用してい

るが、長男の、○氏への依存心が強く、○氏が日常生活の援助もしている。山口県に次男がいるが、婿養子となっている。

三男は県内におり、1回/週は

実家に様子を見にきていた。OPのインフォームド・コンセント等はキーパーソンである三男に行っている。48歳までキャディーをしていたが現在無職。趣味はスポーツであったがRA発症とともにやめている。感情をあまり表に出さない穏やかな性格である。医療者に対して遠慮がちであるが、話をすると正直に自分の思いを表出する。



### 2. 方法

術前(入院時)、術後1週間毎に退院困難リスク情報用紙を使用して、○氏にインタビューを行い、リスクに対してアセスメント・介入を行う。

### III 結果(表1)参照

#### 1. 術前(入院時)

入院時のリスクとして、ADLの更なる低下と、退院後の社会的サポート不足があがった。このことを○氏と共通認識した上で、今後の手術・入院経過のイメージを再確認していった。

#### 2. TKA術後～術後3週目

術創の治癒や膝関節の屈曲リハビリは順調であったが、腰部脊柱管狭窄症による下肢痛が出現した。このことが、ADL縮小に関与する新たなリスクとしてあがった。看護介入として、疼痛緩和を図りながら、○氏の症状や不安な思いの把握に努め、家族・医師との仲介を行った。腰椎の手術により、入院が長期化することへの不安が増強したため、○氏の思いを受け止めながら予測される今後の経過を共通認識していった。また、内服の自己管理に問題があったため、薬剤師へ服薬指導を依頼し、自己管理へのサポートを行っていった。

#### 3. 椎弓形成術後～術後3週目

長男のために早く帰らないといけない、年末年始に帰るとやらなければならないことがたくさんあるという焦りから、うつ状態になった。その

ため、気力・体力が低下し、ADLの縮小を来たした。さらに、食欲不振による低栄養状態に陥った事に対し、補食を開始し、栄養状態の回復を図った。

#### 4. 退院前

長男からの言葉により、O氏の意欲が高まった。そこで、O氏と相談し試験外泊を行った。しかし外泊中、思うように行動できなかった事に対し不安増強し帰院した。外泊中の状況を三男より情報収集し、またO氏と面談を行い共通認識していった。三男はO氏と長男との生活に限界を感じ、O氏は現時点での退院は無理であると考え、三男が住んでいる地域へ転院という方向で動き出した。その後も引き続き、O氏と転院について意図的に関わっていった。話をしていくことでO氏は気持ちを整理することができ、転院ではなく、もう一度長男との生活をしてみると退院を希望した。そこでMSWより主治医、腎内医に連絡し退院決定となる。

### IV 考察

#### 1. 退院困難リスク情報用紙の利用について

基礎情報用紙だけでは漠然としてしまう退院困難リスクの情報を意図的に収集できた。そこからアセスメント・問題の明確化が図れた。それを患者と共通認識できたことが有効であった。渡辺姿保子は、「退院計画におけるアセスメントの過程は、患者・家族にとっても自らの問題、ニーズを明確に把握するための機会である」<sup>1)</sup>と言っている。医療者だけでなく、患者自身も、自分の問題として積極的に取り組んでいくことが重要となる。更に、退院困難リスクは常に変化しており、タイムリーな把握と対処が重要であることを痛感した。しかし、リスクに関係している要因の分析が難しかった。O氏の場合、うつ状態になった要因をもっと早く分析できていれば、看護介入も検討できていたと思われる。情報用紙の項目には、精神的なリスク項目がないため、視点に追加していく必要がある。

#### 2. 看護介入について

入院当初から、O氏の持つ退院困難リスクを継続的・意図的に情報収集し介入できた。それまでのリスクやO氏の思いを把握しているので、それ以降の問題を考えることが容易であった。O氏は遠慮がちで、自分から思いを語る事はないが、看護師が意図的に思いを聴いていくことで、徐々に表出していったことから、信頼関係の構築にも繋がったと考える。今回転院の話から、三男のサポートという選択肢が増えたことが、O氏の不安軽減につながり、安心して自ら

退院を決定することになった。このことにより、O氏にとってこの時期の退院は適切であったと考える。私たちは通常、転院が決まればそこで退院計画は終了と安易に考えがちである。しかし、患者の気持は流動的であり、絶えず不安を抱いている。よって退院・転院するまで退院リスクは存在していることを意識し、介入していく必要がある。また、退院リスクは複雑な問題を持っているということに気づいた。そのためには、意図的な情報収集と信頼関係の構築が重要である。中澤堅次は、『追い出しを受けた』という不満は、病気の苦痛で増幅する。このことは医療の提供側と受ける側の間に信頼関係を損ね、決定的な溝を生じる<sup>2)</sup>と述べている。患者が医療者に対し、自分の問題を一緒に考えてくれていると実感できることが、まず重要であると考えられる。

### V まとめ

1. 退院困難リスクの視点で意図的に情報収集し、アセスメントすることにより、問題の明確化と介入方法の検討が容易であった。
2. 早期からの介入により、患者とリスクの共有ができ、問題解決につながった。
3. 経過を追って、患者と退院についての共通認識が重要であった。
4. 退院調整においては、信頼関係を構築した上で、患者の本心を引き出しながらリスクを分析することが重要である。

#### おわりに

今回の事例を通して、退院調整のあり方を深く考えることができた。在院日数だけでなく、各々の患者にとって適切な時期に退院・転院するために退院困難リスクを検討していくことが重要である。

反面、退院調整に対するスタッフの認識の違いを強く感じた。このことは、情報収集の不足や、問題に対する介入の遅延に繋がる。退院調整に関するスタッフの視点の統一は今後の課題であり、他部門との連携を図りながら、アセスメント・看護介入の充実を図っていく必要がある。そして、今後も、患者・家族の意向を尊重し、信頼関係を構築した上での退院調整を行って行きたいと考える。

#### 引用文献

- 1) 渡辺姿保子；ニーズのアセスメント，P97，退院計画：手島陸久編，中央法規出版，1997
- 2) 中澤堅次；在院日数短縮への効果を検証する，P59，看護 Vol56 No5，日本看護協会出版会，2004

表1 O氏の退院リスクと看護介入の実態

時期 項目	入院時・術前	術後1週・2週目	術後3週目 (腰椎術前)	腰椎術後1週目	腰椎術後2週目	腰椎術後3週目	退院前
患者の反応と看護介入	<p>S: 前回のように入院できるが、術後は退院したい。でも前回は退院してからはヘルペスになったりと色々あったからしつかり治ってから退院したいです。でもここは長く入院できないからその時は転院ですね。全盲の息子がいるから、あまり長く入院はできない。</p> <p>看護介入: 入院から退院までのオリエンテーションを行い、入院生活のイメージ付けを行うとともに、退院に対する思いの確認を行った。</p>	<p>S: 抜糸できたけど、左足がしびれて痛いよね。前はこんなことはなかった。痛み止めが効かない。</p> <p>看護介入: 疼痛に対し、鎮痛剤の使用のみでなく、ホットパックを適宜使用していくこととする。透析室看護師へも伝達し、透析中でも使用してもらった。</p> <p>S: ホットパックのおかげでよく眠れました。</p> <p>S: 薬がたくさんあるからまとめて飲んでます。</p> <p>看護介入: 内服薬を自己管理(3段階)にしていたが、飲み間違いがあったので、薬剤師による服薬指導を依頼した。今まで飲んでいく薬の内容や服薬方法は理解していたが、入院後新たに処方された薬について十分説明してもらい、確認を行っていた。</p>	<p>S: 左足のしびれがずっと続くのはたまらない。先生にブロックをお願いしました。</p> <p>S: ブロックの後、2日間は良かったけどまだ痛みが出てきました。前の時と違う。もともと腰が悪かったけど、ブロックで効果があれば転院でなく退院したいよね。</p> <p>看護介入: 前回の入院と比較し、随時主治医へ報告、仲介を行う。</p> <p>S: 手術の話は詳しく聞いてないけど痛みが治るなら手術がしたいです。長男は、ヘルパーさんで大丈夫みたいなので、ちゃんと治して帰るよう言ってくれました。今年中には元氣になって帰りたい。</p> <p>看護介入: 氏の思いを傾聴し、手術のオリエンテーション・予測される経過の説明を行う。</p>	<p>S: もう入院も長くなっているでしよう? このまま順調にいけば早く帰りたい。お正月も帰りたい。リハビリ・ADL拡大への支援を行う。</p>	<p>S: 手術後からめまいがちです。下を向いたときや起き上がったときとさきにある。言葉が回りにくい。言葉が出ないの。</p> <p>看護介入: 主治医に報告し、耳鼻科・脳内科・心療内科を受診。軽度難聴状態と診断されたため、話を傾聴し、適切な励ましをしようとした。</p> <p>S: 食事が入らない。足に力も入らない。</p> <p>看護介入: 低栄養状態に対し、腎内科医師に相談し、補食を開始。移動介助を随時行う。</p>	<p>S: ちよつと前までいらしてボーンとこいたよ。お正月はここにいていいの? 長男のことを考えたら、もう少し自分でも動けるようになって帰りたいと思ってるの。</p> <p>看護介入: 年末年始の外泊を本人と検討していたが、心身の負担を考慮し、外泊延期を提案。年末年始は退院の話せず、ゆっくりとした時間を過ごしてもらおうとする。(外泊延期が決まってから、急にO氏の表情が良くなってきた)</p>	<p>S: 息子がそろそろ帰ってきていいんじゃないかと言っている。</p> <p>S: あの時帰らんでいいって書かれて良かった。ほっとした。正月の用意とか、バタバタしていたと思う。息子は手伝ってくれんしね。でも杖で歩く練習を早くして、帰らないといけないと思ってる。</p> <p>看護介入: 杖歩行リハビリの支援。三男へのサポート依頼の提案と外泊への援助。</p> <p>S: (外泊後)きつかった。長男や三男が手伝ってくれたけど膝が震えて動けなかったもんね。</p> <p>S (三男): 外泊中、自宅に行つたけれど長男との二人の生活は無理だと思えました。まずは母を宗像に転院とみんなで話し合いました。</p> <p>看護介入: 患者・家族の反応を踏まえ、本人と今後の方針について面談した。(Y医院、他社会資源がかわることを再確認)</p> <p>S: 私はあとリハビリだけだから専門の病院へ転院します。</p> <p>S: いろいろ考えたけど、Y医院をかわるのが一番心配。一度退院します。三男のところがああると思うと安心です。</p> <p>看護介入: 今後について話傾聴。退院決定し準備すすめていく。</p>
退院困難リスク	<p>ADL: 現在杖歩行であるが、術後ADLが縮小するのではないかと不安。</p> <p>必要なサポート不足: 家族のサポートが得られない。援助すべき家族が居る。</p>	<p>疼痛: 前回の手術で、効果があつた鎮痛剤が効かない。(前回退院後も同薬でコントロールしていた)</p> <p>服薬: 腎不全の内服薬に加え新たな薬が始まり、混乱が起きている。</p>	<p>疼痛(左下肢痛): 腰部脊柱管狭窄症による疼痛の増強。</p> <p>ADL: 左膝に加え、腰も手術することにより、更にADLの縮小が起きているのではないかと不安。</p> <p>必要なサポート不足: 入院が長期化することによる社会的役割遂行への不安。</p>	<p>ADL: リハビリが順調に行くかどうかの不安。</p>	<p>ADL: うつ状態による気力・体力の減退</p> <p>食事: 低栄養状態</p>	<p>精神的な負担: 家に帰って、入院前と同様に生活をしていかなければならない。(年末外泊すれば、大掃除やお正月の用意も今ままでおろししなければならぬ)</p>	<p>精神的なサポート不足: 無理解しがちな氏に対して、精神的にサポートしてくれる人が必要。また、加齢や合併症の増悪と氏がうまく順応して行き、他者へ依存して行くことが必要。</p> <p>ADL: 退院したいと言う気持ちはあるが、外泊により今後の生活に対する不安が増強した。</p>

項目	リスク無	リスク有	具体的内容
1、入院前から抱えている問題はないかを確認する			
1) 基礎疾患の管理状況を確認する			
① かかりつけ医はいるか	はい	いいえ	Yクリニック Y Dr. HD 3回/週通院
② 本人の知識はあるか	はい	いいえ	DW57.0kg BP 160/90に注意している。2日空まで体重3.5kg増えたときは水分が多かった
③ 本人の理解力はあるか	はい	いいえ	HDについて自己管理はスマホに知識あり実行できている
④ 必要なサポートは確保されているか	はい	いいえ	介護タクシーでHD(月金)通院 長男も同じYクリニックでHD(木)通院 ヘルパー(木)通院
2) 日常生活状況を確認する			
① ADLの問題があるか	いいえ	はい	左膝痛の為一本杖歩行
② IADLが不足しているか	いいえ	はい	ヘルパー(木)に買い物をお願い
③ 生活環境は整っているか	はい	いいえ	アパートの1階
2、入院加療後新たに発生する問題を確認する			
1) 本人は、病名・今の病状・治療方針・予測される今後の経過について正しく把握できているか	はい	いいえ	H16.6月右膝関節炎で右膝人工関節全置換術を受けており、病状やOP、今後の経過について了解できている
2) 家族は、病名・今の病状・治療方針・予測される今後の経過について正しく把握できているか	はい	いいえ	入院時三男が会話を把握できていない
3) かかりつけ医との連携は充分か	はい	いいえ	病診連携で入院 前回の入院時も通院できている
4) 特殊な看護ケアを必要とする場合があるか	いいえ	はい	現在HDの順調に受けられている
5) 大幅なADL低下をきたす可能性があるか	いいえ	はい	右膝のOP後 疼痛の為ADL低下をきたす
① 自宅環境で生活が可能か	食事	はい	椅子式
	排泄	はい	和式H16洋式風に改造している
	移動	はい	自宅は1階を杖歩行可能 通院はタクシー
	清潔	はい	シャワー(非HD日)
	睡眠	はい	ヘルパスの痛みが軽度時流し目薬の効きで目薬剤と鎮痛剤を内服して入眠できている (使用)
	服薬	はい	自己管理できている
	その他	はい	いいえ
② 必要なサポートが確保できるか	家族	はい	長男: DM 全管 HD(木) 同じクリニックに通院 次男: 山口県在住(婿養子)
	その他	はい	三男: 宗像市在住
6) 経済的問題をきたす可能性がありますか?			
① 入院治療に伴い失職や転職を余儀なくされているか	いいえ	はい	無職 夫、息子(長男)の年金、貯蓄あり
② 治療にかかる費用負担が生活に支障をきたしているか	いいえ	はい	主保険: 政管(家族) 公費負担: 老人、高額、重症