

# 在宅移行期にある患者に対する病棟看護師の役割

中3階病棟 ○森下美穂 吉村みちよ 大門純一 山根理恵子

key word: 退院計画、他職種との連携、病棟看護師の役割

はじめに

介護保険導入により、医療依存度の高い患者が在宅に移行してきており、当病院においても、訪問看護ステーション開設後症例が増加している。入院医療費の適正化などから入院期間の短縮が課題となっており、また、患者のQOLの視点からも在宅ケアへの関心が高まっている。疾病や障害をもちながらも、ケアを受けながら、患者が住みなれた家で家族の一員として、よりその人らしく生活できるよう援助していきたいと考える。在宅看護にスムーズに移行するために、各職種間との連携を図り退院援助を行っていくことの重要性を感じ、今年度、当病棟では、係りを決めて取り組んだ。4月～10月までに訪問看護を依頼したケースは8事例あった。今回、事例を振り返ることで現状での問題点が明らかとなり、病棟看護師の役割を見つめなおす機会となり、今後の方向性が得られたのでここに報告する。

## I. 研究目的

入院中の患者の退院に向けて、病棟看護師は他職種と共に、どのような関わりをしたか、実際の事例を分析し、それぞれの役割を整理した上で、退院計画における病棟看護師の役割を明確にする。

## II. 研究方法

1. 対象 平成15年4月～10月までに訪問看護を利用して退院した2事例
2. 分析方法  
事例ごとに病棟看護師の関わりを振り返り、文献を基に以下の視点で分析した。
  - 1) 退院援助の必要な患者、家族の発見と特定
  - 2) 患者、家族への直接的な関わり
  - 3) 他職種との連携

## III. 事例紹介

<事例A> 80歳 女性

病名：胆管癌・閉塞性黄疸

本人へは未告知

ADL：杖歩行

生活状況：一人暮らし 50m  
の距離に息子夫婦が暮らしている

<事例B> 68歳女性

病名：膵臓癌・低栄養状態  
告知されている

ADL：自立

生活状況：夫と二人暮らし

## IV. 倫理的な配慮

患者の個人が特定されないように、文章表現はイニシャルで記載した。

## V. 結果、考察

### 1. 退院援助の必要な患者、家族の発見と特定

事例Aは高齢の一人暮らしで、病状的にも今後は転院か在宅療養となるだろうと予測し、入院時よりMSWへ患者紹介を受け持ち看護師が行っていた。また、PTCD（経皮経肝胆道ドレナージ、以下PTCDと示す）挿入後、早期に今後の方針を主治医に確認し、訪問看護ステーションへの連絡も早期に行えた。

事例Bは、ADLは自立できており、在宅IVHが決定するまでは予測できておらず、主治医の指示が出てから動き始めたかたちとなった。入院時より食事が入っておらず、低栄養状態が続いており、本人の家に帰りたいという思いはわかっていた。今後の方針の選択肢を早期に主治医に確認して患者、家族と共に考えていく必要があった。手島は退院計画の最初のプロセスは、複雑かつ重大な退院援助のニーズを持つ患者、家族の発見、特定から始まる<sup>1)</sup>とのべている。できるだけ早期に、主治医に今後の方針を確認すること、また、患者、家族の思い、生活状況を情報収集し、退院援助の必要な患者の発見、特定をしていくことが重要だといえる。スクリーニングの基準、データベースを用いれば、より正確な選択ができるのではないか。手島は表1<sup>2)</sup>のようなスクリーニングをあげ活用している。こういった内容をスタッフに表示して視点をもってもらうようにしていけば、よ

り退院援助の必要な患者、家族の発見ができると思われる。スクリーニングをしていけば、チーム間で情報交換をし、本当に退院援助が必要かどうかの特定を検討するきっかけとなるだろう。

表1 スクリーニングリスト

A. 年齢・世帯に関するもの	
①	80歳以上全員
②	単身ないしは老人のみ世帯で70歳以上
B. 障害に関するもの	
③	身体障害者手帳に該当するもの
④	障害や雇用性の変化により、屋内生活の自立に困難が予想されるもの
C. 疾病に関するもの	
⑤	特定疾病の対象となるもの
⑥	意識障害または、重度の痴呆症状を呈するもの
⑦	精神疾患または、アディクション関係の問題があるもの
⑧	転移がんまたは、ターミナルに至る疾病に罹患しているもの
⑨	医療器具・医療処置が、退院後必要と予想されるもの
D. その他	
⑩	経済的問題の訴えがあるもの
⑪	病状理解が不安定、事務手続きが不案内、または情緒的に不安定な患者・家族

1993年版、社会保険中央総合病院

## 2. 患者・家族への直接的な関わり(表2参照)

患者・家族への直接的な関わりには、生活者としての退院後のニーズアセスメントにそった、具体的な退院指導および介護指導と社会資源に関する情報提供がある。

事例Aは、今回の入院で胆管癌が見つかり、家族の動揺が強かった。本人も緊急入院、PTCD挿入、症状による精神的身体的苦痛が生じていた。そこで患者・家族の思いをタイムリーに聞いていった。本人・患者ともOPは希望せず、在宅療養を希望した。長男夫婦は一緒に暮らしたいと言っていたが、本人は体が動くうちはまだ一人で暮らしたいと言い、家族も本人のいようにさせてあげたいということで、在宅への準備を開始した。PTCD内瘻化予定であったが、内瘻化ができなかったために、クランプ状態での退院となり、包交が必要となった。そこで訪問看護ステーションへ包交を依頼する一方、本人・家族にチューブ管理について指導が必要と判断し、繰り返し行った。本人は注意点について理解でき、長男の嫁は、包交の手技を習得できた。また、氏の生活状況を具体的に聞き、MSW、訪問看護と社会資源の活用について検討した。病棟看護師は、患者・家族との接点が多く、看護問題や生活上の問題を把握すること

ができる。そのためには、関連部門へ情報を発信する中心的な役割があると感じた。また、日々の関わりの中で信頼関係を築き、患者・家族の退院後の生活に対する不安、問題点などを聞き、相談者としての役割は果たせていたと思われる。

事例Bは、入院後すぐにIVH挿入され状態は安定していた。ADLは自律していたが、在宅IVHが決定するまで予測が出来ておらず、夫への説明時に在宅IVHが決定し、MSWと夫の面談が行われた。その情報を受けて、MSWと訪問看護ステーションに連絡を取っていった。その後IVHポート挿入が行われ、経過を見てパンフレットを渡していった。共同指導後にポンプを使用してポートからの輸液を開始した。はじめIVHポートの刺入・抜針ができることが退院の目安であったため、それを目標に指導していた。しかし、本人・家族による刺入は難しく、退院を遅らせると判断したため主治医・訪問看護ステーションに相談し、計画を修正した。結果、ポンプ管理・電池交換できれば、後は退院後に訪問看護ステーションが経過を見ながら関わってもらえることとなり退院の運びとなった。プライマリナースの長期不在なども重なりアソシエートナースとの連携が不十分で、対応が遅れ気味になり、必要物品の準備も含めて、退院準備を慌ただしく実施したことで患者・家族に不安が残った可能性がある。しかし、はじめに設定した目標では難しいと判断した時点で訪問看護ステーションと連絡を取り、本人の状態と実生活に即した目標に切り替えて退院指導を実施した点は良かったと考える。

予測を持って関わり、関係の取れた相談者としての役割が果たせたことで、スムーズに在宅へ繋げた事例Aに対して、事例Bはやや対応が遅れたことで、その後の退院準備に影響した。しかし目標設定の速やかな変更は退院後のニーズアセスメントにそった、具体的な退院指導として評価できる。

退院計画における病棟看護婦の役割として、適切な時期に社会資源に関する情報提供、具体的な退院指導・介護指導、および患者・家族の身近な相談者としての役割が重要である。それによりはじめて患者・家族の不安の減少と納得した退院が可能になるのである。

## 3. 他職種との連携

在宅療養移行期にある患者が、スムーズに在宅に退院できるためには患者を中心として看護師、医師、MSW、訪問看護師間の密な連携

が必要である。これらの専門家が適切な時期に、異なった知識と独立した技術を提供して協働しつつ、統合された対応が円滑に行われることが不可欠であるといわれている。入院時から退院に至るプロセスの中で患者のニーズを捉えながら具体的な退院計画を推進することが必要である。

事例 A、B ともに表 2 に示すとおり入院時の主治医、看護師からの説明に加えて、訪問看護導入が決定するまでに主治医、MSW からの説明があり共同指導に至っている。この間に看護師は患者、家族の状況や希望をとらえ主治医や MSW と連携を図っている。

退院前共同指導は患者・家族と医師、看護師、MSW、訪問看護師、ケースによってはかかりつけ医が参加することもある。患者の病態や経過、今後予測されることと看護ケアの実際、生活上の問題点などを踏まえて、サービスの検討がなされる。患者、家族も自分たちが希望するサービスなどを主体的に考える場となっている。このような退院前共同指導は少なくとも退院前 1 週間に行い、その間に必要物品などの準備や指導をさらに行うことになる。事例 A は必要物品の準備、事例 B は業者からポンプを借出し、患者、家族へ指導などを行った。

退初回訪問時に必要な物品、薬品の手配などを行い、退院直前の患者の状況やケアの実際については細やかに訪問看護師と連携することが退院後の医療者と患者、家族との信頼関係を確立する第一歩となる。これらの情報交換は最終的には退院時看護サマリーを受け持ち看護師が、退院までに記載し訪問看護師と連携を図った。記載する内容や書式については今後検討する必要がある。

在宅療養移行期において、関連部門間が相互に情報を共有しあうことで多面的にケアニーズをアセスメントし、より個別性のある退院計画を立案・実施していくことができる。そのためには病棟看護師として関連部門の役割を理解し、いつ、何を、どの部門に情報提供していけばよいのかを理解したうえで行動する必要がある。今年度はじめに MSW、訪問看護師に病棟会に参加して説明してもらったり、院内留学で訪問看護の実際を体験したことで一人一人の看護師の理解が深まったと考える。また、この事例を病棟会やカンファレンスで検討したことで、部分的にかかわった看護の実際を一連の看護として振り返る機会となった。実際の体験を積み重ねて病棟看護師としての実践力を高めていく必要がある。

表 2 退院援助の実際

事例 A

事例 B

7/10 入院 PTCD	9/17 入院
7/24 PTCD チューブ交換 (内ろう用カテーテル)	9/18 IVH 挿入
7/26 プライマリーナースが主治医に方針確認し、訪問看護決定 ナースより家族へ説明 主治医よりムンテラ	9/30 夫はムンテラ 在宅 IVH 決定 MSW と面談
7/30 家族より訪問看護についての 質問あり、MSW へ連絡	10/2 訪問看護・MSW へ連絡
8/1 家族と MSW 面談	10/3 IVH ポート挿入
8/5 共同指導 必要物品の準備	10/6 MSW と夫面談 パンフレット渡す
8/8 介護認定のため基川病院の ケアマネージャー来棟	10/9 共同指導
8/11 退院	10/10 ITI より輸液ポンプ指導
退院、退院後の研修に時間を要したため、なかなか退院日が決定しなかった。一斉研修も予定されたが、在宅でも可能と判断され決定した。内ろう化できなかったため、PTCD チューブクランプ状態での退院となった。	10/15 本人での挿入は避けたため 主治医と訪問看護に相談
【退院後】 退 3 日訪問ガーゼ交換、ヘルパース 2 日、半年後に病棟で PTCD 内ろうカテーテル交換予定。紹介医が、ホームドクター（退院することなく経過中）。	10/18 退院
	IVH ポートの挿入、注射を本人に指導していたが事例は難しく、最終と電線交換とポンプ設置ができれば、あとは訪問看護で指導を行ってもらうこととなり、退院の運びとなった。
	【退院後】 退 1 日の訪問、訪問看護が IVH 診断し、本人は入院、入院後 IVH 容納し、輸液ポンプをセットする。紹介医がホームドクター（現在は退院することなく、異常な状況出現時、本人が受診している）。

おわりに

退院援助を進めていく上で、他職種との連携が必要であることが明らかとなった。当院においては、退院調整看護師は位置づけされていないため、病棟看護師が中心となって、先に述べた 3 つの役割を担っていかなければならない。お互いの役割についても理解を深め、連携を密にとっていくことで、より効果的な退院援助が提供できるといえる。

引用文献

- 1) 手島睦久[編集代表]退院計画研究会[編集]: 退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム, p.57, 中央法規, 1996
- 2) 同上: p.69

参考文献

- 1) 森山美知子: なぜ退院がスムーズにいかないのか, 看護学雑誌, 60(11), p.986~992, 1996
- 2) 堀越由希子: 社会資源の活用はニーズのアセスメントから, 看護学雑誌, 61(3), p.210~214, 1997