

Y9-15

高齢者の退院支援の困難要因

飯山赤十字病院 医療社会事業部

○高藤 由紀、鈴木 洋子、丸山 聡美、風間 麻奈

【はじめに】当院における高齢者の退院支援は、医療社会事業部の看護師及びMSWが担当している。しかし、退院支援では多様な困難に出会う。今回、我々は65歳以上の高齢者の退院に際して経験した困難を調査し、考察を加えた。

【方法】まず、高齢者の退院支援の経験から困難の要因を演者らで抽出した。それらは(1)同居家族の介護力に問題がある(2)同居家族に持病がある(3)一人暮らし(4)認知症やうつ状態などを合併している(5)入院前よりADLが低下した、であった。在宅酸素療法・胃瘻造設・在宅中心静脈栄養法など、医療の必要な高齢者も挙げられたが、当院は訪問医療が活発なため、困難には至らなかった。次に、上記の5要因を平成24年1月から3月までに退院支援した高齢者について検討した。

【結果】上記期間における退院支援の高齢者は20人(男6人:67~87歳/女14人:71~91歳)、退院先は在宅が19人、施設が1人であった。この中で(1)に該当する高齢者は9人(45%)、(2)は5人(25%)、(3)は3人(15%)、(4)は13人(65%)、(5)は17人(85%)で、また、5項目に当てはまる高齢者は1人、4項目は3人、3項目は4人、2項目は8人、1項目は2人であった。

【考察】5つの困難要因の中で、(5)が最も多く、(4)が次に多い結果は、演者らが推測した通りであったが、(1)や(2)がそれらより少なかったのは予測外であった。演者らはこれらに対しても非常に労力を費やしているからである。さらに、2項目に当てはまる高齢者が最多で、その8人中6人が上記の(4)と(5)をもつ結果からも、高齢者の退院支援の困難の中で、これらへの対応に入院当初から関わっていく必要性を痛感した。なお、発表当日は平成23年4月から翌年3月までの退院支援の実績を提示し、考察を加える。

Y9-16

当院における悪性腫瘍患者の退院支援の現状と課題

福井赤十字病院 地域医療連携課

○堀口 朋美

【はじめに】当院では、2002年から『退院支援』に取り組みシステム化してきた。結果、依頼件数は、H23年度164件/月となり、依頼迄の日数(31.8→8.8日)、在院日数(56.3→22.6日)も短縮した。更に、2008年からは、悪性腫瘍の退院支援に取り組み、依頼件数は、H23年度32.8件/月で疾患分類のトップとなった。又、H24年度の退院調整加算において、悪性腫瘍は、早期(入院後7日以内)からの退院支援が必要であると明確化された。しかし、当院の悪性腫瘍の依頼迄の日数は約13日あり、早期からとはいえない。そこで、H23年度の退院支援の実績を分析し、悪性腫瘍の退院支援の現状と課題を検討した。

【現状】1.依頼迄の期間は、呼吸器疾患4.4日が短く、悪性腫瘍は13.3日、骨関節疾患12.5日、脳血管疾患11.5日の順で長い。2.依頼迄の日数が長い分、平均在院日数も長い。(呼吸器疾患25.5日、悪性腫瘍37日)3.依頼の理由は、「ADLが自立していない」「介護者が不在」が約70%占める。調整不要の理由は、「病状が安定しない」「支援がなくても在宅へ移行出来る」が約90%である。「ADLが低下する事が予測される状態」「状態が不安定」な時は、依頼はしない傾向にある。4.スクリーニングは、入院時から実施し、依頼迄は1週間毎に行っている。入院時が51.4%、2回が19.9%、3回以上が28.6%で、入院時の依頼患者のうち、約40%が依頼の絶対的対象である「ケアマネジャーがいる」が理由である。

【課題】1.ADLの低下が明確な骨関節・脳血管疾患は、システムの変更で入院時より退院調整依頼出来るが、悪性腫瘍患者のスクリーニングは、患者の現状の把握と先を予測するアセスメント能力が重要である。その為には、看護師がアセスメント能力の向上を図る事が必要である。2.入退院を繰り返す人やがんの終末期患者は絶対的対象として入院時から退院調整依頼できるように『退院調整』の仕組みを強化する。

Y9-17

小児領域の在宅支援における退院調整看護師介入の利点

仙台赤十字病院 看護部¹⁾、医療社会事業部²⁾

○大棒 美香¹⁾、武田 智子¹⁾、加藤 千恵¹⁾、渡辺 紹子¹⁾、四ノ宮康子²⁾

【はじめに】当院は宮城県総合周産期母子医療センターとしてNICUを有し、先天性疾患を合併する児に長期的な治療が必要となるケースが少なくない。そのため、医療処置を在宅で継続するケースの退院調整が必要である。平成23年8月から退院調整看護師として、医療ソーシャルワーカーと協働し退院調整を行う中で、小児領域の在宅支援において退院調整看護師が介入する利点について整理した。

【退院調整看護師介入の利点】重症仮死、気道軟化症等により呼吸管理が必要な児、ヒルシスブルング病により中心静脈栄養、ストーマ管理が必要な児等、医療処置を必要とし在宅へ退院調整するケースに関わった。その中で、退院調整看護師が介入する利点は以下のとおりであった。1.病棟看護師とは異なる中立的立場であり、かつ、退院後の生活を共に考える存在であることから、家族が医療処置や在宅療養に関する不安を表出しやすい。2.訪問看護師や保健師等への情報交換の場において病棟との仲介役として引き継ぎがスムーズとなり、高度で個性の高い医療の継続性が図りやすい。3.児の成長・発達に伴う医療処置の方法や物品等の変更の際、仲介役として連絡・調整がしやすい。

【おわりに】家庭での療養は子どもの成長・発達への意義は大きく、医療者には「退院がゴールではなく子どもと家族の生活の新たな始まりである」という視点が必要である。家族は医療処置や育児上の判断、子どもとの関わり方を医療者と共有することによりセルフケア能力を発揮しやすくなり、自信や愛着形成、満足感につながる。その子どもと家族の生活に合わせた在宅ケアを共に考え、問題解決につなげることは看護の専門性であり、退院調整看護師が介入する利点である。

Y9-18

インタビュー調査から見た地域の支援機関との連携のあり方

仙台赤十字病院 医療社会事業部¹⁾、看護部²⁾

○広瀬 和之¹⁾、鹿股佳代子¹⁾、四ノ宮康子¹⁾、本郷 長志¹⁾、大棒 美香²⁾、加藤 千恵²⁾

【はじめに】A病院は平成23年8月退院調整看護師が配置となり、退院支援の充実が期待されている。今回、地域の関係機関と病院の連携状況を把握することで、院内外の関係機関との連携のあり方について検討するため調査を実施した。

【方法】対象者はA病院近隣の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションの在宅支援に携わる職員35名へ質問紙調査法による予備調査を行った。その結果を受け、予備調査対象者から3名を抽出してインタビュー調査を実施した。

【結果】予備調査では、A病院医療相談室の利用状況は、「何らかの形で利用したことがある」と回答した人が60%、連携のし易さについては46%が「良い」という結果だった。職種別にみる連携のし易さについては医師が23%と最も低く、看護師46%、連携部門52%であった。予備調査の結果を受け、3名の抽出者にインタビュー形式の調査を行った。具体的内容としては、「概ね退院調整が円滑に行なわれた」「連携担当が本人、家族とのコミュニケーションが図れており調整に助かった」といった回答を得られた一方で、「退院日は前もって知らせてほしい」「病状説明がわかりにくい」「病院スタッフが在宅生活に対する視点をより深めてほしい」といった意見があった。

【おわりに】病院と地域の連携を強固にしていくには、病院側が地域の支援機関のニーズを的確に捉えること、その内容を院内の職員へフィードバックしていくことが必要と考える。したがって、連携部門は病院外の連携に加えて院内の職員に対し、在宅生活における研修等、地域連携における役割を理解できるように啓蒙していく必要がある。