

急性期病院における在宅療養へ向けた効果的な支援の方法と課題

キーワード：療養支援 在宅療養 連携

○河野万美 井上史子 永島薫 赤時麻由美(北5階病棟)

I. はじめに

わが国では人口の高齢化が進み、疾病の慢性化による継続医療の必要性や社会資源の有効活用の重要性が指摘されている。また、医療制度の改革が進む中、在院日数の短縮化に伴い、“急性期病院から地域・在宅へ”と医療連携が求められ、患者や家族のニーズを理解し、入院から在宅療養まで一貫して支援するための療養支援(以降支援)が重要となってきた¹⁾。その中で、患者や家族に最も身近な存在である看護師の果たす役割は大きいものとする。

本研究者らにおいて過去支援についての研究を行い、病棟にてタイムリーなカンファレンスの実施が有効的であるということが明らかとなり導入を試みた²⁾³⁾。療養支援カンファレンス(以降カンファレンス)の導入を通して、在宅療養へ向けた支援の実際と課題が明らかとなったので報告する。

II. 研究目的

退院後、在宅療養を行うための患者および家族への支援の実際を明らかにし、効果的な支援の方法と課題を見出す。

III. 研究方法

1. 調査期間

平成21年2月1日～22年1月31日

2. 研究対象

調査期間中にカンファレンスを実施した述べ151事例のうち、在宅療養へ移行した54事例。

3. 分析方法

1) カンファレンスの方法

カンファレンスは患者の治療方針を含めた「支援の必要性」や「必要な社会資源」、「他職種との連携」の側面を週1回、30分間で検討し、その際必ず検討記録を看護記録に記載するようにした。

2) データ抽出方法

研究者らで退院調整スクリーニングシート(以降スクリーニングシート)、カンファレ

ンス記録、看護記録から「支援が必要な理由」を「困難事例」、「円滑事例」の群に分類し、その後、「支援の実際」の側面を看護記録からそれぞれの群で読み取りを行い、情報を抽出し内容に関してカテゴリー化した。尚、スクリーニングシートは第一段階アセスメントにて必要と評価された場合は地域医療連携推進室へも提出し、情報提供している。

4. 倫理的配慮

患者個人が特定されないよう個別事例分析は行わず、支援に必要な情報及び内容のみ抽出した。

IV. 用語の定義

・療養支援：患者の退院・転院にかかわらず治療後も円滑に生活を送ることができるように継続看護の視点を持って入院時から支援を行うこと

・困難事例：在宅療養するにあたり、調整や支援が必要な事例

・円滑事例：在宅療養するにあたり、新たな調整や支援が不要な事例

V. 結果

1. 属性

対象者54事例は、男性35名、女性19名で平均在院日数26.6日であった。この時期の院内の平均在院日数は12.9日であった。また、独居14事例、夫婦のみ22事例、家族との同居18事例で、平均年齢は72.2歳であった。事例の主な疾患として、癌(消化器系)、肝臓疾患、消化器疾患、肺炎などがあった(表1)。

2. 支援が必要な理由

在宅に移行した事例では、「困難事例」32事例、「円滑事例」22事例に分類された。

「困難事例」では、独居や夫婦のみで生活を送るため、在宅での介護が難しく、他に頼る人がいないなど【介護者がいない】、【介護者へのサポート不足】、【社会資源の未導入】が挙げられた。また、入院時は自立していても、病状の進行によって終末期へ移行する事で【予後が厳しい】ことも挙げられた。さら

に、アルコール性疾患の患者に対する【禁酒指導】、社会資源の導入を必要と考えていても対象外となる【若年者】、在宅で過ごすにはサポートが必要と考えていても他者に迷惑をかけたくないなど【社会資源の受け入れ困難】などがあつた。中には、経済的な側面から社会資源の導入が難しいという【経済的問題】もあつた（表2）。

一方で、「円滑事例」は【病状の回復】や元々社会資源を利用していた事で退院後も継続して社会資源の導入ができた【既存の社会資源との連携】が挙げられた（表2）。

3. 支援の実際

1) 患者・家族：「困難事例」では、支援理由の1つである【社会資源の未導入】の事例に関して、社会資源の説明・導入を行うために【MSWとの調整】、【社会資源の情報提供】を行い、社会資源を利用するために【介護保険の申請】を実際に行っていた。入院前から訪問看護を導入している事例や新たに導入した事例では、訪問看護師との連携を行うといった【訪問看護師への情報提供】があつた。

社会資源を導入して自宅に戻る場合や入院前から導入していても患者の状態が変化した場合は、退院前に【共同指導】を行うことで、自宅に戻っても円滑に過ごせるように調整を行っていた。アルコール性疾患の患者に対し禁酒指導を計画していても、氏の受け入れが出来ず、禁断症状がひどく介入が【出来なかった】事例もあつた。

「円滑事例」では、入院前から訪問看護を導入していて、病状やADLに変化がない場合などは【訪問看護師への情報提供】をすることで調整が出来ていた。また、患者自身は病状回復し支援が不要であつたが、家族の主介護者であり、退院後の介護負担軽減を考えた【社会資源の情報提供】を行った事例もあつた。リハビリテーションなどにより【病状回復】し、支援が不要となる事例もあつた（表3）。

2) 他職種との連携：「困難事例」「円滑事例」に関わらず、他職種との連携では【医師】で終えている事例が半数であつた。看護記録での記載内容をみると、患者の治療方針の確認がほとんどであつた。

「困難事例」では、自宅に戻る際に社会資源の導入を行う為【MSW】や【訪問看護師】、【ケアマネージャー】と連携し情報交換を行っている事例があつた。また、退院時に家族に対し薬剤師から服薬指導を行うなど【薬剤

師】との連携もあつた。

「円滑事例」は、既存の社会資源である【訪問看護師】との情報交換や残された看護問題の共有などの連携があげられた（表4）。

VI. 考察

1. 属性

本研究対象事例では、平均在院日数が26.6日と病院全体の平均よりも13.7日多い結果となった。これは、症状が安定せず方針が決まらないなど病状の影響も考えられる。入院時から支援の視点を含めた介入を行い、円滑に調整できるように支援を行う必要がある。

2. 支援が必要な理由

独居や夫婦のみで生活を送るため【介護者がいない】【介護者へのサポート不足】など、在宅療養が可能でも、支援が必要な事例もある。自宅退院できる状況になる前に、再度介護者の有無やサポート体制を確認し、調整することで患者および家族の安心感を生み、退院の準備を円滑にまた短期間で行うことへつながると考えられた。【社会資源の受け入れ困難】は、患者が自宅へ戻った際、生活で困難を来す課題や今後の病状の変化への予測、多岐にわたるサービスへの理解が不足していることが考えられる。患者や家族へ社会資源の説明をする際、必要な理由や今後のADLの低下、病状の悪化などを療養生活に即して介入することが看護師に求められている。

今回、カンファレンスでは支援を必要とする理由や課題、介護者の有無について検討し確認はされているものの、療養生活を視野に入れたアセスメントが不足している現状にある。タイムリーなカンファレンスを行うことで、意識的に患者の支援を検討することは出来ている。今後は支援内容の確認だけではなく、実際の支援が生活における継続看護の課題を具体的に導き出せるようなカンファレンスの運営やスクリーニングシートを活用し全人的に生活状況を把握するアセスメント能力の向上が課題である。杉原は、「病棟看護師が実施している看護から、療養生活にどのような直接援助が必要かを明らか」にしていくな必要性を述べている⁴⁾。

3. 支援の実際

患者や家族にとって必要な情報を提供する場合、1つは看護師自ら患者へ説明する場合がある。しかし、前述した通り、患者や家族に必要な社会資源の見極めと説明方法への工夫が求められる。もう1つは院内の地域医療連携推進室との連携である。院内の他機関や地

域との窓口でもある【MSWとの調整】を行うことで、看護師だけでは調整出来ないことやより詳細な情報の提供が行えると考えられる。

【訪問看護師への情報提供】がスムーズに行えている要因として、訪問看護ステーションを併設しており、情報交換や連携が取りやすいことも考えられる。この訪問看護師との連携を行えている事が患者や家族にとって安心感を生み、自宅へ帰る自信へとつながると考えられる。病棟看護師と訪問看護師がそれぞれの専門性を発揮できるようタイムリーな意見交換が必要と思われる。また、【社会資源の情報提供】など、患者本人だけではなく家族を視野に入れた支援を行った点を見ても、在宅療養は本人だけでは不可能であり、家族を含めて、安心して療養生活が送れるように支援することも必要であると考えられた。そのためには、退院指導などは患者や家族が取り組む課題を明確にした計画が必要と考える。さらに、今回支援の実際の中では【社会資源の情報提供】【訪問看護師への情報提供】といった内容が多くあったが、「患者や家族への療養生活指導への工夫」という点が少なかった。これまで、疾患や治療から考えた生活指導は行っていたが、患者を取り巻く自宅での生活環境は家庭によって個別性がある。マニュアルのような指導では退院後すぐに活用することは困難であり、病棟看護師が行う退院指導にも工夫が必要となってきた。そのためには、自宅へ帰った際の課題をアセスメントする能力が求められ、カンファレンスを有効活用し、看護師一人一人が支援の視点を養うことも今後の課題であると考えられた。

患者が健康課題や障害を持ったまま退院する場合、医療的な処置やADLの課題など多くの療養生活を左右する要因を持っている。個々の課題を日頃の援助やカンファレンスを通して見極め、病棟内で解決困難な場合はMSWなど他職種と連携する具体的な方法を考え、組織的な支援も求められることが示唆された。杉原は、退院調整看護師中心のカンファレンスの中で「療養看護師を中心とした情報の集約を行い、各職種への役割分担を明確」にする必要性を述べている⁵⁾。今後療養支援看護師は、病棟内における支援を必要とする患者の把握と支援方法を明確にするリーダーシップを発揮することが求められる。そして、組織的かつ計画的に支援することが在宅療養を円滑に進める鍵といえる。

【出来なかった】はアルコール性疾患の患者への指導であるが、若年者も多く社会資源の活用が出来ない患者もいる。精神的な面からの支援が必要であり、家族だけでは解決が困難なため、外来看護師や地域の保健師との連携を検討し、禁酒を中心とした生活指導と健康管理が行えるような支援が必要と考える。

VII. 結論

1. カンファレンスを通して、支援に必要な課題を明確にすることができている。
2. 退院する際、調整が必要な主な理由として【介護者がいない】【介護者へのサポート不足】【社会資源の未導入】が挙げられた。
3. スクリーニングシートを活用し、全人的に患者・家族の生活状況を把握し、支援方法や指導を検討するアセスメント力の向上が課題である。
4. 支援の実際には【MSW】【訪問看護師】といった他職種との連携は行われていたが、療養生活を意識した退院指導・教育の視点が少なく社会資源中心となっている。
5. 療養支援看護師は、情報収集の整理と具体的な支援方法を明確にするリーダーシップが必要である。
6. 病棟内のみでなく、他部門と連携し、組織的にかかわることが在宅療養を円滑に進める方法である。
7. サービスの導入の活用だけでなく、外来看護師や地域の保健師との連携などを今後検討していく必要がある。

まとめ

本研究は、一病棟の現状に限られ一般化するには限界がある。現在は地域医療連携推進室による週一度のラウンドが行われている。今後は、在宅療養にむけた支援が効果的に行えるように本研究を活かしたい。

引用・参考文献

- 1) 藤澤まこと他：「退院調整看護師の活動と退院支援における課題」、岐阜県立看護大学紀要, 6(2), p35, 2006
- 2) 井上史子・井ノ上梢・河野万美他：「急性期病院の退院調整における病棟看護師の役割【その1】」, 第40回日本看護学会論文集(地域看護), p166-168, 2009
- 3) 井ノ上梢・井上史子・河野万美他：「急性期病院の退院調整における病棟看護師の役割【その2】」, 第40回日本看護学会論文集(地域看護), p169-171, 2009
- 4) 杉原みずほ：「病院の地域連携室からみた訪問看護」, 訪問看護と介護, 15(3), P178-180, 2010
- 5) 前掲 4)

表1 疾患 (n=54 単位：件)

癌(消化器系)	21
肝臓疾患	18
消化器疾患	9
肺炎	3
その他	3

表3 支援の実際(のべ数：単位件)

	困難事例	円滑事例
訪問看護師への情報提供	8	12
MSWとの調整	10	0
社会資源の情報提供	13	1
介護保険の申請	4	0
共同指導	3	1
本人・家族の思いの把握のみ	3	0
ケアマネジャーとの調整	2	1
断酒プログラムへの移行	1	0
禁酒指導	1	0
薬剤師からの服薬指導	1	0
民生委員との調整	1	0
出来なかった	6	0
記載無	1	1
病状の回復	0	7

表2 支援が必要な理由(のべ数：単位件)

困難事例 (32)	社会資源の未導入	23
	介護者がいない	12
	介護者へのサポート不足	12
	予後が厳しい	8
	禁酒指導	8
	社会資源受け入れ困難	7
	若年者	4
	決定者不足	3
	経済的問題	2
円滑事例 (22)	病状の回復	17
	既存の社会資源との連携	13

表4 他職種との連携(のべ数：単位件)

	困難事例	円滑事例
医師	15	12
訪問看護師	8	11
MSW	13	0
ケアマネジャー	4	1
往診医	2	1
薬剤師	1	0
リハビリ	0	1
民生委員	1	0