

慢性疾患を抱えながら安心して暮らせるために…病院での関わり

鴻巣 眞美子 田中 みどり 栃本 京子 西洞 裕美 西洞 かおり

小邑 昌久 和田 大輔 田中 望 浮田 雅人

高山赤十字病院 医療社会事業部

抄 録：高山市は平成17年の合併により東京都と同じ面積となった。四方を山に囲まれ交通の便が悪く、総合病院は2施設しかない。人口は平成22年4月1日現在94,235人、高齢者数24,235人、高齢化率26.1%の地方都市である。要介護認定者は平成22年3月31日現在4,308人(要支援者966人、要介護者3,342人)と高齢者の約17%を占めている。慢性疾患を患い不幸にして障害を持たれた患者の退院調整について平成10年頃より問題となり医療社会事業課を設置し退院支援を開始したが、退院困難ケースが多数あり病院からの訪問看護を開始し退院をすすめてきた。平成12年の介護保険施行を機会に訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を開設し、地域の在宅サービス事業者と連携し退院調整を実施した。その後平成20年地域連携業務を独立させ地域連携課とし病診連携担当退院調整担当を置き、よりスムーズに療養の場を病院から在宅に移行できるよう支援してきた。

牽引用語：慢性疾患、退院調整、地域連携、居宅介護支援

Hospital care giving peace of mind to the chronic patients and their families.

Mamiko KONOSU, Midori TANAKA, Kyoko TOCHIMOTO, Hiromi NISHIBORA, Kaori NISHIBORA,
Masahisa KOMURA, Daisuke WADA, Nozomi TANAKA and Masato UKITA

Takayama Red Cross Hospital

【Summary】

Takayama City has had the same size of area as Tokyo since the neighboring villages were merged into the city in 2005.

There are only two general hospitals in the city which is surrounded by mountains with poor public transportation facilities. The city is a semi-rural city area with the population of 94,235, 24,235 senior citizens occupy 26.1 percent of rate of aging as of April 1 2010. The number of aged with certification of Needed long-Term Care is 4,308 as of March 31 2010(966 need support, 3,342 need care) which is about 17 percent of the senior citizens.

It had come to a social problem around 2010 in the arrangement for discharge from the hospital among the chronic patients who had got unexpectedly disability therefore we established a social medical work department and started to support their discharge from the hospital. Consequently there were a lot of cases which had difficulties for the discharge. Thus the hospital started a house visit nursing and has been promoting it.

In 2000, on the occasion of establishment of a nursing-care insurance system, we located a house visit nursing station and a house care support office to carry out an arrangement for the discharge from the hospital, cooperating with visit care offices in the community. After that in Heisei 20, we made the cooperating duty separate, developed it into a community cooperating section and stationed the staffs in charge of general hospital-clinic cooperation and hospital-discharge arrangement.

We have been supporting the chronic aged patients with disability for making it goes smoothly to switch the treatment place from the hospital to home.

【Key words】

chronic disease, arrangement for discharge from the hospital, community cooperation, house care support

I はじめに

高山市は人口94,235人(平成21年度)うち高齢者数24,235人で高齢化率26.1%(平成21年度)の山間部の地方都市である。平成17年の合併により東京都と同じ面積になり、日本一大きな都市となった。四方を山に囲まれ交通の便が悪く、総合病院は2つしかない。一方介護保険の認定者数は(第2号被保険者も含む)高齢者の17%が認定を受けている。そのような中で、高山赤十字病院(以下当病院という)に入院された慢性疾患を抱える患者がどのようにして退院し、在宅で生活しているか、病院としてどのようなかわりを持ちながら地域と連携しているのか、活動の状況を報告する。

II 病院の概要

当院は491床のケアミックス型の病院であり、救命救急センター、未熟児センターを併設している。平成9年10月に老人保健施設はなさと(100床)を開設し平成10年11月に療養型病棟および医療社会事業部を開設、医療社会事業部において訪問看護を開始した。平成12年1月に訪問看護ステーションを開設し、介護保険施行と同時に平成12年4月医療社会事業課に居宅介護支援事業所を併設した。また平成15年6月に回復期病棟開設、平成19年9月に療養病棟を閉鎖した。以上のように医療、福祉行政を見据えながら、当時の長期入院患者を在宅や施設で生活していただけるよう整備をし、平成9年当時平均在院日数26日であったものが現在は13日となった。

III 医療社会事業部の組織について

医療社会事業部は医療社会事業課(看護師3名メディカルソーシャルワーカー(以下MSWという)2名…居宅介護支援事業所の業務を兼務)、地域連携課(看護師3名MSW2名事務職員4名)、訪問看護ステーション(専属看護師4名兼務看護師3名専属理学療法士1名兼務作業療法士1名事務職1名)、社会課(事務職1名)の4つの課があり、医師(医療社会事業部長)、看護師、MSW、理学療法士、事務職などいろいろな職種が協力し合って仕事をし

ている。特に医療社会事業課では医療社会事業係と居宅介護支援事業所のケアマネージャ(以下ケアマネという)の業務を行っているスタッフがおり、地域へも積極的にかかわっている。また地域連携課においては、病診連携係と退院調整係の二つの業務を分担し、お互いに連絡しながら業務を遂行している。特に退院調整業務においては、地域から後方病院も施設も極端に少なく、かなりの時間をかけて退院支援を実施している。

IV 地域連携課の業務について

病院での入院の流れを説明する。まず患者は、かかりつけ医から紹介状をもち外来受診を経て入院となる。入院と同時にケアマネの決まっている方は入院前情報がケアマネから届く。そして訪問看護を利用していた方は訪問看護ステーションよりサマリーが病棟に届く。それによって在宅での本人家族状況が把握できる。また地域連携課の退院調整係は図1のフローチャートにそって担当病棟をラウンドし退院が困難と思われる患者を早期から把握する。また病棟看護師はハイリスクスクリーニング用紙を用いて退院リスクの高い患者を選定し地域連携課に知らせる。退院調整係は早い段階で本人、家族とのかかわりを持ち、スムーズに病院から在宅へあるいは施設へ療養の場を移行できるよう支援する。また退院が決定してきたら退院支援計画を作成し、ケアマネや訪問看護師に情報提供し、必要時院内訪問、拡大カンファレンスなどを開催し、家族、本人と一緒に在宅後の生活について考え検討する。在宅での療養についてはパンフレットを作成し家族がサービスを利用している在宅での生活がイメージできるよう工夫をしている。

V 平成21年度医療社会事業課、地域連携課、居宅介護支援事業所業務実績について

(図2)平成21年度の医療社会事業課相談件数は1,960件、うち新規438件、地域連携課退院調整相談件数4,408件うち新規873件、居宅介護支援事業所相談件数6,734件うち新規53件となっている。

なお当院の平成21年度の入院患者数8,140名平

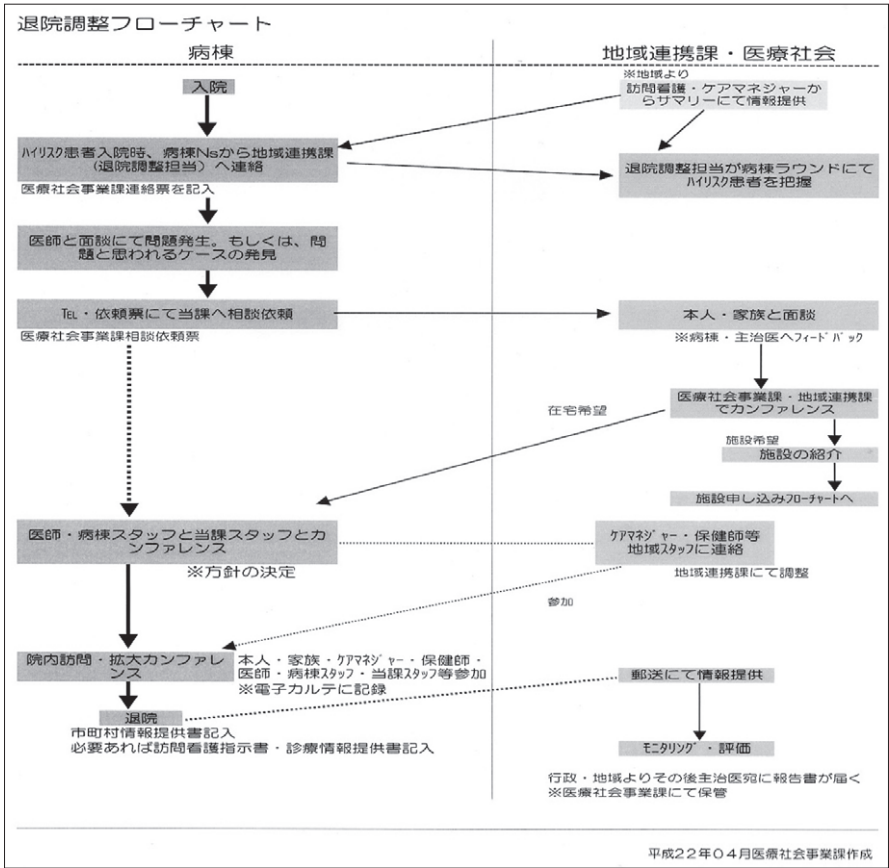


図1：退院調整フローチャート

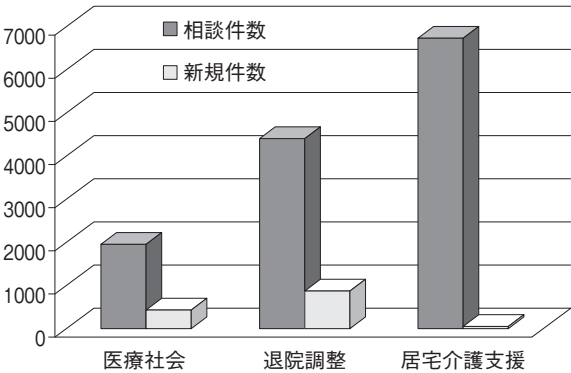


図2：平成21年度 医療社会事業課、地域連携課退院調整、居宅介護支援事業所相談件数

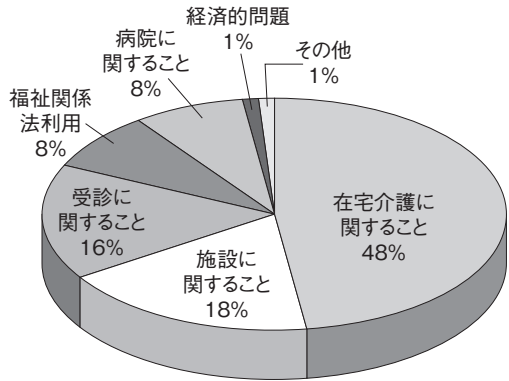


図3：平成地域連携課退院調整援助内容

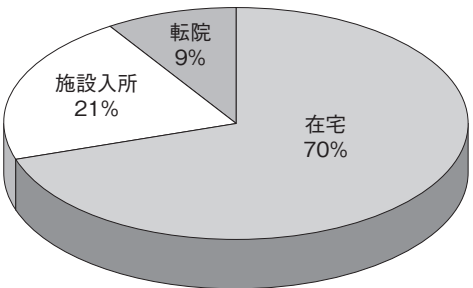


図4：平成21年度 地域連携課 退院援助相談件数

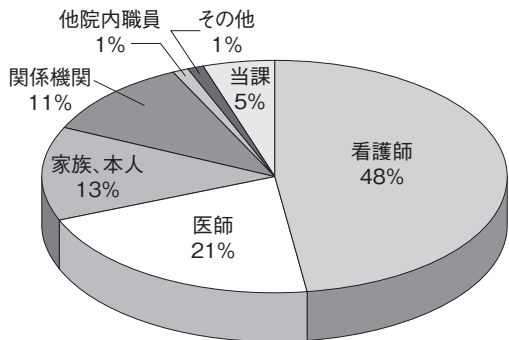


図5：平成21年度 地域連携退院調整新規ケース紹介経路

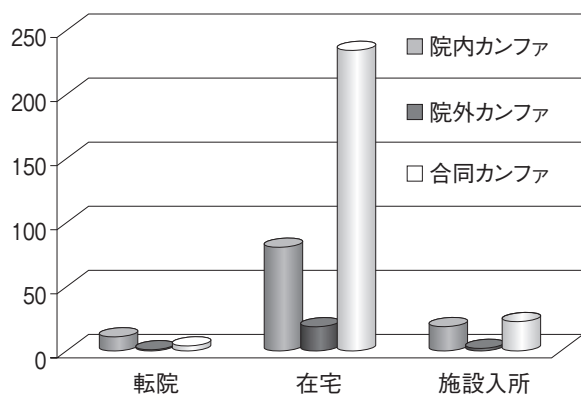


図6：平成21年度 地域連携課
退院調整カンファレンス件数

均年齢57.6歳である。しかし病院で死亡した患者は424名で死亡者の平均年齢は75.4歳であった。次いで平成21年度の地域連携課退院調整援助内容について(図3)説明する。地域連携課の退院調整の援助内容は全相談件数4,408件のうち在宅介護に関する事48%、施設入所に関する事18%、受診に関する事16%、福祉関係係法利用に関する事8%、転院に関する事8%、経済的問題に関する事1%である。退院援助相談においては(図4)在宅へ70%、施設へ21%、転院9%となっている。ついで、平成21年度の地域連携課退院調整新規ケース紹介経路であるが(図5)、看護師から48%、医師から21%、家族、本人13%、関係機関11%、他院内コメディカルスタッフ1%となっており、約半数が看護師である。しかし医師から21%紹介があり少しずつこの方法が浸透してきている。図6は退院前カンファレンスを開催したかどうかを表したものであるが、院内、院外、合同カンファレンスと分けてみた。在宅に退院される場合が圧倒的に多くカンファレンスを実施しており、特に拡大カンファレンスを実施している状況がわかる。次いで介護保険の主治医の意見書の作成枚数であるが、平成21年度は全科で年間946枚記入している。特に多い科は内科(循環器内科も含む)で350枚と約3分の1をしめ、次いで整形外科、脳神経外科の順になっている。このような病院の状況であるが慢性疾患を抱えながら生活する患者をどう支えるか、事例を通して報告する。

Ⅵ 事例1

1) 80代、男性、病名：本態性高血圧・2型糖尿病・うっ血性心不全・器質性躁障害・誤嚥性肺炎、家族構成：妻と二人の高齢者世帯、高齢者日常生活自立度：C1、認知症高齢者日常生活自立度：Ⅲa

2) 事例の経過

平成22年11月器質性躁障害にて某病院入院、12月誤嚥性肺炎にて高山赤十字病院入院、改善後某病院へ転院されるが再度誤嚥性肺炎を繰り返す、翌年2月までに3回の入院を繰り返し、自宅への退院はなされなかった。某病院入院前は夜間不穏、昼夜逆転、暴言暴力等あり、家族介護が困難であった。3回目の入院後状態が落ちついてきたため、家族と面談、本人が家に帰りたいと訴えているため家族の不安を聞き退院支援に入った。病院から入院になるケースは基本的にMSWが関わるため、病状が改善すると転院というケースが多いが、このケースの場合、家族本人との話し合いの結果在宅へ退院ということになった。

3) 事例1の退院支援経過

第1回面談(23/2/9)：家族(妻、長男の嫁)が自主的に当課に来室され、今までの経過を話され、「自分たちはどうしたらいいのか皆目わからない。以前の状態であれば在宅は無理と考えているが、今は病状が落ち着いており、本人も帰りがっているので、できれば家に連れて帰りたいが、どのようにしたら家で介護できるのかわからない。歩行困難で全面介助である。夜間の排尿回数が多いので家族で介護できるか心配である。」と訴えられ、在宅サービスを利用しながら生活できること、ショートステイを活用すれば介護負担の軽減ができるなど説明し、家族間でよく話し合いをしていただき、在宅での生活支援方法を検討していく話をした。幸い家族は某病院入院中に介護保険を申請されており、退院する所に認定結果がわかることとなった。

第1回病棟訪問(23/2/10)：病棟に本人を訪ねたところ、家族の方は不在であり、本人はうとうとされ、声をかけても返事があるだけで、会話は

できず、病棟受け持ち看護師と面談、退院についての状況を聞き、家族の気持ちを伝え、主治医にも家族の思いを説明した。

第2回面談(23/2/15): 家族で話し合いをした結果、今回は某病院に戻るのではなく自宅で介護をしたい事、ただ介護については初めてであり全くわからないとの訴えがあった。そこで在宅での介護のために以下の3点を家族と共に決定した。①担当ケアマネの決定、②介護方法を病棟で学ぶ、③在宅でのかかりつけ医の決定、なお2回目の面談の結果、以下の⑥点を病棟の退院指導に依頼した。①更衣、整容の方法②食事介助の方法と栄養指導③排泄介助(おむつ交換等)④口腔ケアの方法⑤移乗、体位変換の方法⑥内服薬についてである。その後退院調整看護師は拡大カンファレンスのための日程調整を行った。拡大カンファレンス参加者は病院主治医、病棟看護師、家族、かかりつけ医、訪問看護師、訪問介護員、福祉用具担当者、ケアマネ、退院調整看護師である。

かかりつけ医の予定もあり急遽翌日拡大カンファレンスを開催した。検討事項として①今後の受診について、②在宅サービスの利用について、③福祉用具の利用について③食事の形態と食べさせ方④排泄介助、排便コントロールについて⑤移乗、移動手段についての5項目が挙げられた。その結果として①かかりつけ医の往診は原則月1回、②訪問看護週1回、③訪問介護1日3回ただ家族が介護に慣れれば徐々に減らしていく。④デイケア週2回⑤ショートステイ月14日⑥福祉用具貸与(特殊寝台、ベット柵、テーブル、エアーマット、車いす等)⑦退院日時と退院手段の方法を決定した。

4)事例1の結果

退院日前にケアマネと福祉用具担当者が同行訪問し、必要な福祉用具を決定した。そこで家族とベットの位置、テレビの位置など居室の使い方、入り口の決定(玄関から出入りができなかった)など検討した。結果在宅での具体的なアドバイスを家族に実施したことで、家族もイメージができ、気持ちの面でも受け入れの準備ができてきた。平成23年2月21日本人のお気に入りのプレザーを着て車いす対応のタクシーで退院された。その後入院は一度もなく、精神的にも落ち着かれ、ショ-

ートステイを利用しながら在宅生活を送っている。ただ老夫婦世帯であるため妻は連続しての在宅介護は10日間が限度と話され、ショートステイを定期的に利用している。また訪問介護については家族の介護の慣れと共に3回/日から1回/日と減少し、家族、本人の在宅でのペースができてきた。

5)事例1の考察およびまとめ

この事例は精神疾患があったために在宅での介護が困難という家族の思いがあり当病院と某病院の行き来をしていたが、病状が安定してきたことで家族が在宅で介護することを決断し相談依頼があったところから退院支援が始まった。病院からの転院であるとMSWが関わる事が多く在宅への方法が見逃されてしまいがちである。しかし家族、本人の思いをしっかりと受け止め、対応した事で在宅生活が可能となり本人のQOLが上がったと考えられる。ナイチンゲールの看護覚書でも言っているように、患者が病気や障害を持っても生活過程を整えることが重要であり、その人がどのようにして生きられるかを支えることが大切であると考え。また家族を含めた在宅での生活をより具体的に説明しイメージできることで、安心して家族も在宅での療養生活を選択できると考える。幸い介護保険施行後、地域で在宅サービスを利用しながら生活される慢性疾患を持った高齢者の方、障害者の方が多くなったように見受けられ、喜ばしいことである。なお病院に介護保険のサービス事業所(居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等)を併設する事で行政の会議に出席出来、行政との連携が取りやすくなった事は大きな成果である。

Ⅶ おわりに

医療社会事業課の相談業務の傍らケアマネの業務も兼務しているスタッフは、退院後の患者の在宅訪問をすることが多々あり、自宅での患者の変化によく遭遇する。皆さん元気になられ、自宅では自分らしく生活してみえる。患者は病院ではいつも受け身であり患者らしくなる。しかし在宅では主である。やはり病状が安定すれば早く在宅へ帰られ自分らしい生活を送られる事が精神的にも

身体的にも元気になられる秘訣であると思う。慢性疾患があっても障害があっても住み慣れた自宅でその人のペースで生活されること、そうできるよう今後も、病院でも生活を見据えたその人に寄り添った看護を提供したいと考える。

なおこの報告は、平成23年6月岐阜県羽島市において開催された第5回日本慢性看護学会学術集会のシンポジウム「慢性の病における生活者を地域で支えるための方略」において報告したものである。

参考文献

- 1)金井一薫：ナイチンゲール看護論・入門 現代社 東京 2001 60-89
- 2)今泉文子、石垣靖子他：今改めてナイチンゲールに学ぶ 訪問看護と介護 16：443-450、2011
- 3)山崎摩耶：退院調整ガイドブック 中央法規 東京 2007 44-52