

地域連携を強化した退院支援の実際 ～退院指導における患者・家族・地域スタッフの評価の分析～

5-2病棟 坂本圭子 横地恭子
田辺裕香 青木瑞枝

I. はじめに

平成20年、病院としての退院支援システムが構築された。在宅療養に移行する場合、早期に地域スタッフに介入を依頼し、患者・家族と地域スタッフも参加する退院前カンファレンス（以下カンファレンスとする）を行っている。カンファレンスでは、提供しているケアが継続できるよう検討、在宅用アレンジして入院中から実践している。今回、カンファレンスを2回以上持ち、当病棟から地域に移行できた3事例を対象に、患者・家族の意見と担当ケアマネージャー（以下ケアマネとする）にケアの継続について、聞き取り調査を行い評価したところ、カンファレンスを持ち検討することで、地域でのケアの継続ができたことがわかったので、ここに報告する。

II. 研究方法

1. 対象：退院前カンファレンスを2回以上行い、在宅療養に移行した3事例。
2. 期間：平成22年8月から平成23年6月。
3. 聞き取り調査の実施と評価：
 - 1) 担当ケアマネージャー3名に独自に作成した質問項目を用いて聞き取り調査を実施、評価。
 - 2) 患者・家族に退院後の状況を聞く

III. 結果

早期に地域スタッフに介入してもらうことで、継続が必要なケアに対して、より具体的な対策をカンファレンスで検討することができた。

事例A氏（86歳、イレウス、直腸癌）、認知症の妻と2人暮らしで妻への指導は困難であったため、写真付きのパンフレットを作成し、本人に対して経腸栄養の指導を行った。事例B氏（75歳、肝硬変、HCCターミナル）、高カロリー輸液と利尿剤静注投与の継続が必要であったが、妻は管理

ができなかったため、訪問看護師による輸液の交換時間と利尿剤の投与時間を検討し、入院中に在宅で行う時間どおりに実施した。事例C氏（85歳、高血糖、肺炎）、入院後にADL低下あり、杖歩行から全介助になった。妻と娘は在宅介護を希望したが、初めての介護に妻の不安は強く、ケア内容も多かった。介護技術の習得力が悪かったため、妻と娘のケアの役割分担を決めて妻の負担を軽減した。

このように在宅用アレンジしたケアを入院中から実践することで、退院後も統一したケアが行えた。聞き取り調査の結果では、ケアマネは、病院スタッフと共にケアを検討したことは、患者が在宅に移行した後のマネジメントに有効であったと答えている。患者・家族は、介護に不安を感じていたが、地域スタッフとコミュニケーションが図れ、信頼関係ができたことは、介護技術の習得に繋がり、結果として不安が軽減した。地域スタッフ間には、ケアに関する助言や相談が増えたことで、地域スタッフ間の連携が強化された。

IV. 考察

患者・家族が安心できるケアの検討と指導を病院スタッフだけで行うには限界がある。患者・家族・地域スタッフと病院スタッフでカンファレンスを行い、ケアの検討をし、在宅用アレンジして入院中から実践したことで、患者・家族・地域スタッフの相互の連携が強化され、提供しているケアの継続が可能となった。今回の事例は、3例とも病院完結型から地域完結型にうまく移行できたと言える。

V. おわりに

今後は、退院後カンファレンスを取り入れた退院支援システムの構築を検討し、さらに地域連携の強化に努めていきたい。