

長期入院した患者の退院支援を振り返って ～自宅退院への希望をかなえていくためには～

梅原佳代子

静岡赤十字病院 3-6病棟

要旨：病態や合併症の出現により入院が長期化した退院ハイリスク患者の連携体制の整備等の退院支援を行い、自宅退院が実現できた。医療機関と患者が暮らす地域とをつなぐ架け橋となる病棟看護師の役割の重要性を実感できたため、その過程を報告する。栄養面、身体面、支援体制の問題から看護介入を行った。希望の退院を実現させるためには、今後の生活を支える家族、訪問看護師、ケアマネージャーに病棟看護師が正確に情報を伝達し、それぞれの役割をふまえた関係を理解しながら働きがけすることが重要である。

Key words：退院ハイリスク患者、退院支援

I. はじめに

退院支援は、医療依存度の高い患者や高齢者など、いわゆる退院ハイリスク患者については、介入の必要性を早期の段階から見極め支援する必要がある。その中でも、家族形態は多様化していることで、家族内における介護力が低下している場合は早期に介入し、見極めて関わる必要がある。

今回、病態が不安定で入院が長期化した患者の退院支援を行った。患者は、自宅退院を望まれていた。しかし、入院が長期化したことによる、身体的、精神的、社会的背景において様々な課題を解決しなければ、自宅退院は困難であった。そこで、患者・家族が希望する場への退院支援を行っていくなかで、対象者の意思を尊重した退院準備、自宅療養継続に向けたケアの指導計画、退院後の生活をみすえた社会資源の紹介、対象者にかかわる連携体制などを行い自宅退院が実現できた。特に、患者や家族が療養生活を継続できるよう支援、調整する中で、医療機関と患者らが暮らす地域とをつなぐ架け橋の役割の一人になるのが、病棟看護師であることを改めて実感した。そこで、事例を振り返り、行った退院支援について報告する。

II. 倫理的配慮

患者、家族には個人が特定できるような表現はせず、プライバシーを保護するような表現にすることを説明し同意を得た。

III. 患者紹介

A氏：夫・長男夫婦と孫と同居

病名：びまん性大細胞B細胞性リンパ腫（Diffuse Large B-Cell Lymphoma；DLBCL）

IV. 病状と治療の経過

関節リウマチで近隣の病院で外来治療。

20X年9月両下肢の麻痺出現。肺・胸椎に腫瘍性病変みとめ近隣の病院に入院。放射線療法開始。

11月肺病変に対して化学療法開始。

12月胸椎生検より上記診断つきCHOP療法。

1月末梢血管確保困難にて中心静脈（Central Venous：CV）挿入。

皮下埋め込み型ポート（Central Venous Port：CVポート）造設し化学療法継続するため当院へ転院。

1月X日右鎖骨下CVポート造設

1月X日CHOP療法実施。胸部皮下にアドリアシン・オンコビン漏出きたし、緊急でCVポート抜去。

形成依頼し、創部開放し洗浄し対応。その後広範囲の脂肪壊死に対して毎日の洗浄と形成外科医師の診察（1回／週から2週）を行った。

2月・3月CV挿入（左鎖骨下・右内頸）、ESHAP療法実施。

以降局所感染・尿路感染を起こすが、その都度抗生剤投与して症状の改善を図った。しかし感染コントロールができて経口摂取量が増えず、またActivities of Daily Living（日常生活動作：ADL）も拡大できずにいた。

6月副腎皮質刺激ホルモン（Adrenocorticotrophic Hormone:ACTH）低値に対して副腎不全の合併も示唆しコトリル開始。少しずつ食事量が増えたが、それでも必要量はとれずにいた。

8月医師から退院の話がでる。

9月試験外泊 その後CV抜去。尿道カテーテル抜去も試みるが尿閉の為再挿入。9月下旬自宅退院。

V. 看護問題

A氏は1月からの治療や病状の不安定さから、先がみえないことへの不安もあり、表情もさえず、毎日を過ごしていた。また、両下肢の麻痺、リウマチ性の運動障害・抗がん剤漏出に伴う右肩や上肢への痛みや運動障害に伴い、ADLはすべて全介助。つねにCVから点滴が投与され、ベッド上での生活が続いていた。ただ唯一、夫がほぼ毎日面会に来ることからそのときはとても楽しみにしていた。

8月に入り、病状が安定し、主治医から「8月のお盆のころには、車椅子で自宅に帰ろう」との話が夫にあった。その話を夫から聞き、主治医に確認。「経口から1,000キロカロリー摂取できたら自宅退院。CVは経口摂取ができたら抜く」との方向性を確認した。

入院が長期化していたことでADLは入院当初より低下し、食事摂取量も必要量まで増える可能性は少ないと考え、短期での目標達成はできないと考えた。そこで栄養面、身体面、支援体制の3つの看護問題に対して介入の必要があると思い、患者・家族と共に「9月中に自宅退院ができる」

を目標に介入を始めた。

VI. 看護の実際

1. 栄養面

病状の不安定さから、食事量が増えず、栄養面の改善が必要とのことで、NSTの介入は早期からしていた。補食内容を嗜好に合わせて変更。形態の工夫も行ったが、患者自身は食欲がわかず、結果がついてこなかった。採血結果でもアルブミン（Albumin：ALB）が5月には1.9g/dlまで低下する。しかし、自宅退院の方向性が決まると、患者自身も今までなかなか促しても摂取できなかった補食や食事を少しずつ口にするようになった。特にテルミールは2本飲めば、800キロカロリーであることを伝えると水分と思って、1日かけて2本を飲むと自ら目標にして飲むことができた。また食事もお粥なら摂取することができるとのことで、つくだにをつけて摂取量を増やしていった。9月上旬には高カロリー輸液からビーフリードの点滴に変更。摂取カロリーが1,400キロカロリーまで上昇し、栄養サポートチーム（Nutrition Support Team：NST）介入は終了した。採血結果でも2.8g/dlまで上昇が見られた。退院時は食事形態や食事内容に制限がないこと、水分を1,500ml以上を摂取するように長男や次女にも指導した。またテルミールが患者の嗜好にも合っていたことから、購入して退院した。

2. 身体面

入院してからA氏は病状の不安定さからベッド上生活であった。そこで、医師の指示で車椅子乗車は可能であることを確認。また今後自宅からの通院手段は、車椅子での搬送、最低でも1時間の車椅子乗車が必要であったため、患者・夫と共に目標時間をきめ、8月上旬より、6人介助でスライダを使用してのスライド移動より開始した。10分乗車が限界だったが、日数を重ねることで時間は延長。45分から1時間乗車することができた。途中、腰への負担もあり時間短縮も見られたが、自ら乗車したいとの発言もみられ、ほぼ毎日乗車することができた。また理学療法士にも依

頼して、乗車するための上肢の強化訓練を依頼した。しかし、もともと関節リウマチをもっていたこと、抗がん剤漏出の右上肢への影響もあり、十分な強化にはつながらなかった。そこで、当初は端座位からの車椅子移乗も検討したが、車椅子は全介助でのスライド移乗を目標変更し、退院後も介助の人数が要することを了承された。また乗車時間も今後の通院時間を考慮し1時間乗車と決め目標到達ができた。

また、発熱や病状の不安定さから近隣の病院に入院して以降シャワー浴ができていなかった。A氏自身「怖い・シャワーに入ったら熱がでるのではないかと不安もあった。まず、医師にシャワーの指示をもらい、状態が落ち着いていること、シャワー浴ができるスタッフの人数確保を考慮し9月初旬に1年ぶりに行った。はじめは疲れたとの発言だったが、満足感・爽快感が得られた言葉もきかれ、「次はいつ入る？」との発言も聞かれ、その後は1回／週実施することができた。

3. 支援体制

A氏は、近隣病院での長期入院期間もありADLが縮小し転院してきた。しかし患者・家族は歩行器歩行までのADL拡大を希望していた。また近隣病院入院中よりMSWの介入があり、在宅療養を希望しているとの情報があった。そこで、退院調整をするうえで、医療ソーシャルワーカー(Medical Social Worker: MSW)の介入は必須と考え、入院時より担当者を決めていた。しかし、入院してから病状が安定せず、ADLも縮小し、在宅で療養・介護するには厳しいのではないかと判断していた。しかし、医師から退院の話がでた後に、夫に確認すると「長期療養していたからこそ、自宅へ帰してあげたい。本人も望んでいる。」との返事であった。そこで、自宅の環境や支援体制をふくめ検討を行った。

入院生活では、夫がほぼ毎日面会にきていたこと、自宅に戻っても夫が主たる介護者であることから、オムツ交換・体位変換・尿道カテーテルの管理・薬の管理を夫の面会時に声をかけ行った。「逃げれるなら、逃げたいよ。でもかわいそうだ

からしょうがないか」と指導を重ねるなかで、このような訴えも聞かれた。そのときは、負担がないように、指導を休んだり、夫の負担がないように対応した。同居している長男夫婦への協力も依頼したが、なかなか都合がつかず、ケアマネジャーや訪問看護師へ適宜電話で情報を伝え、在宅での支援体制を検討した。また、自宅での生活を経験し、イメージを図る目的で試験外泊を1泊2日で実施。外泊中、ヘルパー・訪問看護師が2回／日の自宅訪問ができるとの協力が得られ、外泊前より訪問看護師との電話での連絡調整や外泊時の看護要約での情報提供を行った。その結果、患者は不安少なく外泊ができた。しかし、夫は「逃げれるものなら逃げたい……」と本音が聞かれ、実体験で得たこと、わかったことで不安が増強した。そこで、夫の負担軽減を図るため、長男夫婦に情報を伝え、支援の協力を依頼した。清潔ケア・オムツ交換・尿道カテーテルからの尿捨てはヘルパー・訪問看護しが介入。体位変換は最新式のエアーマットで適宜体位を調整してくれるタイプを準備した。薬の管理は患者自身も薬袋に表示した内容を理解していたこと、退院時に長男の嫁にも指導をおこない、支援体制を整えた。また、抗がん剤漏出の皮膚処置は、2箇所のできていたので、ヘキサック消毒・シャワー時の洗浄方法をパンフレットを作成し退院前日にはケアマネジャー、退院当日長男嫁に指導をした。退院前日には、合同カンファレンスを実施して、最終の確認を行い、退院当日をむかえることができた。

VII. 考 察

現代医療では、在院日数短縮化傾向であることから、患者の予測される退院後のケアニーズを特定し、入院当初から退院調整を開始する重要性はますます高くなっている。そこで入院早期から医療と介護の連携を意識した取り組みが求められており、病棟看護師が中心となって医師やケアマネジャーとの連携や患者への情報提供を担う役割が期待されている。今回入院当初より、退院調整は必要であると考えられていた患者とその家族であっ

たが、患者の病状が安定せず、また抗がん剤漏出に伴う皮膚障害をおこしたことで、感染のコントロールがさらに必要となり治療がなかなかすすまず、患者、家族への身体的、精神的側面に影響が及んだことで入院が長期化した。しかし、その中でも、入院して7ヶ月がすぎ、患者、家族に、自宅退院と医師から話ができた時は、帰ることへの不安以上に、大きな期待や喜びが患者や家族自身に膨らんだ。そこで、病棟看護師として、その期待に答えるために目標をなんとか達成したいという思いで関わった。患者が望んでいる生き方は何かを考え、患者が本当に望む生き方を支えていくことが大切であり、望めば手だてがあることに、患者や家族が気づけるように手助けすることが看護師の役割である。私たち病棟看護師は患者、家族の思いを引き受け、今ある様々な情報から可能性を見出し、患者・家族に情報提供を行うと同時に、様々な退院調整力が必要であると思った。

しかし、自宅退院の話が出たときは、患者の病態は局所感染、尿路感染を繰り返し、CVが挿入されており、高カロリーの点滴、抗生剤の投与を行っていた。生活動作（清潔・排泄・体位変換）は看護師がすべて全介助で行っていた。食事はほとんど摂取できず、介入してもなかなか結果が得られない状況であった。ADL拡大はすすまず、常時ベッド上生活であった。面会は夫がほぼ毎日こられていたが、看護援助には興味はなく、つねに患者のそばでテレビをみてすごしていた。看護師として、自宅への退院は無理なのではないかと感じながらも、患者、家族が自宅退院を心から目標に考え望んでいたことがわかった時A氏の入院生活から自宅での生活に置き換え何が課題になるのかを見出していく必要があった。退院を促進していくためには、患者の一番近い存在である病棟看護師によって、早期の段階から患者・家族の本心を引き出す関わりが必要になる。そのためには、病棟看護師が患者を生活者としてとらえ、関わっていく必要である¹⁾。といわれているように、看護師は患者を生活者として捉え、患者を取り巻くすべての人や資源の情報収集に努め、患者の希

望である自宅が本当に無理なのか、どんなことが準備や整えれば自宅での生活は大丈夫なのかを見極める必要があった。

病院から在宅への療養の場が変化する在宅移行期にある入院患者とその家族が、退院後の療養生活を円滑にスタートさせるには、入院当初から患者の「生活の場」に戻る時期の病状や生活状況を見据えて、患者・家族に関わる必要がある²⁾。そこで、自宅の状況は、夫とケアマネージャーから情報を得て、必要な物品の準備を行った。また、患者の24時間の生活、そして1週間の生活を考えたときに、誰が関わるができるか、何がどの時間にどんなケアなら介入できるかを考えた。入院生活からみても、退院後の患者の生活にとっては人的・物的資源は必須であった。そこで、入院中の生活を安心して継続できる必要があった。今回、A氏の訪問看護師は、娘が勤めている病院の訪問看護師を利用することになっていた。そのため、訪問看護師に入院生活や自宅の状況を娘からも伝達されていたことでA氏の様子や生活背景が見えていたことも結果としてよかったと考える。また病棟看護師と訪問看護師・ケアマネージャーとの電話での情報共有や情報交換はスムーズにでき、試験外泊での協力も得られ、患者や家族が不安なく外泊や退院生活をむかえることができた。介護者である夫は「本当は逃げたい……」といながらも、患者のよき理解者であった。夫の負担にならない退院指導や退院調整を行ってことで、このような結果が得られたと言える。そして、最後の合同カンファレンスではやはり夫も家族も一番心配していたことは、自宅に戻ってからなにかあった時はどうすればよいかであった。入院して病状が不安定な時期が多かった患者であっただけに、この不安の訴えは当然であると思った。そこで、医師やケアマネージャー・訪問看護師で連携をとることをつたえ、緊急時の対応を明確にしたことで、理解をともにし、不安の軽減につなげることができた。

Ⅷ. 結 論

退院支援に必要なことは、

1. 患者・家族が自ら立てる目標を明確にして医療者も共有化
2. 患者・家族に関わるすべてのスタッフ間の情報の共有化
3. 継続できる介護支援体制づくり
4. 退院後の緊急時対応の明確化

Ⅸ. おわりに

今回、入院が長期化した患者の関わりを通して多くのことを学んだ。退院調整活動は患者・家族と医療チームが退院後の生活をイメージし、患者が病気や障害とどのように向き合って生活していくのかというニーズを共有することからスタートし、予測される医療・生活介護上の課題解決に向けたプロセスである²⁾。この患者・家族との関わりのなかで、入院生活から退院後の生活へとシフトチェンジするなかで、この患者を支えるためには家族を含めた人材が必須であった。今回はその患者を取り巻く人的・物的資源が周囲の協力もあり整うことができたこと、ケアマネージャーや訪

問看護師との連携や情報の共有化ができたことが自宅退院という患者の希望通りの結果が得られたといえる。また、患者の入院中の苦労を理解しているからこそ、患者の自宅退院という希望を、病棟スタッフ全員がかなえたいと思った。病棟看護師として患者や夫の意思を尊重する関わりができたからこそ、このような結果に結びついたと考える。

現在も自宅療養を続けている患者から自宅に戻れて本当によかったと連絡をうけた。退院支援をしていくなかで、患者・家族の意思が尊重でき、満足のいく退院支援ができるようにこれからも心がけていきたい。

文 献

- 1) 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子. 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保健大紀 2012; 6 (1): 65-71.
- 2) 丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代ほか. 病棟看護師による退院調整活動の実態と課題 - 退院調整活動質指標を用いた調査から - . 石川看護誌 2011; 8: 29-39.