

他職種との協働による安心な退院に向けた 早期からの取り組み

宇田川恵里子[†] 新井尚美 堀川知美第63回国立病院総合医学会
(平成21年10月23日 於仙台)

IRYO Vol. 65 No. 11 (573-575) 2011

要旨

退院は、生活していた場所にするのが自然であるが、介護ができる人が家庭内にいないこともある。安心して退院が出来るよう、退院後の療養場所と介護者を確保するためには、入院早期から他職種との協力が必要となる。病院内のルールに沿った看護技術の提供は、家庭では実施しにくいことも考えられる。各職種の専門性を生かした意見交換は、視点が異なることから多方面からの解決策が検討しやすい。これを患者・家族に情報提供することで選択肢を増やすこととなり、より個別に合った療養支援につなげやすくなるを考える。また、具体的な支援方法が情報提供されることにより、患者は退院後のイメージを持ちやすくなり、地域の支援者も安心して患者を受け入れることができる。他職種の協力を得るためには調整が必要となり時間を要するため、入院後に早期から取り組むことが必要である。

キーワード 退院調整, 在宅療養, 地域医療連携, 介護支援

はじめに

体調が悪化し入院治療が必要となっても、治療の段階に区切りがつけば退院となる。生活していた場所に帰るのが自然であるが、高齢化が進み社会経済状況もよくない中で、介護ができる人が家庭内にいないことも少なくない。安心して退院ができるよう、退院後の療養場所と介護者を確保することは入院早期から他職種との協力が必要となってくる。千葉医療センターでは、退院後の支援に向けた問題点の抽出から家族とのコミュニケーション、地域医療との連携、その後の支援などがシステム化されていない

状態であった。平成20年4月より地域連携室に退院調整看護師が配置され、ソーシャルワーカー（SW）と協働して安心した療養環境が継続的に提供できるよう活動することとなった。

スクリーニングシート集計 による当院の現状

毎月約600名の患者が退院する中で約65%が65歳以上の高齢者である（うち、約30%が75歳以上の後期高齢者）。この高齢者のうち約30%が高齢者世帯（厚生労働省定義による）となっている。介護保険

国立病院機構千葉医療センター 地域医療連携室 [†]看護師
(平成22年3月9日受付, 平成23年12月9日受理)Benefits of Early Efforts towards a Safe Discharge through Collaboration with Other Health Care Providers
Eriko Udagawa, Naomi Arai and Tomomi Horikawa, NHO Chiba Medical Center

Key Words: discharge adjustment, home care, community medicine cooperation, care support

の申請者は全退院患者の16.1%、退院時に医療処置が予測される人が8.0%、生活上の支援を要する人が14.8%、ADLの低下予測がされる人が11.4%、認知問題を持つ人が4.7%の状況である。当院において、退院調整看護師が配置される以前の退院調整は、医師が退院許可を出してからのものがほとんどであった。SWが介入するためには主治医からの依頼書が必要であり、依頼書が出ないケースについては看護師が関わって退院支援をしていたが、専門的な知識にもばらつきがあり具体的な解決方法が提示できないこともあった。SWが主となって外部の福祉・介護関係者と連絡を取ることはあっても、看護師が率先して連絡を取ることはほとんどなかった。医療の進歩と、治療の場の役割分担などにより入院期間が短縮されつつあるのは当院においても同様であり、平成20年度の平均在院日数は15.5日となっている。

他職種との協働

各職種の専門性を生かした意見交換は、視点が異なることから多方面からの解決策が検討しやすい。これを患者・家族に情報提供することで選択肢を増やすこととなり、地域でも実践可能な療養支援に繋げやすくなるを考える。

事例紹介

- ・60歳代男性 独居
- ・咽頭痛 40歳代に脊髄損傷で下半身麻痺。放射線治療後に自宅へ退院予定。
- ・経管栄養：エンシュアリキッド（6缶/日）
- ・尿量：膀胱留置カテーテル1200ml/日 便：連日の希望で坐薬使用、少量ずつ排便
- ・入院前より訪問介護・訪問看護を受けていた。

上記のケースについて、退院前カンファレンスによる排泄への支援内容の検討を行った結果、各職種から目的に沿ったいくつかの意見が出た（表1）。

入院中は患者の希望を取り入れて、連日の坐薬使用による排便コントロールをしていたが、坐薬挿入や排便は訪問看護師しかできないため、体調の変化や経済状況も含めて継続が必要な内容を話し合った。カンファレンス結果から、看護師は再度本人と話し合い、腹部の状況をみながら排便回数を調整し、ケア内容は在宅療養へ継続された。このように多方面

表1 退院に向けての排泄に関する支援内容（意見）

- ・訪問看護師→入院前は2回/週の排便でよい状況
- ・ケアマネージャー→訪問看護と介護の介入回数を調整。
- ・介護担当者→尿破棄とおむつ確認はどの時間がよい？
- ・入浴サービス担当者→入浴時は看護師が同席し、皮膚の観察をしてはどうか？

から意見を出し合い継続可能なケアを実施するためには、ケア計画変更による患者の体調の変化や、介護者の技術習得のための時間も考慮しなくてはならない。さらに、かかわる事業所が多い場合も日程調整を含めた調整期間が必要となる。この事例からも、体調が安定し退院の方向性がみえた早い時点から退院調整に取りかかる必要を感じた。

在宅療養が可能となっても医療処置が継続的に必要なこともある。本人や家族が退院後の療養場所に在宅を選択した場合、本人や家族に対し療養指導が行われるが、病院内で看護を提供する看護師にとっては院内のルールに沿った処置方法が基本となっており、実際に在宅で同じ方法が継続できるとは限らないのが現実である。おむつ交換の時間間隔や喀痰吸引の吸引チューブの取り換えのタイミング等も、当院の退院前カンファレンスでよく話し合われる内容である。退院調整看護師はカンファレンスに同席し、他職種の意見を活かして介護者が現実に実施可能な方法へ近付けられるように、病棟での看護計画内容の見直しと訪問看護師等へ進行状況の情報提供を行っていく役割も持つと考える。

介護事業所などの利用には、予約や空き状況など調整日数も必要となり、介護保険も申請後に判定結果が得られるまで約一カ月かかる。患者本人・家族に安心して退院していただくためには入院早期からの働きかけが必要であり、そのためには早く問題点をみつけることが重要だと考える。患者の家族背景や療養環境などに対する情報を入院早期から得やすい看護師が、積極的に関わることは問題点の抽出に必要なことである。

当院でも、問題点となることを判断しやすいようにスクリーニングシートを活用している。看護師が早期にスクリーニングをすることは、退院支援に早期から目を向ける習慣にもつながると考える。また、看護師は専門性を持って経過予測ができることから、

退院調整の開始時期を主治医と相談しながら判断しやすいと思う。また、患者の抱える問題は医療面のみとは限らず、金銭面での問題も多いため、SWとの意見交換も重要となる。このケースでも、退院前カンファレンスに退院調整看護師とSWが同席し、退院調整看護師は医療面でのケア計画の見直しを担当し、SWは介護支援スタッフとの調整や情報提供を行った。在宅への退院が現実的に目標となった状況では、在宅での療養方法に現在の状況をどこまで近づけられることが可能なかを話し合うことが大切である。

退院調整看護師の活動実践結果

平成20年度上半期と下半期を比較すると、一カ月以内の再入院患者は3.1%から1.4%に減少した。院内において、ケアマネージャー・訪問看護師を交えたカンファレンスは、平均2回/月から7回/月、退院支援計画書も平均34枚/月から42.8枚/月と増加した。医師からSWへの退院調整の依頼件数は9.7件/月から11.5件/月へと増加している。

また看護師の退院調整に向けた意識であるが、スクリーニングシート導入当初は記入漏れがあったり、記入方法に誤りがあるケースが目立ったが、現在では所定の記入欄外にコメントが書き込まれることもあり、退院調整目的の情報収集に眼が向けられている病棟もみられるようになった。病棟によっては積極的にSWや退院調整看護師に情報提供を求めたり、相談をしてくるケースも増えてきている。医師からSWへの退院調整の依頼件数の増加は、こういった看護師からの医師への情報提供や病棟カンフ

ァレンスの結果ではないかとも思われ、より多くのケースの問題解決に取り掛かるきっかけになっていると考える。病院内で勤務する看護師にとっては病状に変化をきたさない些細な問題であったとしても、実際に退院後の生活の中で不安に思えることもある。まず、患者が何を不安に思うのかを引き出すことが、在宅療養への意向を積極的にさせるきっかけになる。そして、問題解決への方法が実行可能で具体的なものになるように、入院している間に本人や家族も含めて話し合うことは、直接的な問題解決とともに相談できる場所があることへの安心感につながると考える。

おわりに

介護準備の不十分な状況で自宅に退院することは、患者本人にも家族にも負担をかけることとなり、療養の継続できない状況を作りやすい。院内のスタッフに限らず、入院中から地域支援スタッフと連携を密にし、病棟スタッフ・患者・家族と共に退院後の療養計画を話し合い情報共有することが患者側の安心と療養の継続につながると考える。以前に比べると、入院の早期に退院調整が必要かどうかのスクリーニングがされるようになってきた。しかし、一度の判定だけで終わることも多い。状況の変化で見直しを行い、経過に関する情報の共有がしやすいように働きかけを行っていく必要がある。また、退院調整に対する看護師の積極性には病棟によって差があるため、活動内容に差が出ないように働きかけていきたい。