

老人医療のトータルケア

—退院支援の立場から—

銘 莉 尚 子

第61回国立病院総合医学会
(平成19年11月16日 於名古屋)

IRYO Vol. 63 No. 1 (31-34) 2009

要 旨

高齢者は、入院することで身体的、精神的、社会的問題が生じやすく、医療についても退院後も継続が必要となる場合が多いため、退院支援はとても重要である。当院（国立長寿医療センター）社会復帰支援室での退院支援に関する取り組みや、背景をまとめ、退院支援が必要な症例の傾向を述べた。事例の実際から、退院支援における看護師の役割は、患者やそれを支える家族の状況を把握すること、個々に応じた退院指導を行うこと、院内外他職種への調整を行うことであると考えた。

キーワード 退院支援、高齢者、トータルケア、地域医療連携

はじめに

国立長寿医療センター（当院）社会復帰支援室は、患者・家族が安心して生活を送るために、療養上の問題点を明らかにし、必要な保健・医療・福祉の調整や助言を行うことを役割としている。中心的な業務は、退院支援である。

このような部署に看護師が配属された背景には、医療手技を必要としつつ退院するケースが多いこと、高齢者の疾患の難治化・多様化によって高度な医学知識と技術が要求されるようになったことがあげられる。看護師は、高齢者の老化や健康障害の程度を把握し、退院支援に関する質の向上と退院後も良好なケアが継続できるように、患者・家族を中心に、サポートを行うことがとても重要である。

障害を抱えた高齢者が退院を行うにあたっては、多くの困難がともなう。円滑な退院を促すためには、院内の診療科や部門、また、地域の施設や関係諸機

関との連絡・調整を行い、社会資源を有効に活用して、退院後の環境整備を図らなければならない¹⁾。

今回、社会復帰支援室で関わった事例の背景を紹介すると共に、退院支援の視点から、看護師として何を行うべきなのかを考え、高齢者のトータルケアを踏まえて述べる。

社会復帰支援室について

1. 社会復帰支援室の概要

平成16年3月1日開設。業務は大きく分けて①入院患者の退院支援②外来通院患者の療養支援③家族・本人・関係機関からの相談受け④地域医療連携である。構成員は、室長、副室長である医師2名、看護師2名、医療ソーシャルワーカー（MSW）3名で、実務は看護師とMSWで行っている。看護師は、自宅への退院調整が主で医療処置が多いケースを担当し、MSWは、転院、社会的・経済的支援を

国立長寿医療センター 看護部

別刷請求先：銘 莉 尚 子 国立長寿医療センター 看護部 〒474-8511 愛知県大府市源吾36-3

(平成20年10月23日受付、平成21年1月16日受理)

Comprehensive Care in Geriatric Medicine: from The Point of Discharge Support

Naoko Mekaru, National Center for Geriatrics and Gerontology

Key Words: discharge support, elderly person, comprehensive care, local healthcare network

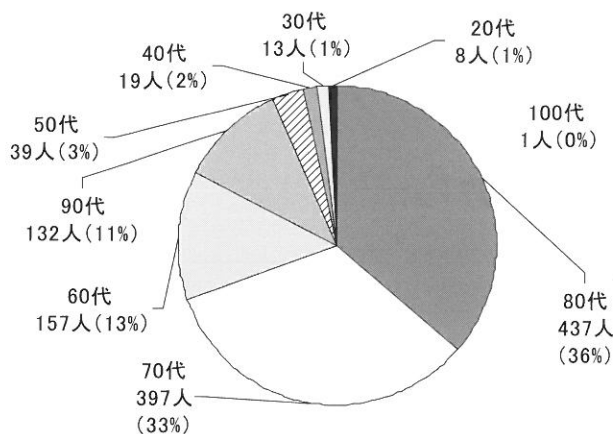


図1 依頼症例の年齢構成（18年度）

主として行っている。

2. 依頼件数の推移

平成16年は、659件、17年764件、18年807件、19年10月までで、553件あり、20年度は、1,000件を超すと予想され、年々増加の傾向にある。

3. 依頼症例の年齢構成

80歳代、70歳代で、70%近くを占め、次いで90歳代と高い年齢層になっている（図1）。

4. 依頼症例の主な疾患（18年度）

社会復帰支援室に依頼が多いのは、骨折、脳血管障害、認知症、悪性腫瘍等である。高齢者がかかりやすい疾患であり、ADLが低下し、入院前の状態に戻ることが難しいため、退院が困難となる。

5. 依頼症例の退院先（18年度）図2

在宅へ戻られた事例が一番多く、続いて病院、老人保健施設への転院となる。社会復帰支援室で関わった約半分の事例が自宅以外の場所へ退院されている。

6. 退院支援が必要な対象

退院支援が必要な対象をまとめると、①吸引や在宅中心静脈栄養、人工呼吸器など医療処置が多い事例、②脳梗塞による片麻痺や骨折後の回復期、悪性腫瘍など入院後に急激なADLの低下がみられる事例、③高齢者で独居、または家族の支援が薄い事例、④病院と家族間で治療に対してのゴールに相違がある事例、⑤入退院を繰り返している事例、⑥経済的な支援が必要な事例である。

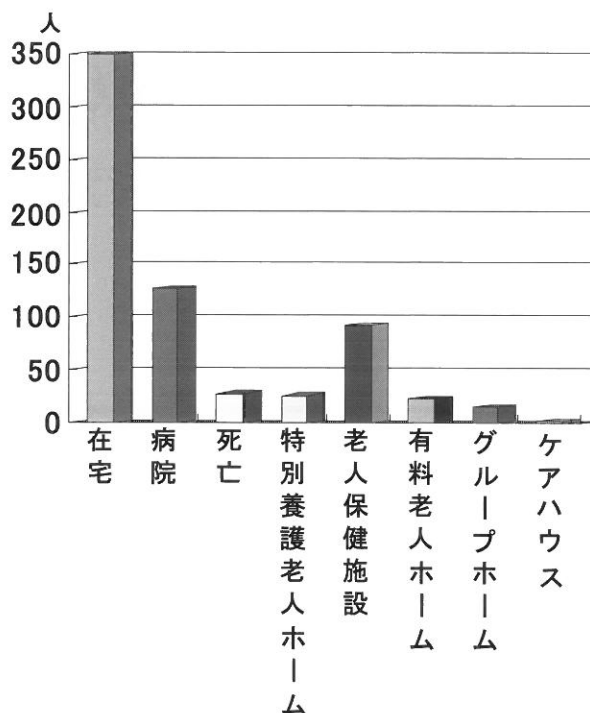


図2 依頼症例の退院先（18年度）

看護師として行う退院支援

1. 事例を通しての退院支援の実際

事例紹介

- ・80歳代、女性
- ・高血糖、心不全により入院。ペースメーカー挿入中。軽度認知症あり
- ・介助でトイレ歩行可 失禁ありおむつ着用
- ・インシュリンの注射が必要
- ・夫80歳代、2人暮らし。息子が隣に住んでいるが介護はあてにできない。
- ・経済的に問題がある。

事例を通して退院支援の実際を考える。

まず、退院へ向けての情報収集とアセスメントを行う（表1）。

本人が家に帰りたという希望は病棟からの情報でわかっていたが、在宅の意思があるか、また、在宅への退院が可能であるか面接により確認する。まず、院内他部門と連携を図り、退院を計画的に進める。退院を進める上で、主治医の判断と本人・家族への説明はとても大切だが、夫は退院のことについて主治医から説明を十分受けていないと感じており、また、循環器疾患についても在宅でどのようにすればよいかに不安があることが初回の面接でわかった。

表1 退院へ向けての情報収集と主なアセスメント内容

-
- ①退院のゴールはどこか、主治医の意見と他職種の意見、現状の把握
 - ②家族へ退院についての説明は行われているか
 - ③退院先の場所について本人・家族がどのような意見なのか、本人・家族の意思相違の有無
 - ④家族の介護力
 - ⑤介護保険は申請しているか
 - ⑥退院後はどのようなサポートが必要か、今後の予測
 - ⑦継続医療処置、指導のゴールの統一
 - ⑧住宅環境
 - ⑨栄養管理、薬剤管理
-

病棟看護師とも相談し、主治医から再度病状説明と退院について説明してもらうとともに、循環器の担当医師からも説明を受けられるよう調整した。退院へ向けて一番の問題となっていたのは、インシュリン注射の継続を誰が行うかだったが、本人の手技習得は望めず、夫も高齢で手技の習得は難しいように思われ、そのことから在宅での生活は困難なのではないかというのが病棟側の意見であった。しかし、面接で夫と繰り返し話をすることで、夫の性格が几帳面であること、生活全般において今までも夫が行っていたこと、在宅介護の意思があることがわかった。これらのことから、高齢であっても夫へインシュリン注射の手技を教え、習得してもらうことは可能ではないかと判断し、病棟看護師、薬剤師と相談し同意を得た。

主治医も夫が来院する時間帯にインシュリン注射が行えるよう変更し、病棟看護師、薬剤師を中心に指導が行われた。

退院後の生活環境を整えるために、院外のケアマネジャーと相談し、生活をサポートする訪問介護と訪問看護、デイサービスなどの調整を行った。栄養指導には夫以外にヘルパーも同席し説明を受けてもらい、薬剤管理については、訪問看護とデイサービスにも薬剤の説明一覧表を準備した。経済的な支援については、MSWより低所得に該当する旨の説明を受けてもらった。

インシュリンの注射が夫により可能になったが、見守り、助言が継続することが望ましいことや介護力が乏しいことには変わりがなく、退院前には在宅でのサービス機関を交え、カンファレンスにて最終調整を図り、最終的に在宅へ退院することができた。

退院後、ケアマネジャーから、思った以上に夫も

頑張り、地域でのサポートもしっかりと行われ、とてもよい状態で経過していると報告があった。

退院が困難になる要因はあっても、介護者に在宅介護の意思があり、問題解決に向けて複数の職種が専門性を活かして取り組むことで在宅への退院も可能となる。

2. 退院支援における看護師の役割

道場は脆弱老人にとって医療システムを効果的に利用するためには、支援が不可欠であり、生涯を通じて効果的に継続管理されるためには、ナースが果たすコーディネーターの役割が重要である²⁾と述べている。退院支援の事例を通して考えた、看護師の担う役割について以下にまとめる。

1) 患者についての総合把握をする

まず、現在の患者の状況（疾患、ADL、医療処置、介護状況、リハビリ、栄養、薬剤管理）を、トータル的に把握する必要がある。そして、今後おこりうることの予測も踏まえてアセスメントをする。継続が必要な医療処置があれば、その内容の把握と、誰にどこまで行うのかを細かく計画を立てる。高齢者はとくに家族協力が得られるかは重要で、その介護力、健康面、これまでの本人との関係等に配慮するとことも必要である。本人、家族の話を十分に聴き、その気持ちを理解し、受け止めなければならない。

2) 退院指導を行う

これまでの在宅での生活状況を踏まえて、入院によって新たに必要となった介護技術や医療処置の方法など本人や家族に計画的に伝達する。個々の状況に合わせ、介護保険のサービスでどこまで補えるかも考慮し、無理のないゴール設定をする。

3) 院内・院外の他職種との調整を行う

退院指導の質を向上させるためには、院内他部門の協力が必要であるが、お互いの役割を充分发挥するためには、調整する人が必要である。看護師は、必要な情報を伝達し、他部門からの情報を集め、同じ目標のもと患者、家族と関わるができるように調整することが求められている。また、院内の連携のみならず、院外のケアマネジャーと連絡を取り、本人の状態を連絡するとともに、必要なサポートを話し合い、退院後も途切れのない支援を受けられるよう調整することが重要である。退院前のカンファレンスでは、家族参加のもと、院内と院外の関係者が集まり意見交換することで、より安心して在宅へと移行できる。

まとめ

1. 高齢者は入院によりさまざまな問題が生じやすく退院支援が必要である。
2. 高齢者が安全かつ安心して在宅生活へ移行するためには、看護師の役割は大切であり、患者やそれを支える家族の状況を理解し、計画的に退院支援に関わらなければならない。
3. 退院支援の質を高めるためには、他職種の関わりは欠かすことができず、それぞれの職種が専門的に関われるよう看護師が中心となって連携・調整を行うことが重要である。
4. 在宅での療養生活を維持するためには、院外の

関係者に的確な情報を発信し、サポート体制を強化する必要がある。

[引用文献]

- 1) 大内尉義・村嶋幸代監修 入村瑠美子ほか編. 退院支援 ―東大病院医療者社会福祉部の実践から―. 東京：杏林書院；2002：p2.
- 2) 日野原重明監修，道場信孝著. 臨床老年医学入門―すべてのヘルスケア・プロフェッショナルのために―. 東京：医学書院；2005：p34.

[参考文献]

- 1) 倉田和枝. 「退院調整専門看護師」設置に伴う波及効果. 看護 1997；49：92-103.
- 2) 城谷典保. 退院支援実践ガイド ―患者・家族が安心して退院するための支援の具体的ノウハウ―. 東京：医学芸術社；2004.
- 3) 山崎麻耶. 患者とともに創める退院調整ガイドブック ―クリニカルパスから看看連携へ―. 東京：中央法規；2005.
- 4) 細田満和子. 「チーム医療」の理念と現実 ―看護に生かす医療社会学からのアプローチ―. 東京：日本看護協会出版会；2003.
- 5) 日野原重明，小山真理子監修. 早期退院マネジメント ―巧みな継続ケアを支える技術・教育・システム―. 東京：日本看護協会出版会；2001.