

高知県における脳血管障害患者の継続看護の実態

—病院間の連携に関するアンケート調査より

3階西病棟

○ 和田 由美 市川 勢推 緒方紀美代 川村美奈子

I. はじめに

脳血管障害患者は、その疾患の特徴から様々な障害を残すことが多く、急性期から回復期、そして、社会復帰に向けて長期的な関わりを必要とする。特に大学病院では、病院の機能や在院日数短縮政策により、早期に転院や退院を求められる場合がある。その様な現実の中で、患者に適切な看護を継続するには医療施設間や施設と地域の連携が欠かせない。

今回、四国脳神経外科看護研究会が、四国内の病院を対象に実施した施設間の連携状況の調査から、高知県内より回答のあった施設の実態をまとめたので報告する。

II. 方法

1998年11月25日～12月25日に、四国脳神経外科看護研究会が四国内の脳神経外科を標榜している病院を対象に実施した、他施設への転院や他施設からの転入、また自宅退院にあたっての問題点、ならびに病棟でのケア実施上の問題点などに関する調査より、高知県下8施設の回答を資料とした。

III. 結果

1. 病院の概要について

表1 病院のベッド数・脳神経外科のベッド数

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|------------|-----|-----|-----|------|-----|-----|------|-------|
| 総ベッド数 | 744 | 600 | 400 | 145 | 130 | 125 | 88 | 60 |
| 脳神経外科のベッド数 | 50 | 35 | 7 | 定数なし | 30 | 25 | 定数なし | 55-60 |

60～100床未満2施設、100～150床未満3施設、400～750床未満が3施設であった。脳神経外科のベッド数は7～60床で定数の決まっていない病院が2施設であった(表1)。病棟編成でみると脳神経外科単科は2施設のみで、他6施設は他に1～5科との混合病棟であった(表2)。病院の種類別、および設置主体別施設数は表3、表4に示す通りである。

表2 病棟編成

| 病棟編成 | 病院数 |
|------|-----|
| 単科 | 2 |
| 混合 | 6 |

表3 病院の種類

| 種類 | 病院数 |
|--------|-----|
| 総合病院 | 2 |
| 一般病院 | 5 |
| 救急指定病院 | 1 |

表4 病院の設置主体

| 設置主体 | 病院数 |
|-------------|-----|
| 国立 | 1 |
| 県・市町村 | 3 |
| 医療法人・その他の法人 | 4 |

2. 脳神経外科病棟入院患者の看護度について(表5)

各施設における脳神経外科病棟入院患者の各看護度に占める割合を表5に示す。この内寝たきりの状態を示すA1・B1・C1の患者が50～59%占める病院が3施設、40%が1施設、30～39%が3施設、29%以下1施設であった。また常時観察を要する看護度A1～A4でみると、20～29%を占める病院は4施設、10～19%が3施設であった。

表5 脳神経外科病棟入院患者の看護度

| 病院/看護度 | A1 | A2 | A3 | A4 | B1 | B2 | B3 | B4 | C1 | C2 | C3 | C4 |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| A | 3 | 24 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 10 | 14 | 7 | 14 | 21 |
| B | 23 | 0 | 0 | 0 | 13 | 13 | 13 | 0 | 3 | 10 | 13 | 10 |
| C | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| D | 22 | 6 | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 | 6 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| E | 10 | 0 | 0 | 0 | 23 | 10 | 0 | 3 | 7 | 13 | 10 | 23 |
| F | 12 | 0 | 0 | 0 | 16 | 11 | 5 | 0 | 31 | 0 | 16 | 11 |
| G | 14 | 0 | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 5 | 32 | 0 | 38 |
| H | 14 | 5 | 2 | 0 | 19 | 26 | 22 | 7 | 0 | 5 | 0 | 0 |

全体的にみるとA・B・Cの各看護度に患者が平均している病院は2施設、50%以上が看護度Bに集中している病院が2施設、その他の4施設では看護度Cが50%を占めていた。

3. 看護提供システムについて

婦長、主任(副婦長)、看護婦、准看護婦等看護スタッフの人数は12～40名と施設にバラツキがみられた。また、病棟に婦長か主任一方のみ配置されている病棟が3施設あった。8施設の内看護婦、医師以外のスタッ

フで多い職種は、理学療法士（以下PTと略す）と病棟婦・看護助手で、両者とも6施設で勤務していた。言語療法士（以下STと略す）、作業療法士（以下OTと略す）、ケースワーカーがいる病院は1～

表6 看護婦以外のスタッフ

| 職種 | 病院数 |
|----------|-----|
| 医師 | 8 |
| 理学療法士 | 6 |
| 言語療法士 | 2 |
| 作業療法士 | 1 |
| 病棟婦・看護助手 | 6 |
| ケースワーカー | 2 |

表7 看護体制

| 看護体制 | 病院数 |
|------|-----|
| 二交替制 | 4 |
| 三交替制 | 4 |

表8 看護方式

| 看護方式 | 病院数 |
|---------------|-----|
| チームナーシング | 1 |
| 固定チームナーシング | 2 |
| 機能別 | 2 |
| 機能別+受持ち制 | 1 |
| チームナーシング+受持ち制 | 1 |
| 無回答 | 1 |

2施設のみであった（表6）。看護体制、看護方式については表7・表8に示した。

付き添い看護についてはどの施設も有料の付き添いはなかった。家族付き添いは6施設で許可しており、付き添いなしの2施設においても急性期には家族が待機する事があると答えている。付き添いの理由は手術後や急性期の重症患者、精神安定を図る必要のある患者など、患者や家族の希望がある時に許可している場合がほとんどであった。付き添いの時間については特に基準を設けていない施設がほとんどであった。

4. 脳神経外科病棟入院患者の転院・退院に関して

8施設のうち施設への転院が多いと答えた病院は4施設で、自宅への退院が多いと答えた病院は2施設、残りの2施設は他施設への転院、他施設よりの転入、自宅への退院が多いと答えていた。また転院・転入・退院の決定に関わるのは医師、患者・家族、ケースワーカーで、婦長など看護職が関わっている施設は皆無であった。さらに、それぞれに基準のある病院は2施設のみで、5施設は基準を設けていなかった。2施設の基準は、在院日数60日や治療計画の終了、患者のADL、家族の介護力や考えをあげていた。

他施設への転院にあたり問題と感じていることは、MRSA検出時の他施設の受入れ悪化や患者の搬送があげられていた。特に問題を感じていないという施設もあった。他施設からの転入にあたっては情報不足を問題と考えていた。その内容として、患者のADLや継続する必要があるケア、患者・家族の病気に対する理解度や病状の説明内容、また、緊急入院の多い施設では全体的な情報不足をあげていた。自宅への退院にあたっては患者と家族の思いの相違や家族の受入れ、患者のADL、また、退院指導をあげている施設もあった。

5. 入院患者のケアに関して困っていること

表9に患者の状態別に困難と感じていることを列挙した。主なものはADLに関すること、患者とのコミュニケーションに関すること、転倒や各種ラインの自己抜去、徘徊や離院、訓練に関することなどがあげられた。

表9 入院患者のケアに関して困っていること

| 患者の状態 | 困っていること | 患者の状態 | 困っていること |
|-------|---|-------|-------------------------------------|
| 失語症 | ・コミュニケーションに時間を要する(2) ・正確な訴えの把握、状態把握が難しい(2) ・ST不在で十分な訓練ができない | 嚥下障害 | ・訓練に関すること(3)・肺炎予防 |
| | | 上下肢麻痺 | ・ADLの援助(2)・麻痺の認識不足による転倒 |
| | | 上下肢拘縮 | ・ADLの援助(2)・リハビリへの介入 |
| 意識障害 | ・家族との関わり方・コミュニケーション ・状態の適切な把握・各種ラインの自己抜去 | 気管切開 | ・MRSA検出時の処置や転院の受入れ先の確保困難 ・ADLの援助 |
| | | 胃管挿入中 | ・自己抜去(2)・カテーテル挿入部周囲の清潔 |
| 褥創 | ・清潔管理 | 痴呆 | ・徘徊、離院(5)・各種ラインの自己抜去 |
| その他 | ・急性期の病院であるため、回復期にある患者の日々の過ごし方への配慮不足 | | |

6. 入院患者のリハビリテーションに関すること

患者の四肢の床上訓練、坐位訓練、車椅子・歩行訓練には8施設全てで看護婦とPTが関わっていた。言語訓練では回答のあった5施設の内、看護婦が関わっているのは3施設で、PTとSTが関わっている病院は2施設であった。嚥下訓練においては、6施設中5施設で看護婦が関わり、4施設でPT、STが単独または看護婦と共同で関わっていた。作業療法においては、PT・OTが3施設で関わっていたが、看護婦の関わりはなかった。また看護婦は、意識レベルの改善を目的にテレビやラジオを用いた視聴覚への刺激や、できるだけベッドから起こすように取り組んだり、味覚療法をしているという報告もあった。各訓練のリハビリテーションの担当者を表10に示した。患者一人あたりの平均訓練時間は床上での四肢の機能訓練、座位・車椅子・歩行訓練では10分～40分と施設によりバラツキがみられた。言語訓練は15分～30分、嚥下訓練には10分～60分、作業訓練には15分～40分を要していた。

表10 入院患者のリハビリテーションの担当者(数値は施設数)

| | NS | NS+PT | PT | ST | NS+ST | OT | 無回答 |
|---------|----|-------|----|----|-------|----|-----|
| 四肢の床上訓練 | 1 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 座位訓練 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 車椅子訓練 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 歩行訓練 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語訓練 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 嚥下訓練 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| 作業訓練 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 5 |

IV. 考察

今回の調査に協力の得られた8施設の結果より、高知県下の脳血管障害患者を看ている施設が抱えている問題の傾向を知ることができた。

8施設中7施設において、寝たきりの状態を示す看護度A1・B1・C1の患者の割合が30～60%を占め、また、6施設が脳神経外科の他1～5科の混合病棟であることからしても、多忙な業務内容やマンパワーを必要としている現状が推測できる。また患者の日常生活の援助にとどまらず、様々な機能障害に対しても働きかけ、患者のADL拡大に向け前向きに取り組んでいる姿勢がうかがえる。このようなゆとりのない日々の業務も、「ADLに関する援助」・「コミュニケーションが充分にとれない」・「転倒や各種ラインの自己抜去」・「徘徊や離院への対応」・「訓練への関わり」など、ケアに関して困難を感じる一つの要因になっているのではないかと考える。

他施設からの転入にあたっては、患者のADL、継続しなければならないケア、患者・家族の病気に対する理解度や、病状の説明内容に関する情報不足が問題としてあげられていた。現在、高知県内の脳神経外科病棟では、看護サマリーや看護添書を利用して情報の提供をしているが、それは施設独自で作成されたものであり、連携の必要性という共通の土俵の上で作られたものではないことも原因の一つかもしれない。また、退院では、家族の思いの相違や受入れが問題としてあがっている。これは、何らかの障害を残した患者や家族が、今後の生活に不安を抱いているからだと考える。その上、退院は医師と患者・家族の間で決定され、看護婦が退院の時期を適確に知ることが遅れがちとなり、退院や転院の準備が十分にできないことが考えられる。よって、早期から家族の役割を具体的に指導することや、退院後支えてくれる施設などを提供する窓口となり、患者や家族の不安を解消する必要があると考える。

看護婦以外の医療スタッフは、PTはほとんどの施設で勤務しているが、ST、OT、ケースワーカーは1～2施設と少ない現状がある。しかし患者にとってはゴールに向かって、それぞれの専門家がそれぞれの視点で早期から関わるのがより効果的であり、施設での充足が望まれる。その意味からも、患者のベッドサイドにいる時間が一番長い看護婦には、他職種間のコーディネーター的役割が求められる。

V. おわりに

今回アンケート結果の集計で、高知県下の脳神経外科病棟を有する施設の現状や、連携上の問題を明らかにすることができた。今後、患者が他施設や自宅へと療養の場をスムーズに移行できるように、また、効果的な看護の継続のための連携がとれるように、この結果を生かしていきたい。

参考文献

- 1) 二木立他：日常生活動作の援助，看護学双書，リハビリテーションと看護，分光堂，201 - 244，1985.
- 2) 貝塚みどり他：QOLを高めるリハビリテーション看護，医歯学出版株式会社，14 - 36，1995.
- 3) 馬場一雄他：看護MOOK，リハビリテーションと看護，金原出版株式会社，134 - 155，1985.
- 4) 渡辺孝雄：在宅ケアの基礎と実践，株式会社ミクス，62 - 120，1998.

〔平成11年7月10日，徳島市にて開催の第9回国脳神経外科看護研究会で発表〕