

神経難病患者と家族に関わる看護師の退院支援の実態

6 階西病棟

○正木 絵里奈 藤本 佳奈 今村 有希 門田 真理
織田 美葉 小笠原 みわ 黒岩 理恵 横山 道佳
文野 和美

キーワード：神経難病、家族、退院指導

I. はじめに

高知県の神経難病患者数は 1446 人（H20 年 3 月現在）であるが、神経難病患者の地域ネットワークシステムは確立していない。現在は A 大学病院が拠点病院（教育機関）となって県下 4 病院と連携し、神経難病患者を支援している。神経難病患者のなかで、パーキンソン病関連疾病（800 人）・脊髄小脳変性症（233 人）・重症筋無力症（103 人）は患者数が多いため、大学病院へ入院してくる患者も多いと考えられる。A 大学病院は、難病病棟の指定を受けておらず、一般病棟と同じ D P C で神経難病患者を受け入れているため、できるだけ早期の退院が望まれる。

大森らは「在宅療養へ向けて退院支援に関する病棟看護師の意識と実際」の中で、「在宅療養へ向けての退院支援に関する今後の課題として、入院時から看護計画の中に退院に関する計画をいれる必要が示唆された。入院時カルテに退院計画に関するスクリーニング票やアセスメント票をつける、入院前の外来受診時にスクリーニングを行うような体制をとるなど、早期から退院支援に取り組むためのシステム作りが重要である。」¹⁾と述べている。しかし、現状は退院支援に十分取り組めておらず長期入院となっている。患者・家族は不安を持ったまま退院していると考えられる。そこで、看護援助に対する看護師の認識・行動の実態を調査し、実際に退院支援を意識した看護ができていないかを明らかにすることで、今後の退院支援に活かしたい。

II. 研究目的

A 大学病院 B 病棟に勤務する看護師を対象として、看護援助における看護師の認識・行動を分析し、退院支援を意識した看護がどのように実行されているのか明らかにする。

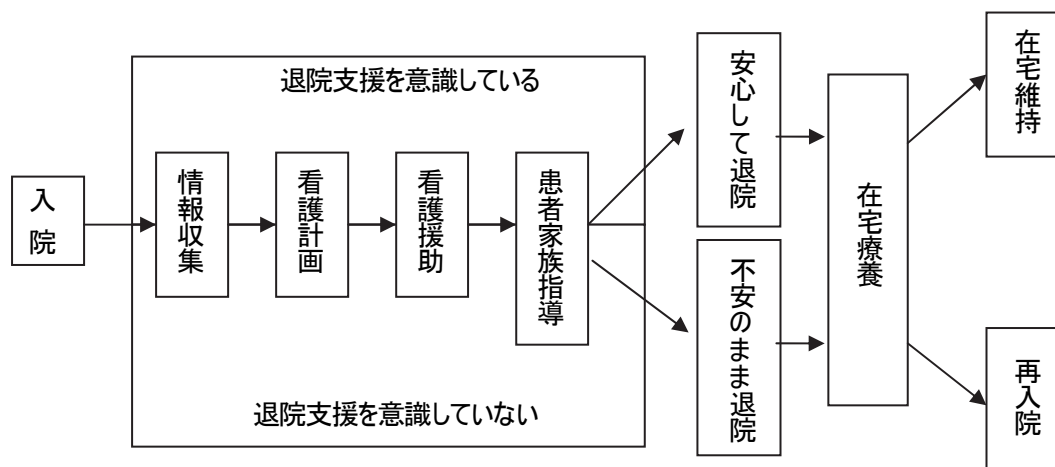


図 1 関連図

III. 概念枠組み

用語の定義

神経難病：神経難病は11疾患あるが、今回は、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、重症筋無力症をとりあげる

退院支援：入院時から在宅生活を考えて、情報収集・看護計画立案、それに基づいた看護援助を行うこと

退院支援チーム：退院にかかわる多職種で構成する退院支援のチーム

在宅療養：患者が退院して自宅で療養を行うこと

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：質的帰納的研究
2. 対象：A大学病院B病棟で神経難病患者の看護に関わった看護師8名を対象とした。
3. 期間：平成20年8～9月
4. データ収集方法：半構成的面接法 研究者2名でインタビューガイドに沿って個室でインタビューを行い、同意を得て内容を録音した。
5. データ分析方法：逐語録を作成し、KJ法でカテゴリー化を行なった。

V. 倫理的配慮

対象者に研究の主旨、内容を説明し承諾を得た。個人情報保護、研究参加の拒否・中止により不利益を被らず保障することを紙面及び口頭説明し同意書を得た。また、今回得られた結果は学会へ発表すること、発表する際は研究対象者の施設での利害や、プライバシーが侵害されないことを保障した。

VI. 結果

1. 対象者の概要

対象者はA大学病院B病棟に勤務する看護師8名でB病棟経験年数の平均は3年で半数が1.5年の経験年数であった。

2. 看護援助における看護師の認識と行動

看護援助における看護師の退院支援を意識した看護師の認識と行動について、調査した結果、30の中カテゴリーから構成される8つの大カテゴリーを抽出した。(資料.1参照)

大カテゴリーは【日常生活動作レベルの判断】【看護計画の実際】【他職種との連携】【患者家族への精神的な働きかけ】【患者家族への関わり】【家族への指導】【内服管理状況の把握】【在宅環境の把握】の8カテゴリーに分類された。

入院時看護師は情報収集によって、患者の「排泄行動レベルの把握」「清潔行動レベルの把握」「食事行動レベルの把握」「移動レベルの把握」の必要性を認識し、【日常生活動作レベルの判断】をしている。

【看護計画立案】では、看護師は「自立を促す看護計画」「予測されるリスクに対する計画」を意識して看護計画の立案を行っている。しかし一方で、「退院を目指した看護計画が立案できていない」と退院を意識しておらず、在宅で継続できる計画を立案してなかった。

看護師は「医師との関わり」「リハビリスタッフとの関わり」「ソーシャルワーカーとの関わり」「ホームヘルパーとの関わり」を必要性と考え、【他職種との連携】を行っている。例えば「医師との関わり」では入院目的・退院までの過程・目標を医師と共有し、退院目標を医師に聞く必要があるという認識をもち行動していた。反面、「他職種との連携不足」があり、例えば他職種との連携は電子カルテを見る程度であった。

看護師は看護援助の中で「患者への精神的な働きかけ」「患者家族の思いを把握」の必要性を認識して、【患者家族への精神的な働きかけ】を行っている。「患者家族の思いを把握」では、患者の病気に対する

思いや不安・理解度、在宅療養に対する患者家族の意欲を把握していた。反面、家族の思いを意識していない場合もあった。

【患者家族への関わり】の中では、「患者の自立を促す関わり」「患者に自信をもたせる関わり」「個々の患者に応じた工夫」の必要性を認識して患者に関わっている。しかし「患者家族との関わりで不足と感じたこと」では、在宅での生活をイメージして関わるのが難しく、生活状況や介護者の負担について意識的に情報収集できないことがあった。また、面会の頻度が少なく家族への指導や関わりが十分に行えず、習得状況の把握や、指導の評価ができないなど「家族との関わりの困難さ」を感じていた。

看護師は「家族へのトラブル予防の指導」「家族へのトラブル対処の指導」「家族への技術指導」「家族への内服指導」「家族への指導の評価」の必要性を認識して、【家族への指導】を行っている。「家族への技術指導」では経管栄養・胃薬の管理や吸引の方法について指導を行っていた。「家族への指導の評価」としては、家族が習得できたか・指導がスムーズに進んだかで評価していた。

看護師は「在宅での生活空間の把握」「在宅での生活パターンの把握」「社会資源の把握」「在宅での介護力の把握」の必要性を認識して、【在宅環境の把握】を行っている。「在宅での生活空間の把握」では自宅での生活をイメージし退院後必要なものを考えること、「在宅での生活パターンの把握」では入院前の生活パターンを知りそのパターンに合わせる必要があること、「社会資源の把握」では利用できるサービスを把握するために介護認定の情報が必要であること、「在宅での介護力の把握」では何人家族で誰が主介護者か、主介護者の健康状態の把握が必要であった。「在宅環境の情報収集不足」としては、ADL全介助であるが、退院後の生活環境の把握が必要と思わなかったことや社会資源の活用について情報がとれていなかった。

VII. 考 察

1. 情報収集と看護計画

B病棟に入院している神経難病患者の特性として、病態が進行し長期療養が必要になることが多い。中溝らは「十分に退院前指導・援助が行われた例では、たとえ重度の低ADL患者でも安定した在宅医療への移行が可能になる」²⁾と述べている。退院前指導援助を十分行うには、まず入院初期から在宅での生活を考えた情報収集を行うことが必要と考えられる。吉村らも、『退院支援には、対象者の自立度をアセスメントし、在宅での生活を捉える視点を磨くことが重要である』³⁾と述べている。今回の結果では入院時の情報収集で、ADLの現状の把握にとどまり在宅生活について情報収集ができていないことが多かった。また、高知県内では神経難病患者を受け入れている病院が少なく、当院には遠方からの入院も多い。結果のなかで「面会の頻度が少なく家族への指導や関わりが十分に行えず習得状況の把握や指導の評価ができなかった」という場面があった。患者の在宅療養を支えている家族と接する機会は限られるため、入院時や面会時に、情報収集や指導を効果的に行えるよう工夫し、入院時から在宅生活につながるような看護計画を立案して介入していくことが必要である。神経難病患者は、退院後も医療処置を必要とすることが多い。中溝らは「入院中早期からの看護技術指導は患者と介護者が自信を持つきっかけとなり、意欲が上向きになる」²⁾と述べている。今回の結果では「家族への技術指導」として「経管栄養・胃薬の管理や吸引の方法」について指導し、「家族への指導の評価」としては、「技術が習得できたか、指導がスムーズに進んだか」で評価しており、家族の自信が持てたという心理面での評価はできなかった。入院早期から必要な処置を繰り返し指導・評価し、患者家族が自信を持って在宅移行できるよう指導していく必要がある。退院後も患者家族が自立してその人らしい生活を送るために、患者家族と退院に向けての目標を共有して入院生活を支援することが大切と考える。

2. 患者家族を中心とした退院支援チームの活性化

神経難病患者は介護度が高く、退院後も家族の協力が必要となることが多い。しかし高齢化社会のため老老介護となるなど、家族の中での介護力が不足している。看護師は、患者家族が、在宅療養移行後に必要なサービスを利用できるように、積極的にソーシャルワーカーと情報交換を行う必要がある。し

かし結果から、患者家族が退院後にどのような支援を受けられるかを把握していないことが分かった。利用できる社会資源を知り患者家族が在宅生活を具体的にイメージすることで、退院後の不安を入院中に軽減することができる。

原田らが「病棟看護師が主体的に退院支援に関わることが患者家族にとっての良い退院につながる」⁴⁾と述べているように、患者や家族と身近に接する看護師が、他職種に情報を提供し、目標を確認していくことで退院支援チームを活性化させることができると考える。しかし、結果では、他職種との情報交換が必要と認識はしていたが、具体的な行動は電子カルテの閲覧にとどまっていた。吉村らも、『退院支援には、多面的に生活の場をアセスメントし、入院早期から他職種と連携し、個々に応じた資源の選択や知識の共有を図ることが必要』³⁾と述べており、今後は、カンファレンスなどで他職種と日常的に情報交換を行う機会を持ち、チームとして患者家族に必要な内容を確認しながら方向性を統一し、退院支援をすすめていくことが必要である。

3. 看護師の育成と看護の質の向上

退院を意識した情報収集と看護計画の立案ができていなかった。今回の研究ではインタビュー対象者が経験年数の短い看護師であったため、入院時の患者の現状だけにとらわれがちで、退院後の生活環境や社会資源等についての情報の大切さの理解ができておらず、情報が十分に取れていなかったことが考えられた。疾患や制度についての知識、退院に向けて看護を展開していくときに、どのように情報収集を進めるか、実践場面で患者家族にどのように関わっていくか経験年数の短い看護師への指導が今後の課題と考える。看護の質の向上の為に、医師を交えて定期的な勉強会の開催、指導パンフレットの作成など看護師間での統一した看護が行えるようにしていくことが必要である。

VIII. まとめ

1. 看護援助における退院支援を意識した看護師の認識と行動として、8つの大カテゴリーが抽出された。
2. 入院時は、現状の把握のみで在宅生活の情報収集が不十分であった。入院から在宅生活の情報収集を行い、患者家族と退院に向けての目標を共有して入院生活を支援していくことが大切と考える。
3. 看護師は、患者家族が、在宅療養移行後に必要なサービスを利用できるように他職種と連携をとる必要がある。カンファレンスを行うことで、他職種との情報共有と方向性の統一を図ることが重要である。
4. 定期的な勉強会の開催、指導パンフレットの作成など看護師間での統一した看護を行う事が必要である。

引用・参考文献

- 1) 大森淳子他：在宅療養に向けての退院支援に関する病棟看護師の意識と実際，第34回日本看護学会集（地域看護），100—102，2003.
- 2) 中溝明子他：病院から在宅への移行期援助の有効性に関する検討，第21回日本看護学会集録（地域看護），194—197，1990.
- 3) 吉村優佳里他：退院支援を受けて在宅移行した患者の現状，第37回日本看護学会集録（地域看護），137—139，2006.
- 4) 原田かおる：病棟看護師が退院支援に取り組める体制づくりのコツ，看護学雑誌72（10），838—844，2008.10.

資料 1. カテゴリー表

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	
		認識	行動
レベルの判断 日常生活動作	排泄行動レベルの把握	排泄手段・タイミング・失禁等の情報が必要	情報収集 ポータブルトイレ・尿器の設置
	清潔行動レベルの把握	清潔方法の情報が必要	情報収集 見守りでシャワー浴を実施
	食事行動レベルの把握	食事の内容・形態・摂取方法の情報が必要	情報収集
	移動レベルの把握	歩行状態・補助具使用・転倒歴の情報が必要	情報収集
看護計画立案	自立を促す看護計画	ADLを低下させない計画が必要	セルフケア不足の計画立案
		患者・家族の知識・知識不足の情報・計画が必要	知識不足の計画立案
	予測されるリスクに対する計画	嚥下障害があり誤嚥リスクがあった	誤嚥リスクの計画立案
		呼吸状態を良くするために吸引が必要	非効果的呼吸パターンの計画立案し、家族にも吸引について退院指導をした
		四肢脱力の為、転倒リスクがあった ステロイド内服中の為感染リスクがあった	転倒リスクの計画立案 感染リスクの計画立案
	退院を目指した看護計画が立案できてない	看護計画の立案時は退院のことまで考えていない	
在宅で継続出来る計画は立てていないが、結果的に自宅で活用出来ることもあったかもしれないと思っている			
他職種との連携	医師との関わり	医師からの情報収集が必要	医師からの情報収集
		嚥下困難の為食事形態について医師に相談が必要	食事について医師と相談した
		退院が近づいた時に退院までの目標を聞く必要がある	退院が近づいたら医師から目標を聞いた
		胃瘻目的で入院時から医師と筋道を立てて情報を共有する必要	医師との情報共有と退院までの目標設定を行った
	リハビリスタッフとの関わり	リハビリスタッフとの情報交換の必要	リハビリスタッフと情報交換した
		リハビリで施行中の内容を病棟でも行う必要がある	リハビリ内容を情報収集し、病棟でリハビリを継続する
		患者がナースコールを押せず、パニックになるので対策を考えることが必要	リハビリスタッフに相談して、口で押せるナースコールを改良した
	ソーシャルワーカーとの関わり	ソーシャルワーカーとの情報交換が必要	ソーシャルワーカーと情報交換した
		ソーシャルワーカーの方が専門的でよく分かったと思った	在宅での必要物品についてソーシャルワーカーが介入した
		介護保険などの情報をとる必要がある	介護保険について家族、ソーシャルワーカーから情報収集
	ホームヘルパーとの関わり	ホームヘルパーへの情報提供が必要	ホームヘルパーとは看護サマーで情報交換した
	他職種との連携不足	他職種との連携は電子カルテを見る程度	電子カルテで情報をとった
		リハビリの情報は患者から聞くだけで、病棟でのリハビリは意識していなかった	リハビリの情報は患者からとった
		ソーシャルワーカーと情報交換しなかった	ソーシャルワーカーに任せた
		患者を中心として他職種との関わりが少なかったのもっと関わりを持つと良かった	
		リハビリとの連携は電子カルテも利用した方が良かった	
リハビリとのカンファレンスを持ったほうが良かった			
リハビリとの情報交換をもっと行えば在宅での目標が具体的に計画できたのではないか			
退院までの目標は把握していない。			
患者への精神的な働きかけ	自宅では2人暮らしでデイに行く程度、入院中はスタッフが話しかけ、本人は喜んでた	スタッフで話しかけた	
	失敗した時の落ち込みがあり安心感を与える声かけが必要	安心を与える声かけをした	
	リハビリに消極的だったので、リハビリの必要性を説明し、精神的な働きかけが必要	リハビリに行くように精神的働きかけをした	

精神的な働きかけ	患者家族への	患者に不安の有無を聞くと患者が重症感を持ってしまい、会話の中で探る必要がある	患者の言動から情報をとる
		患者の病気に対する思いや不安・今後の見通しについての理解度を知ることが必要	病気への思い・理解度・在宅でどうしていくか聞いた
		夫が毎日面会に来ており、患者と離れていることで、夫が不安を感じていると思った	
		患者は家に帰りたい・夫も自分が介護できると思い、2人ともやる気があったと思った	
		患者の入院中の思いや不安は把握しているが、家族の思いは意識していない	患者の思いや不安について情報収集
患者家族への関わり	患者の自立を促す関わり	食事は自立を促す為自力摂取を進めたが精神的配慮も必要	食事は自力摂取をすすめ、精神的配慮しながら介助
		妻がいると患者が依存的になると感じた	リハビリスタッフに相談した
		シャワー浴は自立を促すため、できるところは自分で行ってもらう必要がある	患者ができるところは、自分で行ってもらい見守った
		ADLを落とさないように関わる必要がある	セルフケア不足の看護計画立案
		患者の自立度を高める援助が必要	口腔ケアの自立を促す指導
		内服の飲み忘れがあったが、看護師が日々チェックすることで自己管理できると思った	内服は自己管理で看護師が確認した
		家族は患者が動けるうちは自分でさせたいという希望があり、患者も自分でできるという思いがあったので、患者への指導が必要	患者に喀痰吸引や経管栄養の指導を行った
	患者に自信をもたせる関わり	何か一つできるようになれば褒めると喜び、さらに自立度がアップしたと思っている	できるようになったことを褒めた
		自立を促す為できるだけ励ますことが必要	患者を励ます
	個々の患者に応じた工夫	患者がナースコールを押せずにパニックになることを把握したため対策を考える必要がある	口で押せるナースコールの他に色々試してみた
		本人はやる気があり病棟内は歩行できていたが、病棟外は認知症があり援助が必要	病棟内での歩行練習を見守り、病棟外は援助した。
	家族との関わり の困難さ(時間)	吸引・経管栄養の指導で困ったことは家族がやる気がなく面会にくる機会も少なく、家族への指導ができなかった事である	
		家族指導の結果を評価したくてもプライマリナースが不在で家族の反応を見られなかった。	
		家族の面会が少なく退院に向けて家族との関わりが十分に取れていなかった	
		家族が関われる計画を立案・実施したが、家が遠く家族と関わる機会が少なく、身につけていないことが多いと思う	家族が関われる計画を立案・実施した
		家が遠く、家族が来られなかったため、内服指導は退院の日に行なえなかった	退院日に家族に内服指導した
		家族との情報交換ができず、退院後に夫が介護しすぎていないかという心配がある	
	患者家族との関わりで不足と感じたこと	実際ケアするのは妻だが患者にばかり目がいき妻への負担を考えていなかったため家族にも目を向けた関わりができた良かった	
		家の構造の情報収集できていれば、具体的なアドバイスできたのではないかと	
		在宅での生活状況や問題点等の情報収集が不足していた	
患者を手助けしすぎても家で困るのではないかと考えていなかった			
患者との関わりでもっと話を聞いてあげる時間があればよかった			
患者が悲観的で内にこもる人で、介入してほしくなさそうだったが、もっと違うアプローチの仕方があったのではないかと考える			
精神面での統一した関わりは難しいと思い看護計画は立てられなかった			
家族へのトラブル 予防の指導	褥瘡予防のために座位時に座り直しや体位交換が必要	座位時の座り直しや体位交換の必要性を説明した	
	尿道バルーン留置中であり尿路感染や脱水予防の指導が必要	患者家族に一日の飲水量を具体的に提示した	

家族への指導		ADL維持のために食事は患者ができるだけ自力で摂取するように家族指導が必要	患者が自力で食事摂取するように家族に説明した		
		患者のADLの状態や転倒予防など今後の問題点を、家族に伝えることが必要	ADLの状態や問題点を家族に伝えた		
	家族へのトラブル対処の指導		困ったことがあれば病棟に連絡して良いことを伝えることで、安心感を与えられると思った	何かあったら病棟に連絡するように伝えた	
			退院後の状態悪化やトラブルの対処について説明が必要(発熱・PEG・発赤出血・痰づまり等)	トラブルの対処は退院療養計画書やパンフレットで説明	
			在宅でのうまく吸引できるか痰がつまったりしないか不安があったので、吸引の練習と緊急時の連絡体制について説明することで不安が軽減すると思った	吸引指導の実施と緊急連絡体制の説明	
			胃瘻があり家族患者への薬の作り方や投与時間等の指導が必要	家族患者に薬の作り方・投与時間を指導した	
	家族への技術指導		胃瘻の管理についてパンフレット作成と早めの指導が必要	胃瘻管理についてパンフレット作成し、早めの指導	
			経管栄養・吸引など処置の指導は家族を含めた指導が必要	患者家族に指導した	
			自宅で使用するものを使って実際に実践しながら指導する方が良いと思った	実際に自宅で使用する物品を購入後に指導した	
			家が遠かったので、前もって予定を立てた指導が必要	家族への吸引指導は日程連絡し予定通り指導した	
			内服薬の作用・副作用・投与時間・溶解時の注意点の説明が必要	内服の作用・副作用・投与時間・溶解時の注意点を説明	
	家族への内服指導		患者は内服忘れがあるため家族に服薬確認を依頼する必要がある	家族に服薬確認を依頼した	
		家族への指導の評価		家族が協力的で退院指導がスムーズに進んだ	
				介護者が妻と娘の二人であったため、吸引指導はほぼ習得できた	
	退院後痰がつまった時に救急外来を受診した事から、緊急時の連絡体制を説明した事は効果があった				
状況の内服把握	内服管理状況の把握	入院前の内服管理状況の情報収集の必要	夫が内服管理しており入院中は看護師管理とした		
		理解力があり内服は自己管理できると把握	患者管理とした		
在宅環境の把握	在宅での生活空間の把握	ADL低下がある場合に、自宅の生活環境の情報収集する必要がある	自宅の生活環境を情報収集		
		自宅での生活をイメージし退院後必要なものを考える(ベッド・ポータブルトイレ)	退院後自宅で使用するものについて情報収集		
		在宅にある物を利用するよう提案	点滴棒の代わりにハンガーを使用		
	在宅での生活パターンの把握	入院前の生活パターンを知りそれに合わせる必要がある	入院前の生活パターンを情報収集		
		自宅での生活習慣に関する情報が必要	自宅の生活習慣を情報収集		
		経管栄養のタイミングを自宅での生活時間に合わせる必要がある	経管栄養は家族の食事時間に合わせて良いと説明		
	社会資源の把握	入院前の社会資源の情報をとり、退院時にも必要な社会資源の活用を考える必要がある	退院後のサービスの内容を情報収集		
		利用できるサービスを把握するために介護認定の情報が必要	介護認定の情報収集		
	在宅での介護力の把握	患者の経過が長いため妻は患者の病状や進行具合を理解できており前向きな姿勢であると思っている	介護者の姿勢と理解度に対する情報収集		
		娘や訪問看護師がいるので不安はなかったと思っている	誰が介護するかを情報収集		
		夫がしっかりしており、家に帰ってからは夫の助けがあると思っている	誰が介護するかを情報収集		
		何人家族で誰が主介護者が情報が必要	家族構成と主介護者を知る		
	在宅環境の情報収集不足		介護者の健康状態を知る必要がある	家族の健康状態を知る	
			排泄介助がいるが、退院後どうするか情報は認識していない		
		寝たきりであり、自宅での環境の情報は必要と考えなかった			
		社会資源の活用については情報をとっていない。			