

## 脳血管障害患者・家族に対する退院支援の検討

～在宅に退院した患者・家族の事例を通して～

岡田沙耶香<sup>1)\*</sup> 安木麻里江<sup>1)</sup> 藤内益美<sup>1)</sup> 関山宏美<sup>1)</sup>

1) 国立病院機構鳥取医療センター看護部 3 病棟

### Discharge support for patients with cerebrovascular disorders and their families – Patients and their families receiving in-home health care services after discharge –

Sayaka Okada<sup>1)\*</sup>, Marie Yasugi<sup>1)</sup>, Masumi Tohnai<sup>1)</sup>, Hiromi Sekiyama<sup>1)</sup>

1) The 3rd Ward, Department of Nursing, NHO Tottori Medical Center

\*Correspondence: byoutou3@tottori-iryu.hosp.go.jp

#### 要旨

本研究は、在宅へ退院した事例を通して、入院中に行った退院支援を振り返り、今後のより良い退院支援の方向性について示唆を得ることを目的に、在宅へ退院した4名とその家族を対象に面接を行った。その結果、1、介護力低下に対処できるように、在宅での障害を予測した退院指導や情報提供が必要である。2、介護者への体調管理へも目を向けた退院指導を考える必要がある。3、患者の自宅環境、家族背景を十分に把握した上で、患者の自立度をアセスメントし、退院後の生活で起こりうる問題点を予測した退院指導が必要である。4、ストレス解消、不安軽減のために、入院中から、退院後に関わる専門職者が相談相手として信頼関係が築けるよう関わることが求められる。5、ケア会議を開催することで地域との関係が密になり、入院中から看護師の視点だけでなく、ケアマネージャーなど退院後関わる専門職者の多面的な視点で在宅療養に向けて情報を共有することが重要である。以上の点がより良い退院支援の方法として示唆された。鳥取臨床科学 2(2), 201-208, 2009

#### Abstract

By identifying how patients had been receiving in-home health care services after discharge, which is one of the outcomes of the discharge support system for inpatients, we could propose plans to provide better discharge support before the discharge of inpatients with cerebrovascular disorders (CVD). We interviewed four patients with CVD and their families receiving in-home health care services after discharge to know which family members are live-in carers; what in-home health care services and social welfare resources they have received; what assistance is needed for their daily living; what they worry about in their daily life, the problems and diseases they suffer from; from whom they take advice; and what discharge support they had received in hospital. As a result, we concluded: (i) we should make discharge plans and provide information for inpatients, considering any problems occurring at home after discharge, to provide enough in-home health care in case the ability of their family members to care for them decrease; (ii) we should make discharge plans, considering the health of family members who care for patients; (iii) we should assess the independence of patients in their daily life at home after discharge and predict any problems that will occur for patients and their families, based

on a full evaluation of their dwelling environment and familial background; (iv) we should establish a relationship of mutual trust with patients and their families when patients are in hospital, so that they will freely ask us for advice and subsequently become free from psychological stress and anxiety derived from the burden of daily care; and (v) we should have frequent care conferences to build closer relationship with the community and to share multiple aspects of discharge supports with professionals, including care managers, involved in the support system for patients after discharge. These issues are important for providing better discharge support for patients. *Tottori J. Clin. Res.* 2(2), 201-208, 2009

**Key Words:** 退院支援, 在宅医療, 脳血管障害, 患者家族; discharge support, in-home health care services, cerebrovascular disorders, patients' families

## I. はじめに

E病院のS病棟は脳血管障害の回復期リハビリテーションを目的とした病棟である。入院患者は90%以上が脳血管障害患者であり、そのうち25%は医療処置を必要とする患者である。中には、麻痺が残存し、日常生活に援助が必要な場合や、医療処置を必要とする状態のままで退院をするケースもある。E病院は、平成20年8月より脳卒中地域連携パスが稼働となった。また、同月より退院支援計画書を導入することで、入院中の退院支援や、地域との連携の強化を図って来ている。篠田<sup>1)</sup>は「退院支援の目的は、患者・家族が退院後も自立した自分らしい“生活の継続”を支援するとともに、病院は患者を入院させたならば責任をもって退院支援を行い、地域の社会資源に繋げるという責務を担うことである」と述べている。このことから、S病棟においても、患者・家族の不安が軽減され、安心して地域で生活できるように、支援しなければならない。現在、入院中より退院に向け、受け持ち看護師を中心に退院支援を行っている。その内容は、吸引や経管栄養、インスリン自己注射などの技術指導、薬剤師による薬剤指導、栄養士による栄養指導などであり、時に退院前ケア会議の開催も行っている。また退院時には、注意事項をまとめた用紙やパンフレットを作成して患者・家族に渡し、退院後に関わる専門職者に対しても、看護連絡表により情報提供を行っている。しかし、今までに退院した患者・家族からその後の情報を得ることがなく、自分たち

の行った退院支援について、振り返る機会がなかった。回復期から維持期へと移行する患者とその家族は、退院した後の生活の見通しを立てなければならない。しかし、発症前と後では患者の生活が変わるだけでなく、その家族の生活にも大きな変化をもたらす場合が多く、その決断は容易なことではない。

そこで、在宅へ退院した事例を通して、入院中に行った退院支援を振り返り、今後のより良い退院支援の方向性について示唆を得ることにした。

## II. 研究目的

入院中に行った退院支援を振り返り、今後必要とされる退院支援について明らかにする。

## III. 方法

1. 対象: 平成XX年4月～XX+1年6月までに在宅へ退院した患者のうち、研究に対して同意の得られた患者・家族で、E病院へリハビリテーションに通っている患者3名、レスパイト入院患者1名である。

2. 期間: 平成20年7月27日～10月3日。

3. 方法: 同意の得られた対象者・家族に対して面接を行った。場所は病棟の面談室や、外来待合室、リハビリ言語室など、プライバシーの保てる場所にて、看護師1名と対象者と家族(対象者が面接困難な場合は家族のみ)に行った。

4. 倫理的配慮

対象者には、事前に直接、または電話にて当