

入退院支援の場面での取り組み報告

「おうちに帰りたい」を叶えるために

～看護師の私ができること～



五稜郭病院の概要

- 許可病床数 : 480床
- 透析ベット数 : 50床
- 職員数 : 1,004名 (2023年4月現在)
- 外来患者数 : 891人 (2022年度 1日平均)
- 新入院 : 990人 (2022年度 月平均)
- 平均在院日数 : 11.9日 (2022年度 平均)
- 地域がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療連携病院
北海道DMAT指定医療機関、日本医療機能評価機構 認定病院

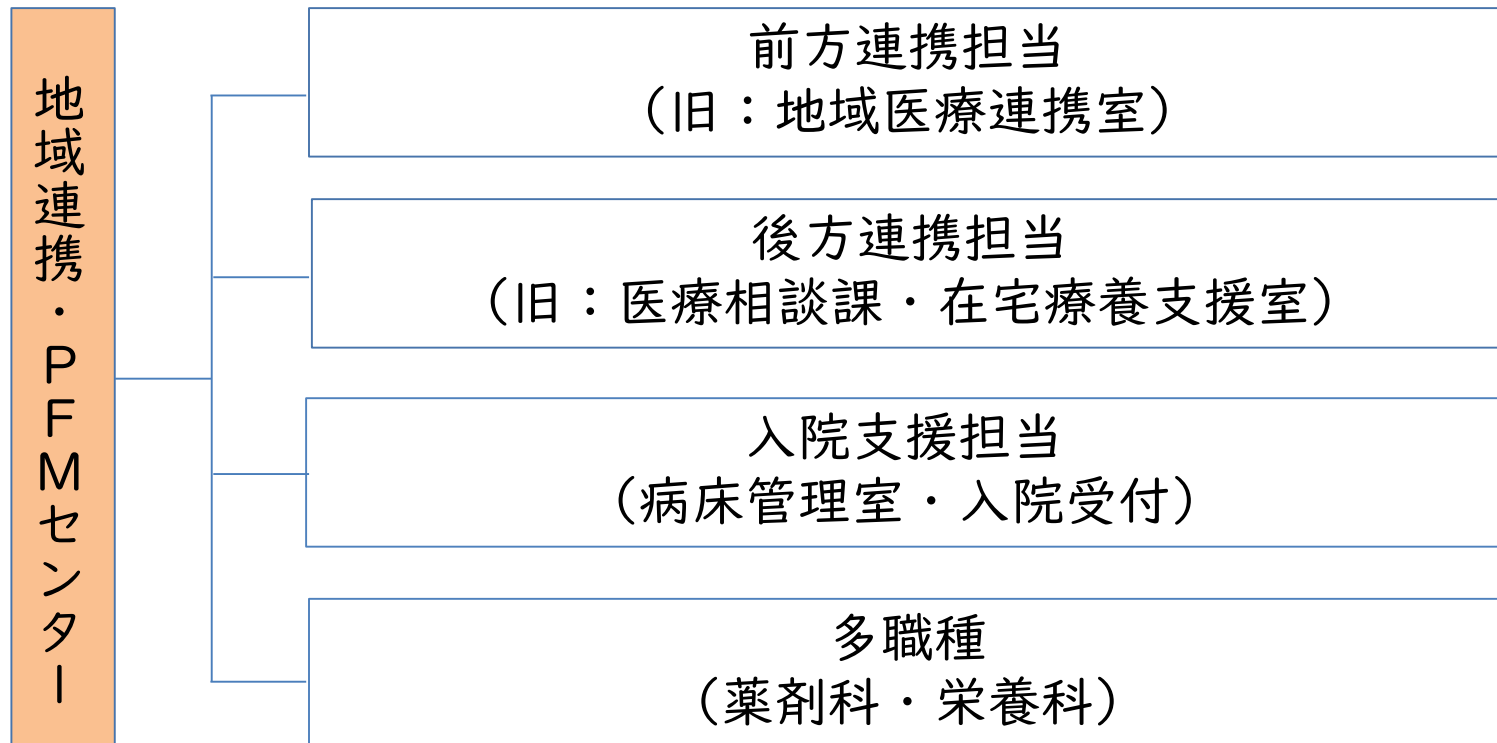


現在の当院の地域連携部門

(課題) 地域連携に関わる業務が分断されていて、院内外からその役割分担が非常にわかりにくい。



2023年4月 地域連携部門をセンター化



当院の地域連携部門

前方連携（事務員・保健師・看護師）

- ・ 地域の病院、クリニックからの紹介患者がスムーズに
- ・ 受診できるように事前調整を行う「事前外来予約」
- ・ 当日新規で来院された紹介患者の対応業務



後方連携（社会福祉士・退院調整看護師）

- ・ 外来通院患者のかかりつけ医、緩和ケア移行患者の療養場調整
- ・ 在宅医療・介護の情報提供や調整
- ・ 入院患者の退院調整（転院・施設調整、在宅調整）
- ・ 医療費、社会保障などの相談対応



当院の退院支援の歩み

退院後の不安 看護師が助言

函館五稜郭病院 サポート室開設

「退院後の不安を解消するため、相談窓口として退院サポート室」を院内に開設した。母体のベテラン看護師が中心となり、退院後にケアが必要な患者に対して、退院後の生活と視野に入れた助言などを提供する。院内では初めて試みた。

(高田未登里)

一定期間に集中的な助言を行い、短期間で退院を促す。退院サポート室の役割を担う同病院は、年間1万4千人ほどの入院患者がいる。退院問題によって退院後の不安を訴える患者の相談は年間500件ほどあり、入院患者の1割は不安なまま退院していくのではないかと同病院は推測する。

「退院の段階からサポートセンター内に1日開設した退院サポート室は、入院患者の個人情報を基に、一人ひとりの高齢者など退院後もケアを必要とする患者を探し出し、看護師

が患者にない段階から積極的に声を掛ける。具体的には、勤務経験10年以上の看護師が輪棟に出向き、リハビリや訪問看護などに関する患者の相談に要する。看護師はシレンマを駆使して、退院を促す。看護師はシレンマを知り、退院がきめ細かなことでも、患者が安心して退院できるような環境を整えた」と話している。

退院サポート室の2人の看護師が入院患者に丁寧に助言する様子

2010年 函館市内では初！！

退院支援業務を専従で行う看護師を2名配置

しかし・・・

何をする看護師？
院内・院外でも認知されていない現状

退院支援部門が出来た当時・・・

「患者を早く帰すのが仕事だろ！
だったら早く帰せばいい！」

「こんな状態で家でみれるわけない！
無理無理！転院しかないよ。」



がん患者、医療処置がある患者etc、療養場の説明をする際に
在宅の選択肢を提示する医師は殆どいなかった。

退院支援部門が出来た当時・・・

私自身も何もわからない中からのスタート！！

- 退院支援って？
- ケアマネジャーって？
- 介護保険って？

少しでも理解を深めようと

- 積極的に院外の研修会などに参加
- 退院支援に関する専門書を沢山購入



そこで

病院外で患者を支援する多職種の方との出会い

特に訪問看護師ってすごい！（スキルやパワー、患者に対する思い）

病気や障害を抱えた市民の生活を知った

病院看護師がすべきことを考える日々

退院支援部門が出来た当時・・・

今後の治療、療養場所を検討するにあたり、情報を得る機会が少ない

- ✓ 家に帰りたけれど、これから痛みなど辛い症状が起こるのではないだろうか
- ✓ 家に帰ったら必要な医療を受けられないのではないだろうか
- ✓ 家族の負担は増大するのではないだろうか
- ✓ 寝たきりだし、家は無理だよ
- ✓ 家に帰りた、連れて帰りた。でも不安。どうしたら良いの？
- ✓ 誰に相談したら良いの？
- ✓ どこに相談するの？

父の病気を振り返って

【私の父の場合】

胆管癌で治療を継続していたが、そろそろ治療が厳しくなってきた年末。年が明けたら在宅医療の体制を整えて、自宅で看取る準備を進めようと考えていた。

父はお正月に家族みんなが集まって、孫にお年玉をあげる事を指折り数えては楽しみにしていた。

1月2日 孫たちが集まりお年玉を渡した数時間後、父から「もう病院に行く。」と病院に向かう時には自力で歩けず。

入院して数時間後、私は一度自宅に戻り再度病院へと向かっている途中、母から電話があり「お父さん今息が止まったよ。」と。最後の時に、父の側についてあげれなかったことが今でも後悔・・・



父の病気を振り返って



患者・家族が病気を抱えながら生活していく時に、少しでも後悔しない選択ができるように、積極的に情報提供をしていく必要がある。

特に、がん患者においては、ある程度

体調の良い時から早めの情報提供を！！

退院支援、退院調整とは

退院支援は「患者・家族の意思決定支援」

- ✓ 患者さんやその家族が、この先病気を持ちながら、どのように生きていけばよいのか
- ✓ 最期の療養先をどこにするのか
- ✓ 自宅に帰るのか、転院するのか

何らかの選択ができるように支援する。患者さんや家族の意思は揺れ動くことがまれではないため、患者・家族の意思を尊重しながら支援する一方で、生活上の問題を解決するために、多職種と協働して生活上の問題に対して自立支援を行います。

退院支援、退院調整とは

退院調整は「患者・家族の意向を踏まえ、その後の療養環境を整える」

- ✓ 患者の自己決定を実現するために、意向を踏まえて、環境・ヒト・モノを社会制度や社会資源につなぐマネジメントの過程
- ✓ 具体的には、地域の医療機関や介護保険サービス事業所などとの連携・調整

退院調整に関して、「病院から追い出すことを目的としている」というイメージを持っている方もいるが、本来の目的は「患者さんや家族がより良い選択をして、退院後、その人らしく過ごすことを手助けする」ことです。決して病院が患者さんを追い出すための「調整」ではありません。

入退院支援における看護師の役割

退院支援において看護師の大きな役割は、看護の専門性を持って患者さんの心身とともに生活をみる力を活用して、患者さんや家族の意思決定支援を行うことです。そして患者さんや家族、地域の持っている力を最大限に引き出しながら継続性を持って支援することが大切です。



腎不全終末期の退院支援

腹膜透析は・・・

血液透析に比べ、通院回数も少なく、自宅で出来る治療で、自分で出来ない場合も家族や訪問看護のサポートがあれば最後まで自宅で続けられる治療です。

自宅で出来る治療にも関わらず、数年前まではほとんどの患者が最期は病院で迎えるしか選択肢がありませんでした。

その理由としては、腹膜透析患者を診てくれる在宅医がない。

腹膜透析というだけで施設や介護サービス事業所などから敬遠されていたからです。

⇒地域で腹膜透析患者をみる体制が十分に整っていなかった。

腎不全終末期の退院支援

～地域に腹膜透析患者をつなぐ、

体制構築に向けての取り組み～



- ケアマネジャー対象の研修会
- 地域の訪問看護・Ns対象のセミナー『道南地域における腹膜透析の役割』
- 地域の療養病院対象のセミナー『道南PD（腹膜透析）連携セミナー』
- 訪問してくれる医療機関の開拓



ここ数年で腹膜透析患者の
在宅看取りが可能となった！！

腎不全終末期の退院支援（事例紹介）

- A氏：80代 女性
- 独居、KP：長女
- 介護保険未申請（入院中に申請：要介護5の認定）
- 2019年より腹膜透析導入。自己管理は可能であったが、導入初期より、訪問看護を導入（1回/週）し外来フォロー。

【退院支援に至るまでの経過】

- 2022年12月に細菌感染症で入院。
- その後、コロナ感染や出血性胃潰瘍を併発。
- 不穏せん妄などあり、夜間頻回になースコールを押したり、大声で叫ぶこともあり、精神科リエゾンチーム介入し薬剤調整行う。
- 食事摂取は困難で高カロリー輸液管理（24時間）。
- 著しくADL低下、ベット上。
- 腹膜透析から一時的に血液透析に移行。

腎不全終末期の退院支援（事例紹介）

入院から3ヶ月後、主治医より長女へ病状説明と今後の療養場について説明。

- 血液透析に完全移行し転院調整

OR

- 腹膜透析を再開、訪問診療や介護サービスを導入し自宅退院

長女は、自宅退院を希望された。

本人・長女の想い

本人

「家には帰りたいたいけど、娘には迷惑をかけたくない」

長女

「母が帰りたいたいって言うので、家に連れて帰る事しか考えてません。まだ、看取りとかまでは考えられません。母が病院に戻りたいと言えば、その時はまた入院出来ればと思います。父が亡くなってからは母と2人で頑張ってきました。母とは戦友なんです。数年前から一緒に住む家の建て替えを進めていて、その家がやっと完成したんです。母と一緒に考えた家なので、連れて帰ってベットから海を見せてあげたいんです。」

退院支援の関わり

自宅退院に向けて退院調整開始

- 訪問診療の依頼

※腹膜透析に関しては管理料の問題もあり引き続き当院でフォロー、点滴管理や内服管理などは訪問Drに依頼

- 訪問看護ステーションとは、訪問回数等について相談

- ケアマネジャー（新規で依頼）には、長女の不安軽減のため、退院前カンファレンスの前に一度病院に来て頂き、本人の状況確認と長女の希望を確認した上で自宅訪問。福祉用具の準備や介護サービスの調整を依頼。

- 病棟Nsと長女への指導内容のすり合わせ

（娘へ腹膜透析の手技指導、体位変換、日常ケアなどについて）

退院カンファレンスでの決定事項

- 訪問診療：1回/週 緊急時は24時間365日対応
- 当院受診：1回/月 長女のみ受診。腹膜透析をフォロー
- 訪問看護：1回/日（連日）訪問 高カロリー輸液の管理
- 腹膜透析：3回/日 長女が管理
- 訪問介護：2回/週 身体介護
- 訪問入浴：1回/週
- 訪問リハビリ：退院後落ち着いたら検討

2023年4月3日 自宅退院

退院後の経過・・・Medikaの記録

年	月	日	今日へ移動					
03(月)	07(10(月))	07(17(日))	07(24(日))	07(31(日))	08(07(日))	08(14(日))	08(21(日))	08(28(日))
07/09	- 07/16	- 07/23	- 07/30	- 08/06	- 08/13	- 08/20	- 08/27	- 09/03
						👤👤👤👤	👤	
						💊💊💊💊	💊💊	
						🍷🍷🍷	🍷	
						🏠	🏠	
						👤	👤👤👤👤	
						👤👤👤👤	👤👤	

訪問診療

[2023-05-11 15:40] その他の医療従事者による
「定期訪問診療の報告です」
記録者: [] クリニック []

BP116/90 P87 99%

体調問うと「良くない」と話されていますが先生の顔を見ると元気になるようです。嘔吐はやはり続いており胃のニヤニヤ感もでているようだと言っています。まずは明日からメトクロプラミド1Aを本体に追加して経過みることにしています。今日は先生と娘さんが「隅田川」を歌いその司会を本人が大きな声でしてくれました。来週は玉置浩二の歌をリクエストするなど元気な様子もあり。本日腎性貧血に対しミルセラ50μg施行しています。
次回訪問診療: 5/18 []

訪問看護 NS

[2023-07-24 11:05] 看護師ノート
[] の報告です。』
記録者: 訪問看護ST []

いつもお世話になっております。
明日五稜郭病院家族受診予定です。
血圧70~120台、呼吸不規則無呼吸混入あります。閉眼していること多く、倦怠感著明です。嘔気症状持続、嘔吐は時折ある程度です。尿量5~60ml混濁尿で経過。仙骨発赤増強にてフィルム貼付にて対応中です。CAPD家族実施、総除水量594~930g、排液混濁ありません。2週間前頃より出口部じくつきあり、イソジン消毒+キュータス保護にて経過中です。以上簡単ではございますが、報告です。宜しくお願ひ致します。

PD外来NS

[2023-06-20 15:20] 看護師ノート
「PD外来受診結果報告」
記録者: 医療五稜郭病院 []

本日御本人ストレッチャーで来院されました。
PDカテーテル交換行いました。次予定は12月となります。

腰部X-Pとってもらいましたがカテーテル位置異常なく問題ありませんでした。

次回からまた娘さんのみ来院してもらい、検査データチェック、状態報告聞いていきます。

家が1番、娘さんが1番とおっしゃっていました。
家で穏やかに過ごされているようでよかったです。

いつもありがとうございます。
PD外来 []

訪問診療で先生が来るのを心待ちにしており、先生が歌うとブラボー！！と

退院から2ヶ月後

- 腹膜透析の管（カテーテル）交換のためストレッチャーで受診

A氏・長女へ自宅に帰ってみての感想を確認

A氏：「家が一番。娘が一番だよ。」

- 娘：「こんなに自宅で過ごせるなんて思っていませんでした。嬉しい誤算です。すぐ病院に戻りたいって言うんじゃないかと思っていたので。皆さんに手厚くしてもらって本当に感謝です。私の姿が見えなくなるとすぐ呼ぶし、夜も起こされたりするし大変なこともあるけど、退院してくれて良かったです。母との時間、介護を楽しんでいます。」

お家の力ってすごい！！と再認識することができた

事例のまとめ

数年前なら、高カロリー輸液、腹膜透析、寝たきりの場合、在宅で過ごす事は、ほぼ出来なかった。ましてや、療養場の説明時、在宅の選択肢を医師が提示することさえなかった。

地域の多職種の方の理解、協力が得られたことで、受け入れ体制が整い、今回のようなケースでも自宅で過ごすことが可能となった。

そして、退院したら在宅医に全てお任せではなく、場合によっては今回のように、病院医師も継続して関わることで、かかりつけ医が二人いる安心感も在宅療養を長く継続していくためには必要だと考える。

地域・病院、患者や家族と関わる多職種が、患者・家族のためにどうしたら良いか考え行動していったことで良い方向に変化しつつある。

医師の変化

「この地域は訪問診療
行ってくれる？」

「なんとか家に帰してあげたい。
どんなサポートが受けられる？」

「家で管理しやすいように点滴も
調整しないとね。」



成功事例などを通して、医師にも変化が見られた事が何より嬉しい・・・。

経験を重ねて気づいたこと

一番変わったのは私自身かも・・・

今までは、日々の業務に追われ、患者・家族の想いをゆっくり聞き
ていただろうか。家に帰ってからのこと、今後の事、病気のこと、
どう思っているのか聞くことができてたかな。

そんな、大切な事に気づかされた13年。

様々なケースを通して、沢山の事を学び、沢山の失敗もあった。

自宅で看たいという家族の希望に沿えない事もあったり・・・

あの調整でよかったのか、もっとこうすれば・・・

今でも振り返って考えることがあります。

看護師の私ができる事

入退院支援において看護師の関わりはとても重要であるが、当院はまだまだ課題も多く発展途上な状況である。

様々なケースを通して、得た知識や経験を自分だけで終わらせるのではなく、院内看護師が多忙な業務の中でも、「患者・家族の生活」を見据えた関わりが出来るように、

- 院内研修や日々のカンファレンスを通して、院内看護師へ啓蒙
- 業務の効率化等（退院支援・調整が必要な患者を抽出し今まで以上に早期に介入できるシステムの再構築） 退院調整部門でも検討

そして、患者・家族のために地域への橋渡し役として、今まで以上により良い連携が出来るように努めていく必要がある。

看護師の私ができる事

- ◆ 入退院支援は早期に取り組むことが大切だが、結論に至るまでに悩み揺れる患者さん・家族の気持ちを支える事が本当の役割。
- ◆ 患者・家族にとっては「退院」が目標ではなく、「安心・安全に生活できる」事が目標。

病院と地域のより良い連携を求めて

地域全体で患者さんが安心して生活できる、切れ目のない医療・介護サービスを提供していくためには、各専門職が地域全体を見据える視野を持ち、目的を共有することが不可欠です。

今後もより良い連携づくりを目指し、患者・家族の「お家に帰りたい」を叶えるために、今後も皆さんと一緒に頑張っていきたいと思っています。

