

セッション6 退院支援における家族看護の役割

在宅移行期の患者家族への関わりを検討する

高見紀子¹⁾、日本家族看護学会 研究・教育促進委員会

1) 東海大学医学部付属病院

入院前や入院早期より退院支援を行い在院日数の短縮化を促進することは、急性期病院にとって重要な課題である。しかし、病院経営に重点をおくことによって、患者家族の意思を尊重することなく、退院や転院の方向性を決定していることも少なくないと考えられる。患者家族と医療者が互いに満足の得られる退院調整を行っていくためには、患者家族のニーズの把握と意思決定の促進、他職種や地域医療機関との連携を行っていく必要がある。

今回、家族看護を学び、在宅移行期を支援する看護師として、退院に向けた患者家族への関わりについての課題を明確にし、退院支援における家族看護の果す役割、アセスメントや介入方法について議論したいと考えている。

<東海大学医学部付属病院の実践>

在宅医療室は、看護師4名と事務職1名で構成されている。業務内容は、主に退院に向けた院内の調整と地域医療機関との連携、在宅移行期の患者家族への支援、訪問看護の実践である。転院調整は主にMSWが行っている。退院調整の依頼は、医師や看護師からされるが、患者家族が直接来室し相談することも多い。退院調整は入院前や入院早期より行うことが重要であるが、調整を依頼する医療者のアセスメントによっては介入時期が遅れることもある。特に治療をする場である病院と療養をする場である在宅では、医療者の意識が異なっている場合が多い。治療のみを考慮した援助を行った場合、家族のニーズや介護力などの背景は捉えずに一方的な退院指導や調整を行う可能性が高い。当院では、入院前にアナムネを聴取する専門の看護師によって、早期よりの介入が必要とアセスメントされた場合には、在宅医療室の看護師が入院時より介入を試みており早期の対応を行っている。しかし、介入する看護師の価値観や援助方法によっては、患者家族の満足のいく調整が出来ない場合がある。患者家族の持っている家族の歴史や価値観を考慮したアセスメントを行い、家族の力を最大限に引き出せるような介入をすることによって、今後の退院調整をスムーズにすることが可能となる。また、在宅療養時の家族の問題解決能力を引き出すことができ、円滑な在宅療養を送ることができるが、当院内での家族看護の浸透は出来ていないことが現状である。森山らは、「退院支援は看護師の重要な責務であり、円滑な退院だけではなく、退院後の患者・家族の生活の質を高めることを目的に行うものである」と述べている。

最近、医療依存度の高い患者家族が多く、退院調整に関して「病院から追い出される」と捉え、拒否的態度を示すこともあり医療者が戸惑うことも多い。そのため、患者家族の意見を尊重しつつ、患者家族に巻き込まれないために、医師、看護師、訪問看護師、ケアマネージャーなどを含めたカンファレンスを行うように調整している。退院調整は一人で行うことは困難であり、病棟単位、病院単位で家族アセスメントをすることが必要である。看護者としての役割を明確化し、他職種との協働を継続して行わなければならない。また、その地域に存在する問題も考慮することも必要である。今後も家族看護の学びを深め、在宅移行期に退院調整をする看護師としての役割を検討していきたい。