

## 介護療養型医療施設での患者家族への支援

坂田直美 岩崎佳世 古田さゆり 宮本千津子(大学) 西村しのぶ 野村浩子 無雁尚子 竹之内洋子  
(高山厚生病院) 広瀬美佐子 飯村妙子 川合淳子 菊池スミエ(愛生病院) 笠原敏子 三島有子  
荒深秀子(前 愛生病院) 辻尚子 若山由美子 小林明美(聖病院) 堀直子(前 聖病院)

### I. はじめに

本研究は、介護療養型医療施設に入院している高齢者の QOL の維持・向上を図るための家族支援方法を検討することを目的に、それぞれ共同研究者の所属する施設の課題に取り組んできた。

この取り組みは、年度毎に各施設の看護部が家族支援に関わる目標と計画を立て、その目標を達成するために数ヶ月に1回検討会を行い、各施設の看護職と大学教員が意見交換し検討を重ねながら、実践現場の家族支援の改善を図るものである。また、この取り組みは、各施設の看護部と協同して行ったものであり、対象となる患者家族に不利益がないよう十分配慮した。尚、取り組みの過程で調査等を行った際には調査の趣旨を説明し、個人が特定されないよう配慮した。

今年度は年度途中において共同研究者の異動があり、1施設においては病院側の状況が厳しく共同研究に取り組むことができなかった。そのためA病院で取り組んだ「短期在宅療養支援」とB病院が取り組んでいる「家族会」について以下に報告する。

### II. A病院の取り組みについて

#### 1. 病院及び入院患者の概要

平成17年2月、C市は9町村と合併し日本一広い市となった。しかし、森林率92.5%で人口はおおよそ9万7千人となっている。盆地からは北アルプスが一望でき日本海に流れる宮川と、太平洋側へ流れる飛騨川に沿って集落が散在している。冬季の寒さは厳しく1年間の半分は暖房を必要とする生活である。C市の高齢化率は、23.5%で(H.16)あり介護保険の施設利用者も年々増加傾向にある。

当院は平成14年12月、国立療養所から経営委譲され、介護療養型医療施設として再スタートした。

療養病床は2棟で100床ある。内、医療保険適用病床30床、介護保険適用病床70床で構成されている。病床利用率86%、平均在院日数、医療：66日、介護：141日である。

転入先別にみると、在宅からが75%、病院から

21%、老健施設等から4%である。入院患者の平均年齢は78歳、要介護度区分は、5が50%、4が18%、3が14%を占めている。

#### 2. 療養支援方針及び看護部の理念

##### 1) 療養支援方針

- ・介護保険施設の中で最も医療依存度の高い患者様にご利用いただく施設である。
- ・その人らしく生活していただける様、プランに基づいて支援を行い、地域との交流を深め生活の質の向上を図る。
- ・医療依存度が軽快し在宅療養が可能なレベルに回復したら、自宅もしくは他の施設へ移動していただき、新たな医療依存度の高い患者様に入院していただく。

##### 2. 看護部の理念

「患者本人の意思決定を尊重し、その人らしい生活が送れるよう支援する。」

その人の生活の仕方を大切にしながらその人の持つ力を最大限、発揮できるような支援を日々の生活の中で実践する。

#### 3. 短期在宅療養支援の取り組みの背景

A病院では平成15年度から、短期在宅療養支援への取り組みを行っている。この取り組みを始めた背景には以下のことが挙げられる。

- ・一般病院や施設から入院する患者の大半は発症後一度も自宅へ帰ったことない。
- ・家族の中には最初から在宅療養は無理だと思い込んでいるケースが多い。
- ・外泊時の居宅サービスなどの社会資源は全額自己負担になる為、家族の経済的負担が大きく賛同が得にくい。
- ・退院であれば居宅サービスを最大限利用することが可能である。
- ・家族は、自宅退院後に介護困難になった場合、入院・入所先に不安を抱いており、それが自宅退院を困難にしている。

#### 4. 短期在宅療養支援の概要

短期在宅療養支援とは、2週間以内の在宅療養を計画的に行う退院支援の一方法である。

##### 1) 目的

- ・患者の自宅に帰りたいという願いに家族と協働して答える。
- ・家族が患者の願いに答えることの意味や実現の可能性を再考し、在宅生活への前向きな姿勢を引き出す機会とする。
- ・自宅に帰ることで患者の生きようとする力をエンパワーし、人生終末期にある高齢者の生活の質の維持、向上を図る。

##### 2) 短期在宅療養支援プログラムの特徴

- ・在宅療養期間は患者及び家族が決定でき、退院時に再入院日の予約をすることができること。
- ・在宅療養中に居宅サービスが利用できること。また、ケアマネジャーのサポートや主治医の訪問診療が受けられること。

##### 3) 対象者

家族が3ヶ月以上の在宅療養は不可能と判断しているが医師、看護師は短期間であれば可能であると判断した人の中で、当プログラムに本人・家族が賛同した人。

##### 4) 対象の選定基準

- (1)病状が安定しており、医師からの退院許可が下りていること。
- (2)介護者が夜間休養できる患者の状態であること。
- (3)患者の「家に帰りたい」という願いや意思は必ず確認できるとは限らない、また、家族への遠慮もあるため本人・家族の強い拒否がない限り勧めてみる。
- (4)在宅介護が可能な家の構造であること。
- (5)居宅サービスにも限度があるので少なくとも家族で対応できる介護量であること。
- (6)日頃、頻りに面会があり患者に対する愛情が伺える家族介護者がいること。

#### 5. 平成17年度の取り組み

##### 1) 当院の「療養支援方針」の成文化

昨年度の反省として、短期在宅療養支援を勧めるにあたり、当病院の療養支援方針が明文化されおらず、患者・家族に療養型病床病院に対する理解が得られていないことがあった。そこで、共同研究者

が平成17年6月、管理者会議に出席し、「短期在宅療養支援」の目的等を説明し、療養支援方針を成文化し「病院案内」パンフレットに記載することの了解を得て作成した。これは、入院説明時等に活用している。

##### 2) 「短期在宅療養支援」のプロセスと役割分担の明確化

###### (1) 「短期在宅支援プロセス」作成

対象者か否かの判断をする為に以下の項目を順に確認する。内容は、病状、医療依存と訪問看護と介護者の知識・技術、本人の意思、家屋構造、介護の必要性、居宅サービスの資源、家族（介護者）の考え、介護能力について。

###### (2) 「短期在宅療養への動機付けプロセス」作成

内容は、「在宅療養支援」の目的と【在宅療養への家族の不安を受け止め、決して強制しない】というこのプログラムを勧める際の基本的態度を明記しアプローチを行う時期、内容、手段、方法、注意事項、配慮、担当者を記載したものである。

###### (3) 対象者の選定基準を明らかにし、成文化する。

これに関しては、「短期在宅支援プロセス」に沿っていくつかの症例を検討しながら現在作成中である。

###### (4) 短期在宅療養中の介護状況の把握について

「患者様ご様子カード」を作成し、療養生活の状況を記入していただいた。再入院時に病棟師長が聞き取りを行いながら回収し病棟スタッフに情報提供した。

###### (5) 「在宅サービスマップ」の作成

「居宅サービス事業について」と「高山市の居宅サービス事業者」について看護・介護職全員で調査・学習しファイル化した。現在それを基に病院の学習会で発表中である。

##### 3) 3年間の取り組みの評価を行う

#### 6. 3年間の「短期在宅療養支援」プログラムへの参加者の概要

「短期在宅療養支援」プログラムに参加した患者は、平成15年4月～平成16年3月までが16名（延べ28名）、平成16年4月～平成17年3月までが17名（延べ数36名）、平成17年4月～平成18年1月までが10名（延べ10名）で、3年間の参加者総数は43名（延べ103名）であった。

平均在宅療養期間は、平成15年度が9日間、平成16年度が7日間、平成17年度が7日間で、3年間の平均は8日間であった。

「短期在宅療養」プログラムへの参加回数は、1回の人が17名、2回の人12名、3回以上の人14名で、最高8回である。

参加者の性別と年齢は、男性17名、女性26名、年齢幅は55歳～95歳までで、最多年齢層は75～79歳と80～85歳であった。

要介護度状態別では、介護度5が21名、介護度4が13名、介護度3が5名、介護度2が3名、介護度1が1名であった。

主介護者別では、娘が14名、嫁が10名、夫・妻が各6名、息子が3名、その他が14名であった。

## 7. 3年間の取り組みの評価

### 1) 評価方法

面接聞き取り調査、または、質問紙調査の実施

(1)「短期在宅療養」プログラムに参加し、現在も入院中の患者・家族14名に半構造式の聞き取り調査を実施した。

(2)看護職・介護職・理学療法士・作業療法士・栄養士に無記名による構造式と半構造式混合型の質問紙調査を実施した。

(3)医師に半構造式の聞き取り調査を実施した。

### 2) 調査期間

平成18年2月8日から2月14日

### 3) 調査員

在宅療養支援に直接関わっていない当院の共同研究者

### 4) 回答者数(2月15日時点)

患者8名、家族10名から回答が得られた。

看護職員は20名中20名、介護職員は22名中15名、医師は3名中3名、理学・作業療法士は4名中3名、栄養士は1名中1名から回答が得られた。

### 5) 結果および考察

#### (1)患者及び家族の反応と課題

##### ①患者の反応と課題

・回答が可能だった人(言語障害があっても表情等で反応があった人も含む)は8名でその内7名が「良かった」「うれしかった」「笑顔でうなづく」などの反応が得られた。しかし、1名は「親戚・近所・同級生まで訪ねてきてありがたかったが疲れた。」と述べていた。

・「短期在宅療養に」に対する意見を述べたのは4名で、その内2名は「良い取り組みである」と評価していたが、2名は「娘に厄介をかけるだけ」「家内が死んだことが一番つらい、昼間は一人で淋しい」と述べており自宅に帰ったことが必ずしも良い体験になっていないことが推察された。課題としては、自宅に戻ったときの来訪者の調整について事前に家族と話し合っておく必要がある。また、再入院後は在宅中に患者が体験したことや想いなどをじっくり話せる場や再入院後のフォロー体制が必要である。

#### ②家族の反応と課題

・回答が得られた10名の内5名は最初に進められていた時の印象として「家に連れて帰りたいと思っていたので」と回答しており、主体的に参加していることが伺えた。

・また、この5名全員が「本人が喜んで」「表情がとてもよかった。」等とポジティブな変化を捉えており「つれて帰ってよかった。」と評価していた。5名は、「覚悟していたので抵抗はなかった」「仕方がないと思った」と回答しており、受身的、消極的な参加であったことが伺えた。しかし、その内1名は「家に帰ったらよくしゃべって本人は嬉しかったと思う」と述べており、「つれて帰って良かった」と評価している。残り3名は、「一度で沢山」と評価しておりいずれも本人の反応レベルが低く、表情の変化が乏しかったことから、自宅に連れて帰った事に意味が見出せなかったものと推察された。課題としては、対象の選定基準の見直しや、短期在宅療養の意味について家族と話し合う機会を設ける必要がある。

・帰宅中の介護で、困ったこととして、6名が排便時のオムツ交換に関することを挙げていた。1名は「何を言おうとしているのかわからなかった。それが一番怖かった」と述べていた。

・課題としては退院前に家族がオムツ交換やコミュニケーションの取り方などを学べるようなプログラムが必要である。

・9名が2回以上参加しているが初回参加時に「良かった」と評価している人は2回目以降も「良かった」と評価しており初回参加時に「一度で沢山」と回答した人は2回目以降も「できたら御免してほしい」と回答していた。これについては初回参加時の体験や自己評価を丁寧に聞き取り、2回目

以降の参加の呼びかけを考慮する必要がある。

### ③看護職・介護職の反応、医師や理学療法士等の反応と課題

#### (ア) 看護職・介護職の反応

- ・「短期在宅療養支援」の取り組みに対しては看護師は「良い取り組みである」と評価した人が18名中11名で「分からない」が6名であった。介護職も「良い」と答えた人が15名中11名あり看護職よりも多い傾向が見られた。
- ・自分の患者・家族の見方や世話の仕方に変化した事については、看護職は2つの病棟で回答内容に違いが認められた。主としてこの取り組みを実施してきた介護保険病棟は、全員が「変化あった」と答えており「家庭での生活を想定して看護するようになった」などの意見が聞かれた。介護職に於いては2つの病棟による違いは見受けられなかった。
- ・病棟の看護・介護の変化については、2)と同様に介護保険病棟では9名中7名が「変化あり」と答えており家族との関わりが増えたことや、他職種とのチームワークも図れるようになったという意見が出ている。しかし、「すぐに戻ってくるので工夫をしても、元に戻る」というようなマイナスの意見も見られた。
- ・工夫が必要なことや意見では、看護師18名中17名が答えており、「退院前訪問の必要性」や「面談時の情報交換の必要性」など、患者・家族も安心でき、受け持ち看護師も安心して在宅療養を勧めるためにも工夫が必要であるとの意見が出た。

#### (イ) 医師や理学療法等の反応

医師3名のうち1名は懐疑的でありこの取り組みの真の目的が伝わっていないことがわかった。

また、他職種においても十分この取り組みの趣旨が理解されているとは言いがたい回答であった。

## 8. まとめ

- 1) 「短期在宅療養支援」は入院生活が長期に及んでいる患者で今後も3ヶ月以上の在宅療養が望めない患者の「自宅に帰りたい」という願いに家族と協働して答えようとする試みである。
- 2) 平成15年から取り組み始め現在43名、延べ103名の患者・家族が当プログラムに参加した。
- 3) 平成17年度の取り組み課題のうち療養支援方

針、短期在宅療養支援のプロセス、動機付けプロセスは成文化することは出来たが、対象の選定基準についてはまだ成文化には至っていない。この選定基準については、今回実施した調査結果も踏まえて検討を加え成文化を図りたい。

- 4) 課題の一つであった在宅サービスマップの作成は、患者・家族の為だけではなく地域の社会資源に対するスタッフの関心と理解を深める上で有効な方法であった。今後は、全職員への周知と有効利用を図っていききたい。
- 5) 今回、当プログラムに参加した患者・家族、看護職、介護職、医師、理学・作業療法、管理栄養士に「短期在宅療養支援」に関する聞き取り、或いは、質問紙調査を実施した。その結果以下のような示唆が得られた。
  - (1) 自分の気持ちを表現できる患者や家族が在宅療養に主体的に取り組む姿勢のある場合は短期在宅療養は本人・家族にとっても意味あるものになっているが、反応レベルの低い患者の家族においては達成感よりも負担感のほうが強く、在宅療養への前向きな姿勢には繋がらない可能性が強く、再考の余地がある。
  - (2) 在宅療法時の来訪者への対応は、患者にとって喜ばしいことであるが環境の変化に弱い患者にとって負担となることを家族に伝えておく必要がある。
  - (3) 在宅療養中に家族が困ったこととして排便時のおむつ交換に関する事が多かったことから、在宅療養支援プログラムの中に介護技術演習を加える必要がある。
  - (4) 再入院後に患者・家族に在宅療養中の体験を聴取するなどのフォローアップ体制が必要である。特に初回退院時の介護体験がその後の在宅療養への態度に大きく影響することから丁寧な対応が望まれる。
  - (5) 「短期在宅療養支援」に積極的に取り組んでいる看護・介護職員は、患者・家族への関心が高まり関わりも深まったと自覚していた。また、家庭での生活を視野に入れてケアを組み立てるなどの変化が認められ患者のQOLの向上に向けた支援と発展していった。この事は、当プログラムが単なる退院調整ではないことを裏付けている。
  - (6) 「短期在宅療養支援」を病院全体の取り組みに

していくには、目標の共有化を図り職員個々が持っているアイデアや意味のある指摘、建設的な提案などを積極的に取り入れていく仕組みが必要である。

### Ⅲ. B病院の「患者会」の取り組み

#### 1. 取り組みの概要

B病院では、介護保険が始まると同時に介護病棟がスタートした。入院後は、家族が希望するまでお世話をするというのが病院の方針である。

患者・家族は安心して入院を継続できる施設であるが、入院生活が長期化するに伴い、家族の来院回数が減少し、寂しい思いを抱いている患者が少なくない。そこで、患者と家族、職員が接する機会を増やすため、家族との情報交換の場を設け、患者が楽しく安心した生活が送れるように、平成15年3月に「家族の会」を発足させ、3ヶ月に1回開催している。

#### 2. 平成17年度の取り組み

今年度は、6月、9月、10月、12月、3月の5回実施した。

テーマは、6月が「食事をおいしく食べましょう」

9月が「介護保険利用料変更の説明会」

10月が「秋の音楽祭」

12月が「身体拘束について」

3月が「患者と家族のふれあい物づくり」

参加者は、毎回家族が10名～20名程度であるが、徐々に参加者が増えており、介護保険利用料金の変更の説明会には35名の参加があった。また、秋の音楽祭は患者61名が参加し、患者・家族からも大変好評であった。しかし、「身体拘束」については、拘束という言葉が難しいなどの意見があり、もう少し工夫が必要であったと反省している。

毎回看護職が5名～10名、介護職が3～5名程度参加している。昨年に比べ、看護職の関心も徐々に高まり、参加者が増えつつある。

#### 3. 成果

- 1) 1年に一回は参加することを呼びかけ、回を重ねるごとに家族の参加人数も増えている。
- 2) 前年度から取り組んでいる「食事を楽しく食べましょう」のパンフレットを再検討して使用することができた。

- 3) 病院全体で取り組んだ「秋の音楽祭」は患者の笑顔が見られ、リズムを取る様子があり、大盛況であった。
- 4) 家族同士が話し合う姿が、以前よりも多く見受けられるようになった。
- 5) 看護師の声かけが多くなった。
- 6) 他部署の協力を得ることができるようになってきた。
- 7) 家族のみならず職員も学習の機会がもて、患者に一步近づいた感じがする。

#### 4. 今後の課題

- 1) 家族の参加人数を増やすとともに、開催方法の工夫が必要である。
- 2) 1年に1度は病院全体で取り組んでイベントを行う。
- 3) 家族からの要望には全員が応えられるようにする。

### Ⅳ. 共同研究報告と討論の会での討議内容

Q：医療保険病棟で短期退院を実施した場合、ケアマネとの関わりはどのような関わりをしているか？

A：介護認定を受けていれば、介護保険病棟と変わらない。どういうケアが必要かをアセスメントし、在宅サービスを入れてもらうことが必要。

Q：短期退院を実施した患者のその後について知りたい。実際に在宅に移行できたケースはあるか？

A：43名中：入院継続15名、死亡14名、特養6名、老健5名、在宅3名。この取り組みの目的は、在宅への移行だけでなく、患者及び家族支援となることも目的としており、退院への結びつきだけでなく、ターミナルをどのように過ごしていくかということ、患者・家族の生活を意識しながら病院で働くスタッフが関われるようにというねらいもある。また、患者・家族になぜ退院してもらおうのかという目的をしっかりと伝えていきたい。

Q：サービスマップとは何か？

A：短期退院を支援するにあたり、施設内で働くスタッフとしても在宅サービス事業の内容や、位置的な情報を知識として知っておく必要があった。スタッフ全員で分担し、在宅サービス事業内容の学習、及び市内の事業所名・住所等がわかるようファイルを作成した。しかし、作成にあたったス

スタッフにアンケートをとった結果、サービスマップと短期退院との結びつけは出来ていなかったことが分かった。

質疑応答後、最後に、家族との関係作りが重要であり、地域全体の取組みとしていくことが必要ということが話し合われた。