8 がんのリハビリテーション における退院調整の実際

Actual Discharge Adjustment in Cancer Rehabilitation

松本裕美子*

Yumiko Matsumoto

Key Words

退院支援／退院調整／がん終末期／連携／リハビリテーション

要旨 がん終末期患者に対し、退院支援・退院調整が浸透してきている。退院支援・退院調整は看護の力を発揮できる場面の一つであり、院内多職種との連携、地域の医療・介護スタッフとの丁寧な連携が必要不可欠である。リハビリテーションもまた重要な因子であり、がん終末期患者においてよりいっそう拡充していくことが望まれる。

はじめに

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年に向け、社会保障と税の一体改革の柱の一つとして、病床の機能分化・連携、在宅医療の推進、地域包括ケアシステムの構築がすすんでいる。その中で、退院調整は診療報酬上で評価され、退院調整部門の設置や退院調整看護師を配置する病院が増え、入院から在宅療養まで支援していく体制が整いつつある。都道府県がん診療連携拠点病院として、がん治療を行う四国がんセンター（以下、当センター）においても、地域との連携は重要であり、退院支援・退院調整はその一翼を担っている。

当院における退院調整

当センターの退院調整は、がん相談支援センターに所属する退院調整看護師が行っている。2014（平成26）年度の退院調整延べ件数は、退院調整看護師4名で約1,200件であり、転帰の内訳として、在宅43%、かかりつけ医連携18%、調整中の死亡12%、転院8%、中止8%、その他11%である。

在宅調整の多くは、予後1～3カ月のターミナル期患者であり、訪問診療・訪問看護・介護保険サービスなどの手配を行っている。かかりつけ医調整は、積極的治療中の患者に対し、体調不良時に地元でも診察が受けられるように、かかりつけ医と相談し連携をとっている。また、県外や市外からの患者も多く、最期を地元で過ごしたいという希望に応じて転院調整も行っている。しかし、残された時間がわずかな場合が少なくないため、調整中の死亡や調整中

* 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター看護部（〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲160）
E-mail: ymatsumo@shikoku-cc.go.jp

止も珍しくない (図 1)。

退院支援と退院調整

退院支援と退院調整は異なるものである。「退院支援」とは、患者・家族がこの先、病気をもちながらどのように生きていけばよいのか、療養の場所と生活の仕方を変えていかなければならないという大きな決断を余儀なくされている人々を包括的に支援するという機能であり、その方向性がある程度固まったところで具体的な社会資源につなげていくことが「退院調整」¹⁾である。退院支援・退院調整は、患者家族の自立を促す看護そのものといえる。

当センターでは、退院支援は病棟看護師が、退院調整は退院調整看護師が行っている。

1. 退院支援の流れについて

1) 入院時スクリーニング

アナムネーゼ聴取の際、ADL・日常生活自立度の状況、排泄経路状況、医療機器の利用状況、在宅での医療・看護・介護サービス利用状況、患者・家族の希望、家族や自宅状況、病状など総合的な状況からアセスメントする。入院後1週間以内に退院支援の必要性の有無を検討し、必要と判断された場合は、退院支援計画書を作成し、患者家族に説明する。このとき、患者・家族とおおまかなゴールを共有する (表 1)。

2) チーム医療の実践

まずは、抗がん剤治療や放射線治療、苦痛症状を緩和する緩和ケアなどが始まる。同時に、リハビリテーション (以下、リハ) による機能維持・廃用予防、栄養サポートチームによる栄養管理、褥瘡チームによる皮膚トラブル管理、臨床心理士による患者家族サポートなど、多職種が連携しながら介入する (図 2)。

3) 意思決定支援

患者家族の意思決定支援は退院支援の要となるところであり、治療と並行してすすめていく。

図 1 2014 (平成 26) 年度退院調整 (転帰)

表 1 入院時スクリーニング項目

- ① ADL・日常生活自立度の状況
- ② 排泄経路状況 (人工肛門・腎瘻・尿管の有無)
- ③ 医療機器の利用状況 (HOT・HPN など)
- ④ 在宅での医療・看護・介護サービス利用状況
- ⑤ 患者・家族の希望
- ⑥ 家族や自宅状況
- ⑦ 病状など総合的な状況

上記項目から総合的に退院支援・退院調整の必要性をアセスメントする。

図 2 院内多職種の連携

がん患者の退院支援は非常にデリケートである。なぜなら、患者家族の病状認識と現実との間にズレが生じていることが非常に多いからだ。「これ以上治療ができない」と医師から説明を受けていても、「自分の身体が、今後どのように変化していくか」「どのような経過をたど

るのか」を知らない患者家族が多い。そのため、退院の目標が「今よりもよくなった」「食べられるようになった」という、実現が難しいものになってしまう。それに加え、退院支援・退院調整が必要となるがん終末期患者に多い特徴として、予後が短い、高齢である、独居あるいは高齢夫婦、経済的に余裕がないなどがあり、症状が安定していても退院することを望まないということも少なくない。また終末期は、今までの人間関係やさまざまな問題が浮き彫りになってくる時期でもある。今まで良好にみえていた家族関係も、実は根深い人間関係が隠れている場合もある。

このように、さまざまな要因で退院が困難な状況に陥る。そこで重要になるのが意思決定支援である。まずは、患者家族が残された時間をどのようにすごしたいと思っているのか、それを実現するために気がかりなことは何かを情報収集する。これは、その人がどのように生きてきたか、どのような治療経過をたどってきたかという歴史を聞くことであり、たいへんプライベートな部分であるため、慎重な介入が求められる。そこから退院を阻害している要因が何かを把握する。病状認識のずれであれば、医師とも相談し病状説明の場をもうける。社会的・経済的な問題であれば、ソーシャルワーカーと協働し、制度の活用をすすめていく。家族関係やスピリチュアルな苦悩があれば臨床心理士とも協働する。しかし、解決できない問題や修正できない人間関係もあり、退院に至らないケースもあるのが現実である。

いずれにしても、意思決定をするには、患者家族自身がその問題と向き合うことが必要になる。われわれは患者家族の思いを聞き、時に助言をし、患者家族がそれらの問題と向き合うことを支え、意思決定を見守っている。

4) サービスの検討

患者家族の意思が決まれば、それを実現させるためのサービスを検討する。まずは生活環境を整えるため、必要な福祉用具を選定していく。リハスタッフともディスカッションしながら、電動ベッドや手すり、車いす、スロープなどを検討する。介護面では、ヘルパーや通所サービスの利用を検討する。医療面では、訪問診療や訪問看護の導入を検討したり、在宅酸素や在宅中心静脈栄養法を導入する。

2. 退院調整の流れについて

1) 連携先の調整

希望するサービスがある程度決まれば、連携先を調整する。連携先は、患者家族の希望を確認しながら退院調整看護師が調整している。地域包括支援センターやがん診療連携拠点病院の連携室、地域の医療機関や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などに問い合わせ、情報収集や連携依頼を行う。その際、麻薬管理が可能か、連日の訪問や夜間対応など必要な援助が提供できるかに、特に注意している。がん患者は医療用麻薬を使用する機会が多いため、連携先医療機関が使用可能な医療用麻薬を確認し、可能な範囲でローテーションを行う。また、必要時の入院対応（バックベッドの確保）も重要である。がんの終末期患者は急変の可能性が高いため、緊急入院できる体制が望まれる。当センターでは、緩和ケア登録を行い、緊急入院に対応できるようにしている。しかし、遠方のため当センターへの緊急入院が現実的でない場合は、近隣の医療機関に依頼することもある。山間部や島しょ部などの場合は、回数や時間に制限があり、十分なサービスを受けられない場合がある。その地域でどこまでの医療を受けることができるのかを確認し調整していく（図3）。

2) 退院前合同カンファレンス

連携先決定後は、退院前合同カンファレンス

図3 連携先の調整

を計画・調整し、開催する。患者家族はもちろん、院内からは主治医・病棟看護師・退院調整看護師・リハスタッフなどが参加し、院外からは連携の状況に応じて、連携先の医師や訪問看護師、ケアマネジャー、通所サービス施設のスタッフなどが参加する。病状や生活の状況、予定しているサービスを全員で確認し、お互いの役割を確認する。その際、家族が行うこと、たとえば車いす介助や歩行介助、在宅中心静脈栄養法の手技、褥瘡処置などの相談にのり、退院までに必要な手技を獲得できるよう支援している。

出血など急変の可能性がある場合は、カンファレンスの場で再度主治医から説明し、参加者全員で病状と急変時の対応方法を共有する。また、山間部や島しょ部では、救急車や在宅医が間に合わない場合があることを伝え、できることとできないことを理解していただくことも必要である。退院を目前にした患者家族は、「こんな状態で退院して大丈夫だろうか」と不安を口にしますが、これまでの努力を労い、不安な気

持ちを認めたとえ、今後も連携を図りサポートすることを伝え、意思決定を支える。

また、がん終末期患者の特徴として、予後が短いことがあり、自宅の準備やサービスの調整に十分な時間をかけられない場合がある。必要最低限の準備と連携を行い、その後は退院後の状況に応じて対応を変更することも少なくない。

退院後の調整

退院調整看護師のかかわりは退院後も継続していく。

1. 退院後の窓口

連携先のスタッフや患者家族からの症状相談や療養相談に対応している。がん終末期患者は症状が変化しやすいため、連携先と連絡をとり合い柔軟に対応できるようにしている。状況に応じて外来診察に同席し患者家族と面談したり、外来受診結果を連携先に報告している。外来で会う患者家族は「帰って庭を見ることができた」と喜ぶ場合もあれば、「予想以上に大変だ」

「悪くなるのが不安で怖い」と動揺している場合もある。患者家族の思いを聞き、努力を認め、自宅での生活を肯定的にフィードバックし、何かあれば相談や対応が可能であるという安心を担保する。そうすることで、不安やストレスを軽減し、小さな達成感を積み重ね、在宅生活の継続や在宅看取りにつながっていく。

2. 連携を深める

患者が在宅療養中も連携先と情報を共有し、急変や最期のときに向けてさまざまな準備をすすめていく。そして、患者の死亡後は双方のかかわりを振り返るようにしている。がんの終末期患者は予後が短いため、調整後数日で死亡される場合が少なくない。十分な関係性を築く間もなく看取りをむかえる連携先には、負担をかけてしまうことがある。介入のタイミングは適切だったか、必要な調整ができていたかを振り返り、今後に向けてさらに連携を深めている。

リハビリテーション医療への期待と課題

がん終末期患者が安全・安楽に在宅で過ごすためには、今の状態と今後起こり得る状態に備えた準備が必要になる。体力や機能をできるだけ維持することも重要だが、ベッドからの起き上がり動作、ポータブルトイレへの移乗動作、入浴介助方法など、退院までに患者家族が獲得すべき動作がある。転倒予防に配慮した福祉用具の配置や、動線を考慮した居室設定など、リハスタッフの意見が重要になる。

また、実際の自宅へ出向き、間取りや段差を体感し生活導線を考え、それに応じたりハや在宅生活の準備をすることは、より患者家族に即した調整をするために重要なことである。当セ

ンターでは、退院調整時に自宅訪問を行っているが、今後はリハスタッフと同行し、自宅の生活環境を確認しながら調整することも必要であると考え。退院後も、通所リハや訪問リハで機能維持や向上を望むことができれば、患者自身の自由度が増すだけでなく、介護者である家族の負担軽減にもつながる。がん終末期患者は医療依存度が高いため、通所サービスの受け入れが難しい場合があるが、今後よりいっそう、理解・協力が得られることが望まれる。

リハに対し、「よくなる」「できるようになる」「獲得する」という前向きなイメージをもつ人が多いが、がん終末期患者は、身体的・社会的・精神的に多くのことを失っていく過程をたどる。ありたい自分と現実の狭間で苦悩し葛藤し、時にいら立ち、誰かにあたってしまうこともある。そうした患者の状況を理解し、がん患者や家族の揺れに寄り添い、型にはまらず柔軟にフィットする心地よいリハが重要であると考え。

文 献

- 1) 宇都宮宏子 編：退院支援・退院調整 ステップアップ Q&A—実践者からの知恵とコツ。日本看護協会出版会、東京、2012
- 2) 篠田道子 編：ナースのための退院調整—院内チームと地域連携のシステムづくり。日本看護協会出版会、東京、2007
- 3) 住宅医療テキスト編集委員会 企画・編集：在宅医療テキスト。公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団、2013
- 4) 岡田晋吾、田城孝雄：地域医療連携・多職種連携。中山書店、東京、2015
- 5) 櫻井尚子、渡部月子、臺 有桂 編：在宅看護論—地域療養を支えるケア。メディカ出版、大阪、2006
- 6) 武藤正樹 監：一歩進んだ医療連携実践 O&A。じほう、東京、2009