

医療の受け手の「生活の場」に関する援助

北海道医療大学看護福祉学部

深山 智代

長期にわたる医療・介護が必要になっても自分で生活の場を選択することができ、そこで自分なりの暮らし方を維持することは基本的な要求であるといえます。また、できれば在宅での生活を続けたいという人が多いのは、生活の場が住み慣れたところであるか否かが QOL に関係するからだと考えます。

継続的に医療と介護が必要な場合、病気や障害が重いほど、入院が必要以上に長引き、長期にわたって生活の場が病院内に限られることになりがちです。このことは医療の受け手の QOL にとって大きな問題です。

この問題を解決するには、入院が必要になった時点で入院でき、在宅可能な状態に回復次第退院できるように、生活の場を整えるなど、ディスチャージ・プランニングが不可欠です。

ディスチャージ・プランニングは、医療の受け手の意向にそって、生活の場の移行を円滑にするためのものです。現在入院中であれば、まず病院から在宅への移行、つまり退院へ向けての援助を計画し実践します。さらに退院後のケアの継続、ならびに入院が必要になったときの入院の保障についても計画に含める必要があります。

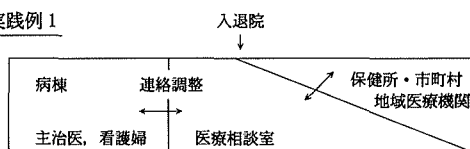
ディスチャージ・プランニングで医療を含むケアの継続を保証するとともに、在宅移行後の家族の介護負担軽減と本人、家族、近隣の不安解消をはかること、これらは生活の場に関する援助であると考えます。

このような内容の生活の場に関する援助を実践する際に、基本となるものが何であるのか、どのように行うかについて、先駆的なディスチャージ・プランニングの実践例を通して見ていくことにします。

川村ら¹⁾による神経難病専門病院での在宅医療の実践、石垣ら^{2,3)}によるガン患者を対象とする院内ディスチャージ・プランニング・システム、ならびに山本ら⁴⁾が脳神経外科病院で行っている方式など、具体的

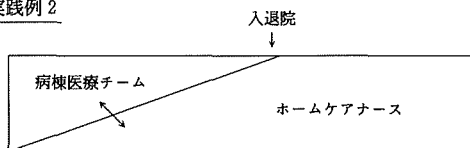
な方式は各病院の利用者の疾病や障害の特性によってそれぞれですが(図1)、基本的なことは共通しています。その①はディスチャージ・プランニングをコーディネートする部署を意識的に設けていることです。②は各職種からなるチームワークを展開していることです。③は本人・家族との相互理解に努め、メンバー

実践例 1



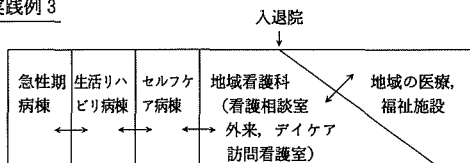
ディスチャージ・プランニングの主な担い手：医療相談室
(川村佐和子, 難病に取り組む女性たち, 1979年)

実践例 2



医療機関のディスチャージ・プランニング (DSP) システム
・ディスチャージ・プランニング・コーディネーター
・合意形成システム (合同カンファレンス)
・専用 DSP フォーム (各職種が継続事項を記載)
(石垣靖子, 他, がん患者の在宅ケアと DSP, 1995)

実践例 3



ディスチャージ・プランニングの主な担い手：地域看護科の看護相談室
(山本良子, 在宅医療の推進と評価, 1995)

図1 ディスチャージ・プランニングの方式 (医療機関における実践例)

が情報を共有しケア方針について合意した上でケアを担当しています。そして、④入院中も在宅中もきちんとしたケアを提供するため、技術の共有ができるように配慮し、学習の機会を積極的につくっています。

次に、医療の受け手が訪問看護ステーションを利用される場合の生活の場の移行とケアの継続について考慮すべきことについて考えました。

訪問看護ステーションはいくつもの病院や診療所と連絡をとりますので前に紹介した一施設内での対策とは異なり、各ステーションごとに、関係機関と必要に応じて連絡することになります。

一つの施設内の場合に比べ、情報や技術共有の機会が少なく、合同カンファレンスの時間調整も容易ではありません。また、日進月歩する医療の技術、器具、方法などの情報交換や技術交流の機会の確保も容易ではありません。情報連絡システムに加えて技術交流システムをつくることは地域全体で取り組むべき重要な課題であると思います。

ところで、老年期においては年齢が高いほど長年の「生活の場」をやむなく離れて医療と介護を受けることが多く、特に女性の場合にその傾向が顕著です。

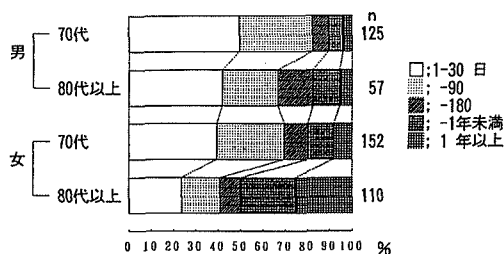
北海道内の一つの町で、1993年に高齢者が1年間に何日くらい入院していたかをしらべた結果、1年間通して在宅であったのは町の70歳以上の人の3分の2です。他の3分の1は入院し、長い人は1年以上入院しており、病院が長期にわたって生活の場になっていま

した。性別、年齢別にみますと(図2)、超長期入院は女性の80歳以上に多いことは明らかです。

生活の場の選択に関して、本人の意向で病院が選択された場合もあるようですが、理由は多岐にわたります。例えば本人が自宅へ帰りたくないと主張していても、家族の不安感が強かったり、介護負担感が強かったりすれば、転院や滞在型ケア施設の利用を計画する方に傾くでしょう。ディスチャージ・プランニングは本人・家族と相談しながら進められますが、その際に本人の主張が通るかどうかは、生活援助ニーズと医療ニーズの査定における本人の健全さ、セルフケア・セルフヘルプの能力の評価もかなり関係していると考えられます。何ができないか、何が問題かというマイナス面のみならず、何ができるか、問題の解決可能性はどうかというプラス面の評価を意識的に行うことが、本人、つまり受け手の意向を尊重するうえで不可欠であると考えます。

また、セルフケア・セルフヘルプの能力は生活の場の条件、つまり環境条件と当人の障害・病状の程度やその受け止め方などの主体的条件との相互作用の結果です。医療・福祉サービスの種類、量、質、利用し易さなどを総合して、それぞれの人が生活する上でバリアとなるものが少なくなればなるほど、セルフケア・セルフヘルプ能力の向上を期待することができます。

看護サービスの利用者の多様な価値観への対応を模索し続けながら、物質的な面でのバリアを減らすための方策も生活の場の援助として重要と考えます。



(注) 北海道内1地方自治体における1993年の老人医療受療者対象
1月1日現在70歳以上の1,345人の内、入院あり33%

図2 年間通算入院日数別割合, 性別, 年齢別

参考文献

- 1) 川村佐和子, 難病に取り組む女性たち, 在宅ケアの創造, 勁草書房, 1979年
- 2) 石垣靖子, 週間医学界新聞, 第2139号, 1995年, 4月
- 3) 渡辺睦子, 長谷川美栄, 在宅がん看護への移行をスムーズにするシステム, 看護学雑誌, 59(7): 659-661, 1995
- 4) 山本良子, 在宅医療の推進と評価, ヘッドナース, 10(1): 33-49, 1995