

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録(2020.3) 令和元年度:64.

意思決定を支え、社会資源の調整を行った在宅療養移行支援 一地域で
介入が困難とされていた事例を通して—

石森 あゆみ, 金 絵理, 仁村 勇太, 西尾 和音, 三島 玲子

意思決定を支え、社会資源の調整を行った在宅療養移行支援 —地域で介入が困難とされていた事例を通して—

旭川医科大学病院 7階東ナースステーション
○石森あゆみ 金絵理 仁村勇太 西尾和音 三島玲子
キーワード 意思決定 在宅療養移行支援 多職種連携

【はじめに】B病院では入院早期からの退院支援面談や看護計画協働立案を行っており、今回地域で介入が困難であった患者の意思決定を支え社会資源の導入や調整を行った。

【目的】患者の意思決定を支え、在宅療養移行支援に繋がるために必要とされる看護介入や看護師の役割の示唆を得る。

【方法】対象患者1名の入院期間中の看護記録及び診療記録より、意思決定に至るまでの患者の発言や行動と看護介入に焦点を当て振り返り分析した。

【倫理的配慮】本研究は所属施設の倫理審査委員会の承認(承認番号18157)を得た。対象者に調査趣旨、参加は自由意思であること、途中辞退の場合も不利益は生じないこと、個人情報保護等の倫理的配慮に関して説明し同意を得た。

【結果】A氏は服薬や食事管理が不十分であり糖尿病の加療目的で入院した。知的障害のある長男と二人暮らしで、ホットラインを頻回に利用していたが、社会資源の導入を拒否し家族での在宅生活は継続困難な状況だった。病棟看護師はA氏の生きがいを把握し、退院後の目標を共有することで、治療継続のための動機付けをした。A氏の意味が揺らぐ度、生きがいを維持するために必要なことを共に振り返ることで、A氏自身が在宅生活の継続に治療や社会資源の必要性を実感し自己決定した。また、多職種と共有した課題を早期から調整し、A氏の気がかりを軽減して訪問看護の導入に至った。

【考察】入院早期の退院支援面談は、患者の退院後の生活への思いや生きがいを看護師と共有する機会となった。そして、A氏は母親として家族と健康で住み慣れた生活を続けるために必要な療養生活をイメージできたと考える。また、入院早期から多職種や地域と連携することで、A氏や家族の課題を捉え焦点を絞った介入が可能となり、A氏は家族の在り方を見直すことができたといえる。さらに、患者と医療者・地域関係者と合意形成の過程を踏むことで退院後の生活の基盤作りとなり、在宅療養移行支援になったと考える。

【結論】病棟看護師が患者や家族の生きがいを共有し患者と協働することで、意思決定の支えとなり、患者が退院後の生活のイメージができ、退院後の生活の再構築に繋がる。入院早期から多職種や地域と連携して患者のニーズと家族機能を共有し、患者・医療者との合意形成の過程に地域関係者を含め、三者が協働し、在宅療養移行支援に繋げる役割が求められる。