

神経難病患者の看護情報提供書の内容の検討

ー他病院・他施設が求める情報とはー

The investigation of the nursing information for the patients with nerve intractable diseases
-What kind of information is necessary for co-medical working at other hospitals or medical facilities?-

信州大学医学部附属病院 西7階病棟 早川美紀 草間恵里 宮澤朋子 内田緑

要約：A 病棟に入院される神経難病患者は、病状の進行や環境の変化など様々なストレスを感じながら他病院や他施設に転院することが多い。そのため看護の情報提供を適切に行うことが患者の負担軽減に結びつくと考え、情報提供内容を調査した。その結果、転院後すぐに患者介入するために必要な ADL（食事・排泄・移動）の情報の必要度が高いことがわかった。患者がスムーズに療養生活に移るためには、情報提供する側が神経難病患者の全体像を捉え、とくに ADL 面を詳細に記載することが重要であると示唆された。

キーワード：神経難病 看護情報提供書 転院

1. はじめに

A 病棟に入院される神経難病患者のほとんどは、確定診断や治療・療養を目的としている。退院後は自宅療養後に訪問看護師が介入するケースや、施設入所または他病院へ継続治療のため転院するケースが多い。患者およびその家族には転院による環境の変化や、疾患の進行への不安、在宅介護への不安など身体的・精神的なストレスが考えられる。その負担を軽減するためにも継続看護が必要であり、A 病棟から他病院・施設への看護師からの情報提供内容が重要となると考えた。そこで A 病棟からの転院の多い他病院・施設は、実際にはどのような情報を必要としているか調査することで、そこから今後の情報提供に生かしていけると考えた。そこで今回情報を受け取る側はどのような内容を必要としているか調査し考察したので報告する。

2. 研究方法

- ①対象：長野県内で脳神経内科を有している病院、20 施設。A 病棟から神経難病疾患患者の退院後の在宅療養の受け入れをしている、訪問看護ステーションなど 10 施設。
- ②調査内容：患者情報は風巻らの調査票をもとに全 90 項目抽出した。この項目は「患者の基本情報」

「医療情報」「社会資源」「病院に関する情報」「看護の情報」「患者の心理面の情報」「患者の身体情報」「退院時のADL」の大項目で構成されている。

- ③調査方法：郵送法により調査した。情報提供書に情報として必ず必要なものを必要度 100%、全く必要のないものを必要度 0%として、0%, 25%, 50%, 75%, 100%の 5 段階で評価した。5 段階を 0 から 4 に数値化し集計・分析を行った。
- ④用語の定義：神経難病とは特定疾患治療研究事業の 45 疾患内に指定されているものと定義した。

3. 倫理的配慮

当院看護研究倫理委員会の承認を得た上で、対象病院・施設に対して、調査用紙の回答は自由であること、無記名であり施設や個人が特定されることないこと、情報は研究の目的以外に使用しないこと、研究発表の予定を説明した。また、調査票の返信をもって同意とみなした。

4. 結果

回収率は病院 100%、施設 18.2%であった。90 項目はすべて平均値が 2 以上であり 50%以上必要と評価された。大項目の平均値は、患者の基本情報：3.6、医療情報：3.4、社会資源：3.6、病院に関する情報：3.3、看護の情報：3.2、患者の心理面の情報：3.1、患者の身体情報：3.8、退院時のADL：3.7であった。全 90 の小項目と、小項目ごとの平均値は情報提供内容調査結果の表 1、表 2 を参照。看護の情報において、患者の身体情報は全て 3 以上、病名とチューブ・カテーテル類に関する情報が 4 であった。退院時のADL は、食事・排泄・移動に関する情報が 3.9 以上、清潔に関する情報は 3.6、離床センサー、体位交換は 2 であった。

情報提供内容調査結果

表 1

患者の基本情報		平均
氏名		4
年齢		3.9
生年月日		3.9
性別		4
住所		3.9
電話番号		3.9
職業		3.2
緊急連絡先		3.9
世帯主		3
保証人		2.6
医療情報		
退院時の処方・内服		4
医師からの本人・家族への病状説明		3.9
医師からの緊急対応(発熱など)時の指示		3.4
薬剤師の指導内容		2.7
栄養士の指導内容		2.7
リハビリの実施内容		3.3
社会資源		
身体障害者手帳の有無、種類		3.5
介護度		3.7
介護度手続きの見直しの必要性		2.9
特定疾患の申請の有無		3.9
担当ケアマネジャーの氏名・連絡先		3.7
当院の担当MSW		2.9
当院におけるMSWの介入内容		3.4
介護における患者・家族の方針		4
介護の協力者の有無		3.8
自宅の生活環境		3.6
病院に関する情報		
記載者		3.3
記載日		3.4
入院病棟		3.0
病院の電話番号		3.5
病院の住所		3.4
主治医名		3.7
看護師長名		2.7
受け持ち看護師名		3.3
看護の情報		
退院時の問題点および指導		3.8
看護問題		3.2
看護目標		2.9
看護計画		2.8
看護問題に対する評価		3
家族への指導・評価		3.5
患者の心理面の情報		
患者の病気に対する受けとめ		3.9
性格		3.2
宗教		2.8
飲酒歴		2.8
喫煙歴		2.8
嗜好品		2.6
趣味		2.4
不穏		3.7
問題行動（暴力、大声を出す、不潔行為、性的行動、暴言）		3.9

情報提供内容調査結果

表 2

患者の身体情報		退院時のADL	
病名	4	* 食事 食事形態	4
現病歴	3.8	摂取方法	4
治療内容	3.7	嚥下	3.9
検査結果	3.3	* 内服 内服方法	3.8
既往歴	3.8	管理方法	3.7
感染症	3.8	* 清潔 清潔ケアの方法	3.6
入院中のバイタルサインの推移	3	最終実施日	3.5
退院日の状況(尿量、食事摂取量、VS、注入内容)	3.6	* 排泄 排泄方法	4
血液型	3.5	最終排便	4
アレルギー	3.9	* 更衣 更衣介助の有無	3.7
身長	3.3	* 移動 歩行状態	4
体重	3.3	介助方法	3.9
義歯の有無	3.2	補助具の種類	3.9
言語障害の有無と程度	3.8	転倒歴の有無	3.5
聴力障害の有無と程度	3.8	離床センサーの種類	2.5
視力障害の有無と程度	3.8	体位交換	2.8
感覚障害の有無と程度、部位	3.8		
コミュニケーション方法	3.9		
理解力	3.9		
運動障害の有無と程度	3.9		
見当識の有無	3.9		
褥創(処置方法、写真)	3.9		
チューブ・カテーテル類の有無と種類、挿入長さ	4		
チューブ・カテーテル類の最終交換日	4		
チューブ・カテーテル類の次回交換日	4		

5. 考察

ADL において食事・排泄・移動といった情報の必要度が高くなっているのは、転院後すぐに患者介入しなければならないためだと考えられる。このようなことから、情報を受け取る側は、患者の転院直後から以前と同じ生活援助を提供するための情報を必要としていることが示唆された。

ADL において、清潔・離床センサーに関する情報の必要度が低いことは、病院施設によって医療環境が違い、前施設での方法は継続できないことが考えられる。そのため新たにアセスメントが必要であり、情報として重要でないことがわかった。同様に看護問題や看護目標といった看護の情報も、転院後にアセスメントするため必要度は低かったと考えられる。必要度が高いチューブ・カテーテル類に関する情報や褥創といった処置に関する情報は、患者・家族からは得られない内容であり、医療者間での情報提供が重要であると考えられる。

患者がスムーズに療養生活に移っていくことができ、転院によるストレスを軽減するためには、提供する側が神経難病患者の全体像を捉え、とくに ADL 面を詳細に記載することが重要と示唆された。

6. まとめ

神経難病患者の転院・退院時には多くの情報が必要である、その中でも転院直後から介入する ADL の情報、処置に関する内容が重要である。

7. おわりに

今回の結果から分かったことを、当院と地域との連携に役だてていきたい。

8. 文献

1) 風巻いずみ他：地域の連携に必要な情報を含む退院連絡表の開発—地域機関が求める退院時情報分析—, 第 33 回日本看護学会地域看護, 2002