

〔報告〕

退院後の療養生活の充実に向けた支援方法の開発—その1

藤澤 まこと 黒江 ゆり子

Constructing of the Discharge Care System for the Personal Life with Chronic Illness

Part 1

Makoto Fujisawa Yuriko Kuroe

I. 研究の背景および研究目的

1. 研究の背景

わが国では急速な少子高齢化のなかで、2006年の国民医療費は33兆1276億円となり、国民医療費の国民所得に対する比率は8.88%とその伸びは止まらない¹⁾。そこで医療費の伸び率を抑えるために1997年から、医療保険制度改革が始まり、2000年に急性期病院加算の要件として在院日数が新設され、平均在院日数の短縮化が加速された。また、地域における医療機関の機能分化がすすみ、地域医療との連携の実績が診療報酬にも反映されることから、病院でも「退院支援」への関心が高まってきた。そして、在院日数の短縮化により、退院後も医学的管理や療養の継続が必要となることが予測され、自宅または他施設において、安心して暮らせる条件づくりとしての退院支援が主要な課題となっている。

岐阜県においては、2004年度から退院支援が看護の質向上のための重要課題として取り上げられ、岐阜県健康福祉部医療整備課が中心となって「退院調整と地域連携推進事業」に取り組み、看護職者が主体的に地域と連携しながら、質の高い医療を提供できる体制づくりを推進してきた。また同年に、県内の112医療機関に退院調整の実態調査を行い現状が把握された。その結果2004年の時点で退院支援の体制がある医療施設は、県内112施設（県内全病院）中39（48.1%）施設であり、それは看護職者と他職者との協働による退院支援体制であった。病棟で主に退院支援を行っているのは15施設（13.4%）であり、特別な体制がないと答えたのは19施設

（17.0%）であった。看護師の関わりの面で見ると、退院調整看護師の配置を中心とした対応や、地域連携部門の設置などが行われていた。しかし退院調整看護師は、各医療施設内で単独で退院調整業務を行っている場合が多く、その役割や成果については、明確にされていない場合もあった。そして家族の介護力不足、社会資源の不足、病院のシステム整備と人員不足などが退院支援の課題としてあげられた。

また当該事業において2005年は「退院調整マニュアル」の作成に取り組み、2006年度は、退院調整の体制作りを模索している10施設を対象として、「退院調整マニュアル」を活用した退院調整に取り組んだ。同年より3年間「退院調整看護師育成のための研修」が開始され、95人の看護職者が研修に参加し退院支援の課題に取り組んでいる²⁾。

退院支援の充実において重要なことは、基本的な考え方を基盤として自施設において実際的に取り組むことであり、取り組む際には、「退院後に患者・家族が望む療養生活が送れるためには入院時から退院後の療養生活を視野に入れた病棟看護師の日々のかかわりが重要である」という視点を持ち、自施設の現状を把握しながら取り組みを継続することであると考えられる。そこで、本研究では、岐阜県内の一つの医療機関（以下病院と示す）において当該施設に適合する退院支援方法を開発するとともに、組織全体としての方法へと発展させる取り組みを病院の看護職者と共に行ったのでここに報告する。

2. 研究目的

岐阜県内の過疎地域の基幹病院であるA病院において、退院後に患者・家族が望む療養生活が送れるためには入院時から退院後の療養生活を視野に入れた病棟看護師の日々のかかわりが重要であるという視点を中核におき、病棟看護師と共に退院支援を実施し、退院後の療養生活を視野に入れた退院支援方法を開発する。さらに、当該病院の退院支援における組織的取り組みの充実を図る。

3. 用語の説明

退院支援とは、「個々の患者・家族の療養生活上のニーズに応じて、退院後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育・支援や諸サービスの適切な活用を支援すること」とする。

II. 研究方法

本研究の取り組みは、過疎地域の基幹病院であり、当該取り組みの了解の得られたA病院において実施した。また、本研究は2004年度から2007年度までの4年間にわたって行った看護実践研究であり、各方法と実際の研究経過を、具体的な取り組み内容がわかるように図1に示した(図1)。方法1の退院支援のニーズ調査の結果をふまえて、方法2ではモデル病棟において看護師と共に退院支援を行い、現状と課題を明らかにし、方法3においてその課題を解決するための退院支援プログラムを作成した。方法4では、退院支援プログラムの試行的取り組みを行い、方法5の病棟看護師への質問紙調査によりその成果を明らかにすることとした。

本研究を、方法1・2・3の退院支援プログラム作成までのプロセスと、方法4、5の退院支援の取り組みの充実およびその成果との2部に分けて報告することとし、今回は、前者の退院支援プログラム作成までのプロセスについて報告する。

1. 退院支援における患者・家族のニーズを把握するための調査

1) 病院を退院した患者・家族への家庭訪問による聴き取り調査

【調査期間】2004年9月～11月。

【調査対象者】病院を退院後一定期間在宅で療養生活を送った人(過去3ヶ月～1年程度の範囲内で退院した人)

のうち聴き取り調査の了承の得られた人。

【調査方法】退院後の患者の家庭を訪問し、下記の調査内容にもとづき半構成型聴き取り調査を行う。

【調査内容】基本的事項(年齢、性別、病名、要介護度、家族構成と年齢、既往歴)、退院指導の状況、退院後の病状経過・ADL、退院後の治療・処置内容、介護状況、家族の状況、利用している保健・医療・福祉サービス、現在困っていること、病院のサービスおよび退院に際しての希望など。

【分析方法】聴き取り内容は聴き取り後すぐに調査票に書き取り、その内容を要約して対象者別に分類する。

上記の訪問調査の聴き取り内容から、本研究の目的に沿って退院支援に求めていることを明らかにするために、「退院後の経過」「退院時の指導状況」「現在困っていること」および「病院のサービスおよび退院に際しての希望」に焦点を当ててニーズを抽出する。

2) 病院に入院中の患者・家族への退院時の質問紙調査による退院支援におけるニーズ把握

【調査期間】2005年10月～11月。

【調査対象者】病院の入院患者および家族。

【調査方法】病棟看護師より質問紙調査を依頼し、了解の得られた協力者に対して質問紙を配布し退院時に回収した。

【調査内容】質問紙記入者、患者の年齢、入院期間、入院科、退院を告げられた時期、退院を告げられた時の不安、不安の相談の有無、誰に相談したか、相談しなかった理由など。

【分析方法】患者の年齢、入院期間、入院科の人数は単純集計を行う。質問紙の自由記載の内容は意味ごとの文節に分け分類する。

2. モデル病棟における退院支援の現状と課題の把握

(1) モデル病棟において病棟看護師と共に患者の退院支援を実施し、その退院支援の経過を整理して重要な要素を取り出す。

(2) 病棟における退院支援の課題を明確にする。

3. 退院支援の現状から退院支援プログラムの作成

把握された退院支援のニーズ・重要な要素を取り入れた退院支援プログラムを作成する。

4. 倫理的配慮

本研究における研究協力者には、研究目的および研究

研究方法	方法1. 退院支援におけるニーズを把握するための調査	方法2. モデル病棟における退院支援の現状の把握	方法3. 退院支援の現状から退院支援プログラムの作成	方法4. 退院支援プログラムを取り入れた試行的取り組みの実施			方法5. 実践した退院支援の効果に関する病棟看護師の意識調査	
日時	2004年9月～11月			1)退院支援プログラムを取り入れた退院支援の試み	2)退院支援の段階的取り組みの実施 (1)退院後の生活の視点をもった入院時アセスメント	3)月1回の退院支援に関する検討会の実施		
	2005年4月～10月		スクリーニングシートの開発(退院調整看護師との共同研究)				報告その1	
	2005年10月～12月							
	2006年8月～9月	モデル病棟で看護師と共に退院支援(C氏)を行う						
	10月	ケア会議に出席	病棟用スクリーニングシート提案・試用					
	11月	家庭訪問実施						
	12月							
	2007年1月	退院支援に重要な要素を抽出し退院支援プログラムを作成						
	3月			退院支援プログラムを取り入れた試行的取り組みの実施				
	4月					モデル病棟に継続看護・リハビリグループ設立		
	5月			スクリーニングシートによる入院時アセスメント開始				
				回復期リハビリテーション病棟ケア会議に出席(D氏)				
				第1回退院支援に関する検討会開催(病棟勉強会) ・退院支援プログラムの説明・内容検討 ・スクリーニングシート内容の検討				
				退院支援プログラムの修正・提案				
	6月			リハビリカンファレンスの開催(E氏)				
				第2回退院支援に関する検討会開催 ・退院支援経過報告(D氏・E氏) ・スクリーニングシート活用上の課題の検討				
	7月				リハビリカンファレンスの取り組み開始			
				第3回退院支援に関する検討会開催 ・家庭訪問対象患者の選定について相談 ・意識調査の提案				
	8月							
				退院時カンファレンス開催(F氏)		病棟看護師への意識調査(質問紙調査)		
	9月			家庭訪問(F氏)				
				第4回退院支援に関する検討会開催 ・家庭訪問状況報告(F氏) ・意識調査の結果中間報告				
	10月							
					106事例	33事例		
	11月			家庭訪問(G氏)				
						質問紙の回答内容の分析		
				第5回退院支援に関する検討会開催(病棟勉強会) ・質問紙調査結果より取り組みの利点、課題を明確にして提示、課題の解決に向けて意見交換 ・課題の検討退院支援プログラムの修正・提案				
	12月～2008年1月				176事例	67事例		

図1 研究の内容・経過

方法について文書を用いて説明し、同意を得る。また、研究のいずれの時点でも参加を取りやめることができることを説明し、研究協力の有無によって不利益を被らないように配慮するとともに、研究協力者となる個人の人権を擁護するために、研究結果を論文やその他の方法で公表する際には匿名性を守る。研究データは、鍵の掛かる場所に保管し、本研究目的以外に用いることをしない。研究データは調査結果がまとまり、公表した時点で破棄することとする。

本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得ている。

Ⅲ. 研究結果

1. 取り組みを行った病院の現状と課題

A病院は、人口38,032人(2009年4月)、高齢化率32.7%(2009年4月)のB市の基幹病院としての機能を果たしている。病床数は325床で6つの病棟(内科、外科・小児科、産婦人科、整形外科、脳神経外科、回復期リハビリテーション病棟)よりなる。入院患者の平均在院日数は16.0日(2009年4月)である。2002年度に副院長直属の地域連携室が設置され、退院調整看護師が専任化された。2004年度には地域連携室が「サポートセンター」として開設され、2008年度からは、地域連携室の看護部長が退院調整看護師として医療ソーシャルワーカーと連携しながら、退院調整の業務を担っている。また退院支援に関わる病院内の委員会組織として、継続看護委員会があり、各病棟より1人の看護師が委員として参加している。

2005年度にはA病院の退院調整看護師を含む継続看護委員と看護大学教員との共同研究として、退院支援の充実を目指して、既存のスクリーニングシートの内容を検討し、新しい「退院調整スクリーニングシート」を開発して、全入院患者の入院時アセスメントのツールとして2ヶ月間活用した。しかし、2006年1月より電子カルテシステムが導入され、退院調整看護師への依頼が入力方式の「退院調整・医療相談依頼書」に変更されたことで、紙面上の「退院調整スクリーニングシート」は使用されなくなった。

A病院では前述したとおり2002年から退院調整看護師が専任になり、患者、家族の意向を尊重した退院支援

が行われるようになった。しかし、病棟においては、入院時には急性期の対応があり、退院後の療養生活を視野に入れた支援を行うことは難しい現状があるのではないかと思われた。

そこで今回は、まずモデル病棟を退院に向けて多様なケアが必要になる整形外科病棟と決定して、病棟の退院支援事例を通して退院支援の現状と課題を把握し、患者・家族のニーズに沿える退院支援方法を検討することとした。

2. A病院を退院した患者・家族の退院支援におけるニーズの把握

A病院を退院した患者・家族が病院で受けた退院支援に求めていたことを把握するために以下の聴き取り調査を行った。

1) 退院した患者・家族のニーズ

(1) 対象者の概要

患者・家族への聴き取り調査は、家族のみに話を聞いたものが4事例、患者と家族から話を聞いたものが4事例であった。事例の年齢は、60歳代3人、70歳代3人、80歳代2人で、性別は8人とも男性であった。病名は、脳血管疾患4人、動脈炎1人、脊髄損傷1人、水頭症1人、食道がん1人であった。要介護度は要介護1が1人、要介護2が1人、要介護3が1人、要介護5が3人、不明が2人であった。各事例の退院後の経過は表1に示すとおりである。(表1)

(2) 退院時の指導状況

退院時の指導状況は病棟看護師・退院調整看護師ともに相談できたと述べた人は2人であった。退院調整看護師から退院指導を受け相談できた人が3人、退院指導を受けなかったと述べた人は2人、言語聴覚士の支援を受けていると述べた人が1人であった。(表1)

(3) 現在困っていること

現在困っていることがあると答えた人は4人で、本人の病状に対する不安や介護継続に対する不安が述べられた。また「介護保険料以外に衛生材料が約4万かかる」など介護上の経済的な困難も述べられていた。(表1)

(4) 病院のサービスおよび退院に際しての希望

病院のサービスおよび退院に際しての希望について患者・家族より語られた内容は、「退院調整看護師に相談した。相談できるし、不安が取れる。勇気づけられる(a

表1. 退院後の経過、退院時の指導状況、現在困っていること、病院のサービスおよび退院に際しての希望

事例	年齢	聞き取り対象	退院後の経過	退院時の指導状況	現在困っていること	病院のサービスおよび退院に際しての希望
a	70歳代男性	家族のみ	脳血管疾患・誤嚥性肺炎で6ヶ月入院している間に、寝たきり状態となった。嚥下障害のため経口摂取は許可されず、医師より胃瘻を勧められたが家族が拒否した。退院後は訪問看護師も関わり、経口摂取を進め、誤嚥しなくなった。水分摂取量が不足しているため排尿量が少なく(500ml/a)尿混濁・浮遊物がある。週3回点滴(1000ml/回)で水分・栄養分を補給している。	病棟では、退院指導はされていない。退院調整看護師には話を聞いてもらった。	・食事のメニューを考へること。食べられるものが限られていることと、本人(夫)の嗜好が変わっている。・本人が水分を取ろうとせず水分摂取量が少ないこと。・バルンカテーテル挿入中であること。	・看護師はいい人だったが、『食べられない、ということはみんなで話し合っただけのことだから』と話を聞いてくれなかった。・退院後に身体障害者手帳の取得時に退院調整看護師に相談した。相談できるし、不安が取れる。勇気付けられる。
b	70歳代男性	家族のみ	脳血管疾患、慢性心不全があり、脱水、発熱、肺炎などで入院を繰り返している。自宅では、日中はほとんど車椅子に乗って過ごす。1年前までは、妻の介助により、トイレで排泄できていたが、今はベッドと車椅子の移動介助で精一杯である。日中もうとうとしていることが多く、言葉も少なくなってきた。ADLは徐々に低下している。	医師に話せない不安なことを、病棟看護師、退院調整看護師に聴けた。	・本人(夫)の食事が少ないことが心配。・これ以上、寝たきりに近い状態になると、主介護者の妻一人では体を支えられなくなり、車椅子への移乗が困難になる。・介護者の妻も膝と腰が痛い。もともと血圧が低くて疲れやすい。	・退院調整看護師は、退院のときも熱心に相談に乗ってくれて助かった。話すときもホッとする。何でも話せる感じになり安心。・入退院を繰り返しているの、いつも同じ病棟に入っている。受け持ち看護師さんと同じひとなので、よく分かってくれている。
c	80歳代男性	患者・家族	動脈炎で、入院前から外来診察に月1回通っていた。発熱、血尿などがあり、娘と一緒に車椅子で受診した。CRPが20.8もあり、主治医に入院を勧められたが、当初本人が納得せずに「死んでも入院せん」と嫌がったものの、何とか説得し入院した。入院後1ヶ月してようやく原因が分かった。1ヶ月半ほど、病棟では寝たきり状態だった。治療は、抗生剤の点滴をステロイド系に変更し回復した。	在宅に帰ってからの介護方法などは病棟看護師と時間が合わず、結局聞かないまま退院になった。退院後は、ケアマネに困ったことは相談している。	・主介護者の娘はこれと云って(困っていることは)思い浮かばない。ストレスを感じるようになったら終わりたいと思うので、その前に自分で対処している。	・ケアマネジャーがとても親身になって相談のつてくれる。・病院に対しては、入院前と同じ状態で退院したい、という希望を持っていた。歩けるようになってから退院させたかったが無理だった。・退院調整看護師の存在がとても大きかった。退院調整看護師にはなんでも話ができるので助かる。
d	60歳代男性	家族のみ	脳血管疾患で入院を繰り返しており、2月に心臓・肺水腫によりA病院に入院した。いったん退院したが、38℃以上の発熱、血圧低下、アルブミン低下による浮腫出現のため、8月に入院し9月に退院した。退院後は発熱も無く、落ち着いている。	退院調整看護師から、妻の体調を考へて「あわててつれて帰る必要はない」と言われ、患者も付き添い者も癒された。	・本人(夫)は気管切開をしており、吸引をしなくてはならないので、ヘルパーを使えない。ショートステイも利用できない。・昼間は、買い物にもいけない。・介護保険料(約2万円)以外に衛生材料費が約4万円かかる。	・病院に対しては言うことはない。十分に聞いてもらっている。・看護をする際に、患者の身になって、自分が寝たとしたらどうかを常に考へてほしい。・急変したときには入院し、人工呼吸器はつけない。他県にいる次男が最期に立ち会えるように配慮してほしい。
e	60歳代男性	家族のみ	作業中に墜落して脊髄損傷となった。他県の病院にて、手術施行。在宅療養に向けた準備を目的として転院してきた。退院後尿漏れが始まり、膀胱留置カテーテルを挿入した。また、エアマットの電源が入っていないことがあり、一晩で褥瘡ができてしまった。訪問看護師に臨時訪問で対処してもらい、1ヵ月半くらいで治癒した。それ以降は特にトラブルなし。	入院時から在宅療養に向けた準備として、本人は電動車椅子の操作を習得し、娘は導尿処置・リフトの操作をマスターした。退院前にはケア会議を開き、その場に娘も出席して話し合いを行った。	・主介護者の娘は、全面的に本人(父親)の介護を担っている。今後母親の病気の治療を開始するため、一層大変になりそう(母親の病気のことは、本人が動揺するだろうと思って説明していない)。	・特になし。「手取り足取り対応してもらった」と言われ、満足されている様子。・退院前にケア会議を開催してもらったことで、スムーズに在宅へ移行できたと思っている。
f	60歳代男性	患者・家族	脳血管疾患、右不全麻痺で入院した。回復期リハビリテーション病棟に転棟後退院した。退院直後は横になっていることが多かったが、身の回りのことは自立している、畑仕事もできるくらいに回復している。毎朝40分歩いている。治療はA病院脳外科に通院中。受診時は妻が運転して乗せて行く。言語療法にも2週間に1回通う。右不全麻痺があり、右側に疼痛がある。	言語聴覚士が「何でも相談にのる」と声かけをしてくれた事が、心の支えになった。	・本人は知人に「前と変わらんな」と言われたのがショックだった様子である。痛み、重いものを持つてない、右眼がよく見えない(1月まで待って、眼鏡を作れば今よりよくなるだろうと言われている)。・妻は困っていることは特になくここまで回復できてありがたいと思っている。	・何か個人的なことで頼んだことがあったが、やってもらえないことがあった(内容は忘れてしまったとのこと)。
g	70歳代男性	患者・家族	水頭症で、入院前は徘徊などの問題行動があり、ADLも徐々に低下していった。今回の入院でシャント術を施行し、退院後はADLは自立している。通院時は嫁が車で送り迎えしてくれる。デイサービスを週3回利用している。リハビリテーションに参加するなどし、運動機能も維持されている。妻が主介護者である。緊急時は嫁の自宅につながるようになっている。	家族は特に退院指導というかたちで指導は受けていないと述べた。	・今特に困っていることはない。	・退院時にどのような症状が出るか予測がつかず、不安だった。・外来受診時には看護師は忙しいので話しかけにくい。・1度予約票をもらったのに、予約が入っていないで、受診できないことがあった。病院までは遠いので正直は大変だった。
h	80歳代男性	患者・家族	食道癌(本人には告知していない)と診断され、放射線治療が必要と診断されたが、A病院治療できないため他院に転院し放射線治療を受けた。治療終了後、A病院に転院し、退院した。退院直後は、座位の保持も困難な内歩行(4点杖から1本杖歩行になる)も可能となっていた。排泄もトイレに自力で行けていた。食事は、嘔気もなくなり、茶碗8分目のご飯が食べられるようになっていた。	退院時医師から看護師に介護の方法を教へてもらった。話を聞いてもらった。看護師とも約束していたが、結局、時間がとれずに介護のアドバイスなしで退院した。	・本人(義父)はこの病気があることが一番困っている(食べ物か詰まる。膝の具合が悪い)・本人は家の外を歩いて見えていないので、田畑が気になる。今は困っていることは特になし。・主介護者の嫁、困った時に相談できる人は、ケアマネジャーと近医の妻であり、何かと普段から相談のつてもらっている。	・病院で検査がある時、検査の目的や内容・結果を本人には話をしてくれなかった。後で、家族が本人に聞いても忘れてしまっているの家族にも説明がほしい。・2つの病院に入院していたので、病院のカラーがあると思った。

氏家族)」「入退院を繰り返しているのでもいつも同じ病棟に入っている。受け持ち看護師さんも同じ人なのでよく分かってきている (b氏家族)」や「何でも話ができるので助かる (c氏家族)」などがあった。

また、その半面「退院時にどういう症状がでるか予測がつかず不安だった (g氏家族)」「検査の目的や内容・結果を本人には話をしてくれるが家族には話してくれなかった。後で家族が本人に聞いても忘れてしまっている。家族にも説明がほしい (h氏家族)」など、本人・家族に対する説明を望んでいた。また、「ケアマネジャーがとても親身になって相談にのってくれる (c氏家族)」など専門職に気軽に相談できると安心できることが述べられていた。(表1)

2) 入院患者の退院時のニーズ

退院調整看護師と筆者との共同研究として「患者の退院後の生活をよりよくするための退院支援方法を検討する」という意図で、入院中に受けた退院支援についてどのように受け止めたかを知るために退院時に質問紙調査を行った。

(1) 対象者の概要

入院患者 295 人に対して質問紙調査を依頼し、135 人から回答が得られた (回収率 45.8%)。

回答者の入院病棟の内訳は、内科 24 人、外科・泌尿器科 14 人、産婦人科 7 人、小児科・混合 41 人、整形外科 21 人、脳神経外科 21 人、回復期リハビリテーション 7 人であった。質問紙記入者は本人が 96 人、家族が 26 人、無回答が 13 人であった。

患者の年齢は、65 歳以上が 69 人 (51.1%)、50～64 歳が 28 人 (20.7%)、20～49 歳が 20 人 (約 14.8%) であった。

入院期間は、1～2 週間未満が 48 人 (35.6%)、と一番多く、次いで 1 週間未満が 27 人 (20%)、1 ヶ月以上が 24 人 (17.8%)、2～3 週間未満が 20 人 (14.8%)、3～4 週間未満が 5 人 (3.7%) であった。

(2) 退院支援に関する記載内容

①退院を告げられた時期

退院 2～3 日前が 49 人 (36.3%)、退院前日が 9 人 (6.7%)、退院当日が 2 人 (1.5%) であり、退院を告げられてから退院するまでが 3 日以内の場合が 60 人 (44.4%) であった。そのほか入院して数日後 13 人

(9.6%)、退院 1 週間前 12 人 (8.9%) となっていた。

②退院を告げられた時の不安

不安があったと回答した人が 24 人 (17.8%)、特になし 91 人 (67.4%)、無回答が 20 人 (14.8%) であった。不安内容として自由記載された内容を分類すると、「家での生活に対する不安 (5 人)」「病状悪化に対する不安 (5 人)」「退院が早すぎる (4 人)」「病状についての説明がほしい (2 人)」「体力低下が心配 (1 人)」「介護に対する不安 (1 人)」「仕事復帰への不安 (1 人)」などがあった。

③不安の相談の有無

不安を相談したと回答した人は 18 人 (13.3%) であり、相談しなかったとの回答は 33 人 (24.5%)、無回答が 84 人 (62.2%) であった。

④誰に相談したか

不安を相談した 18 人の相談相手は、病棟看護師 13 人、医師 10 人、退院調整看護師 2 人、病棟師長 1 人、病棟師長 1 人であった。

⑤相談しなかった理由

相談しなかった 33 人の理由として「誰に相談してよいかわからなかった」と答えた人が 5 人であった。

3. モデル病棟における退院支援の現状の把握と課題の明確化

1) モデル病棟における退院支援の実態

モデル病棟において病棟看護師とともに退院支援を行い、その退院支援経過より現状を把握した。退院支援の実態においては方法 1 における調査より、患者・家族は、退院後の生活についての予測や、不安を軽減するための説明を望んでおり、病状や生活に対する不安を気軽に相談できることを望んでいると捉えられたことから、これらを踏まえて病棟での退院支援を行った。

事例 C 氏 (80 歳代後半女性) は、左大腿骨頸部外側骨折で観血的骨接合術を施行しており、息子と 2 人暮らしであること、退院後に ADL の低下が予測されることより、入院時より退院調整看護師による支援が依頼された。4 週目ごろより原因不明の発熱、食欲不振、下痢が続いていたが、本人は家に帰りたいがっていた。しかし、同居家族である長男の意向の確認ができていなかったため、本人・家族の意向の確認、退院に向けた方針の共有のために多職種参加のカンファレンスが開催された。話し合いの結果、在宅に退院することが決まり、退院まで

のリハビリ期間を1ヶ月として、在宅に向けての目標を食事摂取が自力でできること、車椅子移乗が可能になることとした。5週目頃より胸水貯留が著明となり、心不全の急性増悪と診断され、6週目には内科病棟に転科・転棟し、治療を受けた。

入院10週目には、病状は一進一退の状況ではあったが、ADLは徐々に拡大してきた。その状況で、在宅での療養生活に向けたケア会議が開催された。そこで、退院までの支援内容が話し合われ、病棟看護師は、理学療法士に確認しながら、本人がベッドから車椅子、ベッドからポータブルトイレへの移乗がスムーズにできるように援助していくこととした。退院調整看護師は介護保険の意見書の確認を行い、退院が決まったらケアマネジャーに連絡することとした。ケアマネジャーは、ベッドの手配、ポータブルトイレの確認、デイサービスへの手配をすることとなった。サービスの利用については、訪問介護の利用は、退院後の様子を見て検討することとし、デイサービス週2回、福祉用具貸与(ベッド)を利用することとした。そして12週目に試験外泊の後、退院となった。退院後にモデル病棟看護師と筆者が家庭訪問を行い、家族のサポートを得ながら、本人の望む生活が送れていることを確認した。

2) 病棟の退院支援から明らかになった退院支援に重要な要素と課題

事例の退院支援経過から、本人、家族それぞれに退院に向けた意向があり、入院早期にその意向を聴いて、本人・家族の望む生活に向けたアセスメントが必要であった。

また事例の場合、入院時カンファレンスで医療職者・患者・家族間での目標の統一ができたことや、退院前にケアマネジャーも参加するケア会議を開催したことで在宅生活に即した話し合いができ、自宅での療養生活への移行に向けて効果的であった。

そして、モデル病棟での受け持ち看護師と筆者が家庭訪問を行い、本人・家族の望む生活が送られていたことを確認できた。

このように事例の退院支援経過を振り返ることによって、そこから退院支援に重要な要素として、「退院後の生活の視点を持った入院時アセスメント」「医療職者・患者・家族間でのケア目標の共有」および「退院後の生

活状況の把握」が抽出された。

病棟の通常の退院支援では、入院時のアセスメントは各受け持ち看護師に任されており、入院時の多職種によるカンファレンスはほとんど行われていなかった。また病棟師長は、医師・リハビリスタッフとの目標の共有の場であるリハビリカンファレンスが開催されていないことを病棟の課題と捉えていた。そのように、退院支援に重要な要素を看護実践に取り入れて行うことが病棟の退院支援の課題であった。

3) 退院支援の現状に基づく退院支援プログラムの作成

退院支援に重要な要素を含めた退院支援プログラム案を作成し、病棟の課題を含めて共有するために病棟スタッフに説明した際に、「入院時カンファレンスを開く時期」「家族の意向を聞く時期」の判断が難しいという意見が出された。そこで、退院支援プログラム案における入院時から退院時までの流れを再度検討し、退院後の生活の視点を持った入院時アセスメント、医療職者・患者・家族間でのケア目標を共有するためのカンファレンス(リハビリカンファレンス)、地域の専門職者を含む退院前カンファレンス(ケア会議)、退院後の生活状況の把握を含めた「退院支援プログラム」として改善したプログラムを作成した(図2)。

プログラム作成後は、当該プログラムを試用できるように、まず、退院後の生活の視点をもった入院時アセスメントのために「退院調整スクリーニングシート」の積極的活用を促した。それらにより、当該病棟では退院支援プログラムの試行的取り組みが実施されるに至った。この退院支援プログラムの取り組みについてはその2で報告する。

IV. 考察

患者・家族のニーズをもとにどのような支援が求められているかを的確に判断してそこから考えていくことが、退院支援方法の開発において重要な視点である。そこで、退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の開発について、患者・家族のニーズを基軸として考える。この報告では退院支援プログラムの開発に焦点をあてて述べる。

1. 退院支援における患者・家族のニーズ

A病院を退院した患者・家族に退院支援に関する聴き取り調査を行い、具体的な介護方法の指導を受けずに退

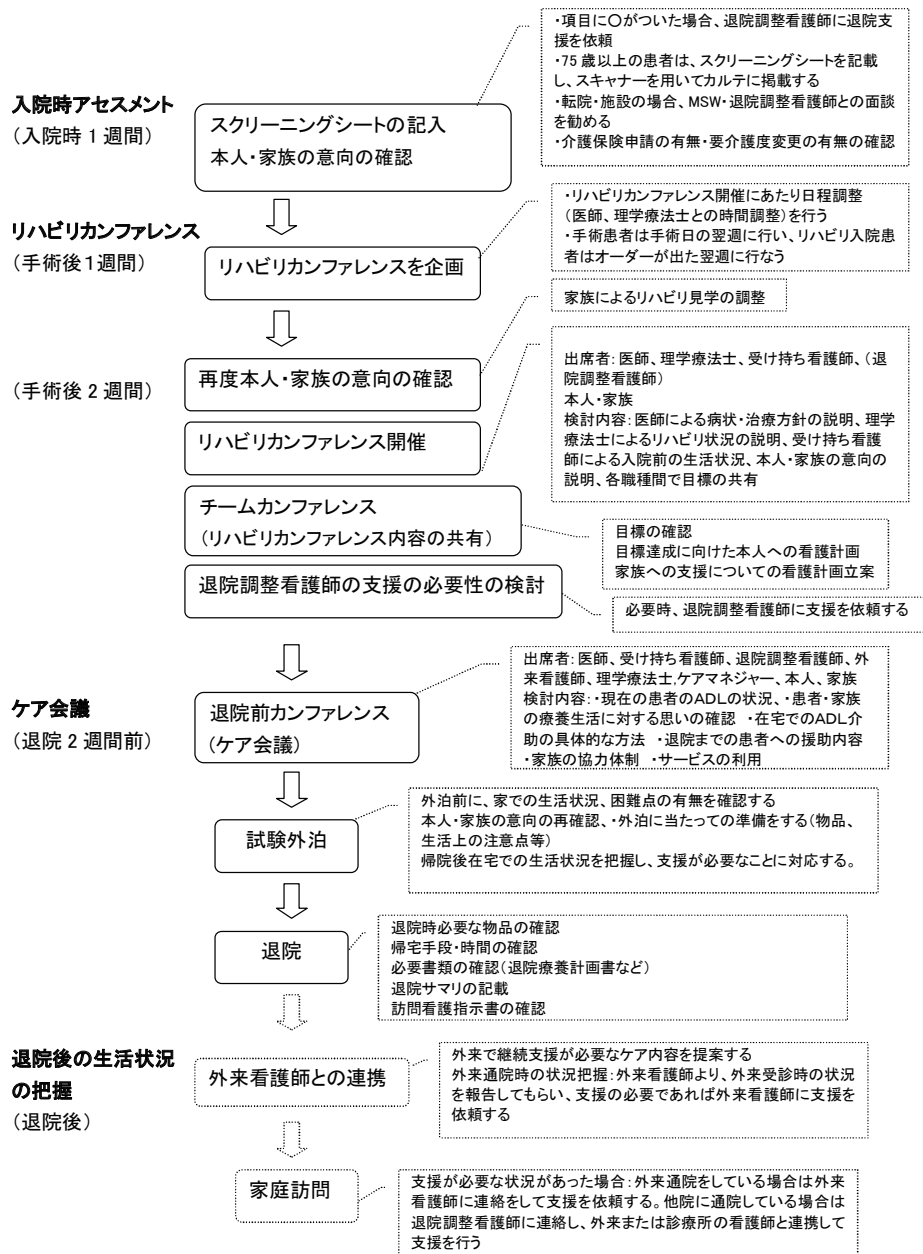


図2 退院支援プログラム

院している場合があることがわかった。また、退院時の質問紙調査では、退院と告げられてから退院までの期間が3日以内の場合も多かった。このように退院を告げられてから退院までの期間が短い場合、本人・家族は心の準備も家の準備もできない状況で退院することになり、不安を抱いている。そのため自宅での療養生活に向けた準備状況を判断し、患者・家族が納得して退院できるように、入院時からの計画的な準備を必要としていると考えられた。

病院のサービスおよび退院に際しての希望について述べられたことでは、退院調整看護師が退院後も相談できる存在として、患者・家族に安心感を与えていることが分かった。そして、退院後に言語聴覚士やケアマネジャーなどの専門職に相談することで安心感を得ていることも把握できた。これより患者・家族は退院後に相談できる体制を求めていることが把握できた。

上記より退院支援に関する患者・家族のニーズを「退院後の療養生活に向けた計画的な準備」「退院後の相談

体制の整備」と捉えた。それは、樋口らの退院支援の要望・意見の分析により抽出されたニーズの5コアカテゴリ「対象者の意思を尊重した退院準備」「療養継続に向けたケアの計画的指導」「退院後の生活を見据えた社会資源の紹介」「対象者にわかる連携体制」「対象者に伝わる診療看護体制」³⁾と共通している。そこで、患者・家族のニーズに基づいた退院支援方法の開発を試みた。

2. 退院後の療養生活に向けた退院支援プログラムの開発

患者・家族の退院後の療養生活に向けた計画的な準備のためには、看護職者は、入院時に患者・家族の意向を確認し、患者・家族の退院後の療養生活を把握したうえで、退院の時期や退院時の回復状況を判断し、入院中にどのような支援が必要であるかを的確に判断する必要がある。そして自宅での療養に向けた目標設定、計画立案は関連職種と連携をして、患者・家族とも話し合って計画的に進めていく必要がある。

そこで、退院に向けた計画的な準備のための退院支援の方法とその開発については、以下の事項が重要であると考えられた。

1) 事例の退院支援経過から退院支援に重要な要素を抽出すること

事例の退院支援経過を振り返ることによって、そこから退院支援に重要な要素が導き出された。それらは、退院後の生活の視点を持った入院時アセスメント、医療職者・患者・家族間でのケア目標の共有、および退院後の生活状況の把握であった。これらの1つ1つについて具体的にどのように実施するかを考えることとなった。

(1) 退院後の生活の視点を持った入院時アセスメント

スクリーニングシートを用いた入院時アセスメントの利点は、受け持ち看護師が退院支援の必要性を早い段階で判断し、患者・家族の意向を確認しながら一緒に退院時のイメージを共有し⁴⁾退院支援計画を立案できることにある。今回の取り組みでは、以前使用されていた「退院調整スクリーニングシート」をモデル病棟用に修正し、患者・家族の意向を入院時と手術後2週間の2回確認して記載する欄を設けて、入院時アセスメントのツールとして用いることとなった。

(2) 医療職者・患者・家族間でのケア目標の共有

事例の場合は、入院時カンファレンスにおいて、医療

職者・患者・家族間での退院時の目標の統一ができ効果的であった。以前にモデル病棟の研究的取り組みとして、全事例に医師・理学療法士・看護師の参加する「リハビリカンファレンス」を行っていたこともあり、リハビリカンファレンスなら開催できるのではないかという意見が出され取り組みにつながった。

また、退院前に退院後の在宅生活に向けてのケア会議を開催したことで、医療・介護のニーズを地域の関連職種と共有し、患者・家族の意向も再確認しながら調整していく機会となり、スムーズな自宅での療養生活への移行に向けて効果的であった。これらのカンファレンスはケア目標の共有の機会だけでなく、それぞれの専門職にとって退院支援における自身の役割を認識するきっかけとなる。病棟看護師にとってもアセスメントに社会的側面や生活の視点が加わり、アセスメント能力が向上するとともに在宅での療養生活に向けた支援が可能になり、退院支援においては欠かすことができない⁵⁾と考える。このように患者・家族に關係する専門職が退院時の状況を共有して、連携しながら継続的に関わっていけるようにケア体制を整えることが、退院後の療養生活の安心につながり、患者・家族ニーズに応えることにつながる。

(3) 退院後の生活状況の把握

事例の場合は、モデル病棟での受け持ち看護師と筆者が家庭訪問を行い、本人・家族の望む生活が送られていたことが確認でき、退院支援の評価が行えた。実際に退院支援の後患者がどのような療養生活を送っているのかを病棟看護師が把握することは難しいが、確認は必要であり、退院後に外来看護師、訪問看護師、保健師、およびケアマネジャーと連携して退院後の療養生活を把握し、継続した支援を行うことが重要であると考えられる。

2) 退院支援に重要な要素を取り入れた退院支援プログラムを作成し共有すること

平田は、急性期病院において患者・家族に対し早期退院の理解と安心を得るためには、患者・家族とともに全スタッフが情報と目標を共有する事が重要とし、退院後の生活を考えた各職種による計画的な指導や支援を行い、転院・入所先または在宅へつないでいく退院計画システムを構築している⁶⁾。モデル病棟でも事例の退院支援経過から抽出した退院支援に重要な要素を含め、入院時から退院時までの流れを示した「退院支援プログラム」を

考案したことで、病棟での退院支援プログラムの試行的取り組みにつながったといえる。

以上より、患者・家族の退院後の療養生活に向けた計画的な準備のために、病棟の看護実践に適合した退院支援プログラムを作成し、それに基づく退院支援の取り組みを行うことが効果的であると考え進めることとする。

謝辞

本研究を行うにあたり、退院後の聞き取り調査、質問紙調査にご協力いただきました患者様・ご家族の皆様には深く感謝申し上げます。また整形外科病棟で事例提供と退院後の家庭訪問のご承諾をいただきました患者様・ご家族の皆様にも深く感謝申し上げます。そして、A病院の看護部長をはじめ、看護指導監、地域連携室師長、退院調整看護師、医師の皆様には感謝申し上げます。また実際に退院支援に参加させていただき、ご指導ご協力をいただきました整形外科病棟師長、病棟看護師の皆様には心より感謝申し上げます。さらに本研究をご指導いただいた諸先生方には深く感謝申し上げます。

本研究は平成19年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科の修士論文の一部に加筆し修正を加えたものである。

文献

- 1) 厚生労働省：平成17年国民医療費の概況について、2009-05-21, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/06/kekka1.html>
- 2) 安藤祐子, 若原明美, 田辺満子, 他：現場・行政・教育が協働して退院支援の活性化を目指すこれまでの取り組みと今後の展望, 看護管理, 16(11); 893-898, 2006.
- 3) 樋口キエ子, 原田静香, カーン洋子, 他：患者家族が求める退院支援に関する研究－退院後の患者家族の退院支援への要望・意見から－, 医療看護研究, 4(1); 42-49, 2008.
- 4) 宇都宮宏子：患者とともに始める退院支援, Nursing Today, 22(4); 33-37, 2007.
- 5) 坂本美鈴：チームで行う退院調整, Nursing Today, 23(11); 21-25, 2008.
- 6) 平田貴代美：急性期病院における退院計画のあり方とは－

在院日数の短縮, 患者家族の理解と安心－, 医療, 61(4); 247-249, 2007.

(受稿日 平成21年6月2日)

(採用日 平成21年9月25日)