

慢性疾患患者の退院後の療養生活からみた病棟看護師による 退院支援内容の検討

—退院支援ハイリスク者事例に関する看護記録とインタビューから—

大森 結実¹, 田口 敦子², 加藤 政子³, 佐々木夫起子³
高橋 正美³, 大森 純子²

¹宮城県仙台保健福祉事務所黒川支所

²東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 公衆衛生看護分野

³東北大学病院

Effect of Ward Nurses' Discharge Support on Chronic Patients' Recuperation Post-discharge : By Examining Nurses' Records and Conducting Interviews for High-risk Cases

Yumi OMORI¹, Atsuko TAGUCHI², Masako KATO³, Fukiko SASAKI³, Masami TAKAHASHI³
and Junko OMORI²

¹Miyagi Prefecture Sendai health welfare office Kurokawa branch

²Division of Public Health Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine

³Tohoku University Hospital

Key words : chronic disease, discharge support, life after discharge, home care

This study attempted to examine the effectiveness of nurses' discharge support and identify related challenges.

Three high-risk cases (Patient A, B, and C) were identified as requiring discharge support, as ascertained by nurses, in University X Hospital Y ward from August 2013 to January 2014.

Nurses' records and transcripts of interviews conducted with nurses, patients/family, and care managers during September-October 2014 were used as data. We obtained information about the course of the disease and actual quality of life.

Patient A had stopped eating between meals, but was unable follow the nutritionist's advice due to its incompatibility with the patient's lifestyle. Patient B's caregiver felt secure because the discharge nursing support involved referrals for need-based consultations with nurses. Patient C received post-discharge support for medical treatment from a care manager.

Discharge support involves collaborative reflection between nurse and patient regarding the patient's post-discharge life and disease-management, and providing need-based consultations with nurses after discharge. Challenges included maintenance of interdepartmental cooperation in the hospital, coordination and cooperation with hospital-ancillary services, and improvement in assessing nurses' ability to provide home care.

はじめに

近年の医療改革に伴い、急性期病院における在院日数の短縮化や在宅医療への積極的な移行への取り組みが急速に進められ¹⁾、医療ニーズの高い患者の退院が増加している^{2,3)}。そのため、必要なサービスが不十分であったり、不安を抱いたまま在宅へ移行する患者や家族は少なくない^{2,4)}。入院中に、療養生活上のニーズに応じて、患者や家族への退院後の療養生活を安定させるための支援や諸サービスの適切な活用を促進すること、すなわち「退院支援」の必要性は高まっている²⁾。

その一方で、退院支援の課題として、看護師が患者や家族に必要なアセスメントや支援に困難を感じ、自信を持っていないまま実践している⁵⁾ことも指摘されている。看護師が自信をもって退院支援を行うには、どのような退院支援が効果的であるかを理解し、提供することが必要と考えられる。しかし、看護師の退院支援の効果については明らかになっていない^{6,7)}。退院支援の効果について、看護師が患者の退院後の生活に向けて適切な情報提供や支援を行うことができたのか、入院中に調整したサービスが適切であったか等、退院後の追跡調査が求められているが⁷⁾、関連する先行研究は少ない。病院の退院支援部署による支援の評価については、患者の退院後の実態調査^{3,4,6)}や満足度調査⁹⁾があるが、横断調査に留まっている。退院支援の効果を検討するには、退院支援部署に限らず、病棟看護師も含めた退院支援内容と、退院後の患者や家族の実態を縦断的に明らかにすることが必要である。

そこで本研究では、X大学病院における退院支援が必要な人に対し、看護師が行った退院支援が患者の退院後の生活にどのように役立てられているのか、また課題は何かを、事例を基に検討することを目的とする。この検討により、退院支援の効果を高めるための実践への具体的な示唆を得ることを目指す。なお、本研究では、より退院後の療養生活において継続的な病状管理が必要な慢性疾患に焦点を当てた。

研究方法

本研究は、3事例の慢性疾患患者の退院後の療養生活を、看護記録とインタビューを基に整理し、検討を行った。

1. 用語の定義

藤澤²⁾は「退院支援」を「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促進すること」と定義しており、本研究ではこの定義を用いる。

「退院支援ハイリスク者」とは、入退院を繰り返す、介護が必要であるが介護力が弱い、退院支援に時間を要する等、早期から多職種で退院支援を行う必要がある患者とした。

2. 病院の退院支援システムおよび病棟の特徴

1) 病院の退院支援システム

X大学病院の病床数は1,262床(2014年3月現在)であり、退院支援部署を持つ。退院支援は病棟が主体で行い、必要時に退院支援部署と連携する。入院早期に病棟看護師が7項目の退院支援必要性のスクリーニング指標を基にアセスメントし、病棟看護師が退院支援計画を立案し、その計画を実施する。必要に応じて退院支援部署の協力を得る。病棟によっては週に1回退院支援部署や外来看護師とのカンファレンスがあり、そこで患者の退院支援の進捗状況の報告や相談が行われている。

2) 病棟の特徴

データ収集を行ったのは慢性疾患病棟で、病床数は50床であり、最も多い疾患は内分泌・栄養および代謝疾患であった。また、病床稼働率は95.81%であり、在院日数は約20日であった(2013年10月現在)。

3. 検討事例の選定および対象者

2013年8月下旬～2014年1月下旬にX大学病院Y病棟で実施した調査¹⁰⁾を基に対象選定した。この間のY病棟の入院患者は120名であった(図1)。また「退院後の療養生活アンケート」調査は、患者が退院10日後に郵送で送り、患者または家族が記入後返送してもらった。内容は退院後2週

間頃の患者の体調やADLなどであった。そのうち、病棟看護師に対し、退院時に振り返って「退院支援ハイリスク者」と判断された5事例を対象事例として選定した。その5事例の患者または家族に電話でインタビューの協力を依頼し、同意が得られた3事例が最終的に本研究の対象事例となった。インタビューの対象者は、その3事例の患者または家族と、入院中に対象事例の患者を担当した看護師であった。また、分析に必要な情報が十分に収集できなかった場合は患者を担当するケアマネジャーにもインタビューを行った(図2)。

4. データ収集

データは看護記録とインタビューから収集した。看護記録から基本属性等を事前に情報収集した上で、看護師に入院中に行った退院支援についてインタビューを行った。その内容を踏まえて患者、家族、ケアマネジャーを訪問し、病院で受けた退院支援や退院後の生活についてインタビューを行った。看護記録およびインタビューによるデータ収集は、患者の退院から約1年後に当たる2014年9月～10月であった。

1) 看護記録によるデータ収集内容

入院中の看護記録から収集した内容は、年齢、性別、入院中のADL、服薬管理、認知問題、家族構成、入院期間、既往歴、現病歴、病状、入院目的、経済状況の不安、退院後の方針、退院支援の内容、退院先、担当ケアマネジャーの有無、主介護者の状況、介護上の問題、等であった。

2) 看護師、ケアマネジャー、患者、家族へのインタビュー内容

① 看護師へのインタビュー内容

入院中の病状へのアセスメント、病気が与える患者の日常生活への影響、患者の病識、患者が心配していたこと、患者を退院支援ハイリスク者と判断した理由、退院支援の内容、等であった。

② ケアマネジャーへのインタビュー内容

現在の病状、退院から現在までの病状経過、家族関係、通院状況、病院との連携について、医療・福祉サービスの利用状況、経済状況、今後の療養場所、患者は病気を抱えながらどのように生活し

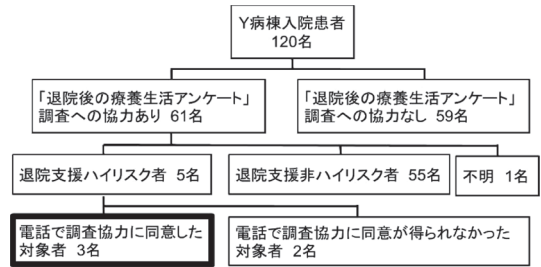


図1. 対象者の選定

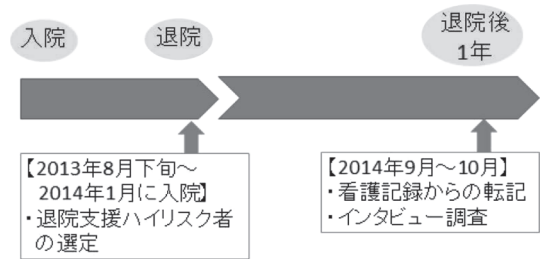


図2. 検討事例の選定およびデータ収集

ていきたいか、等であった。

③ 患者、家族へのインタビュー内容

現在の病状、退院から現在までの病状の経過、介護者の介護状況、ADL、服薬管理、医療・福祉サービスの利用状況、入院中の支援や指導されたことで、支援されて役に立ったこと、支援されても役に立たなかったこと、支援してほしいこと、病気を抱えながらどのように生活していきたいか、等であった。

5. データ分析方法

まずは、退院支援ハイリスク者と判断された理由、看護師が考えた患者の退院後の生活の目標、退院支援の内容を事例ごとに整理した。次に録音したインタビュー内容を逐語録に起こし、自宅での退院後の生活の現状や、その現状からなぜ退院支援が上手くいったのか、または上手くいかなかったのかについて語られている部分を抽出した後、表2～4に整理し検討した。「上手くいったこと」は「看護師が患者の退院後の生活の目標に沿って助言や調整を行った退院支援内容のうち、退院後に患者の生活の中で役立てられていること」、「上手くいかなかったこと」は「看護師が患者の

退院後の生活の目標に沿って助言や調整を行った退院支援内容のうち、退院後に患者や家族の生活の中で役立てられていないこととした。また、「上手くいったこと」については退院支援が患者の退院後の生活にどのように役立てられていたか、「上手くいかなかったこと」については、なぜ患者の生活に役立てられなかったかや、退院支援の課題とその解決策について、共同研究者間で検討した。

6. 倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得て行われた（倫理審査番号：2013-1-194）。対象者に、本研究の目的および、収集した情報は本研究以外の目的では使用しないこと、研究への参加は自由であることを説明し、同意書に署名を得た。インタビュー時の録音は対象者の許可を得て行った。対象者はIDで管理し、個人が特定されないように配慮した。

結 果

以下、事例ごとに結果を述べる。

1. [事例 A] 2型糖尿病の教育入院を目的に入院した A さん

1) 基本属性および入院に至るまでの経過

Aさんは30歳代の女性であり、入院目的は2型糖尿病の教育入院であった（表1）。主疾患は2型糖尿病、腎症第1期、高血圧であった。退院先は自宅であった。入院に至るまでの経過は、2008年に2型糖尿病を発症し、仕事の繁忙期になると食生活が乱れ、血糖コントロールが不良になるため、発症した段階から教育入院が勧められていた。しかし、仕事の都合や父親が病気で倒れたりしたため入院できずにいたが、今回、漸く教育入院することができた。

2) 入院中の経過

Aさんは、入院中の食事療法で減量することができ、食前血糖値や血圧が安定した。また今回の入院で腎症第1期であることが判明した。入院期間は18日であった。

3) 入院中の退院支援内容（表2）

Aさんは今後、糖尿病だけでなく糖尿病腎症の進行が予測されるため、退院支援ハイリスク者と

表1. 対象者の基本属性

| | 事例 A | 事例 B | 事例 C |
|---------|---|--|--|
| 性別 | 女性 | 男性 | 男性 |
| 年齢 | 30 歳代 | 80 歳代 | 70 歳代 |
| 主疾患 | 2 型糖尿病 | CAPD 腹膜炎 | 多発性脳梗塞 |
| 入院目的 | 教育入院 | 加療 | 加療 |
| 入院期間 | 18 日間 | 11 日間 | 33 日間 |
| 社会資源の利用 | なし | 身体障害者手帳 3 級（慢性腎不全） 訪問診療、訪問看護、デイサービス | 身体障害者手帳 1 級（ペースメーカーを埋入しているため） |
| 介護保険 | なし | 要介護 1 | 入院中に申請。認定は退院後。 |
| 介護上の問題 | なし | 主介護者の長女の負担が大きい。 | 独居で認知症にもかかわらず、身近に頼りになる人がいない。 |
| 家族 | 60 歳代の両親は 2 人暮らしで A さんとは別居である。A さんには 30 代の 3 人の姉妹がいるが、皆独居である。 | 4 人暮らしをしており、妻 80 歳代、長男 50 歳代、長女 50 歳代である。主介護者は長女である。 | 離婚をしていて、元妻とは連絡も取れない。一人息子は精神疾患にてグループホームに入所している。 |
| 退院先 | 自宅（独居） | 自宅（家族あり） | 自宅（独居） |

慢性疾患患者の退院後の療養生活からみた病棟看護師による退院支援内容の検討

表 2. 事例 A の退院支援の内容および自宅での現状

| 退院後の生活の目標 | 退院支援の内容 | 自宅での現状 | |
|--------------------------------|---|--|--|
| | | (1) 上手くいったこと | (2) 上手くいかなかったこと |
| 1. 自宅でも食事療法を継続することができ、血糖が安定する。 | 1) 栄養士による集団栄養指導 ・ A さんが適切なご飯の量の計測を体験した。 ・ 料理のパネルを使って、1 食分のメニューを A さんが考え、栄養士がアドバイスをした。 | (1-1) ご飯だけは計るようになった。 (1-2) 野菜や食事のバランスを意識するようになった。 | |
| | 2) 栄養士による個別栄養指導 ・ 主食、主菜、副菜の適切なバランス量を提案した。 ・ 体重測定継続、食事量の振り返り、食事は「具だくさんスープ」を作ることを提案した。 | | (2-1) 仕事の繁忙期にコンビニ弁当や夕飯を深夜に取らざるを得ない生活は入院前から変わらず「具だくさんスープ」にしようとは思いますが、帰ってから作るとなると中々できない。仕事でイライラして帰ってくるためどうしても大量に食べたくなる。 |
| | 3) 看護師によるカロリーに関する助言 ・ コンビニ弁当を購入する時の、適切なカロリーや選び方を説明した。 | (1-3) カロリーを意識し、ご飯等の炭水化物を少なくし、野菜等のカロリーの低いものを多く摂るようになった。 | (2-2) A さんは自分が知っているメニューだけでは単調になりがちのため、病院食のようなレシピがバラエティーよく欲しい。 (2-3) A さんは糖尿病患者向けの食事療法の本は持っており、手順が難しいものではないが、手の込んでいたものが多いため、忙しい時でも簡単に作れ、夜中に夕飯を取らざるを得ない時でも食べていいものを知りたい。 |
| | 4) 入院時に A さんと看護師が一緒に行う 1 日のスケジュールの確認を通し入院前の生活の見直しをした。 ・ なぜ間食が血糖コントロールに影響するかについて説明した。 | (1-4) 頂き物の多い会社で菓子類をつまむことが多かったが、今は食べなくなった。 | |
| | 5) 糖尿病教室 ・ A さんに合併症に関する知識の提供があった。 | | (2-4) 合併症に関してピンときていなく、合併症に関して怖いイメージは特にない。 |
| 2. 自宅で運動を継続することができる。 | 6) 医師からの助言 ・ 階段の上り下り、遠くに駐車するなど簡単に日常生活の中でできることからやることを助言した。 | (1-5) 医者から言われた、階段を使ったり、遠くに駐車することは日頃から実施しており、苦ではない。 | |
| | 7) 看護師の助言 ・ 運動の継続は助言したが、具体的な運動法などは話さなかった。 | | (2-5) 退院後、夜帰宅してから歩いたら不審者に声をかけられ、それ以来やっていない。 (2-6) 家でできるストレッチや簡単な運動法を知りたい。 |
| | 8) 退院支援内容になかったこと | | (2-7) 忙しい時期に限らず、仕事でイライラすると過食や多量に飲酒してしまう。 (2-8) ストレス解消法が飲酒。どうしようもなくイライラすると飲みたくなる。退院してから多く飲むようになった。 (2-9) 父が危篤に以降、父の体調が心配で自分の病気の治療への意識がやや薄くなってしまっている。 (2-10) 将来的に子供を産むことができるかとても気になる。 |

判断された。「自宅でも食事療法を継続することができ、血糖が安定する」ことが退院後の生活目標であった。退院先は自宅であった。Aさんは、糖尿病の教育プログラムの一環として、合併症やシックデイ等の知識を得ることを目的とした、看護師や医師、薬剤師によって行われる講義を受講した。その他にも栄養士による集団栄養指導、個別栄養指導を受けた。栄養士の個別指導では、仕事の繁忙期に具だくさんスープを作ることにについて提案があった。また、看護師がAさんに1日のスケジュールを尋ねながら、一緒に入院前の生活を見直すことで、Aさんは間食の多さに気づき、看護師と間食を減らす方法について具体的に考えることができた。このように、栄養士と看護師はそれぞれに栄養指導を行ったが、その指導内容を栄養士と看護師間で共有することはなかった。

退院時のAさんを取り巻く人間関係と社会環境は図3の通りである。Aさんは両親と姉妹とは別居しているが、Aさんの身に何かあった際には駆けつけることができる距離に妹が住んでいた。また退院時にX大学病院から近医に主治医を紹介され、2ヵ月に1回通院することになった。近医には、医師への紹介状が渡されたが、病棟看護師からの入院中の支援内容やAさんの生活状況等の情報提供はなかった。

4) 退院後の経過

Aさんは、退院1年後の2014年9月にはHbA1cの値が上昇したため、医師から食生活の見直しを指導されていた。しかし、糖尿病腎症は悪化することはなく、他の合併症の発症もなかった。入院前には仕事の繁忙期に血糖値が上昇する傾向があったが、退院後は繁忙期になっても血糖値の上

昇は見られなかった。

5) 退院支援が退院後の生活で上手くいったことと上手くいかなかったこと(表2)

Aさんの自宅での現状は表2の通りであった。以下、本文中の(＃)内の番号は、表中の番号と対応している。退院後の生活で退院支援が上手くいったことは、(＃1-4)菓子類をあまり食べなくなったこと等であった。上手くいかなかったことは、(＃2-1)仕事の繁忙期は指導された具だくさんスープは作れず、3食をコンビニ弁当で済ませる生活は変わらなかったこと等であった。(＃2-8)忙しい時期に限らずイライラすると過食や多量に飲酒したこと、(＃2-9)2014年5月に父親が危篤となってからは両親のことが心配で、自身の治療への意識が薄れたこともあった。また(＃2-10)病気を抱えながら将来的に子供を産むことができるかを気にしていたが、これについては入院中に話題に上らなかったため、看護師からの助言はなかった。

2. [事例B] 持続的携帯式腹膜透析(以下、CAPD)によって腹膜炎を起こしたBさん

1) 基本属性および入院に至るまでの経過

Bさんは80歳代の男性であり、CAPD腹膜炎で加療を目的に入院した(表1)。主疾患はCAPD腹膜炎、アルツハイマー型認知症、慢性腎不全であった。入院に至るまでの経過は、2009年に慢性腎不全を発症し、2013年7月中旬にX大学病院でCAPDを導入した。住み慣れた自宅で最期まで過ごしたいというBさんや家族の意向を基に、CAPDを選択した。CAPD導入後、介護保険で訪問診療、訪問看護、デイサービスを利用しており、担当のケアマネジャーとの関係性は取れていた。2013年10月、排液の混濁を主訴にX大学病院に連絡がありCAPD腹膜炎の診断にて入院となった。

2) 入院中の経過

入院後、Bさんは抗生剤の投与により腹膜炎症状は落ち着き、除水ができるようになったため退院となった。入院中、認知症が原因で病院を無断で出ていくことがあった。入院期間は11日間であった。

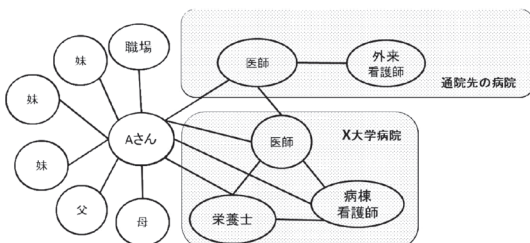


図3. 退院時のAさんを取り巻く人間関係と社会環境

3) 入院中の退院支援内容 (表3)

Bさんは、認知症であり、介護はほぼ長女が1人で行っているため長女の介護負担が大きいことと、腹膜炎の再発リスクがあることから退院支援ハイリスク者と判断された。退院先は自宅であった。「家族の協力と医療・介護サービスの利用により、長女の負担が軽減できる」等が退院後の生活目標であった。退院後に、病棟看護師はX大学病院の外来を相談先として調整し、家族に困ったことがあったら直ぐに相談するよう、情報提供した。また、自宅でCAPDが正しく行えるよう、

その手技や、入浴方法などの指導、腹痛、発熱等の緊急時の対応の説明を看護師が行った。また腹膜炎専任の栄養士による栄養指導もあった。

退院時のBさんを取り巻く人間関係と社会環境は図4の通りである。退院時には入院経過のサマリーやケア会議を通して、病棟看護師からX大学病院の外来看護師へBさんの申し送りが行われた。

4) 退院後の経過

入院前と同様に、訪問診療と訪問看護、デイサービスの利用が再開された。退院直後は認知症の症

表3. 事例Bの退院支援の内容および自宅での現状

| 退院後の生活の目標 | 退院支援の内容 | 自宅での現状 | |
|--|---|---|---|
| | | (1) 上手くいったこと | (2) 上手くいかなかったこと |
| 1. 家族の協力と医療・介護サービスの利用により、長女の負担が軽減できる。 2. 社会資源を利用しながら、Bさんが自宅で療養することができる。 | 1) ケア会議の開催、必要物品の用意・デイサービス・訪問看護・訪問医療も入院前から利用中のため、ケア会議では調整のみであった。 | (1-1) 主介護者の長女は毎日気を張り詰めながら介護をしているが、訪問看護を利用する日は気が楽になる。 | (2-1) 2014年6月のチューブ交換目的の入院の際に認知症が悪化し、そこから家族の介護負担が大きくなってしまった。最期は自宅で看取することを考え、腹膜炎にしながら、同年8月の呼吸停止のために救急搬送された。入院を機に、施設入所となり、結局自宅で療養することはできなくなってしまった。 |
| | 2) 相談先の提供 看護師は長女に対して「日中は外来に、それ以外の時間は病棟に、何か不安なことがあったら連絡するように」と言って帰した。 | (1-2) 何か不安なことがあったらすぐにX大学病院の外来到に電話をし、外来看護師に相談ができる。 | |
| | 3) 腹膜炎専任の栄養士による長女への栄養指導・前回腹膜炎のチューブを挿管した際の入院で栄養指導はしているため、確認の意味合いで行った。 | (1-3) 治療食は指導された通りに作ることができ、スプーンで計ることも苦ではない。 | |
| 3. 長女が正しいCAPDの手技を実施することができる。 4. 異常(発熱・排便混濁・腹痛など)の早期発見ができる。 | 4) 長女へのCAPDの指導・手技、入浴、緊急時の対応など一律に決まった項目の一連を指導した。 | (1-4) CAPDの手技は長女が行い、特に問題なくできている。 (1-5) 腹膜炎などBさんに異常が起こるたびに長女が発見し、医療機関に連絡ができている。 | |
| | 5) 退院支援内容になかったこと | | (2-2) 自宅で亡くなることをBさんも家族も希望していたが、その希望について在宅サービス機関と話し合うことはなかった。 |

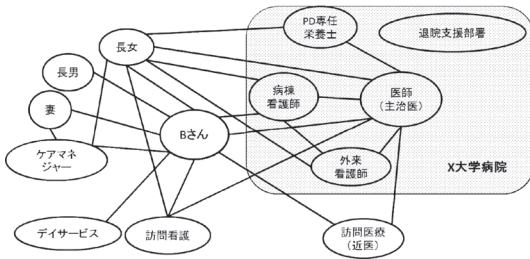


図4. 退院時のBさんを取り巻く人間関係と社会環境

状はあったが、家族としてはあまり困る状況はなかった。しかし、2014年6月に、腹膜炎を繰り返したためチューブ交換を目的に入院した際、認知症が進行し、夜間の覚醒や徘徊、不潔行為等が始まった。また孫や主介護者の長女のことも認識できなくなってしまった。カリウム管理が難しくなったため薬の量も増え、食事も減少した。自宅で亡くなることをBさんも家族も希望していたが、その希望について在宅サービスの提供機関と話し合うことはなかった。同年8月に呼吸停止を起こし、長女が救急車を呼びX大学病院に救急搬送された。この入院を機に医師が施設入所を提案した。長女もこれ以上介護を続けることが難しいと考え、同年9月に退院と同時に施設へ入所した。

5) 退院支援が退院後の生活で上手くいったこと上手くいかなかったこと (表3)

Bさんの自宅での現状は表3の通りであった。退院後の生活で上手くいったことは、(#1-2)何か不安なことがあったらすぐに大学病院の外来に電話で相談ができること等であった。上手くいかなかったことは、(#2-2) 最期は自宅で看取することを希望してCAPDを始めたが、家族の介護負担が大きくなり手に負えなくなってしまったため、施設入所となったことであった。

3. [事例C] 多発性脳梗塞の発症で入院し、介護保険の申請が必要になったCさん

1) 基本属性および入院に至るまでの経過

Cさんは70歳代の男性であり、多発性脳梗塞で加療を目的に入院した(表1)。主疾患は多発性脳梗塞、脳血管性認知症であった。入院に至る

までの経過は、2002年から高血圧症、2009年に高度房室ブロックによりペースメーカーを埋め込んでおり、どちらの疾患に関してもX大学病院に通院していた。2013年10月に構音障害および注意障害が出現し、さらに自家用車の車庫入れが上手くいかなくなり、めまいも出現したため、通院中のX大学病院を受診した結果、多発性脳梗塞のため入院となった。

2) 入院中の経過

保存的加療によって出血は速やかに消退し、構音障害などの症状も改善した。入院初日に家族がいないことや独居を理由に、医師の判断で病棟から退院支援部署へ後方支援を依頼した。入院4日目に、病状はほぼ安定した。入院9日目には1回目のケア会議が行われた。Cさんは、身の回りの最低限のことや意思疎通はできるが、説明したことをすぐに忘れてたり、会話のつじつまが合わないことがあった。入院期間は33日間であった。

3) 入院中の退院支援内容 (表4)

Cさんは認知症の進行や、脳梗塞の再発があった場合、1人暮らしができなくなることから退院支援ハイリスク者と判断された。「定期的な受診と社会資源の利用により、安全に自宅で生活することができる」等が退院後の生活目標であった。退院先は自宅であった。入院当初、介護保険の申請は行っていなかったため、その手続きやケアマネジャーへの申し送りを目的に、退院支援部署から地域包括支援センターに連絡した。また、担当のケアマネジャーと病院スタッフとで2回のケア会議を行い、退院後の生活に必要な支援を話し合った。

退院時のCさんを取り巻く人間関係と社会環境は図5の通りである。Cさんは独居で軽度の認知症であったが、近隣に友人が多かったこともあり自宅で生活することを望んだ。退院後のキーパーソンはケアマネジャーであった。ケアマネジャーは診療所の医師と連携し、自身の病状を理解できないCさんの病状管理を行い、ヘルパーとも協力して内服管理を行うことになった。

4) 退院後の経過

Cさん自身は病状が悪化していると認識してい

表 4. 事例 C の退院支援の内容および自宅での現状

| 退院後の生活の目標 | 退院支援の内容 | 自宅での現状 | |
|--|---|---|---|
| | | (1) 上手くいったこと | (2) 上手くいかなかったこと |
| 1. 定期的な受診と社会資源の利用により、安全に自宅で生活することができる。 | 1) 病棟から退院支援部署へ後方支援依頼をした。 ・ケアマネジャーにつなげることや、介護保険申請につなげた。 2) ケア会議 ・第1回ケア会議では、医師、看護師、ケアマネジャーが参加した。 病院側からは病状説明、自宅でどんなことが不安と考えられるかが説明された。ケアマネジャーからは、どんな支援を受けることが可能と考えられるか、介護保険でどんなサービスを受けることができるか等が話し合われた。 ・第2回ケア会議では、第1回のメンバーに加え、Cさんを交えて行った。ケアマネジャーから対象者と病院側にサービスの提案を行った。 | (1-1) 退院後すぐにヘルパーを利用することができた。 (1-2) ヘルパーは掃除と内服管理の内容で利用しており、たまにCさんが飲み忘れてしまうこともあるが、内服管理はできており、安定して生活している。 | (2-1) 金銭管理に問題があることが退院後発覚した。あるだけ使い、上手く組み立てて使えない状況のため、ケアマネジャーと一緒に金銭管理をしていた。しかし、いつまでもケアマネジャーが金銭管理をする訳にもいかないため、2014年9月現在金銭管理を行ってける制度につなぐ手続きをしている。 (2-2) 年金を受給しているが、元々預貯金があまりなく、入院を機に仕事を辞めたため、生活保護を受けるほどではないが、経済的に困窮していた。退院約半年後、食生活が乱れたため、配食サービスを導入したが経済的な理由で2ヵ月しか継続できなかった。 (2-3) 入院中は自宅で生活することを望んでいたが、経済的に困窮していることや、周りに誰かがいる環境で生活したほうが安全で、なおかつCさんも寂しい思いをせず生活できるというCさんとケアマネジャーの考えから、自宅売却の話をケアマネジャーと一緒に進めており、有料老人ホームなどをいくつか申し込み、空き部屋を待っている。 |
| | 2) 近医の紹介 ・車運転禁止のため、自宅から自転車で行くことのできる近医を紹介した。 | (1-3) 認知症の状況はあまり変わっておらず、脳梗塞や高血圧の病状も安定している。 (1-4) Cさんはどんどん病状が悪化していると思っており、何回説明しても病状を理解できないが、ケアマネジャーからその都度病状を説明されることによりCさんは安心している。 | |

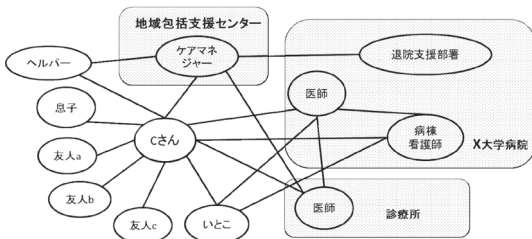


図 5. 退院時の C さんを取り巻く人間関係と社会環境

たが、実際は脳梗塞や高血圧症などは安定していた。認知症は入院中とほぼ変わらず、物忘れがあったり、金銭管理が難しい状況であった。

5) 退院支援が退院後の生活で上手くいったことと上手くいかなかったこと (表 4)

Cさんの自宅での現状は表4の通りであった。退院後の生活で上手くいったことは、病棟看護師が退院時にケアマネジャーにつなげていたため、(#1-1) 退院後すぐにヘルパーを利用できたこと等であった。上手くいかなかったことは、(#2-3) 入院中は自宅で生活を継続することを希望していたが、現在は有料老人ホームを申し込んでいること等であった。

考 察

1. 退院後の生活に役立てられていた退院支援

事例 A では、看護師と患者が一緒に入院前の生活を振り返ることにより、A さんは間食に菓子類を食べる習慣に気が付くことができた。さらに、間食が血糖コントロールに与える影響について看護師が説明することにより、A さんは退院後には菓子類をほとんど食べなくなっていた。先行研究でも、看護師が患者の生活の振り返りを一緒に行うことが患者の動機づけを支援し、行動変容に効果をもたらすことがでも報告されている¹¹⁾。退院支援では、看護師は患者の病気に対する知識や認識を理解し、改善が必要な生活習慣への動機づけに働きかけることが重要と考えられた。

また在宅療養への積極的な移行が推進される中、退院後に向けた生活調整が不十分な状態で、不安を抱いたまま在宅療養へ移行する患者、家族が増加している^{2,4)}。その中、事例 B では、看護師が入院中に相談先の提供を行うことにより、退院後に不安や困り事があっても、直ぐに病院の外来に電話で相談できたため、自宅で安心して療養生活を送ることができていた。困り事があった時に、入院時の経過を把握しているサービス機関に相談できることが、患者や家族の安心や在宅療養の継続につながることは先行研究¹²⁾においても報告がある。今回、事例 C では、退院時のカンファレンスで病棟看護師と外来看護師とが話し合ったことで、退院後も一貫した対応が可能になったと考える。単に相談先を紹介するだけでなく、これまでの経過や生活状況を踏まえた対応ができる相談体制の構築が重要とも言える。

2. 退院支援の課題と改善策

本研究では、生活に役立てられている退院支援内容が明らかになった一方で、いくつかの課題も見られた。まず、事例 A と事例 C に共通する課題は、在宅での療養状況のアセスメントが十分でなかったことであった。そのアセスメント内容は、事例 A では、A さんが仕事でストレスを感じると過食や多量に飲酒することや、事例 C では、軽度の認知症である C さんが自宅でどの程度生

活が可能かについてであった。患者や家族の退院後の生活を見据えた退院支援が求められているが、看護師は退院後の生活上の問題を予測し、アセスメントすることに困難を感じる看護師は少なくない^{6,9)}。その要因は、退院支援の経験不足や退院後の生活に関する知識不足等であると言われている⁹⁾。さらに、在院日数の短縮によって、短期間での退院支援を求められるため、その中で退院後の生活上の問題を適切にアセスメントするのは高度な技術であると考えられる。そのため、今後は益々現任教育等の強化が必要になるであろう。具体的な解決策として、病棟看護師が訪問看護師に同行することで、在宅療養生活の経験や想像力を養う研修が効果的と言われている^{13,14)}。この研修は X 大学病院でも行われているが、経験できる看護師は限られている。他にも、退院後の生活を視野に入れたアセスメント用紙を活用することにより、看護師が患者や家族の退院後の療養生活を見据えたアセスメントの視点を持てるようになったという報告¹⁵⁾もあるため、並行して導入することが効果的であると考えられた。

2 点目に、院内の連携状況の課題が考えられた。事例 A では、栄養士の個別栄養指導で具だくさんスープが提案されたが、仕事の繁忙期は自炊することができないため、A さんの生活の中に取り入れることが難しかった。これは、栄養士が A さんの生活状況の把握が十分でなかったことが原因であったが、一方で、病棟看護師は仕事の繁忙期に生活習慣が崩れやすいことを把握していた。栄養士と病棟看護師が把握した情報を共有することで、A さんの生活に合った支援が行えたと考えられる。病院内では複数の専門職が患者に関わるが、短期間の入院の中で連携を十分に取って退院支援するのは難しい^{2,5,13)}。しかし、今回の事例検討から、各職種が把握した状況や行った支援を共有することで、より効果的な退院支援が行えることが推測された。今後は、カンファレンスに限らず、電子カルテや記録様式の活用等、院内の多職種間の連携方法の見直しが必要と考えられた。

3 点目に、病院と退院先のサービス機関との情報共有内容や、その共有方法の課題があると考え

られた。事例 B では家族は自宅で看取る意向を病院では医師や看護師に話していたが、退院後にはその意向をケアマネジャーに伝えることもなく、在宅サービス機関が看取りや緊急時のことについて話し合うことはなかった。病院と退院先のサービス機関との連携が難しいことについては多くの病院に共通する課題である⁵⁾。どこまでを、どのような形で情報共有するかを標準化することは、X 大学病院のように広域に複数のサービス機関と関わる病院にとっては難しいことである。しかし、病院で行われた治療や退院支援を自宅で活かすためにも、必要な情報提供内容やその共有方法を退院先の関係機関と検討しておくことは重要であろう。まずは、比較的連携頻度の高いサービス機関と、事例を基にした情報共有の課題を話し合う機会を持つことが望ましいと考える。

3. 本研究の限界と意義

本研究の限界は、一つの病棟の患者 3 名の事例検討であるため、今後はより病院や病棟の患者特性を拡大させた検討が必要である。今回明らかになった病棟看護師が行った退院支援後の具体的な効果や支援の課題は、退院支援の効果を高めるための実践への示唆となり、縦断的にその効果を検討する際の基礎資料になると考える。

おわりに

X 大学病院における退院支援が必要な人に対し、病棟看護師の退院支援が患者の生活にどのように役立てられていたかや、退院支援の課題と対策について、3 事例を基に検討した。その結果、退院後に役立てられていた退院支援内容は、看護師と患者と一緒に入院前の生活を振り返る支援が、患者の生活習慣を改善する動機付けに役立っていた。また、退院後の相談先を提供することが、患者や家族が安心して在宅療養生活を送ることに役立っていた。一方、退院支援の課題を検討したところ、在宅での療養状況のアセスメント不足や、院内の多職種間の連携、退院先のサービス機関との情報共有について課題があることが挙げられた。

文 献

- 1) 鷺見尚己, 奥原芳子, 安達妙子, 浅野弘恵, 佐藤由佳: 大学病院における改訂版退院支援スクリーニング票の妥当性の検証, 看護総合科学研究会誌, **2**(3), 53-63, 2007
- 2) 藤澤まこと: 医療機関の退院支援の質の向上に向けた看護のあり方に関する研究—医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化—, 岐阜県立看護大学紀要, **12**(1), 57-65, 2012
- 3) 樋口キエ子, 原田静香, カーン洋子, 金子裕子: 大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討 (第 2 報) —家族介護者の視点を通じて—, 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, **3**, 90-95, 2007
- 4) カーン洋子, 樋口キエ子, 原田静香, 金子裕子: 大学病院療養指導室における退院支援の実態と退院支援体制の検討 (第 1 報), 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, **3**, 82-89, 2007
- 5) 塚本友栄, 郷間悦子, 村上貴子, 阿久津梢, 永岡明子, 河野順子, 福島道子: 退院調整看護師等を対象とした交流会参加者の声から捉えた A 県下医療施設における退院調整の現状と課題, 第 42 回日本看護学会論文集看護総合, 257-260, 2012
- 6) 胡美恵, 内山早苗, 岡本清子: 退院支援満足度調査による退院支援ニーズの検討, 第 42 回日本看護学会論文集地域看護, 54-57, 2012
- 7) 永田智子, 村嶋幸代: 高齢者の退院支援, 日老医誌, **39**, 579-584, 2002
- 8) 横山梓, 村嶋幸代, 永田智子, 柳沢愛子, 若林浩司, 田城孝雄, 鳥羽研二, 大内尉義: 一国立大学で専門部署による退院支援を受けた患者の退院後調査, 病院管理, **38**(1), 53-61, 2001
- 9) 楠本順子, 川崎浩二: 満足度調査による退院支援の評価, 日本医療マネジメント学会雑誌, **9**(2), 322-326, 2008
- 10) 田口敦子, 奥田春花, 吉田和子, 五十嵐ひとみ, 佐藤裕子, 佐々木夫起子, 山内かず子, 永田智子: 大学病院における退院支援スクリーニング指標の基準関連妥当性の検討, 東北大学医学部保健学科紀要, **24**(1), 19-27, 2015
- 11) 祝富紀, 吉崎和子: 糖尿病エンパワーメントの概念を取り入れた記録用紙を活用した療養指導—療養行動の継続と自立につなげる動機づけの支援—, 日本糖尿病教育・看護学会誌, **13**(1), 16-26, 2009
- 12) 藤澤まこと, 普照早苗, 森仁実, 黒江ゆり子, 平山

- 朝子, 川井恵理子: 退院調整看護師の活動と退院支援における課題, 岐阜県立看護大学紀要, **6**(2), 35-41, 2006
- 13) 藤澤まこと, 黒江ゆり子, 原田めぐみ, 高橋智子: 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発 (第1報) —退院支援の課題の解決に向けた看護職者への人材育成の方針の検討—, 岐阜県立看護大学紀要, **14**(1), 109-119, 2014
- 14) 高木日登美, 矢萩由香, 浪花弘美, 長田千穂, 矢田美奈子: 退院支援を実施した患者への訪問看護同行研修の評価, 第44回日本看護学会論文集地域看護, 85-88, 2014
- 15) 藤澤まこと: 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第2部)—退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検討—, 岐阜県立看護大学紀要, **13**(1), 67-80, 2013