

## 療養型病棟患者の退院後の在宅ケアを効果的に継続させるための退院指導に関する研究：退院後に必要な住宅におけるケア内容およびサポート

著者	田中 キミ子, 北川 公子, 柏木 夕香, 唐澤 千登勢, 宮島 ひろ子, 小熊 波重, 矢澤 紀子, 樋口 あきみ, 萬場 知子, 瀧澤 由佳, 高橋 恵子, 梅澤 美紀子
雑誌名	看護研究交流センター事業活動・研究報告書
巻	15
ページ	41-44
発行年	2004-06
その他のタイトル	A Study of Effective Discharge Education for Patients Discharged from the Treatment type Hospital
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10631/258">http://hdl.handle.net/10631/258</a>

療養型病棟患者の退院後の在宅ケアを効果的に継続させるための退院指導に関する研究  
—退院後に必要な在宅におけるケア内容およびサポート—

田中キミ子<sup>1)</sup>, 北川公子<sup>1)</sup>, 柏木夕香<sup>1)</sup>, 唐澤千登勢<sup>1)</sup>, 宮島ひろ子<sup>2)</sup>, 小熊波重<sup>2)</sup>, 矢澤紀子<sup>2)</sup>,  
樋口あきみ<sup>2)</sup>, 萬場知子<sup>2)</sup>, 瀧澤由佳<sup>2)</sup>, 高橋恵子<sup>2)</sup>, 梅澤美紀子<sup>2)</sup>

1) 新潟県立看護大学 (老年看護学), 2) 上越地域医療センター病院 (看護部)

A Study of Effective Discharge Education for Patients Discharged from the Treatment type Hospital

Tanaka Kimiko, Kitagawa Kimiko<sup>1)</sup>, Kashiwagi Yuka<sup>1)</sup>, Karasawa Chitose<sup>1)</sup>, Hiroko Miyajima<sup>2)</sup>,  
Oguma Namie<sup>2)</sup>, Yazawa Noriko<sup>2)</sup>, Higuchi Akimi<sup>2)</sup>, Manba Tomoko<sup>2)</sup>, Takizawa Yuka<sup>2)</sup>,  
Takahashi Keiko<sup>2)</sup>, Umezawa Mikiko<sup>2)</sup>

1) Niigata College of Nursing, 2) Joetsu Regional Medical Center Hospital

キーワード: 療養型病院 (treatment type hospital), 高齢患者の退院 (discharge of old patients),  
在宅ケア (home care), 地域介護システム (continuing care system)

### 要約

療養型病棟は入院中、治療・リハビリテーション・看護・介護によって、退院後に介護者負担を軽減し、帰宅後から自立した生活が送れるようにすることを目標とする。第1報告は、この目標に沿って効果的な退院指導法を検討した。結果、各対象者の状況や必要な援助内容が異なること、介護者特性に合わせた指導を選択・分類して実施する必要性がわかった。第2報では、退院を受ける在宅におけるケアを効果的に実施するために、ケア内容及び家族介護状況、地域と連携が重要であると考え、療養型病棟退院後の療養状況、在宅で必要なケア内容およびサポート内容等の調査を行った。

### 目的

療養型病棟を退院した高齢患者の在宅におけるケアニーズ、ケア内容と介護状況を調査し、地域ケアシステムとの関連を検討する。

### 研究方法

#### 1 調査内容

J病院療養型病棟における入退院の状況と、療養型病棟を退院した患者の在宅ケアの状況、及びケア内容、介護者の状況について調査を行った。

#### 2 対象者

J病院を平成15年3月以降に自宅退院した患者18名、5月以降の自宅退院患者35名。

#### 3 データ収集方法

1) J病院入退院台帳, J病院を退院した患者の居宅サービス計画表

2) 病棟看護師が対象の退院患者の自宅を訪問し(第1回調査と同様), 作成したパンフレ

ットによる退院指導の効果, 及び介護・介護内容について聞き取り調査を行なった.

3) 調査期間:2003年1月~12月.

4 分析方法

- 1) J病院入退院台帳とJ病院を退院した患者の居宅サービス計画表に基づき, ケア内容を取り出し, KJ法により分類して項目化し, 単純集計を行なった.
- 2) 退院指導内容について(第1回調査と第2回調査)比較分析した.  $\chi^2$ 検定, 危険率.05未満の頻度で分析した. 統計解析は Stat View (Macintosh 版)を使用した.

結果

1 退院者の概要

1) 入退院の状況

J病院は2000年設立. 病床数199床, このうち療養病床数は55床である. 均在院日数は47.8日であり, 2003年1月~12月に入退院した患者総数は188名(女性106名, 男性82名), 平均年齢は78.7歳(SD±10.9)である.

2) 患者の入院時点の居所と転帰先

自宅から入院した者50名(26.6%), 他病院からの入院者124名(65.9%), 病院からの入院者の退院先は自宅は退院者58名(30.9%), 他病院は転院者41名(21.8%). 全体退院患者のうち自宅退院者は92名(48.9%)である(表1-1~表1-3).

3) 病気は, 脳血管疾患112名(59.6%)が多い.(表1-4)

表1-1

入院時(n=188)	
入院前	人数
自宅	50
病院	124
施設および他	14

表1-2

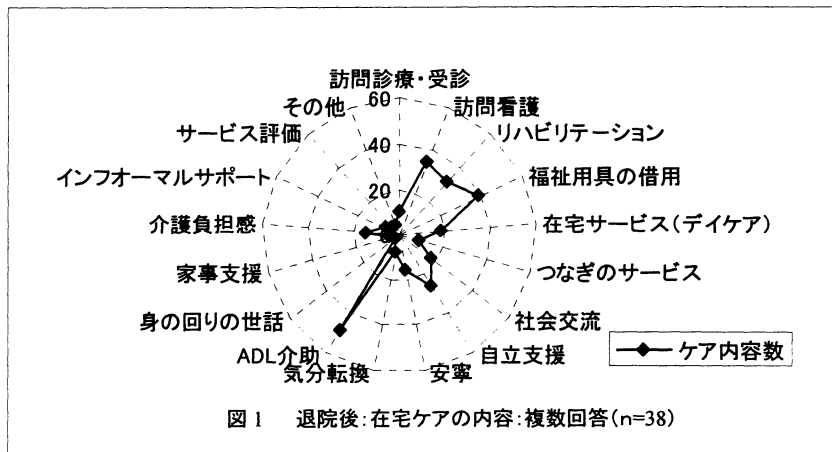
病院から入院者の転帰	
転帰先	人数
自宅へ	58
病院へ	41
施設へ	12
転科	12
死亡	1

表1-3

退院の状態	
転帰先	人数
自宅	97
病院	50
施設および他	17
転科	22
死亡	

表1-4

入院時病名(複数回答)			
病名	人数	病名	人数
脳血管疾患	112	心不全	7
大腿骨頸部骨折	20	癌	4
その他の骨折	3	喘息	3
脊柱管狭窄症	4	肺炎	10
脊椎損傷	4	痴呆	5
頭部外傷	4	その他	32



4) 要介護認定の状況

退院患者のうち, 10月現在, 介護認定適応者35名のケア内容はADL介助50件, リハビリテーション35件, 福祉用具の借用39件, などであり, 退院後の自立のための支援が多い.

2 対象者の特徴

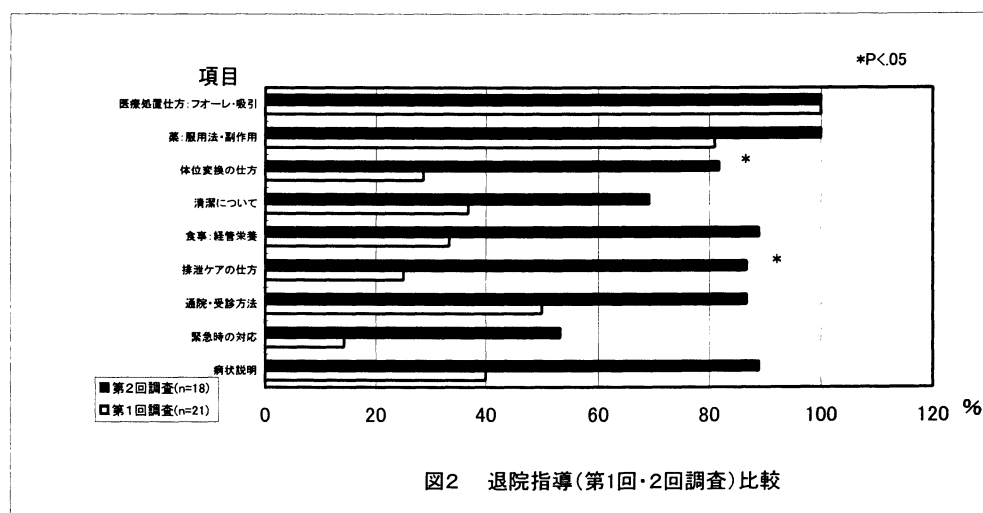
第1報告の第1回, 2回および第3回調査についての対象者の特徴を表2に示す. 対象者は60~79歳が多く, 脳血管疾患が多い.

表2 対象者の特徴

対象者の属性		第1回調査 H13.4~11月	第2回調査 H15.3~5月	第3回調査 H15.5~12月			第1回調査 H13.4~11月	第2回調査 H15.3~5月	第3回調査 H15.5~12月
分類	項目	n=21	n=18	n=35	分類	項目	n=21	n=18	n=35
性別	男	11	10	17	主たる 介護者	配偶者	14	12	26
	女	10	8	18		子供家族	1	6	8
年齢	60~79歳	16	14	24		子供 or 孫	5	1	1
	70歳以上	5	4	11					
平均・SD		75.2 (±7.8)	73.5 (±9.5)	76.9 (±7.3)	介護度	ない	2	0	0
疾患別	脳血管疾患	16	12	26	要支援		0	0	0
	大腿骨頸部骨等	2	2	2	I		3	1	4
	炎症性疾患	3	1	4	II		4	1	6
	頸髄損傷	0	1	1	III		4	4	8
	脊椎梗塞	0	0	1	IV		4	7	9
	慢性心不全	0	1	1	V		4	4	8
	廃用症候群	0	1	0	身障2		0	1	0

### 3 退院パンフレットの使用効果

退院指導効果の実態調査（第1回目調査・第1報）結果を受け、インタビューから得られた必要な内容を整理して退院パンフレットを作成した。2003年3月に退院が予定されている患者に対しこのパンフレットを用いて退院1ヶ月前に退院指導を行い、許可の得られた18名の自宅へ訪問し、パンフレットを用いて行なった退院指導の有効性について聞き取り調査を行なった。結果、第2回目調査は退院指導を受けたと実感する人が多くなり、「排泄介助の方法」「体位変換」の項目では、第1回調査に比較して有意に良好となった。また、パンフレットを使用したことにより、家族を含めて看護師との連携を深める効果もあった。



#### 4 在宅における介護者の状況

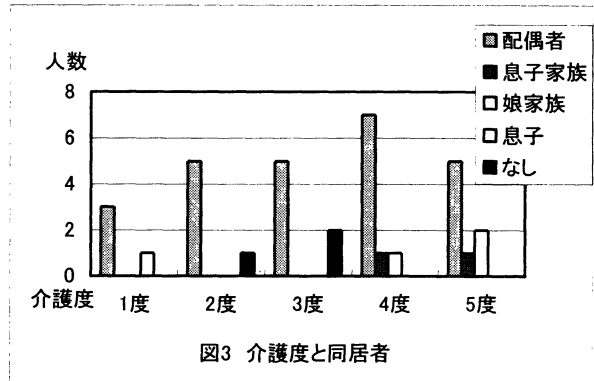
第3回目調査は介護度、介護者について検討した。(表-2)

##### 1) 介護度

脳血管系疾患が多いためと思われるが介護度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ度が多かった。

##### 2) 介護者

介護度が高くなるほど同居者数は多くなる傾向がみられた。(図3)



#### 考察

##### 1 退院パンフレットの有効性

退院指導は、入院中に治療・リハビリテーション・看護・介護を行い、退院後の介護負担を軽減し、自立した生活が送れるように支援するという療養型病棟の指針として重要な看護ケアである。高齢者の自宅復帰のスタートにあたり、治療、及び関連する日常生活支援は退院以降の家庭生活に影響するので、本調査で行なった、入院当初から自宅退院に向けて一連のパンフレットを用いた退院指導は、上記の目標を達成するために効果がみられ、病院と在宅ケアの連携における連携に有効であることが示唆された。

##### 2 退院の推進と退院後のサポート体制

今回、自宅退院できる人は脳血管系疾患・大腿骨骨折患者が多く、妻や他の家族が介護を担える人が多い傾向であることがわかった。また、介護内容はADL介助、リハビリテーションなどが多い。同時に、自宅退院者の介護度は決して軽くはなく、介護者自身も高齢の状況が多いことから、家族に過重な介護負担がかかることのないよう、介護支援システムの利用が退院時から開始されていることも、在宅ケアを可能にする要因であることが認識された。

3 今後、病院から自宅へ退院できずに他病院や施設へ転帰する高齢者について、必要な介護内容や、置かれている状況を調査するとともに、彼らを受け入れる地域介護システムの構築に関する研究を促進することによって、高齢者の願いである在宅ケアが推進され、可能になると考察される。

#### 文献

- 1) 上原ます子, 青木菜穂子, 中村裕美子, 他. 「高齢患者退院指導・継続看護マニュアル」を用いた看護の継続性の検討(その1). 看護管理 1997;7(1):156-163.
- 2) 佐藤晴美, 杉澤秀博, 杉原陽子, 他. 高齢者の家族に対する病院からの療養に関する情報提供の実態. 厚生学の指針 1998; 45(13):33-39.
- 3) 松沢洋子, 渡辺千江子, 小柴美奈子, 他. 高齢者の自立を助け, 地域と協力・連携する在宅ケア. 看護展望 2002;27(2): 133-138.
- 4) 渡辺輝美, 深江久代, 三輪真知子, 他. 病院から在宅療養への移行時の病院看護職と保健婦の連携について. 日本公衆衛生誌 2001;48(10):860-866.