

継続看護における連携システムの構築に関する研究

療養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

研究代表者 田中キミ子

共同研究者 北川 公子¹⁾ 柏木 夕香¹⁾ 宮島ひろ子²⁾

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 about advice in a discharge to be useful in order to continue home care effectively for patients discharged from the treatment type wards.

Tanaka Kimiko, Kitagawa Kimiko¹⁾, Kashiwagi Yuka¹⁾, Miyajima Hiroko²⁾

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

キーワード:療養病棟(treatment type wards)、高齢者の退院(discharge of a senior citizen)、在宅ケア(home care)、継続看護(continuing nursing care)、地域ケアシステム(local care system)

(はじめに)

近年、高齢者の健康問題は、保健・医療・福祉施設の連携にもとづく地域ケアサービスの統合として進められるようになった。医療の領域では、高齢者は入院治療による完治を期待することが難しいため、疾病や障害を抱えたまま在宅ケアに移行し、地域システムと連携しながらの支援が求められるようになった。高齢者ケアが在宅中心に行われるようになると、病院は在宅を支えるための受け皿を目標として、病状を回復させるための機能を果たすことになる。しかし、現状では、病状が改善して退院が可能になっても病院から離れたがらない高齢患者と、これを受け入れる家族の介護状況によって長期間の入院になることがやむをえない傾向にある。このことが、高齢者の在院日数を延長させている。療養病棟は、急激な高齢者人口増加のために利用者数が増え続け、また、再度入院する高齢患者が多くみられている状況である。それゆえ、在宅ケアを効果的に継続させる方策が求められる。

療養病棟患者の退院形態は、施設と自宅の二つに分けられる。多くの場合は受入れ側の介護等の問題に左右され、退院が停滞してしまう状況が多い。本研究は、退院患者とケアを担う家族の相互関係を考察し、高齢者が安心して退院し、家族による介護が軽減され、双方に負担が少ないような方策と、再入院を最小限にするような退院時の指導方法を検討し、在宅ケアを可能にする地域ケアシステムとの連携を考究する。

目的

療養病棟退院後の高齢者の病状が在宅で安定し、日常生活に適応でき、自立し、不都合のない生活を送れる要素を調査するために、平成 14 年度の第1段階は、退院後の在宅療養の状況を把握し、分析した。平成 15 年度は第2・3段階として、調査結果に基づき作成した退院パンフレットの効果的な活用方法を検討し、同時に介護者支援のために地域ケアシステムの利用可能状況を把握し、退院後に必要で有益な指針について検討し、地域ケアシステムとの連携を促進させることを目的とする。

研究方法

1 対象者

対象者はJ医療センターの65歳以上の療養型病床群を退院した患者である。J医療センターは、総ベット数199床、平成15年から療養型病棟55床を予定している。平成13年10月～15年3月の入院患者平均年齢は74.5歳、退院総数は163名。このうち、自宅退院は76名(46.7%)、転院者69名(42.3%)、施設入所者16名(9.8%)、死亡者2名(1.2%)である。

調査対象者は、第1段階:平成13年4月以降に退院した21名とその介護者、対象者の特性を表1に示す。第2段階:平成15年2月以降に退院した患者について現在検討しながら調査中である。第3段階:第2段階の結果から地域ケアの利用を必要とする対象者を選定する予定である。

表1 対象者の特性

分類	項目	n
性別	男	11
	女	10
年齢	60~69歳	5
	70~79歳	8
	80歳以上	8
平均	75歳	
疾患	脳疾患	16
	骨折	2
	炎症性疾患	3
主たる介護者	配偶者	14
	子供の家族	1
	子供・孫	5
介護度	未	2
	要支援	0
	1度	3
	2度	4
	3度	4
	4度	4
	5度	4

2 調査内容

第1段階:退院時に実施した指導が、実際に必要な内容として在宅で対象者および家族が受け入れているか否か、また、退院指導を受けた内容を記憶し、認識しているかどうかを調査した。

第2段階:第1段階調査によって得られた指導の効果を分析し、内容を検討・整理し、従来の退院指導方法を改善・改良して「退院時パンフレット」を作成した。これを基に患者個々に合わせた退院指導を実施し、退院後の自宅における状況を面接聞き取り調査により、パンフレットを用いて行った指導効果を確認する。

第3段階:第1、第2段階の調査結果から得られた介護者の意見・希望(表2)を検討し、これらを効果的に生かし、介護者と共に、よりよい在宅療養を可能するため、患者が入院した時点から家族と関わり、退院後に在宅で必要な利用できる地域のケアサービスを探り、その内容を検討し、地域との連携によって高齢者の在宅サービスが支えられるようにする。

3 調査方法

第1段階:平成13年4月以降退院し、在宅療養者21名(65歳以上)に対し、訪問および外来通院時に面接聞き取り調査を行った。

第2段階:新規作成の「退院パンフレット」を使用して、平成15年2月以降に退院した患者に、個別に合わせた内容の退院指導を行い、3か月後に自宅訪問および外来通院時に、退院後の状況を面接調査し、分析して、その効果を今後の退院患者に役立てる。

第3段階:平成15年4月以降に入院した患者について、退院時に患者が自己決定でき、家族が納得・安心できるようにすることを目的として、入院当日から調査のための看護師を配置する。また、病院内ケースワーカーと協力し、家族と関わりながら、退院時に必要な諸条件が検討できるように調査を進め、地域のケアサービス機関と連携しながら退院時のケアプランが立てられるようにする。

4 分析方法

第1・2段階は、面接調査による聞き取った内容を文章化し、項目ごとに数量化して退院時に必要な説明および援助事項を分析する。第3段階は、各患者の退院の時点でケアプランを作成できるように入院中に必要と予測される質的内容を整理し、分類する。

結果

第1段階:退院後、在宅で必要と判断して看護師が行った退院指導内容で、患者および家族が説明を受けたと認識している項目は、処置の方法(フォーレ・吸引など)、服薬の方法・副作用、受診・通院の方法などの直接治療に関わる事項であり、日常生活援助の排泄の方法や清潔(入浴・清拭等)は、あまり説明されていると思っていない傾向である。病状の説明や緊急時対応の仕方、体位変換は患者の状態によって差がみられた(表2)。

表2 退院指導内容の受け入れ状況

指導(説明)項目	退院指導 必要者(n)	受けた (n)	%	受けてない (n)
病状の説明	20	8	40.0	12
緊急時対応の仕方	21	3	14.3	18
受診・通院の方法	20	10	50.0	10
排泄の方法	16	4	25.0	12
食事(経管栄養方法)	21	7	33.3	14
清潔	19	7	9.0	12
体位変換の方法	7	2	28.6	5
服薬の方法・副作用	21	17	81.0	4
処置の方法(フォーレ・吸引等)	3	3	100.0	0

第2段階:第1段階の調査結果から、従来の指導項目を整理し、必要な項目を加えて退院指導のためのパンフレットを作成した(別刷)。平成15年2月以降に退院する患者に、このパンフレットを用いて退院指導を実施しており、3ヵ月後の5月から第1段階と同方法で調査を行っている。

第3段階:高齢者の退院を受入れる介護者の支援のために、第1段階調査結果を基に、退院時に必要な事項を探るために、入院中から退院のゴールに向けての調査を平成15年4月から担当の看護師を配置して開始している。

考察

第1段階調査による退院指導結果は、看護師が退院指導を行ったと確信していても、患者・家族側との間には受けたという記憶と内容にズレがある。このため、対象者のそれぞれに、個別に疾病や回復過程における必要な内容、および介護者の特性によって指導を選択分類して効果的に行うことが必要であると考察された。これを受けて、第2段階はパンフレットによる退院指導を実施した。平成15年3月から開始し、現在は対象になる患者を選択しながら調査を行っている。第3段階は同時に進行し、自宅退院は家族側の受け入れが重要であるため介護者に視点をおき、高齢者の入院当初から、退院後に必要な地域のケアシステムと連携する要件について、家族と共に考え検討しながらの調査を4月から進めている。

表3 退院後の聞き取り調査結果

患者家族からの聞き取り調査

- 1 栄養指導は、治療食のみではなく常食の場合もして欲しい。
- 2 介護者のストレスについての改善を考えて欲しい。
- 3 在宅ケアではなく、施設入所させてもらいたい。
- 4 デイサービスをしているが、ぼつんと一人で放置されていることがある。
- 5 痴呆のために過食と徘徊があるので、デイサービスを利用している。

看護師の在宅ケア状況の把握

- 1 自宅を訪問したことにより退院後の様子が確認できた。
- 2 自宅へ退院する患者家族は、入院時から面会回数が多く、積極的にケアに参加している。
- 3 退院指導をしているつもりでも、患者・家族は退院指導と認識していない。
(入院中に看護師が家族に指導していることも、退院指導として説明する必要がある)
- 4 退院後に痴呆が進行した人、逆に ADL が向上した人もいる。
- 5 「退院指導を受けていない」と答えた人が多かったが、これに対して「困っている」という人はいなかったが、以下の考慮が必要と思われた。
 - ・ 家族が既に理解している指導内容は、確認程度でよいと思われる。
 - ・ 経管栄養、吸引などの処置は項目別に作成し、退院時に個別の指導で効果が上がる。
- 6 痴呆高齢者は在宅療養を困難にしている大きな要因である。入院中に痴呆が軽いため、問題が無くても家族に説明しておいたほうが良い。また、介護者が痴呆をどのように捉えているのか、確認して退院指導に組み入れる必要がある。
- 7 主たる介護者が介護できない時、代行者がいないケースがある。早期にケアマネジャーと関わりを持ってサービス利用などについて、介護者の負担を軽減できるよう検討していく必要がある。
(介護の代行者がいない人は 12 人)
- 8 退院指導にあたり、在宅にある介護用品、介護保険の理解を確認することが必要と思われる。
- 9 1～8の結果から、退院に向けて患者、家族、ケアマネ、ヘルパー、ケースワーカー、看護師がそれぞれの立場で話し合い、その人に適応するように指導する必要がある。

結論

療養型病棟の退院をスムーズに行うためには、高齢者を受入れる側の介護問題を解決することが要になる。患者と家族援助との相互関係を考察し、双方に負担が少ないような方策と、再入院を最小限にするように退院指導の実施が重要である。最終的には介護者のみに負担を迫らせるのではなく、地域のケアシステムとの連携をマネジメントすることが、高齢者の在宅ケアの効果的な継続を可能にすると考えられる。

平成15年度は平成14年度の調査を基にして、上記を目標として地域でケアサービスを担う人々と協調して高齢者の在宅ケアにおける援助の手がかりについて調査研究を推進する。

引用文献

- 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