

# 継続看護における連携システムの構築に関する研究

## 成人看護における検討 — 県内病院の一病棟を退院した患者の実態調査 —

研究者（研究代表者）加藤光寶

共同研究者 直成洋子<sup>1)</sup>、酒井禎子<sup>1)</sup>、西脇洋子<sup>1)</sup>、山元智穂<sup>1)</sup>、本宮みどり<sup>2)</sup>

牧 優子<sup>2)</sup>、小野塚栄子<sup>2)</sup>、岡田恵子<sup>2)</sup>、渡辺初美<sup>2)</sup>、熊木留美<sup>2)</sup>

1) 新潟県立看護大学（成人看護学 I）、2) 燕労災病院

### Survey of Patients Discharged from a Hospital in Niigata Prefecture

Mitsuho Kato, Yoko Sugunari<sup>1)</sup>, Yoshiko Sakai<sup>1)</sup>, Yoko Nishiwaki<sup>1)</sup>, Chiho Yamamoto<sup>1)</sup>

Midori Motomiya<sup>2)</sup>, Yuko Maki<sup>2)</sup>, Eiko Onoduka<sup>2)</sup>, Keiko Okada<sup>2)</sup>, Hatsumi Watanabe<sup>2)</sup>

Rumi Kumaki<sup>2)</sup>

1) Niigata College of Nursing (Adult Nursing · Chronic Care Division), 2) Tsubame Rosai Hospital

キーワード：退院 (Discharge)、在院日数 (Hospitalization)、継続看護 (Continuous Nursing)

### 目的

本研究では、県内中規模病院の一病棟を退院した患者を対象とした実態調査を行い、在院日数短縮にむけた継続看護における課題を検討することを目的とした。

### 研究方法

新潟県内にある病床数 300 床の中規模病院の一病棟に 2001 年 4 月 1 日から 2002 年 3 月 31 日に入院した患者を対象とし、基礎情報、入院予定や在院日数、退院時の状況、家族背景や社会資源のサポート状況などの項目を含めた調査用紙を用いて、対象患者の診療記録からデータを収集した。データの処理については、統計解析ソフト SPSS 11.0 を用いた。

### 研究結果

#### 1. 対象者の背景

対象となった患者数は計 700 人で、その性別の内訳は男性 437 人 (62.4%)、女性 263 人 (37.6%) であり 6 割以上を男性が占めていた。患者の年齢は、6 歳から 98 歳にわたり平均年齢は 64.5 歳 (SD16.9) であった。年代別にみると 70 歳代 202 人 (28.9%) が最も多く、次に 60 歳代 158 人 (22.6%)、50 歳代 107 人 (15.3%) と続き、60 歳以上の患者が 7 割近くを占めていた (図 1)。患者の今回の入院のきっかけとなった主たる病名では内分泌・代謝系 153 人 (21.9%) が最も多く、以下新生物 142 人 (20.3%)、血液造血器 128 人 (18.3%) の順に続いていた (図 2)。

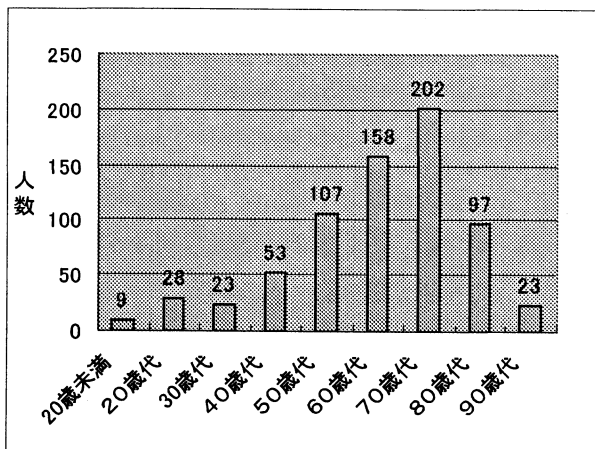


図 1 患者の年齢 (年代別)

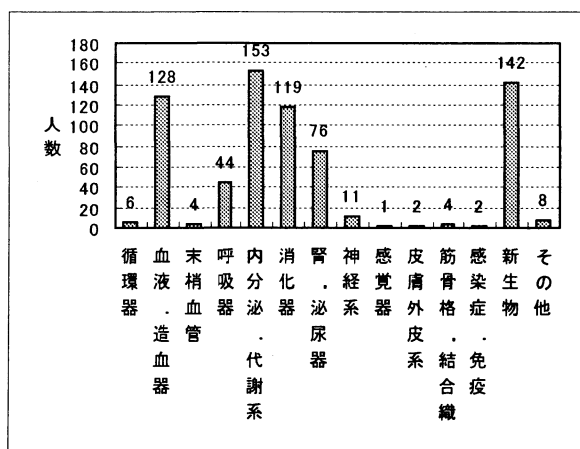


図 2 患者の病名

1) 在院日数と入院の延長の状況について

対象となった患者の在院日数は最小1日から最大227日にわたり、平均在院日数は21.2日 (SD24.8)であった。在院日数14日以内が全体の半数以上を占めているが、在院日数が60日以上の患者も43人(6.1%)含まれていた(図3)。また、今回、病棟において患者の在院日数が長期化しているかどうかを把握するために、患者の入院の「延長」の状況として「入院時の予定より実際の入院日数が延長しているか」という視点からも調査した。医療記録から見て、入院時に予定された在院日数より実際の在院日数が延長していた患者は266人(43.0%)であった。

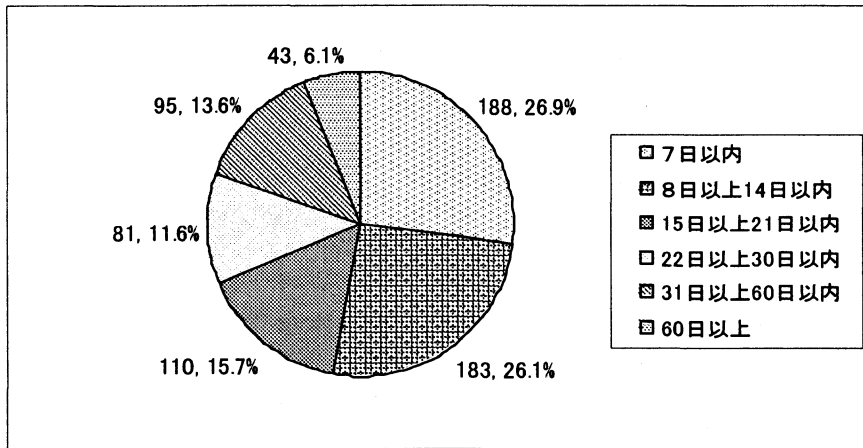


図3 在院日数別患者数

2) 対象者の退院時の状況について

退院時の対象者の状況については、転帰では、軽快467人(67.0%)と最も多く、次いで死亡の75人(10.8%)、不変62人(8.9%)と続き、治癒は42人(6.0%)であった。対象者の退院時のADLの状況を、「食事」・「排泄」・「入浴」・「移動」・「整容」の5項目について「自立」・「一部介助」・「全面介助」の3段階で評価したところ、退院後何らかの介護が必要であると思われる「一部介助」、「全面介助」をあわせた要介護者の人数は図4のとおりであり、退院時各ADL項目において7割以上の患者が自立していた。退院後も何らかの継続処置を有していた人は101人(14.4%)であり、その内容は注射が最も多く、血糖測定、創治療、経管栄養の順に続いていた(図5)。患者の退院先は、自宅が526人(77.6%)と大多数を占めていた。

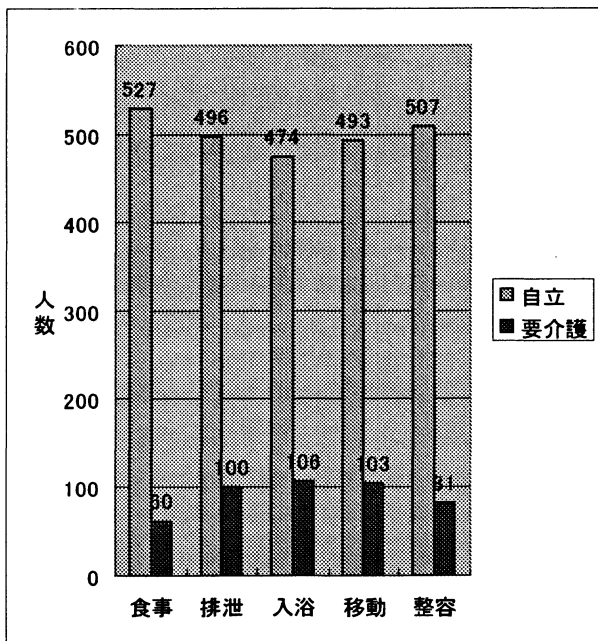


図4 退院時の日常生活の状況

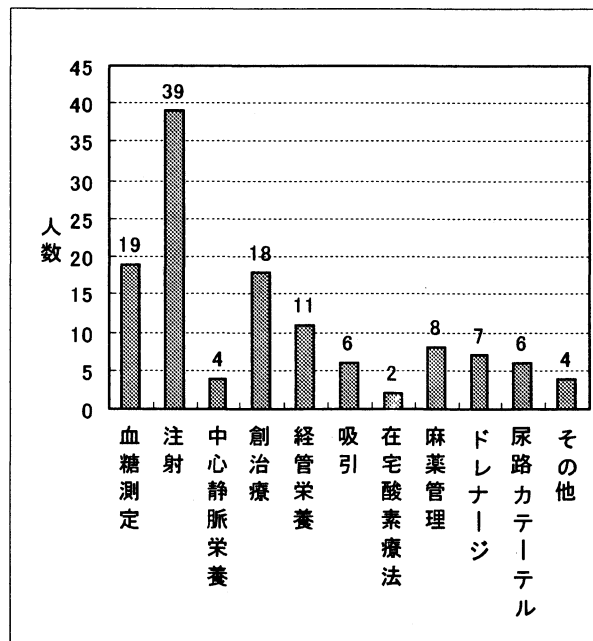


図5 退院時の継続処置の種類

### 3) 対象者の家族背景と社会的なサポート体制について

対象者の家族構成人数を独居である「単身」、夫婦あるいはその子どもを含めた2世帯家族構成である「核家族」、それ以外の家族構成である「拡大家族」で分類したところ、「拡大家族」が最も多く341人(50.3%)で、「単身」は42人(6.2%)と少ない傾向にあった。キーパーソンとなる家族は、配偶者が最も多く、続いて息子、娘、両親、嫁の順であった(図6)。また、ADLの中で最も介助を必要とする患者数が多かった「入浴」において「一部介助」「全面介助」であった患者106人を「要介護」群とし、その介護者について見ると、91人に介護者があり、その続柄では配偶者が一番多く、次いで嫁、息子、娘の順であった(図7)。社会資源の利用状況は、49人がケアマネージャーの、84人が医療ソーシャルワーカー(MSW)の介入を受けており、その他の資源としてはホームヘルパーを利用していた人が14人、訪問看護の使用が13人、ホームドクターがいる人は97人という結果であった(表1)。

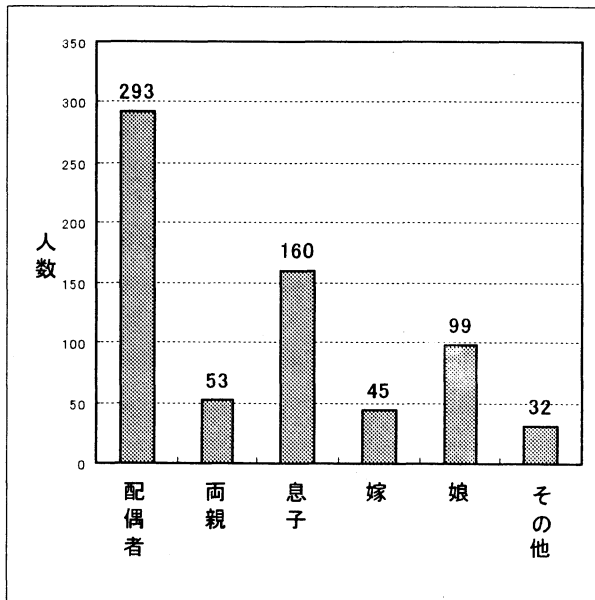


図6 キーパーソン (複数回答)

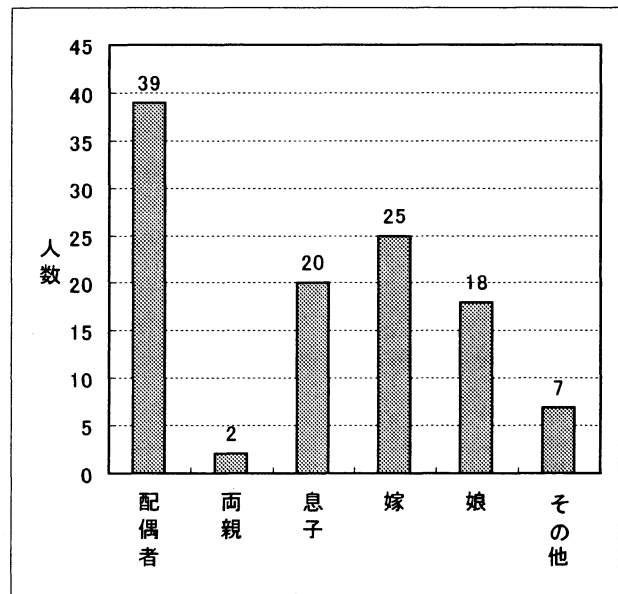


図7 要介護者の主な介護者の続柄 (複数回答)

表1 社会資源の利用状況

社会資源	利用患者数
ケアマネージャーの介入	49
MSWの介入	84
ホームヘルパーの利用	14
訪問看護の利用	13
ホームドクターの存在	97

### 考察

今回調査した病院が位置するT市は、人口約44,000人、そのうち65歳以上が20%近くを占める地域であり、今回調査を行った病棟においても、高年齢層の患者が多い傾向が明らかになった。疾患・病期としては糖尿病などの慢性病の急性増悪と白血病などの悪性疾患のために継続的な治療を行う患者あるいはターミナル期にある患者が多いことが病棟の特徴である。退院時の状況としてはADLが自立している人が多く、約7分の1が注射などの継続処置を持ちながら退院している。退院先は大部分が自宅で、家族背景では拡大家族も多いことから、介護力を含めた家族のサポートも比較的得られる状況であった。全国的な一般病床における平均在院日数<sup>1)</sup>と比較すると、対象病棟の平均在院日数はそれほど高い数値ではないが、入院時に予定していた日数よりも在院日数が延長している患者数が43.0%を占めていることから、これらの入院延長が生じていた要因となっているものを見直していく必要はあるだろう。

まず、対象病棟の長期入院をもたらす背景として、血液・造血器系などの悪性疾患の患者が多いことがあるだろう。これらの患者は継続した化学療法を必要とし、その治療経過の中で生じる様々な身体状況の変化もあいまって長期の入院となることもある。しかし近年、がん医療は入院治療から外来治療への移行が進みつつある。今後は、退院後もがん継続治療と生活との調整が良好に行われるよう、入院時から継続して患者・家族のセルフケア能力の向上への支援を強化していく必要があるだろう。

在宅療養の導入や維持に関連する要因に関しては、ADLや家族などの介護者の状況、社会資源の利用、緊急時のサポートシステムなどを指摘する文献がある<sup>2) 3)</sup>。今回の対象者は高年齢層が多かったものの7割以上はADLが自立していた。また、家族背景も拡大家族が全体の約半数を占めていたことから、要介護でもサポートが得られやすい環境にあったことが予測され、本調査の対象は自宅での療養生活を継続しやすい患者群であると言えるだろう。しかし、要介護群に関しては、入院時から患者の退院後の生活を予測し、必要に応じ介護保険適応を視野に入れた社会資源の活用を考えていく必要があると思われる。

また、今後はターミナル期の患者の療養をどのように支援していくかということも課題である。患者が住み慣れた家での療養を希望したとしても、ターミナル期は病状の不安定性もあり、また医療処置が必要となる場合もあるため在宅療養への移行に対する家族の不安は大きいことが予測される。ホームドクターを有している患者は少数であったが、在宅療養を支える診療所など地域の医療資源の現状を把握し、夜間・緊急時なども含めた継続的なサポート体制の確立を地域として考えていく必要があるだろう。

## 結論

県内の中規模病院の一病棟を退院した患者の背景と在院日数の実態から、患者・家族の在宅療養への移行と継続を支えるためには、入院後早期から退院後の生活を見据えて、患者・家族のセルフケア能力を高めるための指導を充実するとともに、在宅で必要となる社会資源のアセスメントと準備を進めること、地域医療・福祉領域と連携しながら在宅ターミナル患者を支えるサポートシステムを確立していくことが課題となることが示唆された。

## 引用・参考文献

- 1) 厚生統計協会編集. 厚生の指標 国民衛生の動向. 東京：厚生統計協会, 2002 : p.189.
- 2) 伊藤由美子, 渡部美枝, 本田慶子. 在宅療養患者の再入院とその関連要因. 日本看護学会 27 回集録老人看護 1996 : p.116-118.
- 3) 市原多香子, 田村綾子, 横山さゆり. 事例からみた脳血管障害患者の在宅療養を可能にする要因の検討. 臨床看護 1999 ; 25(3) : 391-394.