

過疎地域の地域ケア体制充実に向けた病棟における 退院時支援のあり方に関する研究

杉野緑 米増直美 坪内美奈 普照早苗 (大学) 小木曾慶子 荻山紀子
三輪喜和子 鈴木富美子 松原徳子 加藤澄子 川上悟 (国保上矢作病院)

I. はじめに

本病院は過疎地域住民の健康を支える重要な役割を果たしているが、独居、高齢夫婦世帯を中心とする高齢患者が多く、医療機関および介護サービス施設などの社会資源は限られている。このような中で、退院後の療養生活を支援する退院時指導のあり方を模索している段階である。

国の施策においては、今年度から退院時における円滑な情報共有や支援を行なった場合の評価が新設されるなど、在宅医療・在宅看護が推進されている。本病院においても、退院支援をしていく予定であるが、どのような条件がそろえば退院できるのか、また、退院を促進していく上で病棟看護師がどのように患者をアセスメントしていくか、どのような看護を実践していくかは検討する必要がある。そこで今年度は、過疎地域住民の健康を支える重要な役割を果たしている一般病院において、退院後の療養生活を支援する退院時支援のあり方を追究する。

すでに病院独自で行った、退院患者調査をもとに、退院時において病棟で取り組むべき課題、取り組み方法について検討したいと考えている。看護師一人ひとりが問題意識をもつことが大切で、本研究を行なうことにより、病院組織の強みが見つかれば病院にとってメリットになると期待している。

本病院の概要は、病床数 56 床 (一般病床 34 床、療養病床 22 床)、看護師数 28 人 (一般病床 15 人、療養病床 6 人、外来 7 人)、医師は常勤 4 人、非常勤 7 人である。診療科は、内科、外科、整形外科、呼吸器科、小児科、肛門科、放射線科、リハビリテーション科である。また、林業労働者の職業病に対応する振動病科も有している。

なお、地域の概要は以下のとおりである^{1) 2)}。

- ・人口 2,442 人、843 世帯 (H21 年 2 月 1 日現在住民基本台帳より)
- ・高齢化率 38.7%、後期高齢者の割合 23.2%
- ・要介護認定者数：116 人 (うち 2 名は 65 未満)
- ・1 号保険者認定率は 11.4%
- ・年代別認定率：65～74 歳は 3.5%、75～84 歳は 9.3%、85 歳以上は 38.9%
- ・かつて林業で栄えた地域である。

- ・高齢者の多くは長年農林業に従事しており、現在の年金は国民年金受給者が多い。
- ・保健福祉施設は特別養護老人ホーム (旧町立) にてデイサービス、ショートステイも実施
- ・介護老人保健施設 (旧明智町)
- ・グループホームは町内にはない

II. 方法

1. 退院患者調査結果の共有

すでに実施している退院患者調査結果を共同研究者間で共有し、退院できる要件を明確にした。

2. 検討会の実施

結果を共有する中で、さらにデータ分析を重ね、退院支援における課題を見出した。その見出された課題から、過疎地域中核病院における退院時支援のあり方を検討した。

III. 倫理的配慮

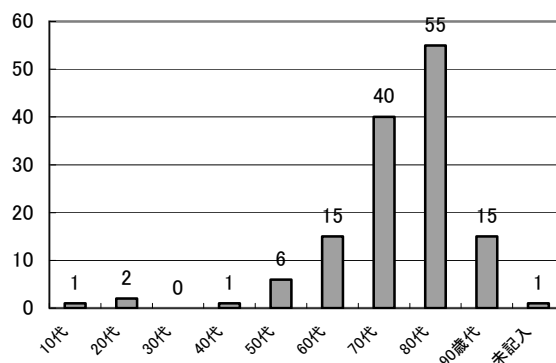
結果は本研究の目的以外に使用することはなく、検討会のためにデータを持ち出す場合は数値化し、大学研究室内で保管・処理することとした。なお本研究は本学研究倫理審査部会の承認を得ている。

IV. 結果

1. 調査結果概要

病院が独自で行なった退院患者調査であり、対象者数は、一般病棟 136 名、療養病棟 24 名であった。調査期間は 3 ヶ月間である。主な調査項目は、基本的属性、入院前の住所、主な疾患名、診療科、入院期間、退院先、退院後の家族構成、介護保険の有無、退院後のサービス利用状況である。なお今回は、一般病棟に関する結果について示す。

1) 年齢別退院患者数

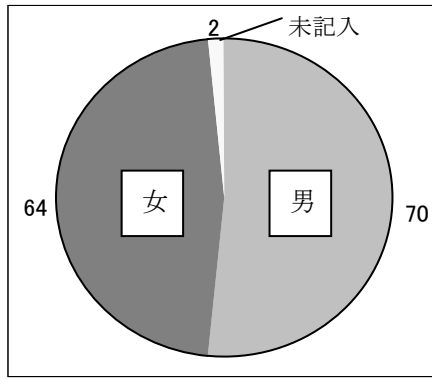


70～80 歳代が多かった。平均年齢は、全体で 77.3 歳 (±12.4)、男女別では男性 74.7 歳、女

性 80.7 歳であった。

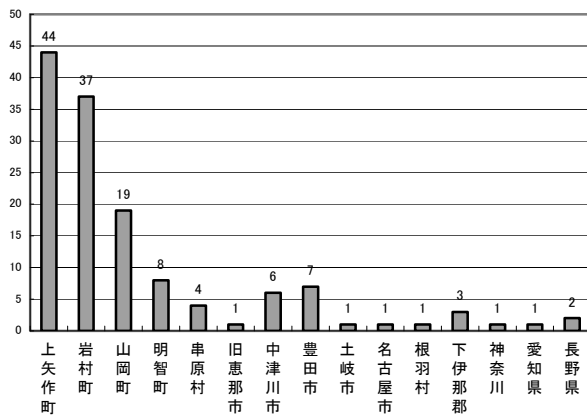
2) 性別

男女比には、大きな差はなかった。



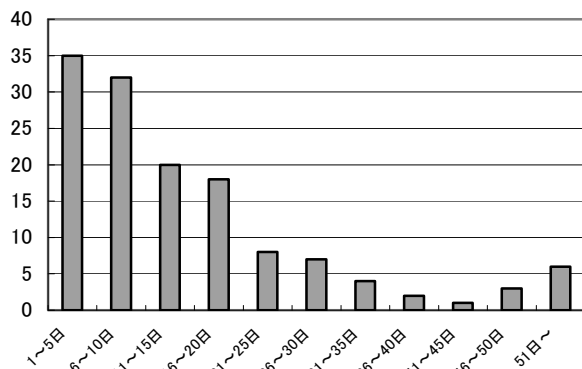
3) 入院前の住所

病院の所在地区である上矢作が最も多く、他は隣接している山岡、明智、また、県境のため隣県在住者の入院もあった。



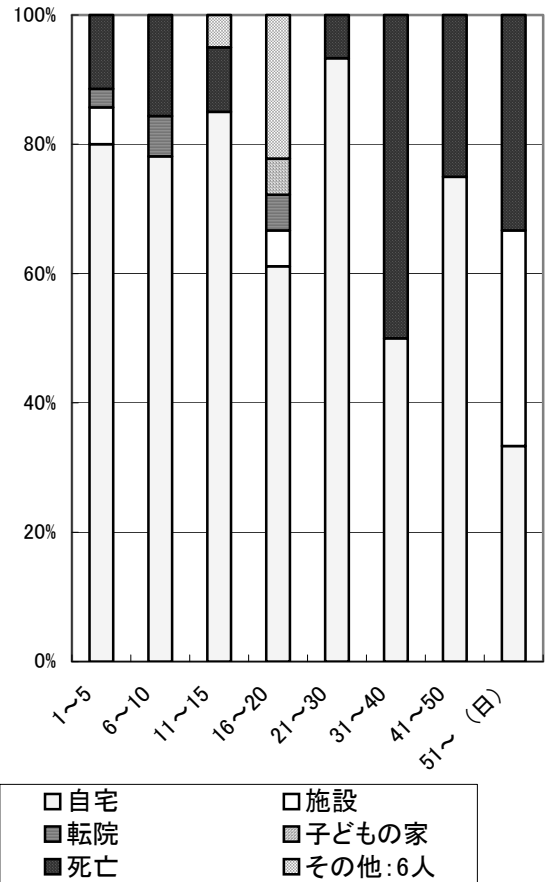
4) 入院期間

10 日未満の入院が多く、本調査では比較的早期の退院がされていることが分かった。しかし、最長では 123 日、平均在院日数は、16.2 日であった。



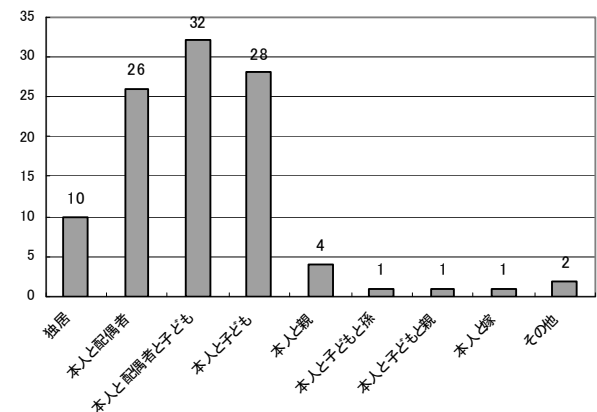
5) 入院期間別の退院先

入院期間にかかわらず、自宅へ退院している人が多い。51 日以上長期入院の場合は、「施設」が約 1/3 の割合であった。



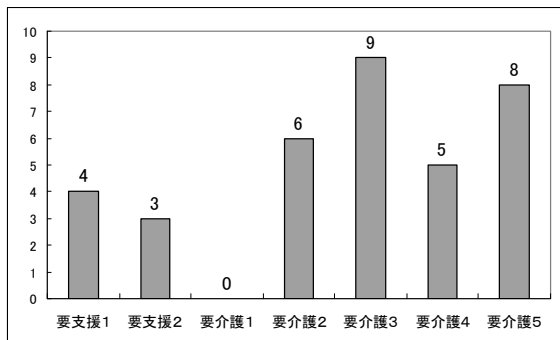
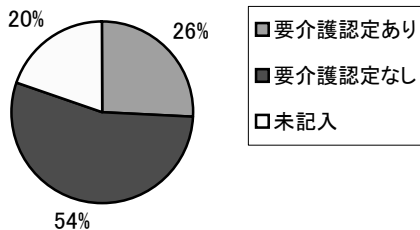
6) 退院後の家族構成

2 世代の同居家族「あり」が多かった。しかし、10 名の独居の方も退院していた。



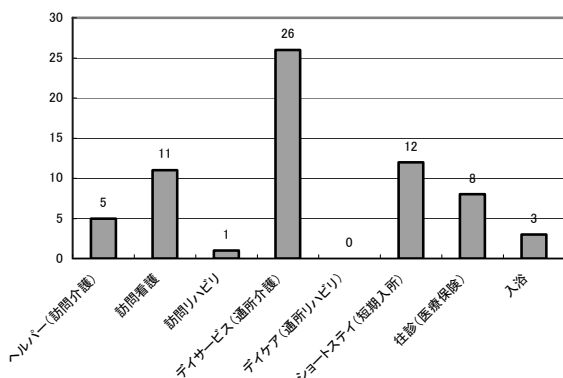
7) 要介護認定の有無と要介護度

要介護認定「あり」は全体の約 1/4。重度の割合も多かった。そのため、退院できるのは要介護度が重度ではないというよりも、家族の受け入れがあったり、サービスの利用ができていたという要因が大きいのではないかと考えられた。



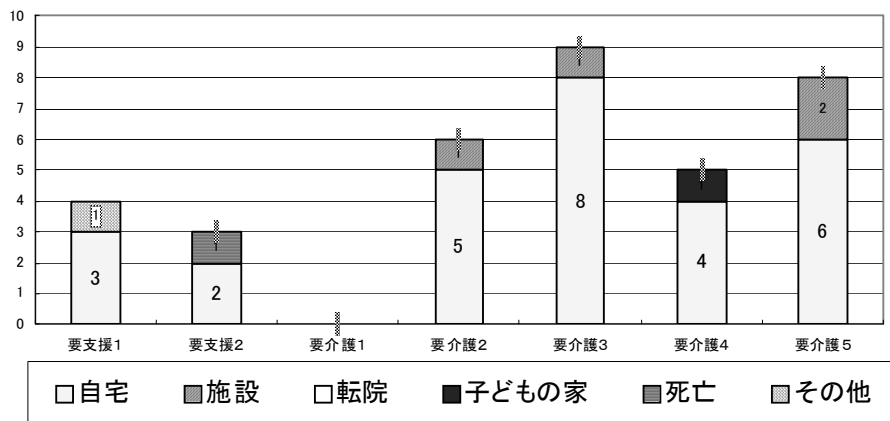
8) 退院後に利用予定のサービス

予定として多かったのは、デイサービスとショートステイ、訪問看護であった。なお、要介護度5で自宅退院となった6名に関しては全員がデイサービスを利用予定、内4名は訪問看護、3名は訪問介護を利用予定であった。また、ケア会議を開催した事例は3名であった。



9) 要介護度別の退院先

要介護度にかかわらず、退院先は自宅が多かった。



2. データをふまえた検討会の実施

今年度は、4回にわたって検討会を実施した。以下、主に検討された内容について示す。

1) 第1回

調査結果を共有し、特に家族構成について把握する意味について検討した。本人、配偶者、子ども、孫など家族の形態をみると介護力や家族の安定度が判断できる。実状として、例えば、家族が息子のみで、施設入所待ちというケースがあった。また、家族は、生きがいになったり精神的にショックを与える存在になったりもするという状況についても話し合われた。

2) 第2回

退院できる要件をより明確にするために、調査結果のさらなる分析方法について検討した。主な内容は、年齢別、疾患名の整理、入院期間、複数回入院患者のピックアップなどである。退院患者の特徴、例えば、自宅への退院が多いこと、独居、高齢夫婦について検討した。退院支援を重点的にしなければならない対象者のターゲットを絞ることができそうである。

3) 第3回

対象の年齢を65歳以上にしぼり、再集計することとした。分析の視点としては、自宅へ退院する人、家族構成、要介護度とクロス集計があがった。

4) 第4回

再集計結果を検討。その結果、次の2点が明らかになった。

退院先に影響を与える要因は、身体状況というよりも、「家族の状況」(介護の手がある、初めから自宅で看ていた)によって帰れるのではないかと。家族の状況について、より着目する必要がある。この地域にはサービスが少ないために、病院が独居、高齢世帯の緊急避難先の役割を担っている。

V. 本事業の成果評価

1. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

今年度は、実際の退院患者の動向をデータ化し、現状把握ができ、今後の課題も検討することができた。しかし、看護実践の改善や変化というところまでには至っていない。

2. 現地側看護職者の受け止めや認識

今回、目に見える形で実際の退院患者の動向データが明らかになり、普段自分たちが感覚的に思っている退院患者の傾向について、思っていたとおりだったということもあり、逆に、意外な結果だったということもあった。やはり、このように実態を振り返り、まとめる、ということは大切だと感じた。

大規模な病院と同じ方法は難しいが、すでに自分達が行っている入院時情報収集などを見直すことができた。また退院へ向けて実施していることを整理することで本病院独自の方法になりうるのではないかと考えるようになった。

今回は、退院患者を対象としたが、この共同研究を通して、退院できない方へ着目することの必要性を認識した。

3. 本学教員がかかわったことの意義

現地共同研究者の所属する病院は、本学看護実践研究指導事業の「岐阜県における過疎地域診療所利用者への看護活動充実に向けて」（平成 13 年～18 年、地域基礎看護学講座）において職場訪問研修を実施（平成 18 年度）した施設である。その事業を通して、現地看護職と教員の交流が生まれ、話し合う中で新たな課題を見出し、今回の共同研究に発展した。

共同研究では、当施設固有の現状や課題をさらに集中して検討することができ、現地看護職と教員が具体的に退院支援に関わる検討を行なうことができた。教員側は、過疎地域の退院支援の現状を理解することができ、また現地看護職にとっては、過疎地域という地域性もあり、容易に研修に出向くことが難しい中、本共同研究に取り組むことで生涯学習の機会となっていると考える。

VI. 共同研究報告と討論の会での討議内容

他病院の状況も聞き、さらに退院後の療養生活を支援する「退院時支援のあり方」について、以下のような意見交換を実施することが出来た。

1. すべての看護職が退院に向けて支援できるようになることが必要

300 床以上ある中核病院であるため、病院の規模では上矢作病院とは異なるが、過疎地域で高齢

者が多い地域であるというところは共通している病院の看護職より退院支援の現状について報告があった。介護保険の利用状況については、入院時の基本情報収集の中で病棟主任看護師またはリーダー看護師が実施し、まだ利用していない対象者については、介護保険サービスの必要性について判断するようにしている。当該病院では、2名の退院調整を担当する看護職と1名事務兼ケースワーカーがいる。しかし看護職はケアマネジャーも兼ねているので専任ではない。退院調整を始めたころは、病棟看護師から退院調整をすべて退院調整担当に任されることが多かったが、徐々に病棟看護師自身も「退院したらどうなるのか？」という視点を持って退院に向けての支援ができるようになってきた。それは、当該病院に併設されている訪問看護ステーションでの半日研修を実施し、在宅療養されている方の在宅での生活状況を実際に見てもらうことにより、病棟看護師も療養者の家の状況を具体的にイメージできるようになった。そして、入院早期から家での生活状況も捉えながら支援していくことができるようになった。退院支援は、退院調整を担当する看護職だけが行うのではなく、すべての看護職が療養者の在宅生活をイメージしながら支援できるようになることが必要である。

2. 在宅療養を支援するには、病院と地域での支援者の情報交換が必要

同じく過疎地域で訪問看護を実施している看護職より意見があった。病院と地域での支援者、つまり訪問看護師やケアマネジャーとのつながりが大事である。患者さんや家族は、例えば医療処置に伴うケアの方法などを病院で説明されても在宅で必ずできるとは限らない。どこまで病院での指導でできるようになったか、どこから訪問看護師が引き継げば良いか等、具体的に情報交換をしていくことにより、病院から在宅へのつながりがうまく行くと思う。担当者会議やケア会議を開き、患者さん本人や家族にも入ってもらい、皆で情報交換・情報共有をしておくことが大事である。

文献

- 1) 恵那市市民福祉部市民課：恵那市人口・世帯表， 恵那市の人口データ， 2009-2-24， http://www.city.ena.lg.jp/uploads/fckeditor/uid000021_20090204122014a5b1ba90.pdf
- 2) 森仁実， 杉野緑他：平成 18 年度看護実践研究指導事業報告書 岐阜県における看護活動の充実に向けて， p16， 岐阜県立看護大学， 平成 19 年 3 月 31 日。