

# 高齢長期入院患者の退院に向けての支援システムの必要性

## — 退院を困難にする問題と支援システム —

清水 房枝<sup>1</sup>, 安井 明子<sup>2</sup>

**Key Words:** Elderly person, problems about discharge, support system

### I. はじめに

現在、わが国の高齢人口は14%を越え、2020年には25%、すなわち国民4人に1人は高齢者という、かつて世界のどの国も経験しなかった社会を迎えることが予想されている。

これに伴い疾病構造は変化し、患者は健康問題を持ちながら、地域や家庭において、自立した生活を送ることが求められている。高齢者の入院では、多くの場合、入院のみでは完治せず、退院後のケアが必要となり、医療・看護・介護の重要性が増している。その実現には、医療・保健・福祉のそれぞれのサービスが、十分な連携のもとに総合的に提供されることが望まれるようになった。一般病院はリハビリ専門病院や老人医療保健センターと連携を密にして行く他に、在宅介護支援センターや訪問看護ステーションとの連携が益々重要視されている。<sup>1)</sup> また、入院患者をプライマリーで受け入れる病院にとって、患者が在宅で自立した生活を送るための看護・介護援助を考える時、患者の自立した行動変容を促す援助はコアになる援助であるが、一歩病院をでたあとの患者を支える家族のあり方が大切なテーマでもある。しかしながら、昨今家族のあり方が大きく変り在宅医療や介護における課題として、健康問題を抱える患者家族への支援は、家族の多様化に適用できる柔軟性あるシステムが求められている。<sup>2)</sup> 従来から母子や精神看護においては家族への援助が積極的に行われているが、高齢者の健康問題は、家族を含めて支援する事で問題を解決できる方向へ導くことができる。

A 総合病院は393床のベッドを持つ総合病院で、3次救急医療体制・臨床研修指定病院であり地域中核病院としての役割を担っている。入院患者の約50%が救急入院であり、病気の重症化や患者の持つ背景の複

雑化は退院をスムーズに運べない状況が少なくない。患者やその家族に、退院後の医療・保健・福祉に関わる環境を整えることにより安心して退院を迎えられるよう、退院調整継続看護室（以後、継続看護室と記す）を立ち上げ運営している。開設初年度は看護部組織とし、その後病院機能として地域医療連携センターに組織化された。

開設時、特に家族が退院を受け入れることが困難な高齢長期入院患者で、入院が長期化する傾向にあるケースについて検討を加え運営の手がかりにするため、（退院調整継続看護室設置までは病棟看護課長と社会福祉事業課の医療ソーシャルワーカーと共同して対応）高齢者入院患者の退院を困難にしている問題を探り、患者や家族が患者を受け入れるために必要な支援システムの方向性について検討したので報告する。

### II. 研究方法

#### 1. 対象

対象者は、研究の趣旨を説明し賛同を得られた病棟で退院困難な継続看護に関わる患者問題を持つ、A病院の病棟看護師長10名とした。

#### 2. データ収集方法

データ収集は、①退院を困難にしている患者の問題 ②患者に関わる家族が持つ問題 ③日々の患者の看護問題 ④長期入院患者の退院について看護管理者としての取り組みなどをインタビューガイドとし、半構成的面接を行った。

面接は、1回を60分以内とし、出来るだけ自由に語ってもらい、必要時面接の追加を行った。面接は、許可を得て記録した。

1 三重大学医学部看護学科

2 済生会滋賀県病院

### 3. データ分析方法

データ分析は、インタビュー内容を記述したものをKJ法の手法を使用し、病棟における家族看護に対する取り組みの中で退院を困難にしている問題を抽出し、内容をカテゴリ化し、ネーミングした。

### 4. 倫理的配慮

研究にあたり対象者にプライバシーの保護と情報の守秘の保証とともに、報告の趣旨を口頭にて説明し同意を得た。また、A院研究倫理委員会に研究計画の審査をして許可を得た。

## III. 結 果

### 1. 対象者の特徴

対象者は、長期入院患者の退院支援を行っている病棟の看護師長である。看護経験、10年未満1名、10年から15年3名、15年から20年5名、20年以上2名であった。看護師長経験、1年1名、3年未満2名、3年から5年3名、5年から10年4名であった。それぞれの病棟に、入院患者55名に対し23名から26名の看護スタッフの配置であった。看護スタッフは、看護経験平均5年未満が60%を占めた。

10名の看護師長が勤務する病棟で180日以上長期入院患者の特徴は、年齢的背景は、65歳未満40%

に対し65歳以上は60%と高く、さらに65歳以上のうち75歳以上の割合は56.2%と後期高齢者になるほど長期入院になる割合が高かった。疾患の背景は、脳神経系44%、癌17%と、ADLの低下により長期のリハビリや生活援助を必要とする脳神経系や患者・家族共に身体的・精神的支援の必要となる癌患者が長期入院になる割合が高かった。入院前の同居の状況は、家族と同居が57%であった。長期入院にいたった理由として、家族の身体的問題や介護力に対する不安が最も多い。さらに入院前の家族関係により、施設の入所を希望されるケースも多く見られた。また、転院に際しては病院機能分化に対する認識不足や転院先の距離的な問題、経済的問題などから滞ることがあった。

### 2. 病棟における退院への取り組みと問題

看護師長に行った面接結果を整理し、KJ法の手法を使い、一文ずつカード化し、意味合いの同じと思われる同種類のカードを集め、さらに抽象度を高めた。その結果、退院を困難にしていた問題について、7つのカテゴリが抽出された。

①介護保険や在宅療養に関するシステムの利用方法が解らない②継続看護に関する意識が薄い③ゆとりのなさ④家族関係の変化⑤患者の病気や退院について家族の不安⑥ADLの低下⑦在院日数の延長であった(表1)。

表1 高齢者が退院を困難にしている問題

カテゴリー	内 容
介護保険や在宅療養に関するシステムの利用方法が解らない	患者 ・介護保険に入っていない患者が多い ・退院が決まり介護保険手続きをする ・在宅支援サービスや訪問看護について知らない ・病院の相談窓口を知らない 看護師 ・在宅支援サービスや訪問看護について知識が薄い ・在宅支援の連携システムについて理解が少ない
継続看護に関する意識が薄い	患者 ・相談窓口としての理解がない ・社会福祉課との区別がつかなく重複手間が多い 看護師 ・社会福祉課が担っていた従来と混同している ・看護継続は訪問看護ステーションだと思っている
ゆとりのなさ	患者 ・家族が仕事をしているために中々時間調整ができない 看護師 ・日々の業務に追われ患者とゆっくり話す時間がない ・患者の家族と話す時間調整がむずかしい ・退院調整に関わる医療従事者間の話す時間調整の困難さが多い ・看護業務が多様で煩雑なため社会福祉に関する知識をもてずそのままにしている



とつに高齢者の単身化がある。発症により後遺症を伴ったセルフケア能力の低下は、退院後の一人暮らしを困難にさせるため老人施設などの入所希望をすることになる。老人施設の入所者の増加により待ちの時間が多くなっているとも考えられる。これらの患者や家族の持つ要因は退院の延長を余儀なくさせることになると考えられる。以上のことに加えて社会の変化や医療界の変化、それらを踏まえた国民に広く理解を促す医療方針のシステムなどのPRと患者教育が必要であると考えられる。<sup>3)</sup>

看護側は、在院日数の短縮という医療改革が行われた医療界において、急性期の診療援助に追われ、看護援助にゆとりがないなどの要因が問題として上がったと考えられる。継続看護への意識が持てず、退院後の患者の生活に目を向けないため、そのシステムを知らないなどの要因は、患者や家族の在宅生活への意識が薄いことからくるものであるといえる。そのため患者や家族が退院後持つ、家庭生活に関連した看護問題を取り上げた援助が行われていないと考えられる。このことは病棟で3交替の出来る看護師は、平均経験年数が4.1年で人生経験や看護経験が少なく、自分より人生経験の多い患者の退院後の生活アセスメントが十分行なう事ができていなかったと考えられる。入院中、家族のアセスメントができていないため、看護師は患者・家族の持つ入院・退院に対する期待や要望を受け止められず、退院に向けての看護は手薄になっていたと考えられる。看護師が退院後の生活をイメージできず、

十分な情報提供が無いため患者・家族も退院後の生活がイメージできなかったと考えられる。また、患者・家族は、退院後の生活に対する不安を相談することもできず、医療への依存が起こっていたと考えられる。病状の安定により退院が可能となったとしても、患者・家族の不安は持続するため、患者の社会復帰に対する意欲は低下し、合併症やADLの低下から家族の受け入れ意欲も低下したと考えられる。これらのことから入院患者とその家族に、退院後の医療・保健・福祉に関わる環境を整えることにより、安心して退院を迎えられるよう入院直後から関わる事が必要とされる。

退院は、患者やその家族にとって、しばしば入院以上に不安や脅威を感じさせるものである。単に入院中に受けた治療や看護を継続するためだけではなく、退院に伴って生じる心理的、社会的問題を解消するために退院計画が必要となる。手島によれば「退院計画と個人個人の患者、家族の状況に応じて適切な退院先を確保して、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように、病院においてシステム化されたプログラム<sup>4)</sup>とされている。

以上のことから、患者・家族が安心して退院するためには、入院早期から在宅での生活をイメージし、継続看護室の活動を患者や家族、病棟看護師と十分な情報交換を行い、退院計画を立て、患者や家族が安心して退院できるよう関わる事が重要である。(図2)

図2 入院から退院までのフローシート

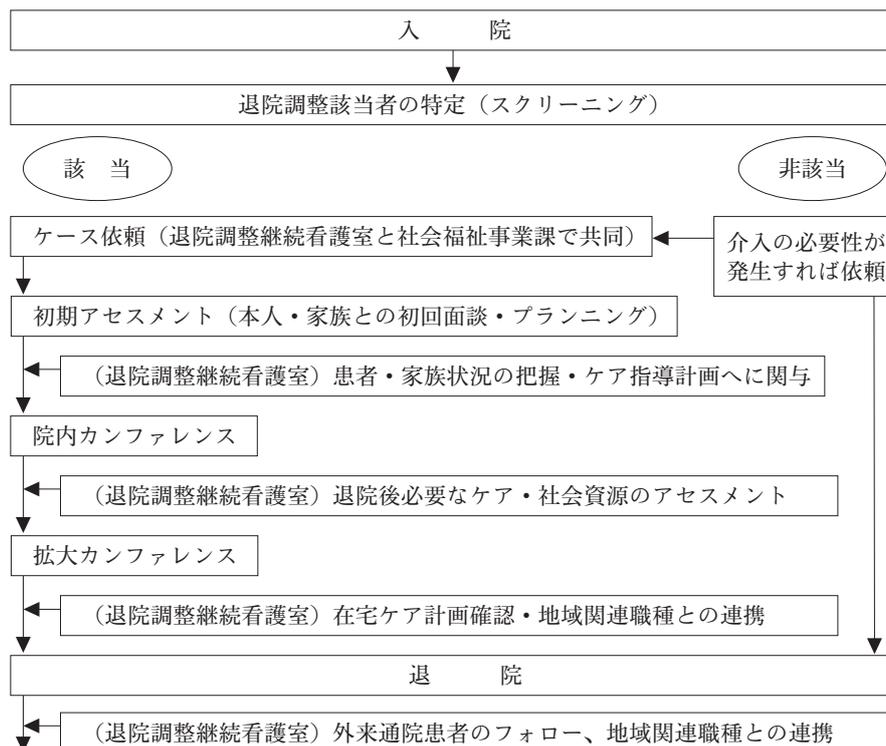
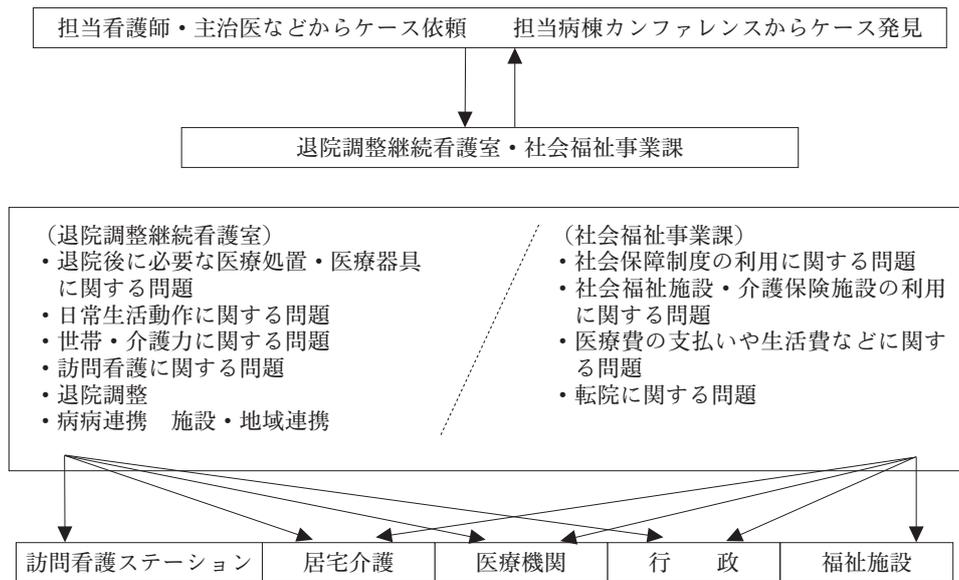


図3 退院調整継続看護室・社会福祉事業家の共同連携



これらの問題から、継続看護室は社会福祉事業課と密接に行動し、地域との連携活動を積極的に行う事が望まれると考える。(図3)

## V. おわりに

医療改革は益々進み、人々の健康問題は多様化の一途をたどると予測される。地域完結・在宅完結という言葉は流行語としてではなく、診療報酬から確実に人々の生活に影響を与える。病院の果たす役割や機能は大きく変わり、医療職者のジレンマも多様で多大のものになりつつある。そうした中で病院は、入院と退院という入口と出口の支援体制が欠かせなくなっている。患者の医療・看護ニーズと同時に、介護ニーズを把握し、検討し無理なく解決されるよう調整できるシステムや技術が必要である。

病院は益々在院日数が短縮され、在宅が果たす機能の拡大が求められている。今回、退院調整継続看護室のより良い運営を行うことの示唆を得るため調査に取り組んだ。健康問題を抱えて入院される患者家族の真の幸せは、健康で家庭生活をすることである。本研究の結果は、患者や家族の退院問題や看護が行う退院支援への問題を明らかにした。このことは、退院調整継

続看護室の役割や機能が、患者や家族のニーズや患者援助をする医療従事者のニーズを取り入れた活動ができることにつながり、入院される患者家族、縁者に対して効果を上げている。また、退院調整継続看護室は、現在地域連携室の1課をなし社会福祉事業課、病診連携室が共同しおおいに活動効果をあげておられることを記す。

## 謝辞

今回の報告に際して、ご協力いただきましたA病院の皆様へ深く感謝いたします。

## 引用文献・参考文献

- 1) 大内尉義・村島幸代監修：『退院支援』杏林書院、2003年
- 2) 森岡清美・望月嵩共著：『家族の変動 新しい家族社会学』倍風館、1997年
- 3) 鈴木和子・渡辺裕子著：『家族看護学』日本看護協会出版会、1995年
- 4) 手島陸久他：『退院計画—病院と地域を結ぶ新しいシステム』中央法規、1996年、3頁

キーワード：高齢者、退院問題、支援システム