

高齢者の退院支援にかかわる看護師の役割
—地域との連携を通して—

平瀬節子*

橋本智子**

* 高知大学医学部看護学科 〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮

** 高知県立安芸病院 〒784-0027 高知県安芸市宝永町 1-32

The Role of Nurses in Discharge Planning for the Elderly
— Cooperation with the community —

Setsuko HIRASE

Tomoko Hashimoto

* Dept.Nursing , Kochi Univ.Kohasu, Oko, Nankoku City, Kochi (783-8505) Japan.

** Kochi Aki Hospital.1-32, Hoei-cho, Aki City, Kochi(784-0027)Japan.

Abstract

The purpose of this study was to determine the role of nurses involved in discharge planning for elderly patients. The study was conducted in a public hospital, and the results have shown that nurses performed the following tasks for discharge planning for elderly patients: identification of relevant issues, reassessment, provision of information about necessity of discharge planning, assurance of services, acting as proxy for the patient's family member, approach to multidisciplinary cooperation, and specific advice for nursing care. These tasks were characteristically completed by individual nurses' action or multidisciplinary support in the period between the patient's hospitalization and discharge.

The present study highlights the importance of further enhancement of the role of nurses, including understanding of the needs of elderly patients after discharge, improvement of their assessment capacity, and seeking cooperation with the community as appropriate.

キーワード：高齢者 退院支援 役割 地域連携

Keywords: elderly patients, discharge support, nurses' role, cooperation with the community

I. 緒言

近年では、診療報酬の改定によって在院日数の短縮が病院経営の課題となっており、患者やその家族が安心して退院するためには、適切な退院支援の重要性が高まっている。退院支援に対する取り組みは高い比率で行われている一方、患者の転院・退院がスムーズに運ばない場合があり困難が多い状況がある¹⁾。また、退院支援部署の設置状況も大きく関係しているため、退院支援体制を類型化し、病院の規模や機能、地域の特徴に合致した支援システムの構築が重要となっている²⁾。

沖は³⁾「病院看護婦の生活に関する問題意識の低さ」を研究の中で指摘し、高度医療によって占められている病院環境の中において、退院後の生活環境でのケアニーズの把握の困難さについて述べている。看護師が高齢者の退院後の生活環境のケアニーズを把握しアセスメント能力を高めることが課題といえる。

本研究は、A県B地域の高齢化率が高く、後方支援の少ない地域で急性期医療を支えている自治体病院が、有効に退院支援を行うためのシステムの構築を行うことを目的とし、現在の退院支援の現状から看護師の退院支援における役割を明らかにした。

II. 研究目的

高齢者の退院支援へのかかわりを地域連携の現状から分析し、看護師の役割を明らかにする。

III. 用語の定義

退院支援：患者およびその家族が安心して退院後の生活が送れるように、疾病や障害の状況を退院後の生活に視点から把握し、患者とその家族にかかわる様々な職種が協働して、退院後の生活への準備を行う計画的な活動

地域との連携：退院調整において、対象者が在宅で生活を行う際、地域で支援を受ける職種と看護師との協働

地域連携室看護師：病院において、専任で退院調整の役割を担う退院調整看護師

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：質的帰納的研究

2. 研究対象

1) 対象となった事例

退院支援開始後、1 年間に特に地域との連携を密にして自宅への退院調整を行った高齢者の中から研究の主旨・方法に同意の得られた 5 事例。

2) 施設の概要

A 県 B 地域へき地医療拠点病院

1 9 診療科 209 床（一般病床 201 床 結核病床 8 床）

1 日平均外来患者 608 名

1 日平均入院患者 206 名

平均在院日数 17.1 日（平成 16 年度現在）

地域連携室

平成 14 年 4 月設置

地域連携室看護師 1 名（外来の救急応援、診療応援の兼任）MSW 1 名

業務：前方連携・院内連携・後方連携、データの蓄積

役割：退院調整看護師として院内の継続看護推進委員会および病棟看護師と連携して退院困難な患者をスクリーニングし、退院調整依頼のあった患者の退院調整を行う

3) 地域の特性

高齢者が多い（A 県 B 部地域高齢化率 28.6%）

後方連携できる病院の状況（介護療養型病床：群市内 64 床・郡部 19 床）

農業・漁業・林業の第 1 次産業が多い

3. 調査期間：平成 16 年 4 月～9 月

4. 分析方法

患者の入院から退院までプロセスのなかで、地域連携室看護師、病棟看護師が実際に行った支援と医師の働きかけ、地域からの支援を経過記録から抽出した。その中から、患者・家族に対する看護師および他職種の働きかけを KJ 法にて分析した。

5. 倫理的配慮

対象となる患者および家族に対して、研究の主旨および方法について説明

し了解を得た。個人を特定しないよう配慮を行い、データの取り扱いは厳重に行なった。また、研究を行った施設に対しては、研究の内容について報告し、研究発表について了解を得た。

V. 結果

1. 対象者の背景

対象者は過去 1 年間の間に地域との連携を通して退院支援を行った事例で、本人あるいはその家族より同意の得られた 5 事例とした。平均年齢は 81 歳、性別は男性 2 名、女性 3 名、それぞれ慢性疾患をもち、4 名が独居で 1 名が夫と 2 人暮らしであった。表 1 参照

表 1. 対象の背景

ケース	年齢	性別	疾患	同居者
1	75 歳	男性	慢性肺気腫	独居
2	87 歳	女性	発作性上室頻拍・認知障害	独居
3	81 歳	男性	慢性腎不全	独居
4	75 歳	女性	胆のう炎・心不全	夫と 2 人暮らし
5	87 歳	女性	老年期精神障害・気管支炎	独居

2. 退院支援における看護師の役割

退院支援における看護師の役割として「**問題の掘り起こし**」「**再アセスメント**」「**退院支援の必要性を説明し了解を得る**」「**サービスの確認**」「**家族の代行**」「**他職種への協力の依頼**」「**ケアの具体的アドバイス**」「**情報提供**」の 8 カテゴリーが抽出された。

1) 「**問題の掘り起こし**」とは、患者の退院後の生活の視点から、患者の希望する退院後の生活に支障をきたす恐れのある潜在的な問題の兆候を把握することである。看護師は患者の疾患の状態を把握し、退院後の療養生活にサポートが必要であるかどうか、緊急時に対応ができる状況か、生活に不安を持っているかなどの情報に注意を向けながら退院調整の必要性の有無を判断していた。

2) 「**再アセスメント**」とは、退院支援を行うにあたって問題を明確にするために、改めて情報収集しながらアセスメントを行うことである。

看護師は、入院前の状況を把握し、今回の退院時との患者の状態に違いがないか判断したり、家族や本人の意向と現状にずれがないか、退院の時期についての予測を医師と話し合ったり、退院支援が円滑に行えるよう現状の正しい把握をしていた。

3) 「**退院支援の必要性を説明し了解を得る**」は、退院後の生活にサポートが

必要である状況の認識のない患者や家族に対して、現状の認識を促し、退院支援を行うことの理解を得ることである。

看護師は病状の理解や療養生活上での実際の注意点、あるいは介護負担の軽減できる方法があることを、患者や家族に告げ、退院支援に対する理解を促し、理解を得ていた。

4)「**サービスの確認**」とは、退院後の問題に対してどのようなサービスを受けたらよいか判断できない患者や家族に対して説明を行ったうえで、地域に対してサービスの必要度について説明し、地域でどのようなサービスの提供が可能であるかの確認をしていた。

5)「**家族の代行**」とは、退院後の生活の場を決定し行動に移す際、自力で行うのが不可能である家族に代わって情報収集をおこなったり、直接地域の担当者に意向を伝え実際に家族が行動できるよう支えていた。

6)「**他職種への協力依頼**」とは、退院支援を行う際、どの職種の協力が必要であるか看護師が判断し、協力を依頼することである。

看護師は、退院支援のための合同カンファレンスのメンバーの決定を行ったり、退院後の緊急時の対応や、ケアマネージャーに対して食事療法の必要性や、病状のモニタリングの必要性などを伝えケアプランの立案に協力していた。

7)「**ケアの具体的アドバイス**」とは、実際の退院を迎える際に、退院後実際にケアを行う家族や地域の医療従事者に対して服薬管理の必要性や緊急時の対応、病状に合わせたモニタリングなどのアドバイスを行っていた。

表 2 参照

表 2. 看護師の役割

中カテゴリー	大カテゴリー
呼吸苦についての不安・食事の制限 疾患についての知識不足・食事療法 在宅での身体的アセスメント不足 退院後の現状の認識 退院先の大まかな確認 しんどい時に受診の判断ができない 緊急時の対応困難 病棟での患者の様子や家族とのやりとりから介護困難を予測した 病状に対する不安が強い	問題の掘り起こし
入院前の状況の確認 本人の意向の確認 家族の意向の確認 現状の把握 治療方針の確認	再アセスメント
訪問看護の対象となることを患者に伝える 介護保険の申請を勧める	退院調整の必要性を説明し理解を得る
保健師へ情報提供をおこない、訪問の依頼 市の宅配サービスの確認 支援センターに以前受けていたサービスの確認	サービスの確認

生活の本拠地が変わるため保健師に相談	家族の代行
合同カンファレンスのメンバーの決定 合同カンファレンスの日程調整 緊急サポートの依頼 発作時の対処方法についてのアドバイス 食事療法に対する指導 病状に合わせたモニタリング	他職種への協力の依頼
服薬管理 発作時の対処方法についてのアドバイス 食事療法に対する指導 病状に合わせたモニタリング	ケアの具体的アドバイス
在宅支援センター決定のための情報提供	情報提供

3. 地域連携室看護師と病棟看護師の役割

抽出されたカテゴリーは、地域連携室看護師が独自でおこなっている役割と、病棟看護師が独自で行っている役割、いずれの看護師も状況に応じて行っている役割とがあった。図1参照

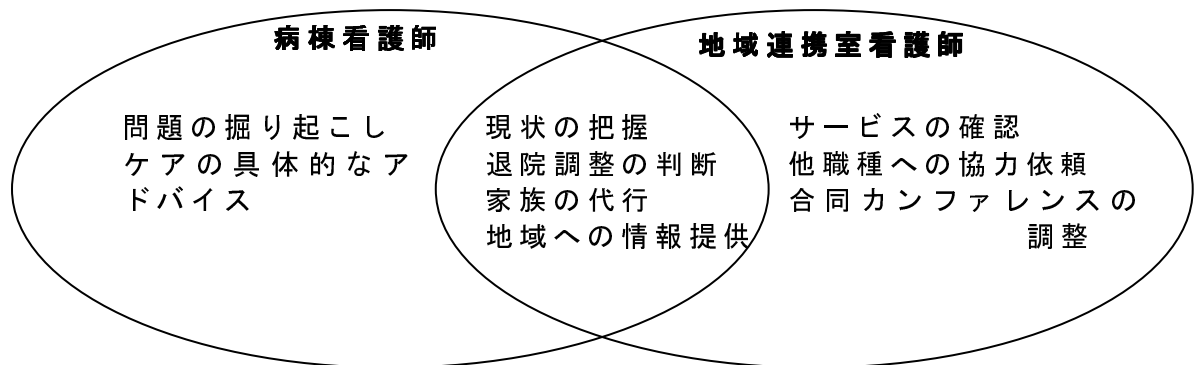


図1. 看護師の役割

4. 地域との連携

抽出された役割は、入院から退院までの経過の中で、入院当初から地域との情報交換を行いながら、病院で果たせない役割を地域と連携をとることで補いながら退院調整を行っていた。図2参照

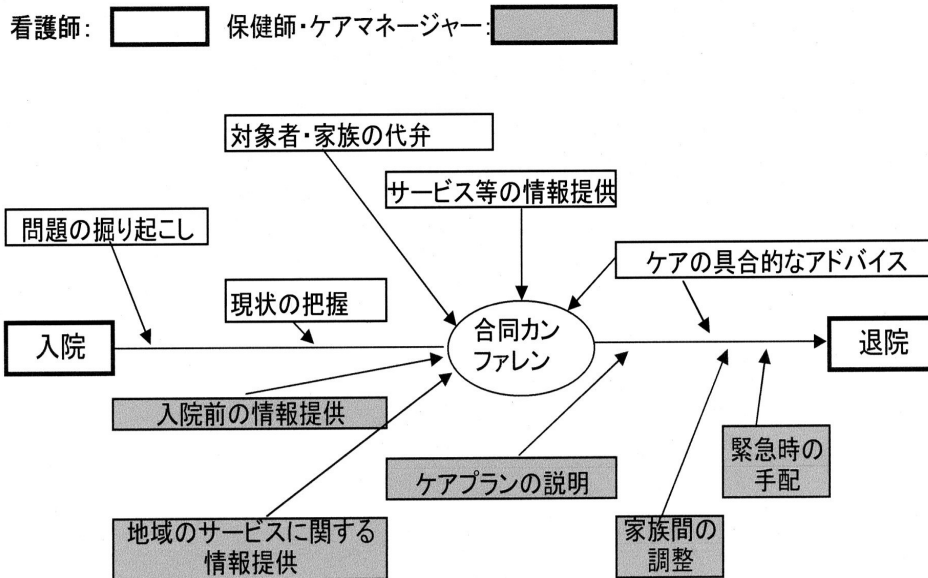


図2. 地域との連携

VI. 考察

1. 退院後に予測される問題の抽出

退院支援の最初の段階で、患者や家族が退院後の生活に対して問題を自覚していないことが5事例に共通して言えた。看護師は情報収集を行ないながら、患者やその家族から病気に対する思いや生活の様子を語ってもらう中から、地域への連携の必要を認識し、働きかけていた。また、「帰ってからも困ることはない」と言っていた家族が外泊を経験することにより、介護が困難であることが自覚でき退院支援を行なった例もある。患者やその家族が退院後の問題を自覚できるためには、帰ってからの生活が具体的にイメージでき、支援が必要な状況であることを認識できることが重要となる。

2. 退院調整と地域連携

患者やその家族が退院後の生活を施設にするか在宅にするかを決定する際、退院後に「これならやってゆけるかもしれない」と患者や家族が自宅での生

活に対して思えることが重要である。研究を行った施設は6市町村の地域の患者を受け入れており、退院後の支援状況はそれぞれ地域によって違いがある。また病院から提供される退院後の支援に関する情報には限界があり、患者や家族が具体的なイメージが描きにくい。そのため、地域関係者との合同カンファレンスにより、情報を得ることで、病院看護師の不足しがちである患者の生活の視点を補うことができている。このように、早期から地域との連携をとり、地域で退院後どのような支援が可能であるか、また、施設であればどのような場が受け入れ可能であるかより具体的に情報提供できることが、患者やその家族が退院後の生活の場を意思決定できるための重要な要素となっている⁴⁾。そのためには病院看護師が、退院支援の必要性を早期に判断して地域に働きかけるといふ、つなぎめの役割を果たさなければならない。

3. 看護師の役割の認識

病棟看護師は、退院支援が必要な患者を把握し、予測される問題のアセスメントを行っている。しかし、生活の視点からのアセスメント能力には個々の看護師によって差がある。それを補う為には、受け持ち看護師・副師長・看護師長の役割を明確にする必要がある。たとえば、退院支援のリスクの高い患者をリストアップするところまでは受け持ち看護師が行い、問題の明確化にあたるのは、副師長・看護師長あるいは、地域連携室看護師と合同で行うなど、家族との面接や地域との情報交換など、退院支援に費やす時間が日々の日常業務の中で行わなければならない。また、地域連携室看護師が他の業務と兼任である現状では、研究結果でも示したように、独自の役割として行う部分と、病棟看護師と連携をとりながら、必要に応じてどちらでも対応できる柔軟性が必然的に求められている。今後は、地域連携室看護師が専任で業務が遂行できる需要があるかどうかの調査をおこない、施設の現状に応じたシステムの構築が求められる。

地域との連携によって行う退院支援は、患者やその家族の退院後の生活の場を自宅にするのか施設にするかというような意思決定に大きく影響する。しかし、人的資源には際限があるため効率よく行われなければならない。地域連携室看護師は、地域関係者との合同カンファレンスの適切な時期や参加者などの調整を適切に行わなければならない。また、退院後の患者の療養生活を評価し、その結果を病棟看護師にフィードバックすることも大きな役割となる。それが、継続したケアの評価となり、看護師のアセスメント能力の向上につながると考える。

VII. 結論

1. 退院支援における看護師の役割として「問題の掘り起こし」「再アセスメント」「退院支援の必要性を説明し了解を得る」「サービスの確認」「家族の代行」他職種への協力の依頼」「ケアの具体的アドバイス」「情報提供」の8カテゴリーが抽出された。
2. 抽出されたカテゴリーは、地域連携室看護師が独自に行っている役割、病棟看護師が独自で行っている役割、どちらの看護師も状況に応じて行っている役割とがあった。
3. 抽出された役割は、入院から退院までの経過の中で、入院当初から地域との情報交換を行いながら、病院で果たせない役割を地域と連携をとることで補いながら退院支援を行っていた。

引用・参考文献

- 1) 永田智子他, 2002, 高齢者の退院支援, 日本老年医学会雑誌, 39 巻 6 号, p579~583.
- 2) 永田智子, 2004, 退院支援の現状に関する全国調査, 病院管理, vol.41 No.4, p73~81.
- 3) 沖壽子, 1990, 継続看護に関する病院看護婦の意識と現状と課題(その2), 看護展望, vol24No3. P87~99.
- 4) 本道 and 子, 1999, 退院調整過程の構造に関する研究, 日本看護管理学会誌, vol3 No2, p28~38.
- 5) 丸岡直子他, 2004, 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における看護師の役割, 石川看護雑誌, vol1.
- 6) 本道 and 子他, 2001, 退院調整における看護判断の過程に関する研究, 東京保健科学学会, vol.4 No.1.
- 7) 本道 and 子他, 1998, 病院内退院調整看護婦の退院調整過程分析, 東京保健科学学会, vol.1 No.1.
- 8) 辻本好子, 1999, 患者から見た退院問題, 看護管理, vol.9 No.4.
- 9) 本間陽子, 2001, 医療依存度の高い患者の退院指導に必要な看護援助の性質, Quality Nursing, Vol.7 no7.
- 10) 手島陸久, 1996, 退院計画 - 病院と地域を結ぶ新しいシステム -, 中央法規出版, 東京.

(2006. 2. 10 受理)