

総合相談・支援センター退院調整看護師介入ケースの 退院支援の現状と今後の課題

key word 退院調整看護師 退院支援 75歳以上高齢者
総合相談・支援センター ○加藤ひろみ 山本悦子 志賀圭子 告原博美

はじめに

現在日本では核家族化が進み、独居、高齢者世帯の増加など家族形態は多様化し、家族内における介護力の低下が著しい。家族介護力が低下した中で、医療依存度が増した患者、自立度や認知機能が低下した患者が在宅へスムーズに移行していくためには退院支援に関わる院内スタッフと地域の医療福祉職の連携が必要といえる。昨年度総合相談・支援センター退院調整看護師が介入したケースの60%以上が75歳以上の高齢者であり、治療の長期化のみでなく、介護体制の調整、ADL低下等の理由で入院が長期化するケースが多くなってきている。増え続ける高齢者に対応するために、急性期病院の退院調整部門の支援内容について見直し検討していく必要がある。総合相談・支援センター退院調整看護師が介入した75歳以上の高齢者の退院支援の現状と課題を明らかにしたので報告する。

I 研究目的

センター看護師が介入した75歳以上の患者データ及び支援内容を分析し、高齢者への退院支援の現状と課題を明らかにする。

II 研究方法

1. 期間：2014年12月
2. 対象：2013年4月～2014年3月でセンター看護師が関わった75歳以上の事例344名。
3. 分析方法：上記対象者について「転帰」「疾患」「医療処置」「家族構成」「認知症」「介護度」「地域連携機関」のデータを収集し、在院日数別にクロス集計を行い、比較検討する。

III 倫理的配慮

本研究は対象者のデータを統計的処理し個人が特定されないよう配慮した。実施に当たっては東京医科大学医学倫理委員会の承認を得た。

IV 研究結果

1. 介入対象：344件
2. 75歳以上高齢者の転帰（表1）n = 344
在宅230人（67%）、転院82人（24%）死亡32人（9%）
3. 在宅退院者230人の背景
 - 1) 疾患別割合（表2）n = 230

癌87人（38%）心疾患26人（11%）
脳血管10人（4%）肺炎20人（9%）
その他87人（48%）

2) 在院日数別医療処置の有無（表3）

複数回答有 n=82

在院日数12日以内：ストマ1人、CVポート4人、吸引1人、その他4人

在院日数13日以上：ストマ16人、CVポート4人、吸引14人、その他38人

3) 家族構成割合 n = 230

独居57人（25%）夫婦66人（29%）家族103人（45%）その他4人（2%）

4) 認知症の有無 n = 230

有66人（29%） 無164人（71%）

5) 介護度別割合（未申請不明者除く）n=119

要支援1-2（25人21%）要介護1-2（50人42%）要介護3-5（44人37%）

6) 地域連携機関 複数回答有 n=183

訪問診療83人、訪問看護87人、ケアマネ71人、他80人

V 考察

介入した75歳以上の退院支援に関する現状として自宅退院230人（67%）、転院82人（24%）で、転院と比較すると自宅退院が多かった。自宅退院者の背景は、疾患別では癌患者87人（38%）が多く、医療処置があるケースは82人（36%）であった。家族構成では独居・夫婦世帯が123人（54%）と多く、認知症の割合は66人（29%）であった。自宅退院が困難になる要因として、医療処置・認知症があり、独居または夫婦世帯であることが影響しているのではないかと考えていたが、多くの患者が自宅退院可能であることがわかった。その要因として、自宅退院患者の50%以上が介護保険の認定を受け、介護サービスを利用していることから、介護保険の利用が自宅退院の大きな手段となっていることがわかる。また要介護3～5が44人（37%）であり、要介護度の重さと自宅退院の困難さは比例することはないと考える。その理由として、要介護度が重くても入院前から介護サービスが導入されていた事により、在宅療養のイメージや介護方法を知っている事が自宅退院につながっているのではないかと考える。また、介護保険サービスのみでなく訪問診療や訪問看護などの医療サービスの利用も多く、これらのサー

ビスを有効に活用することが自宅退院には必要と考える。自宅退院した患者の82人(36%)に医療処置があり、在院日数別で見ると処置が多いほど在院日数が長期化している。これは、介護者の手技獲得や自宅環境を整えること、地域関係職種との連携に時間がかかることが影響すると考えられる。そのため在宅ケア関係者との連携を図り、自宅で可能な医療処置にアレンジすることでスムーズな退院が可能となる。

今後は独居、高齢者世帯、認知症高齢者が増加し、在宅サービスを有効に利用できるよう介入が求められる。そのため外来通院の段階から患者、家族の生活を考えながら介入すること、また地域連携機関との窓口を作っておく事が必要と考える。

VI 結論

今後入院からだけでなく外来通院の段階から患者、家族の生活を考えながら療養支援が行えるような体制作りおよび看護師の介入が必要であることが重要と示唆された。

引用・参考文献

- 1) 宇都宮宏子編, 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例, 日本看護協会出版社, 2009
- 2) 宇都宮宏子, 三輪恭子, これからの退院支援・退院調整ジェネラリストがつなぐ外来・病棟・地域, 日本看護協会出版会, 2011
- 3) 柳澤愛子, 特定機能病院における在宅への退院支援に関する調査・研究, 勇美記念財団, 2004

表1. 75歳以上の高齢者の転帰(%)

	在宅	転院	死亡
人数	230 (67)	82 (24)	32 (9)

表2. 疾患別(%) n = 230

	在宅
癌	87 (38)
心疾患	26 (11)
脳血管疾患	10 (4)
肺炎	20 (9)
その他	87 (48)

表3. 在院日数別医療処置の有無(%)

	複数回答有 n=82		合計
	~12日	13日以上	
ストマ	1	16	17
CVポート	4	4	8
吸引	1	14	15
その他	4	38	42
合計	10 (12)	72 (88)	82

表4. 在院日数別家族構成割合(%)

	n=230		
	~12日	13日以上	合計
独居	9 (21)	48 (26)	57 (25)
夫婦	12 (28)	54 (29)	66 (29)
家族	22 (51)	81 (43)	103 (45)
その他	0 (0)	4 (3)	4 (1)

表5. 在院日数別認知症の割合(%)

	n=230		
	~12日	13日以上	合計
有	15 (35)	51 (27)	66 (29)
無	28 (65)	136 (73)	164 (71)

表6. 在院日数別介護保険申請有無(%)

	n=230		
	~12日	13日以上	合計
有	22 (18)	97 (82)	119 (52)
無	21 (19)	90 (81)	111 (48)

表7. 在院日数別介護度割合(%)

	n=119		
	~12日	13日以上	合計
要支援1	3 (14)	10 (10)	13 (9)
要支援2	1 (5)	11 (11)	12 (9)
要介護1	4 (18)	21 (22)	25 (18)
要介護2	2 (9)	23 (24)	25 (18)
要介護3	3 (14)	15 (15)	18 (13)
要介護4	7 (32)	9 (9)	16 (12)
要介護5	2 (9)	8 (8)	10 (7)

表8. 在院日数別地域医療連携機関

	複数回答有 n = 183		
	~12日	13日以上	合計
訪問診療	18	65	83
訪問看護	15	72	87
ケアマネ	14	57	71
地域包括	0	24	24
その他	13	43	56
合計	28	261	321