

高齢者退院時におけるケアマネジメントの研究

—高齢者および家族の退院準備状況調査から—

式 恵美子

要 約

高齢患者と家族12事例を対象に「退院準備の状況」を面接調査した。分析の結果、1) 退院後の生活に対する不安については、退院時の適切なケアマネジメントが有効に作用している。2) リスクのある事例では退院後生活に見通しが持てない不安の為に退院準備が実施できていない。入院が長期化する傾向がある。

キーワード：高齢者 退院準備 介護支援専門員（ケアマネジャー）

目 次

- I. 研究の背景
- II. 研究目的
- III. 研究方法
- IV. 調査結果
- V. 分析
- VI. 考察
- VII. 結論
- VIII. 研究の限界と今後の課題

ムやシステムとして医療従事者が主体となって進められていることを意味している。

岩下ら⁸⁾は「病院における退院指導も一方的なものになっているのではないかと危惧」し、福島⁹⁾が「不安を抱えたままの退院」や、渡辺¹⁰⁾が「患者や家族が施設を探し回ったり」という状況を指摘している。退院に向けての患者と家族の不安について、患者・家族を主体とした視点での研究が求められている。

I. 研究の背景

わが国の医療機関において高齢患者の社会的入院や退院困難状況が報告され、高齢入院患者の在宅への移行が円滑であることが課題となっている。退院困難な事例への^{1) 2)} 取り組みや患者の早期退院³⁾ や退院計画⁴⁾ についての研究が展開されている。手島⁵⁾ は「(前略) 退院計画は患者や家族を援助するよう病院においてシステム化されたプログラム・活動である」と述べ、福島⁶⁾ は「(前略) 退院計画の目的の第一は (中略) 在院日数の短縮にある」と論述している。伊藤⁷⁾ は「退院計画の誕生した経緯には (中略) 医療経営の効率化のため (中略) という目的があった」と説明している。これらから、退院計画は、病院のプログラ

II. 研究目的

本研究の目的は、高齢患者の退院時のケアマネジメントと退院に伴う不安について関連性を明らかにし、患者と家族に対する退院時支援のための示唆を得ることである。

III. 研究方法

1. 調査対象

対象病院は、都内の医療機関2件、A病院(1,023床)、B病院(1,011床)。面接対象は、研究許可期間内に退院が告げられている65歳以上の患者と家族12事例、退院許可の情報は病棟から協力を得た。面接は、一人暮らしの方は本人、患者

に理解力低下や言語障害がある場合は、家族にも面接した。

面接方法は、半構造化面接法とした。用意した質問①は「退院が決まりましたね。どのような事を準備されていますか」とした。会話中に病院からの支援について話題がなかった場合、質問②は「退院する事について病棟から何かしてもらった事がありますか」とした。ほかは退院に関する思いを自由に語ってもらった。

2. 研究デザイン

質的帰納的因子探索型とする。調査内容に対して2つの視点で分析する。

分析1は、患者・家族の退院準備状況（ケアマネジメントを含む）と退院後生活に関する不安に視点をあてて因子分析をし、次に、類似性によりタイプ化した。

分析2は、退院時のリスクに視点をあてる。

3. 用語の定義

(1) 退院準備

患者・家族が退院後の生活において予想される状況に対処できる見通しが持てるよう準備をすることである。患者・家族を主体にして考えた時「退院計画」の用語より「退院準備」の方が適切であると考ええる。

(2) 不安

退院後生活に向けて患者や家族が抱えている不安をいい、患者・家族の「心配」「困る」などの表現も同様の意味にとらえる。

(3) 退院後生活

患者や家族は病院から退院すると自宅または施設での生活を送ることになるが、その双方を含む。生活¹¹⁾は包括的なものであるから医療なども含まれる。

(4) ケアマネジメント

退院後の生活に向けて準備された事柄をすべて含める。主体は医療従事者であるか、患者・家族であるかを問わないものとする。

(5) 退院リスク

本多ら¹²⁾が提示している退院ハイリスクスクリーニング基準を用いる。以下の13項目が相当する。

A：年齢、家族に関するもの

- ①80歳以上
- ②単身ないし老人のみの世帯で70歳以上
- ③介護者が不在

B：障害に関するもの

- ④身体障害者手帳に該当
- ⑤屋内生活の自立に困難が予想される

C：疾病に関するもの

- ⑥特定疾患
- ⑦意識障害または重度の痴呆
- ⑧精神疾患またはアディクション関係
- ⑨転移がんまたはターミナル期
- ⑩医療器具、医療処置が退院後も必要
- ⑪入退院の繰り返し

D：その他

- ⑫経済問題
- ⑬病状理解の不安定、情緒不安定等

4. 調査期間と面接時間

2001年11月～2002年1月

面接時間：50～60分

5. 倫理的配慮

書面提出により病院長と病棟の許可を得た。患者及び家族に研究目的、研究目的外には使用しないこと、不利益を蒙らないことを分文書で提示し、同意を得た。

IV. 調査結果

1. 事例の概要（表1）

性別：男性8例、女性4例、計12例

A事例～L事例と記号化する

年齢：最高年齢96歳、最低年齢69歳、

平均82.2歳、

2. 事例の説明項目

項目には、島内ら¹²⁾の研究において、退院時

(表1) 調査事例の概要 全12事例

| 事例 性別 年齢 | 患者の退院時の状況 | | | ④介護家族状況 | ⑤入院期間 (M:月) |
|----------------|------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|----------------|
| | ①主病名: 退院後の継続処置 | ②要介護度/ADL状況 | ③理解力と意思疎通 | | |
| A 女 87 | 圧迫骨折/腰痛ベルト着用 | 要支援(再申請)/杖歩行 | 十分会話できる | 1人暮らし | 1 M10日 |
| B 男 69 | 脳梗塞/服薬 | 1/半身麻痺,見守り程度で歩行できる | 高次脳機能障害,簡単な会話 | 妻:長女家族(孫あり)独身長男が同居 | 1 M24日 |
| C 女 87 | 胆嚢摘出術/服薬 | 2/食事介助,ポータブルトイレ介助(おむつ) | 痴呆あり,傾眠,ゆっくり話す | 夫と2人暮らし(高齢夫婦) | 18日 |
| D 男 72 | 癌転移,末期/鎮痛剤(麻薬) | 5/ほとんど臥床,ポータブルトイレの介助 | 意識明瞭簡単な会話,癌告知 | 妻と娘が同居 | 1 M6日 |
| E 男 96 | 心不全,胸水/服薬 | 申請/トイレまで歩行できる | 痴呆症,会話できる.辻褄合わない | 妻は要介護4で寝たきり,息子家族と同居(息子高齢) | 1 M10日 |
| F 男 87 | 肺気腫,心不全/在宅酸素療法,服薬 | 1/ゆっくり歩行できる | 十分会話できる。性格が頑固 | 1人暮らし 長男家族,三女家族が敷地内に居住 | 28日 |
| G 男 86 | 肺炎/服薬 | 2/歩行器歩行,ポータブルトイレ使用開始 | 言語障害,ゆっくりなら話す | 妻と2人。(高齢夫婦)長男家族が近居 | 1 M25日 |
| H 男 79 | 脳梗塞/褥瘡処置経管栄養尿バッグ,吸引 | 5/寝たきり,寝返りなど全介助 | 意識障害II-20,意思の疎通がない | 妻と娘が同居(妻高齢,娘仕事多忙) | 8 M7日 |
| I 男 76 | 脳梗塞/胃瘻からの経管栄養,服薬 | 2/半身麻痺,嚥下障害,トイレまで歩行介助 | 痴呆症.言語障害,意思疎通は頷く程度 | 喘息の妻と2人暮らし 長女,次女家族が近居 | 2 M23日 |
| J 女 83 | 脳梗塞,深部静脈血栓/足痛み持続,服薬 | 3/ベッド柵つかまわり立ち不能.トイレの訓練進まず | 痴呆気味にて無気力,会話が少ない | 娘と2人暮らし,長女の仕事多忙,介護力不足 | 2 M15日 |
| K 女 81 | 肝性脳症,心不全/服薬 | 3/歩行できず,車椅子への移動介助.筋力低下著明 | 痴呆症,簡単な会話に返答.聴力障害あり | 1人暮らし(入院中に夫死亡)離婚した娘と孫が近居 | 7 M10日 |
| L 男 83 | 脳梗塞,閉塞性動脈硬化症/足の創傷処置,服薬 | 3/車椅子への移動介助,下肢筋力の低下 | 言語障害あり,理解力に欠け会話はほとんどない | 妻と2人暮らし,妻高齢,子ども遠隔地にて交流なし | 4 M17日 |

に困る事として導き出されている「健康面、日常生活面、精神面」を参考にした。①主病名と退院後に継続する医療処置②要介護度とADL③理解力と意志疎通をあげ、追加として④介護家族状況⑤入院期間をあげた。

V. 分析

調査内容に対して2つの視点で分析する。

分析1は、退院準備状況と不安の関連に視点をあてる。分析2は、退院リスクに視点をあてる。

1. 分析1

12事例の患者・家族から聴取した面接内容について、退院準備状況（ケアマネジメントを含む）と退院後生活に関する不安との関連を見るために、以下の3因子を抽出する。

第1因子は、患者・家族又は病院が退院後生活に向けての退院準備状況を抽出する。

第2因子は、退院後生活に対して抱いている思い特に不安などを抽出する。

第3因子は、第1・第2に関連しての変容を見ることができた。

(1) 因子分析

分析過程を以下に示す。

A事例（本人）：①退院許可が出て腰痛が持続して、一人ぐらしだからと、退院延期を申し出る②家事ができないのは困る③医師がケアマネジャーを呼び、住宅改修、ヘルパーの確保ができた。③「これで安心」と言った。

B事例（妻に面接；60歳代）：①退院許可と同時に、妻が独自でケアマネジャーに連絡。在宅ケアでの車いすを確保した。②今後、住宅改修、その他何でもケアマネジャーに相談するつもりなので不安はない。③入院後すぐに介護保険認定を進めた医師に感謝している。

C事例（夫に面接；80歳代）：①患者は開腹手術後の経過中に介護度が重度化。在宅ケアのサービスとしてかかりつけ医、訪問看護、訪問介護、ベッドが決定。②夫は「手術後の回復もまだまだ

だで、年寄り2人の暮らしなのは心配だけど、介護保険を使えばなんとかやっけていける。」③今後、住宅改修する予定。「ヘルパーさんにもケアマネジャーにも相談できる。この病院では必要なことをみんなやってくれる」と言った。

D事例（妻に面接；60歳代）：①夫がターミナル期であると告知され、妻は自宅で看取ることを決心して医療相談室に相談。終末期ケアに詳しいケアマネジャーを探してくれた。退院後の往診医師と訪問看護を確保、麻薬使用の協議ができた。訪問介護、ベッド、トイレ、退院時の移送車を確保した。②妻は「がん末期だと聞いて気持ちが動転した」③「家族の願いを十分聞いてもらった。準備が整ったので最期を心静かに送りたいと思っている」と言った。

E事例（本人と長男夫婦に面接）①本人は病状が軽快したので退院を希望。自宅には老妻が要介護度4で寝たきり状態なので退院したいと要望する。長男夫婦は患者に痴呆症があること、まだ胸水があり病状不安定であることから退院延期を願い出た。②家庭内に要介護者が2人になることの負担感と不安を語る。③主治医から痴呆症がある場合の介護認定の受け方要領と疾患に対する退院指導があった。長男夫婦は「退院後、うちで注意することを言ってもらった。おばあちゃんが在宅ケアを受けているので、今後は2人ともサービスを受けるつもり。心の準備ができた」と言った。

F事例（本人と長男・長女に面接）：①患者は「戦争を生き抜いてきたんだ。良くなったらこんな所にいられない。やることがたくさんある」と強引に退院を希望。在宅酸素の適用。②長女は「父は頑固者で言うことを聞きません。医師に退院を止めてほしい」と不安を訴えた。③医師がケアマネジャーを呼び、家族・医師とともに協議、家族は訪問看護・ヘルパーを希望。在宅介護体制を条件として退院許可となる。③家族は「不安があるけれど、ケアマネジャーさんが頼りです」と言った。

G事例（本人と妻80歳代に面接）。①妻は、病室で患者のトイレ介助をして2人とも転倒。本人は「自宅に訪問入浴の若い衆がきてくれるので

家の中が明るくなり、元気が出るよ。訪問入浴があれば家に帰れる」と希望する。②妻は、腰痛を起こし「私では介護できません。とても心配」と言った。③「ケアマネジャーが病院にきて先生と相談したので、どうにかなるでしょ。夫は訪問入浴の係の人が大好きなんですよ」と言った。

H事例（妻と娘に面接）：①患者はMRS A感染症があり、今まで入所していた特別養護老人ホームから受け入れを拒否された。②「行くところがなく困ってしまった」。③妻は、介護保険利用者から「介護保険を使えば自宅でも何とかかなる」との情報をて、我が家で介護をしようと決心。病棟で褥瘡ケア、吸引、尿バッグなどの看護処置について指導を受けた。「手当てのことを教えてもらっている内に、私と娘ががんばれば何とかかなると思えてきた。看護婦さんがケアマネジャーを決めること、病院の訪問看護があることなど話してくれた。相談にのってもらったので安心した」と言った。

I事例（長女と面接）：①長女は仕事で帰りが遅く、患者は日中一人となる。患者は痴呆症あり、足の痛みがあつてリハビリが進展せず。ADL低下でベッド柵のつかまり立ちができない。長女は「つかまり立ちができればトイレ介助をヘルパーに頼めるのだが」と目標達成できないのを焦っている。②「給付限度額を全部使っても、日中の介護に隙間ができる。ケアマネジャーに相談するつもりであるが、家族介護の人手がないので不安でたまらない」。③介護度が2から3に変更されたので給付限度額が上がった。「ヘルパーを限度いっぱい利用する」と考えて退院の方向を決め、「退院と言われれば仕方がない」と言った。

J事例（妻と娘に面接）：妻は喘息で通院治療中。①患者は半身麻痺で歩行不能。痴呆症による理解力低下で、経管栄養引き抜きや車いすからの立ち上がり、リハビリ拒否などがある。家族は退院延期を希望。②退院を促されることについて「老夫婦二人なので、おばあちゃんは家で見ることができない。退院と言われても困る」と何度も言った。③以前にデイサービスを利用し

ていたのでケアマネジャーとの連絡方法は知っているが、連絡するつもりはない。

K事例（娘に面接）：入院中に患者の夫は死亡。

①本人は時々熱発し病状が不安定。痴呆症があつて車いすから立ち上がる。病院は、老人保健施設（以下老健）の転院を勧める。②娘は「すぐ熱を出すので、老健の病状対処では死ぬのではないか」「この病院は医療も看護もよくしてくれる。老健には行きたくない。」と涙ぐんだ。③娘は「友人に相談して転院先を探している。病院では誰にも相談できない」と言った。

L事例（妻に面接；80歳代）：①患者はADL低下が著明、立位がとれなくなった。認知症が進行、ベッドから降りようとして転落。病院の相談係が勧める老人保健施設は「そこはすぐおむつにしまうところなので困る」と言う。②妻は「退院を言われても私一人ではどうしたらよいか不安でたまらない」と涙ぐんだ。③ケアマネジャーにうちで見たいと相談したが、住宅改修や福祉用具のことを話してくれただけで十分相談に乗ってくれない。「誰に相談していいのか、話を聞いてもらいたい」と言った。

(2) タイプ別のグループ化

1・2・3の因子を類型化したところ、次の3タイプに分類できた。

①タイプI：A・B・C・Dの4事例。

第1因子として、A病院では医師が介護保険の指導と再認定の受け方などを助言、ケアマネジャーを呼んで、患者・家族と協議している。B病院では、退院支援担当者として看護師・ソーシャルワーカー（以下MSW）が協働でマネジメントをし、ケアマネジャーと連絡をとり、退院後生活に必要なサービスの全部を準備した。

第2因子として、1～3個のリスクがある。一人暮らし、手術後の体力低下、癌末期などに伴う退院後生活の不安がある。

第3因子として、マネジメントに関連して患者・家族は退院準備ができたと見ている。「これ

で安心」「最期を静かに送りたいという家族の願いを叶えてもらった」「必要なことを揃えてくれたので安心」と表現した。

患者・家族はいくつかのリスクがあっても、マネジメントによる退院準備ができたことから、退院後生活への不安を解消して退院できると受け止めていることが伺える。

このタイプは

【ケアマネジメントを受けたことによる退院準備に関連した退院後生活への不安の解消】と命名した。

②タイプⅡ：E・F・G・Hの4事例

第1因子として、患者・家族は、病院から介護保険の認定の受け方や療養上の指導を受けた。H事例の妻は介護保険利用経験者から「サービスを使えば自宅でも何とかなる」と聞いたので我が家での介護を決心。病棟は家族の決心に対応して褥瘡、吸引、尿バッグなどの看護処置の指導と「ケアマネジャーや訪問看護」の情報を提供した。このタイプは退院時点では退院後生活に伴う不安についてサービスが具体的にマネジメントされた訳ではなく、ケアマネジャーと連絡がついたという段階である。

第2因子として、3～4個のリスクがある。患者には意識障害（MRSA感染症）や病状不安定による重介護、ADL低下等があり、介護する家族の側には、特別養護老人ホームから受け入れ拒否、老老介護（介護者が高齢）、介護力不足（または不在）、複数の要介護者を抱えている等の状況がある。

第3因子としては、家族は、ケアマネジャーと連絡がついたことを「心の準備ができた」「ケアマネジャーと相談すれば何とかなる」「手当のことを教えてもらっている内に、私と娘ががんばれば何とかなると思えてきた」との見通しや「訪問入浴の若い衆が好きだ」とサービスに期待している様子がある。ケアマネジャー等信頼できる支援

者が確保できたことにより退院後生活の不安が解消できそうだとの見通しが得られたので、ある程度安心して退院できると受け止めていることが伺える。このタイプの4事例では、家族の介護力があり、リスクからくる不安を解消したものと考えることができる。

このタイプは

【ケアマネジメントを受けたことによる退院準備と支援相手の確保により退院後生活の不安解消に関する見通し】と命名した。

③タイプⅢ：I・J・K・Lの4事例

第1因子として、退院準備を殆ど実施していない状況がある。MSWが提示した転院先は、「そこはすぐおむつにするところ」「医療には対応しないので母は死ぬのではないかなど、納得していない。ケアマネジャーの対応に不満がある、とか、担当してケアマネジャーがあるけれども連絡をとろうとしていない。

第2因子として、どの事例に4～6個のリスクがある。嚥下障害、熱発、足の創傷などのほか、全事例に痴呆症があって理解力不足によるベッドからの転落、車いすからの立ち上がり等目が離せない状態があって、家族は「足の創傷は爆弾を抱えているようだ」「目標のADL（立位）がとれないので家でのトイレ介助に困る」など自宅介護を考えるにしても、見通しがもてない不安状況を語った。全事例の家族に老老介護と介護力不足（又は不在）が共通している。

第3因子として、紹介される施設に納得しないので「何とかうちで見たいのでケアマネジャーに相談したが『退院が決まってから』と言われ、話を聞いてくれない」「病院からの紹介は当てにならないので、ひそかに自分で探そうとしていた」「給付限度額を全部使っても足りない」「退院は心配。誰にも相談しようがない」と行き詰っている状況が伺える。

適切なマネジメントが受けられず、信頼できそうな支援者（相談者）も得られなくて、退院後生

活に関する不安を解消する見通しが得られていないことが伺える。

このタイプは

【退院時ケアマネジメント未整備と退院後生活の不安に関する支援相手の未確保のため退院後生活への見通しが得られていない】と命名した。

2. 分析2

調査した12事例について、前掲の退院ハイリスクスクリーニング基準の13項目を用いて分析すると以下のとおりとなった。

(表2) スクリーニング13目を用いて分析

| 分析項目 | 該当事例 | 数 |
|----------|-----------------|---|
| A①年齢80以上 | A,C,E,F,G,J,K,L | 8 |
| ②単身, 老齢 | A,C,F,G,I,K,L | 7 |
| ③介護者不足 | A,C,I,J,K,L | 6 |
| B④身体障害手帳 | なし | - |
| ⑤自立困難 | C,D,H,J,K,L | 6 |
| C⑥特定疾患 | なし | - |
| ⑦意識・認知障害 | B,C,H,I,J,K,L | 7 |
| ⑧精神疾患 | なし | - |
| ⑨癌ターミナル | D | 1 |
| ⑩医療処置 | D,F,H,I,L | 5 |
| ⑪入退院 | 不明 | - |
| D⑫経済問題 | 不明 | - |
| ⑬情緒不安定等 | なし | - |
| ※退院が不安 | H,I,J,K,L | |
| ※入院2ヵ月以上 | H,I,J,K,L | |
| ※準備状況 | 準備できた | 7 |

退院するのが不安であると答えている5事例についてみると、

①の年齢は、70代2例、80歳以上3例である

②③の家族状況は、5事例とも日中不在、単身、高齢夫婦で介護力不足がみられる。

Cの6項目では、主病名として、5例に脳梗塞、心不全があり、介護度は、5例とも3-5度である。理解力については、5例に意識障害、認知症等がある。

入院期間では、3例が2-4ヵ月、2例が7-8ヵ月であった。

⑥⑧は該当なく、④⑫⑬は、情報入手ができていない。

VI. 考察

1. 分析1について

分析により導き出した3タイプについて、患者・家族の退院準備と退院後生活に関する不安、今後の支援の方向について考察を加える。

(1) タイプI / 【ケアマネジメントを受けたことによる退院準備に関連した退院後生活への不安の解消】

①適切なマネジメント

事例が抱えている退院後生活の不安に対して病院（または家族）はケアマネジャーと協議をする等介護保険を活用していることが伺われる。退院後生活に対する不安は、適切なマネジメントによって「不安を解消して退院できる」という方向へ変容している。マネジメントについて橋本）は「当事者にとって重要なのは安心感である。しばらくはこの生活が維持できるという安心感」と述べている。マネジメントが退院後生活の安定と安心を与えるものとして受け止められることが退院できる要素であることを示している。

②組織的な支援体制

B病院では退院支援部があり看護師・MSWが病棟と協働している。マネジメントではその事例に適合するサービスを導き出し、患者・家族は「この病院はきちんとやってくれる」と表現した。退院支援は、退院調整システム¹³⁾ または退院計画プログラム¹⁴⁾ として入院から退院までを支援する体制であり、組織的なチームアプローチ体制が有効に作用したことを示している。

(2) タイプII / 【ケアマネジメントを受けたことによる退院準備と支援相手の確保により退院後生活の不安解消に関する見通し】

①ケアマネジャーへの連絡と協議

退院後生活のサービスがマネジメントされた訳ではない。ケアマネジャーと協議をしたことを患者・家族は、不安を解決する手段が確保できたと

受け止め、安心して退院しようとしている。患者・家族がケアマネジャーを相談役として頼りにし「心の準備ができました」と表現。ケアマネジャーと連絡をつけることの意義を示している。

②介護保険制度の活用

H事例では、病棟はそれ以前には重介護の事例に対する介護保険サービスについて経験があった訳でなく、患者・家族を支援する過程で介護保険情報を獲得していった様子が伺われる。この事例は、患者の介護度が重度であっても介護保険活用によって在宅生活の可能性あることを示唆している。G事例では「訪問入浴の若い衆がきてくれるので家の中が明るくなった」と表現していて、サービスを楽しみにして退院しようとしており、介護保険が老人家庭を明るくしている側面を示していると言える。

(3) タイプⅢ／【退院時ケアマネジメント未整備と退院後生活の不安に関する支援相手の未確保のため退院後生活への見通しが得られていない】

①病院側と患者・家族のずれ

家族は、病院から退院を勧められること自体に納得ができていない。医師と家族の考えているゴールがずれていると考えられる。医師は治療主体であって、患者の退院後生活について思い描いていない¹⁵⁾ことが伺える。家族は「在宅でみるができるであろうか。施設でなければ無理であろうか」と自宅で介護する自信がないことについて苦しんでいる状況がある。

タイプⅠ・Ⅱの事例では、医師がケアマネジャーを呼ぶなど直接的な支援している。そこには医師が介護支援専門員に情報提供することが診療報酬に算定されるという背景がある。MSWが転院先探しに対応するが、その段階では、「医師が余り関わってくれない」状況になるので、医師とのコミュニケーション不足が生じる。医師からの退院通告を含め、十分な説明が必要な場面である。

②マネジメントの不適切

退院の話そのものに納得していない事例では、MSWがマネジメントとして施設を提示しても家族の希望の間にずれが生じることを示している。退院を巡る対応の中で病院に対して「無理に退院を勧める」「適切な助言をくれない」と拒否的応答を抱き、病院には相談相手がいないと感じるようになっていくことが推察される。

③十分なコミュニケーションが必要である

タイプⅢでは、患者に言語障害があり、患者本人と話すことができないことと、一人または二人暮らしの場合、家族内に相談相手がいないことを示している。相談相手がいないことは、精神的な負担がさらに増幅し「誰にも相談のしようがない」と言う表現のように、孤立感の深刻さが窺われる。家族とのコミュニケーション¹⁶⁾を重視し、精神的に支援することの必要性が示されている。

④介護支援専門員との相談

友人を相談相手としている事例では「退院が決まったら、ケアマネジャーに相談できるのですけれど」という表現が聞かれた。家族が「在宅ケアか、施設か」「何とかして在宅ケアを」と悩みつつ、入院中である段階では、ケアマネジャーは、まだ出番ではないというマネジメントの過程が見える。事例Ⅰはケアマネジャーに相談しているが、明確な対応が見えない部分がある。病院から、患者・家族の悩みについて情報発信が必要であり、さらに、ケアマネジャーが在宅ケアの可能性についてマネジメント力を発揮できる場面として機能することが望まれる。

2. 分析2について

(1) 退院準備の開始時期¹³⁾

退院リスクが大きい事例は入院期間が7ヵ月、8ヵ月とかなり長期になっている。退院準備の開始時期について、久保田ら¹⁷⁾は「看護職は『病状が落ち着いてから考える』が58.6%と最も多い」ことを示したが、病状安定のとらえ方について、家族との間にずれがあると入院期間が延長してしまう。入院後1週間程度で医師は家族に対し

て「入院診療計画書」を提示するが、この時に「退院説明」をすれば介護保険の（再）認定には1か月を要すること、家族にとって「心の準備」の意味を含めて、適切な時期であると考え

(2) 入院早期におけるアセスメント¹⁸⁾

入院早期からの退院支援が必要であり、そのためには、効率的にすばやくスクリーニングできるアセスメントが求められる。樋口¹⁹⁾らは「在宅移行促進のためのアセスメント」として12の大項目と55の小項目を開発したが、もっと簡略化されたスクリーニングアセスメントが必要である。

本多らが提示しているリスク13項目について、今回は④⑥⑧⑫⑬の情報入手が困難であった。すばやく効率よくアセスメントする観点から考察すると、これらの項目を改変する必要があると言える。本多らが提示したリスクを活かしつつ、入院早期におけるアセスメントとして次の6項目の示唆を得た。

スクリーニングのアセスメント項目として

- ① 年齢80歳以上
- ② 単身、高齢夫婦、介護者不足
- ③ 疾病：難病、意識障害、精神疾患、転移癌等と継続的医療処置
- ④ 要介護度3以上
- ⑤ 理解困難状態、認知症等
- ⑥ 経済問題

以上の6項目は、入院早期にすばやくアセスメントとして使用するのに適している。

VII. 結論

高齢患者退院時のマネジメントと退院に伴う不安の関連について明らかになったことは以下の通りである。

1. 退院時の適切なマネジメント

患者・家族の退院後生活に対する「不安」を「安心」へと変容させていることを示唆している。

2. ケアマネジャーと連絡をとる

患者・家族が抱えている退院後生活への不安を解消する手段を確保できたものとして「安心」を与えている。ケアマネジャーに連絡することの意義が示唆されている。患者・家族は介護保険サービスを「退院後生活を安定させるもの、明るくしてくれるもの」と受け止めていることが示されている。

3. 組織的な退院支援体制

専門職が連携または協働して患者・家族に適合するサービスを導き出していることが示されている。

4. 退院ハイリスクの患者・家族の孤立感

「相談相手がいない」という孤立感を抱えていることが示されている。患者・家族を支援するには、医師の退院通告やMSWのマネジメントには十分なコミュニケーションが必要であることが示唆されている。

5. 入院中からケアマネジャーに相談する

家族が「在宅か、施設か」「何とかして在宅を」と悩んでいる段階で、ケアマネジャーに相談がなされていないことが浮き彫りになっている。その段階でケアマネジャーのケアマネジメント力を期待できるシステムが必要であることが示唆されている。

6. 退院準備を早期に開始

医師が「入院診療計画書」を提示する時点で退院について説明をすることが、家族が退院について「心の準備」をすること、介護認定に1か月を要することなどから望ましいと考えられる。

7. 入院早期のアセスメント項目

次の6項目の示唆を得た。

- ①年齢80歳以上
- ②単身、高齢夫婦、介護者不足
- ③疾病：難病、意識障害、精神疾患、転移癌等と継続的医療処置
- ④要介護度3以上
- ⑤理解困難状態、認知症等

⑥経済問題

以上のことから、退院困難事例にケアマネジャーが関与する必要があること、ケアマネジメントの確保が、患者・家族の退院に伴う不安を解消するためには有効であるとの示唆を得た。

Ⅷ. 研究の限界と今後の課題

本研究が医療従事者や関係者が患者・家族を退院時支援するときの参考になるものと期待する。今回の研究対象や事例だけで結論づけるには限界があるので、今後、事例を積み重ねていく必要がある。研究にご協力をいただいた病院と患者・家族の方々に感謝する。

引用文献：

1. 柳沢愛子, 若林浩司, 田城孝雄他：退院支援へのチャレンジ. 保健の科学42 (10) : 825-830 (2000)
2. 上杉有希, 加藤美智子：在宅療養が困難な患者への支援. 看護実践の科学, (2000, 8) 46-60
3. 日野原重明, 小山真理子：早期退院マネジメント. 日本看護協会, 東京 (2001)
4. 手島陸久, 退院計画研究会編：退院計画. 2版, 中央法規, 東京 (1997)
5. 手島陸久：前掲書, p10
6. 福島道子：退院計画とは何か. Quality Nursing, 9 (10) : p7 (2003)
7. 伊藤まゆみ：退院計画の評価. Quality Nursing, 9 (10) : p34 (2003)
8. 岩下清子, 杉田美佐子：退院計画の社会的背景. Quality Nursing, 9 (10) : 12-17 (2003)
9. 福島道子：退院計画とは何か. Quality Nursing, 9 (10) : p7 (2003)
10. 渡辺久美子：高齢患者への退院計画の重要性とそのポイント. 看護技術, 45 (16), p48 (99)
11. 橋本泰子：ケアマネジメントにおける生活と何か. 病院, 56 (9) 805-809 (1997, 9)
12. 本多勇, 福島道子, 田中佳代他：退院計画システムの試行的導入と見いだされた課題 (実践報告). 国際寮福祉大学紀要, 第4巻 p72 (1999)
13. 岡田美幸, 梶原和歌：看護を中心とする退院調整に取り組んで. 看護, 56 (5), 40-44 (2004, 4)
14. 福島道子, 河野順子他：実践退院計画 (ディスチャージプランニング) 導入ガイド, 日総研, 東京 (2000)
15. 鎌田ケイ子：退院とケアマネジメント. 病院, 57 (12) 36-39 (1998, 12)
16. 堀越由紀子：患者・家族のニーズに合わせた社会資源の調整にはコミュニケーションが不可欠です. 看護学雑誌, 62 (6) 572-576 (1998, 6)
17. 久保田君枝, 佐藤芳恵：退院への考え方と退院計画の現状, 静岡県立大学短期大学部研究紀要12-2号153-157 (1998)
18. 島内節, 乗越千枝：早期退院を可能にするケア・マネジメント. 看護, 49 (12), p69, ('97)
19. 樋口キエ子ほか「実用性の追及をめざした在宅移行促進のためのアセスメントシートの開発」第10回日本在宅ケア学会学術集会講演集66-69, 2006

SUMMARY

Research on the Relation between Care-Management Services and Uneasiness when Discharging Geriatric Patients from Hospitals

Emiko Shiki

When geriatric patients are discharged from the hospital, they are more likely than young patients to need continued care at home. This need for home care often generates anxiety and stress in the families who receive their elderly family member from the hospital. This study focuses on how geriatric patients and their families prepare for the transition from hospital care to home care. The author conducted a survey of 12 geriatric patients who were hospitalized in two medical facilities and were about to be discharged, as well as the families of these geriatric patients.

The study shows that the preparation for home-care management services during hospitalization eases the anxiety of the geriatric patients and families while transitioning from the hospital to home care. In contrast, the geriatric patients and families who are not prepared for home-care management services during hospitalization are unable to eliminate the anxiety of home care. This phenomenon leads geriatric patients to postpone their hospital discharge, and thus lengthens the duration of hospitalization. The study calls for more attention to the importance of the hospital's role in having a concrete plan to introduce geriatric patients and their families to home-care specialists and management services before the patients are discharged from the hospital.

Keywords : geriatric patients, discharge, care management