

退院困難な要因を持つとスクリーニングされた 高齢患者の自宅退院を可能にした要因

尾道市立市民病院 看護部 5病棟

村上 絵美, 渡邊 奈美, 歌島 ひろ子, 山本 美佳

[看護研究]

退院困難な要因を持つとスクリーニングされた 高齢患者の自宅退院を可能にした要因

尾道市立市民病院 看護部 5病棟

村上 絵美, 渡邊 奈美, 歌島 ひろ子, 山本 美佳

要 旨 2022年度の当病棟に入院した患者の81.3%が65歳以上の高齢患者であった。

退院困難な要因を持つとスクリーニングされた高齢患者が自宅退院できた要因を明らかにし、自宅退院を望む患者への支援に活かしたいと考え調査を行った。退院困難とは、自宅から入院し自宅へ退院できなかった患者を指すこととする。スクリーニングとは、65歳以上で退院支援計画書が作成された患者を指すこととする。その結果、以下のような要因が明らかとなった。退院時のバーセルインデックスが、入院時に比べ変化なし、または上昇した患者は78.3%であった。要介護状態にある患者に対しても自宅退院を目標にADLの維持や向上に取り組むことは、自宅退院を可能にした要因であったと考える。患者と家族ともに90%以上が自宅退院を希望しており、思いはほぼ一致していた。入院早期からケアマネジャーと情報共有し、必要に応じて退院前カンファレンスや面談を行い、介入が必要と判断された患者には介護保険サービスを調整したことで自宅退院につながったと考える。今後も入院時から患者と家族が望む目標や退院先の情報を他職種と共有し、目標に向けて支援を考え実践していくことが必要である。

Key words: 自宅退院, 退院支援, 地域連携, 情報共有

はじめに

日本における少子高齢化は急速に進展しており2040年には65歳以上の人口が35%になると推計されている¹⁾。また団塊の世代が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている²⁾。そのため医療の対象は高齢患者が中心となり、病気と共存しながら住み慣れた地域や自宅での生活を支える「地域完結型医療」へ変化している。当院のあるO市では2022年、高齢化率は36.7%³⁾と全国平均を上回っており、他地域と比べ急速に高齢化が進んでいるといえる。現状として、2022年度の当病棟に入院した患者の81.3%が65歳以上の高齢患者であった。

当院の退院支援は、病棟看護師と地域医療連携部のスタッフと連携し、入院が決定した時点から退院支援が必要な患者を抽出し、患者と家族の意向を確認した支援を行っている。また、病棟では毎日、地域医療連携部のスタッフとカンファレンスを行い

情報共有している。退院に向けて、入院早期よりリハビリ介入を依頼し、本人の持てる力や日常生活動作(Activities of Daily Living, 以下ADL)を落とさないように援助している。その中で自宅外へ退院となった患者もいる。自宅外に退院となった患者の中には、自宅へ戻ることを希望した患者がおり、患者が望む場所へ退院できるような支援をする必要があると考えた。野田らは「自宅外退院へ影響する要因としてADLの要介助や栄養摂取方法、ドレナージ管理など医療的ケアがある」と述べている⁴⁾。当病棟でも、ADLの急激な低下により自宅での介護が困難と判断され、施設入所や転院となるケースや、施設入所や転院を目的とし胃瘻造設をしている現状がある。

そこで、当病棟の退院困難な要因を持つとスクリーニングされた高齢患者が自宅に退院できた要因を明らかにし、今後自宅退院を望む患者への支援に活かしたいと考え調査を行ったのでここに報告する。

対象と方法

1. 研究対象
- 当病棟に入院していた65歳以上で退院支援計画書が作成され自宅退院した患者152名.
2. 研究対象期間
- 2022年4月1日～2023年3月31日の1年間
3. 研究デザイン
- 後ろ向き研究
4. データ収集方法
- 電子カルテより下記の項目について収集を行う
- ①年齢 ②性別 ③退院困難な要因と問題点 ④ Barthel Index (以下, BI) (入院時と退院時の総合得点の差) ⑤退院後必要な医療的ケア ⑥患者と家族の希望した退院先 ⑦要介護認定の状況 (入院時, 退院時) ⑧入院時面談後の介入状況 ⑨ケアマネージャーと情報共有した件数 ⑩自宅退院に向けた連携, 支援 ⑪家族のサポート体制, 内容, 家族構成 ⑫地域の社会資源の活用の有無, 内容
5. データの分析方法
- 得られたデータを単純集計し結果を分析した.
6. 倫理的配慮
- 得られたデータは看護研究の目的以外に使用しない. また対象者および記録物に含まれるデータは個人が特定されないようナンバリングして保管, 調査後は適切に処理する. 対象者への同意と説明は当院ホームページの掲載をもって同意を得たものとする. 本研究によって本人が得る利益, 不利益は一切ない.

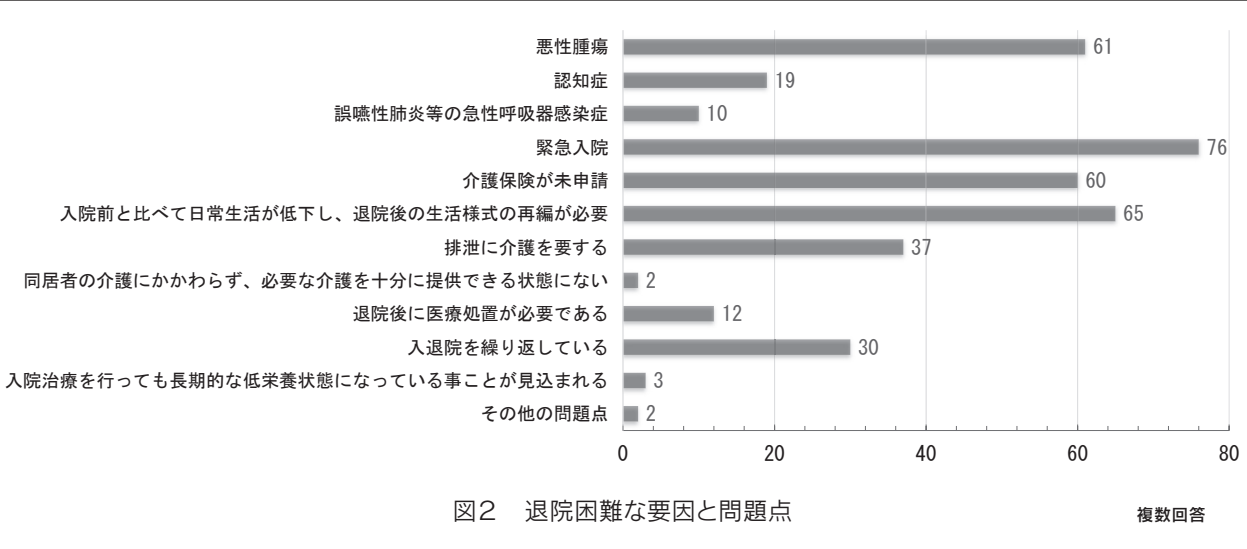
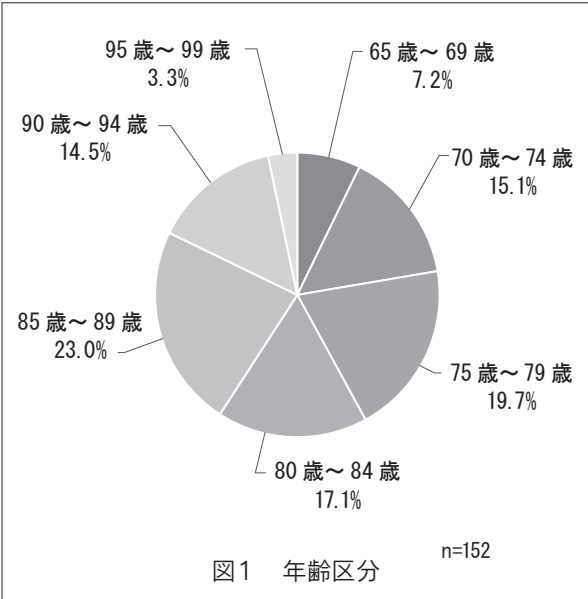
結果

退院困難とスクリーニングされた高齢患者は171名であり, そのうち自宅退院者が152名 (88.8%), 自宅以外への退院者が19名 (11.1%) であった.

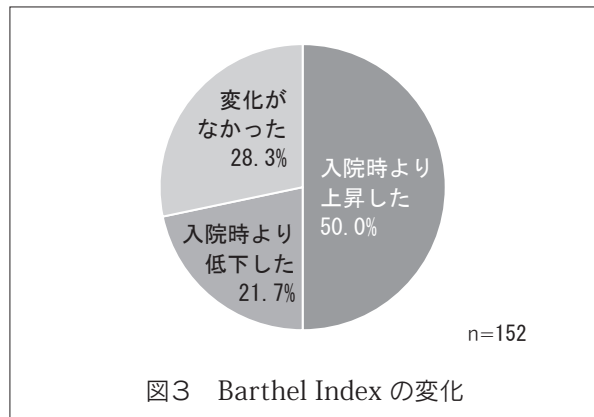
スクリーニングの対象者の平均年齢は81.2歳であった. 年齢区分は, 65～69歳11名 (7.2%), 70～74歳23名 (15.1%), 75～79歳30名 (19.7%), 80～84歳26名 (17.1%), 85～89歳35名 (23.0%), 90～94歳22名 (14.5%), 95～99歳5名 (3.3%) であった (図1).

性別は, 男性89名, 女性63名であった.

退院困難な要因と問題点は, 図2で表すとおりであり, 緊急入院76名, 退院後の生活様式の再編が必要65名, 悪性腫瘍61名, 介護保険が未申請60名, が上位の項目であった. (図2)



BIの合計得点が入院時より「上昇した」76名(50%),「低下した」33名(21.7%),「変化がなかった」43名(28.3%)であった。(図3)



退院時に必要な医療ケアは、尿道留置カテーテル14名、在宅酸素療法4名、胃瘻1名、腎瘻3名、パウチ交換8名であった。

患者が希望する退院先は、自宅144名(94.7%),認知症や意識レベルにより意思表示が出来ない患者6名(3.9%),家族の自宅2名(1.3%)であった。

家族が希望する退院先は、自宅139名(91.4%),家族の自宅3名(2%),家族の意向なし8名(5.3%),リハビリ転院2名(1.3%)であった。

入院前の要介護認定の状況は、申請なし72名(47.4%),期限切れ9名(5.9%),申請拒否1名(0.6%),未該当1名(0.6%),申請中8名(5.3%),要支援1は11名(7.2%),要支援2は12名(7.9%),要介護1は10名(6.6%),要介護2は9名(5.9%),要介護3は8名(5.3%),要介護4は7名(4.6%),要介護5は4名(2.6%)であった(図4)。

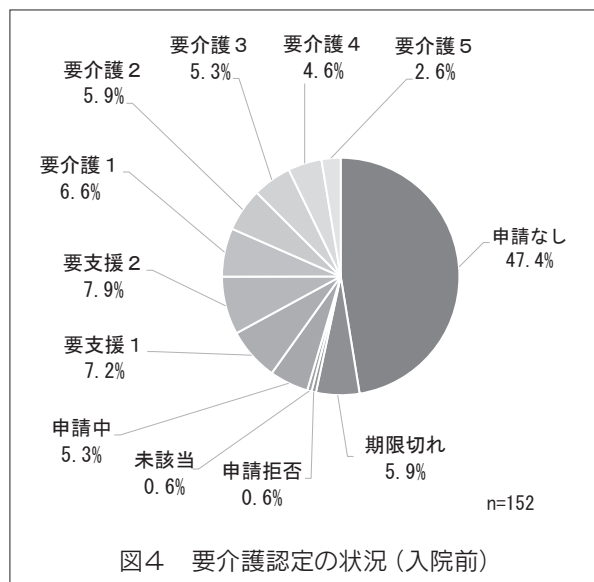
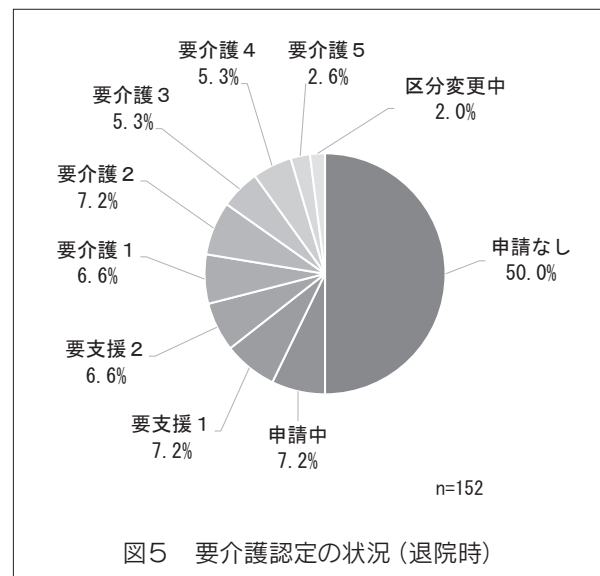


図4 要介護認定の状況(入院前)

退院時は、申請なし76名(50%),申請中11名(7.2%),要支援1は11名(7.2%),要支援2は10名(6.6%),要介護1は10名(6.6%),要介護2は11名(7.2%),要介護3は8名(5.3%),要介護4は8名(5.3%),要介護5は4名(2.6%),区分変更中3名(2.0%)であった(図5)。



入院時面談後の介入状況は、介入の必要あり70名(46.0%),介入の必要なし82名(54.0%)であった。ケアマネージャーや地域包括支援センターと情報共有した件数は70名、そのうち入院時に介護情報の提供を受けたのが19名、病棟から看護要約を提供したのが68名であった。

自宅退院に向けた連携、支援では、退院前カンファレンス3名、在宅療養支援室とケアマネージャーの面談1名、患者と家族、在宅療養支援室の看護師とケアマネージャーでのオンライン面談1名であった。

退院時の家族のサポート体制は、あり76名(50%),なし76名(50%)であった。

家族構成は、単身世帯32名(21%),夫婦世帯56名(36.8%),単身・夫婦以外の世帯64名(42.1%)であった。

地域の社会資源の活用は、あり60名(39.5%),なし92名(60.5%)であった。

内容は、デイサービス25名、デイケア8名、訪問看護14名、訪問リハビリ5名、ショートステイ8名、ヘルパー利用11名、訪問入浴1名、外来リハビリ2名、公民館のサロン利用1名、訪問診療3名、妻のヘルパーが支援1名であった。

考察

スクリーニングされた退院困難な要因と問題点は、緊急入院が最も多く、次いで退院後の生活様式の再編、悪性腫瘍、介護保険が未申請であった。緊急入院により身体的治療が必要であり、臥床期間が長くなるとADLの低下を招く恐れがある。また、認知機能の低下がある患者では、入院や身体状態の悪化によるせん妄発症の恐れやADL低下の可能性がある。そのため、入院中から退院後の生活様式や介護保険の申請について考え、患者や家族に介入をしていく必要があると考える。

退院時のBIが、入院時に比べ変化なし、または上昇した患者は78.3%であった。森脇らは「ADLに介助を要する患者であっても、入院前と同程度であれば自宅退院が可能」と述べている⁵⁾。当病棟でも入院早期よりリハビリを開始しており、自宅退院を目指して多職種と連携し援助を行っている。要介護状態にある患者に対しても自宅退院を目標にADLの維持、向上に取り組むことは、自宅退院を可能にした要因であると考ええる。

患者、家族ともに90%以上が自宅退院を希望しており、思いはほぼ一致していた。佐藤らは「自宅から入院し自宅への退院を本人が希望しても本人、家族の思いにずれがあると望む場所への退院は困難になる」と述べている⁶⁾。退院患者の約半数は介護保険を利用しておらず、自宅で自立した生活を送ることができる患者であると考ええる。家族のサポート体制があるのは50%で、要介護状態にある患者と同等の半数を占めており、自宅での介護支援ができる体制が家族間で整備されていると考える。このことから、入院早期からケアマネジャーと連携し、自宅退院に向けて準備が可能になると考える。

家族構成では、単身世帯21%、夫婦世帯36.8%であった。対象者の平均年齢は81.2歳であった。山口らは「独居が自宅退院を困難にする要因であった」、「非独居患者では同居家族構成が自宅退院に影響することが明らかになった」と述べている⁷⁾。高齢者のみの世帯は約半数を占めており、さらに要介護状態であれば、家族だけでなく社会からの何らかの支援が必要になると考える。そのため入院早期より、家族構成に加えキーパーソンや家族のサポート力、社会資源やサービス利用状況も併せて確認し、個々に応じた支援を行っていた。

要介護認定状況は入院前と退院時では大きな差はなかった。入院前より40%の患者が、要支援や要介護の認定を受けており、退院後に必要な介護保険サービスを利用できる体制が整っていたと考える。新たに申請や区分変更した患者は9名おり、入院中から自宅退院に向けて必要な介護保険サービスの調整が行われていた。

入院時面談後の介入状況では、ケアマネジャーや地域包括支援センターと情報共有した患者は70件、また自宅退院に向けてはオンライン等による面談や退院時カンファレンスが行われていた。酒井らは「地域での生活を支える上で介護保険サービスの役割は大きく、医療から介護へシームレスな連携を図って行く必要性を感じ取られた」と述べている⁸⁾。入院中にケアマネジャーと情報を共有し、退院に向けて介護保険サービスを調整したことで、自宅退院が可能になったと考える。

退院時に医療的ケアが必要な患者は30名で、尿道留置カテーテルが最も多く次いでパウチ交換、在宅酸素療法、腎瘻、胃瘻であった。当病棟は泌尿器科と内科を有する病棟であることから、これらの医療的ケアが多い。今回の結果からは医療的ケアが必要な患者が自宅退院できた要因は明らかにすることはできなかった。しかし、病院と地域の医療、介護スタッフと連携することは、医療的ケアがあっても自宅退院を可能にする要因になるのではないかと考える。佐藤らは「入院前の暮らしを継続するために、地域の医師と訪問看護師・ケアマネジャーによるケアチームを構築し意思決定支援を行い、在宅で必要な医療・看護・介護を協働できる体制が求められる」と述べている⁶⁾。患者と家族が自宅退院に不安を抱くことがないように、病棟看護師と在宅療養支援室、地域の医療や介護スタッフとの情報共有や連携を密に行い、安心して在宅に退院できるような支援ができていたと考える。

まとめ

高齢化が急速に進展している現在、住み慣れた地域で最期まで過ごせるよう支援していくことは非常に重要である。治療が終われば病院から在宅主治医や訪問看護師、ケアマネジャーに支援は引き継がれる。切れ目のない支援を提供するためにも病院と地域の連携は今後さらに重要になると

考える。入院早期から患者と家族が望む目標や退院先の情報を多職種と共有し、目標に向けて必要な支援を考え実践していくことが重要である。

引用文献・参考文献

- 1) 厚生労働省:我が国の人口について
<https://www.mhlw.go.jp>, 2023年5月13日閲覧.
- 2) 厚生労働省:地域包括ケアシステム
<https://www.mhlw.go.jp>, 2023年8月27日閲覧.
- 3) 広島県市町別高齢化率 (R4. 1, 1)
<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/56/koureikaritsu.html>, 2023年5月13日閲覧.
- 4) 野田京花, 森脇睦子, 額賀みのり, 他:自宅から入院した高齢患者の自宅外退院に影響する要因の検討:誤嚥性肺炎を例に, 日本医療・病院管理学会誌, 59巻 3号 p88-98. 2022年.
- 5) 森脇睦子, 額賀みのり, 野田京香, 他:脳梗塞で自宅から入院した高齢患者における, 自宅外退院に影響する要因の検討-DPCデータを用いた後方視的分析-, 日本医療マネジメント学会雑誌 Vol.23, No3, p136-143, 2022年.
- 6) 佐藤亨子, 川上勝, 菅野姫穂子, 他:急性期病院から自宅に退院した認知症高齢者の特徴:自治医科大学看護学ジャーナル第19巻, p 37-44, 2021年.
- 7) 山口浩一, 孝田雅彦, 近藤智富美, 他:超高齢地域での自宅退院に影響を与える身体的, 社会的要因の検討, 鳥取医誌第48巻, 第3. 4号 p 84 ~ 90. 2020年.
- 8) 酒井美園, 大塚幸永, 中田代助, 他:85歳以上の入院患者における自宅退院に関与する要因と活動・参加に対する取り組み, 日本ヒューマンケア・ネットワーク学会誌 (2434-3374) 19巻, 1号, p49-55, 2021年. 12月.

