

同意書

東京大学医学部長 殿

私は、下記の研究への参加に当たり、研究者（東京大学医学部地域看護学教室 永田智子）から別紙説明書記載の事項について説明を受け、これを十分理解しましたので、研究に参加することを同意いたします。

説明事項

1. 研究の内容について
2. 研究に参加することに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
3. 研究に参加することに同意した後でも、自由に取りやめることが可能であることについて
4. プライバシーの保護、秘密保持の件について

記

研究課題： ケアの場の移行に伴って発生する患者・家族の療養生活上のニーズに関する研究
内容（同意した項目に○を付けてください）： 1. 入院中のインタビューおよび情報収集
2. 退院後のインタビュー

平成 年 月 日

患者氏名 _____

住 所 _____

患者様が記載不能の場合、下記にご記入ください。

※親族氏名 _____

（患者との続柄 _____）

※住 所 _____

別紙説明書を参照願います。

説明事項

研究課題： ケアの場の移行に伴って発生する患者・家族の療養生活上のニーズに関する研究

私は、上記の者（又は親族） _____ 殿に対し、この研究を行うにあたり、その内容等（同意書の説明事項各欄）について、別紙のとおり説明いたしました。

平成 年 月 日

東京大学医学部 地域看護学教室

担当者 永田智子

印

資料③ 入院中インタビュー

病院内でのインタビューガイド

問：あなたのいまのお病気のことについて、聞かせてください。

- 病気になったのはいつ頃からですか。
- 病気になってからの生活、病気になる前の生活について聞かせてください。
- 入院してからの生活について聞かせてください。

問 入院してからいままでに、何か困ったこと、不安に思った事はありますか。

- 具体的にその内容について聞かせて下さい。
その困りごとには何か対応をしましたか、あるいはしようと思っ
ていますか。
対応した場合、その結果、どうでしたか。

問：いま現在、療養生活の中で、一番困っている事はなんですか。

- 具体的にその内容について聞かせて下さい。
その困りごとは、どうしようと思っ
ていますか。何か対応をしましたか、
あるいはしようと思っ
ていますか。対応した場合、その結果、どうでしたか。
ほかには何か困っている事はないですか。

問：これからの療養生活について、いま一番不安に思っている事はなんですか。

- 具体的にその内容について聞かせてください。
その不安に対しては、どうしようと思っ
ていますか。何か対応をしましたか、
あるいはしようと思っ
ていますか。対応した場合、その結果、どうでしたか。
ほかには何か不安な事はないですか。

問：先生や看護師さんから、もっと説明を受けたいと思っ
ている事はありますか。

- 病状のこと、治療のこと、生活のこと、諸手続きのこと、その他・・・

問：先生や看護師さん、病院などに対して、何か希望すること、直してほしいことなどがあれば、ご自由におっしゃってください。

資料④ 退院後訪問インタビュー

No _____

訪問日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

情報提供者 _____

1. 病院から自宅に退院されて、患者様のお体の具合はどうですか？

入院時と比べて（ア. 良い イ. 変わらない ウ. 悪い） 具体的に…	
1) 自覚症状	
2) 麻痺・拘縮	
3) 褥瘡	
4) 現在自宅で 行っている 医療処置	
5) 現在自宅で 行っている セルフケア	1 食事療法 2 運動療法 3 服薬 服薬ありの場合 ア 必ず内服している イ 時々忘れる ウ 殆ど・全く内服していない（理由 _____）

2. 患者様の現在の日常生活についてお伺いします。

①患者様の現在の様子に近いものを選んでください。 1. まったく障害がなく、元気 2. 多少障害があるが、日常生活はほぼ自分で行うことができ、一人で外出できる 3. 屋内での生活はほぼ自分で行えるが、外出には手助けが必要 4. 日常生活に手助けを要し昼間も寝床で過ごすことが多いが、自分ですわっていられる 5. 1日中寝床で過ごしており、排泄、食事、着替えに手助けが必要	
②下記の動作・行動について、自立・介助の程度・使用している補助具をお答えください。	
1. 食事	2. 排泄
3. 入浴	4. 階段昇降
5. 歩行	6. 整容
7. 更衣	8. 移乗
9. 買い物	10. 預貯金の出し入れ
11. 食事の支度	12. 外出

資料④ 退院後訪問インタビュー

3. 退院してからいままでに、何か困ったこと、不自由なこと、不安はありませんか？

①全体的
1) 退院直後
2) 退院後1週間目まで
3) 現在
②具体的
1) 日常生活動作について（着替え、移動など） …入院時と比べてその活動範囲はどうですか？
2) 身の回りの世話について（買い物、食事の支度など）
3) 外出について
4) 医療処置・内服について
5) 病状・治療・診察について
6) 経済的な問題について

4. 現在の医療・福祉の利用状況についてお尋ねします。

①退院してから入院・受診をしましたか。
②今後、入院の予定はありますか。
③現在外来通院をしていますか。

資料④ 退院後訪問インタビュー

④現在在宅サービスを利用していますか。

- | | | | |
|--------------|----------|----------------|------------|
| 1. 医師の訪問診療 | 2. 訪問看護 | 3. ホームヘルパー | 4. 訪問リハビリ |
| 5. 訪問入浴サービス | 6. デイケア | 7. デイサービス | 8. ショートステイ |
| 9. 福祉用具貸与・購入 | 10. 住宅改修 | 11. 配食(給食)サービス | |

⑤在宅サービス利用者のみ

1. そのサービスをコーディネートしてくれたのはどなたですか？
2. 退院後、すぐに利用できましたか？（最初にサービスが入った日は？）
3. 退院後、サービスの見直しはありましたか？
4. 利用していて、何か困ることはありませんか？
5. 緊急時の連絡体制はどのようになっていますか？

5. その他の患者様の生活についてお伺いします。

*注) スケジュールと一緒に質問する

1) 今、一番おやりになりたいことは何ですか？

2) 自宅へ退院して良かったと思っっていますか？

6. 住居についてお伺いします。

①退院後、生活してみて不自由なことはありますか？

②今後改善予定の場所がありますか？

資料④ 退院後訪問インタビュー

患者・主介護者の現在の生活スケジュール

<1日>

<1週間>

本人

主介護者

	4	
	6	
	8	
	12	
	18	
	24	
	4	

	午前	午後
月		
火		
水		
木		
金		
土		
日		

7. 介護されている方についてお伺いします。

1) 主介護者	1 なし 2 あり (続柄: 年齢 歳)
2) 副介護者	1 なし 2 あり (続柄: 年齢 歳)
3) 主介護者の 就労状況	1 無職(介護に関係なく) 2 介護のために職をやめた 3 パートタイム就労 4 1日8時間以上の勤務
4) 介護に関する頻度	1 ほぼ毎日 2 1日おき程度 3 週に1、2日
5) 介護に費やす 時間	1 平日の1日あたりの平均時間 (時間) 2 休日の1日あたりの平均時間 (時間)
6) 介護上の問題	1 日中独居 2 夜間独居 3 介護が不足する時間帯がある 4 曜日によって介護体勢が変わる 5 深夜・早朝に介護が必要 6 利用者が昼夜逆転した生活をしている 7 その他()
7) 介護の負担感	1 なし 2 あり
ありの理由	ア 疲れている イ 睡眠時間が取れない ウ 健康に不安がある、体調が悪い エ 相談相手がいない オ 外出する時間がない、家族との時間・自分の時間が持てない カ 対象者との関係がうまくいかない キ その他()

資料④ 退院後訪問インタビュー

8) 介護の状況	1 できている
	2 やや不十分 ()
	3 介護は不可能 ()
9) 介護継続の意志	1 自宅でこのまま介護継続を希望 (新たな社会資源の希望なし)
	2 さらに社会資源を利用して在宅介護を希望 ()
	3 施設への入所・入院を希望 ()
	4 他の家族等の家での介護を希望 ()

①現在、介護について何か困っていることはありませんか？
②介護はどの程度大変ですか。
③現在利用されている、在宅サービスは十分だと思いますか？
④今後利用したい、または予定しているサービスはありますか？
⑤患者様が自宅へ退院してくれて良かったと思っていますか？

8. 入院中に受けた退院支援についてお尋ねします。

1) 最初に退院の話が出たのは、いつごろでしたか？ → その時期は？ (ア. 早すぎ イ. 適当 ウ. 遅すぎ) → 最初に退院の話が出たときはどう思いましたか？ → 具体的には医療スタッフからどのように説明されましたか？
2) 自宅への退院はいつごろ決めましたか？
3) 自宅退院に際して、どのような不安がありましたか？

資料④ 退院後訪問インタビュー

4) 退院準備への、病院スタッフのかかわりは十分でしたか？
5) 自分の意見をスタッフへ伝えることはできましたか？
6) 入院中にイメージした、退院後の在宅での生活と違いはありますか？

9. 患者さんの疾患・治療等に関して、病院で受けた説明や情報提供がどのようなものであったか、それに対して、どのように感じているか、お答えください。

1. 疾患に関する情報（疾患の性質、病態、今後の経過など）
2. 治療に関する情報（疾患に対する治療内容、治療による利益、不利益など）
3. 予後に関する情報（余命）
4. 患者さんの身体的ケアに関する情報（痛みや治療による副作用などの身体的症状に対するケアや対処の仕方）
5. 患者さんの心理的ケアに関する情報（不安・おそれ・落ち込みなどの心理的症状に対するケアや対処の仕方）
6. 家族（ご自身）のケアに関する情報（身体的・心理的症状に対す対処法や他者からの支援に関する情報）

厚生労働科学研究補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

特定機能病院におけるがん患者・家族への退院支援に関する調査

分担研究者 鷺見 尚己 北海道大学大学院保健科学研究院基盤看護学分野

研究要旨 退院支援を受けるがん患者とその家族に焦点をあてて、退院支援の際の患者・家族のニーズと、それに対する退院支援経過について分析し、退院支援のあり方について検討した。転院調整の場合、転院までの待機時間を生じるため、スムーズな転院ができずに支援途中で死亡するケースが多いことから、退院支援に要する時間を考慮しながら、できるだけ早期からの今後の療養方法、療養の場の確保に向けた患者・家族との話し合いが必要であることが示唆された。在宅療養への移行の場合、患者の医療処置やケア指導、日常生活支援、急変時の対応などに対する支援の調整が患者・家族にとって不可欠な退院支援であることが示唆された。

A. 研究目的

A. 研究目的

近年の政策的な在宅療養の流れの中で、医療施設における退院支援への取り組みは積極的に進められている。

中でもがん患者は、退院支援の対象となる患者の50%以上を占め、2006年の介護保険の改正では、末期がん患者も介護保険を利用できるようになり、がん患者への退院支援は不可欠となってきている。近年は、訪問看護や在宅ホスピスなどの在宅がん患者の支援体制が整ってきており、在宅療養をする末期がん患者も増加している傾向にある。がん患者が自宅退院する場合、処置に関するケア指導、社会資源の導入調整など退院支援が複雑になり、時間も要するなどの課題も多い。また、療養の場に医療施設を選択した場合、転院について主治医から打診されると、「見放された」という印象を受け、病院への不満を感じる場合もある。このように、がん患者の療養場所の移行時に必要な退院支援には、さまざまな課題があると考えられる。

そこで本研究では、がん患者とその家族に焦点を当て、退院支援を受けている対象者へのインタビュー調査を実施し、対象者側から見た療養の場の移行に際してのニーズと、退院支援の経過などについて分析し、がん患者・家族に対しての新しい退院支援の方策と課題を検討した。

B. 研究方法

退院支援専門部署のスタッフが基準に該当す

る患者を選定し、研究者自身が研究の説明を行い、同意が得られた患者・家族を対象とした。

同意が得られた後、患者・家族に対し、退院支援を受けている現在の心境、不安、期待、退院後の希望、退院支援についての意見、感想、医療者への希望などに関して、半構造化面接を実施した。患者に対して面接を行う場合、体調の変化や疲労度を判断しながらインタビュー時間を調整した。インタビュー時期は、退院支援が開始した時点と、支援途中とした。

看護情報から、基本事項（病名、ADL、入院時および現在の症状、家族状況、入院目的、現在の希望、IC内容等）に関する情報を収集した。退院に向けての準備状況については、専門部署の退院支援担当スタッフに聞き取り調査や参加観察法を実施した。

対象者は、A病院に入院している20歳以上のうち、以下の2つの条件に当てはまる患者で、研究への同意が得られた患者・家族とした。なお、患者本人に同意する能力がない場合には、家族からの同意を得られた者とした。

- ③ 悪性疾患の診断を受けている患者。
- ④ 専門部署による退院支援を受け、退院の準備を進めている患者。

除外基準：心身の状態が不安定であり、インタビューを行うことが難しい場合。

退院支援担当看護師からは、退院支援の方向性、今後の見通し、支援状況、最終的な支援結果について、随時、情報確認を行い、その内容

を記録した。

本研究の実施に当たっては、A大学医学部倫理委員会の承諾を得た。インタビュー内容および記録物については、個人が特定されないように配慮し、施錠できる場所に保管した。

C. 結果

1. 対象者の概況

平成19年11月から平成20年2月までに、調査対象基準に該当し、研究者と接触が可能であった患者・家族は7名であった。7名のうち5名は、家族へのみインタビューを実施した。

専門部署への支援依頼の目的は、4名がホスピス等への転院、1名が自宅退院であった。残る1名は術後障害に対するリハビリ目的の転院、1名は治療後の療養環境に関する情報提供・相談であった。7名の患者の転帰は、自宅退院1名、転院2名（リハビリ病院、一般病院）、3名が死亡退院であり、1名は入院中である。

2. 入院中のインタビュー

退院に向けての心境、希望については、「苦しまないようにしてほしい」「つらさを取ってほしい」という終末期での苦痛緩和に対する希望が第一に挙げられていた。ホスピスへの転院の意向がある家族の場合、「一緒にいられる時間を多く持てる」「静かに過ごせて安心」といった、残された時間を有意義に過ごしたいという強い家族の思いが述べられていた。一方、「このままここにずっと居られないことは分かっている」が、「このまま転院せずに最期まで見てもらえないのか」「転院するのも負担がかかって、家族も大変」という、できれば転院はしたくない思いをほとんどの家族が述べていた。在宅療養のケースの家族は、「少しでも家で過ごす時間を持たせてあげたい」という家族の強い思いがあった。また、「訪問看護師が来てくれるので心強い」「準備万端で自宅に帰るようにしたい」と介護内容についての不安と同時に訪問看護師への期待感が語られていた。また、「もしもの場合は病院に戻りたい」という緊急時の対応について希望が出されていた。一方、「(患者に)何かあったらどうしよう」「体調管理ができるかどうか不安」「片時も目が放せ

ないとしたら(介護者も)困る」「悪くなったらすぐに入院させてもらえるのか」など、自宅で末期がん患者の介護をする家族の不安が多く語られた。急変時の緊急対応の方法、日常的な体調管理、介護者自身の心身の負担、看取りのために再入院ができるかどうかなど、主介護者にとって心配事は多く、切実な思いが述べられていた。

転院の場合は、「転院先が空くまで待って、悪くなったらどうしよう」という、転院調整の時間がかかることに対する不安が挙げられていた。また、「もう少し元気だったら家に帰ることもできたけど、今の状態では病院の方が本人も安心だと思う」など、患者の状況次第では自宅退院の可能性もあったと思いついていた。また、「まさかこんなことになるなんて思いもしなかった」とターミナル期に移行した患者について現実感がない家族もいた。

情報提供・相談対応をしたケースでは、今後は自宅通院となり、終末期へ移行することを主治医から説明されており、入院中にホスピスへの通院や入院の方法などについて知りたいと主体的に支援を求めてきていた。「もう治療は終わると思う。今後の自分はどうなるのか…いつホスピスに行くと良いのか…その見極めはどの時点になるのか…」と、終末期へ移行する自分の経過についての気持ちを話されていた。

受けている退院支援に関しては、「親身になって相談に乗ってくれるし、話しやすい」「自分たちでは病院は探せないのが本当に助かった」など、専門部署による退院支援に対してはすべて肯定的な評価であった。

主治医や病棟看護師に関しては、ほとんどのケースで「信頼している」と述べていた。「以前から病状のことは先生から説明されていた」「ずっといられないのは理解していたので、納得している」という意見がある反面、「主治医の先生とは転院の話をするけど、病棟の看護師さんとはほとんど退院の話はしてない」「誰が担当なのか分からない」などの退院に関するコミュニケーションの問題が挙げられた。

「このような状態(終末期)になったときに転院しなくてもすむように、ホスピス病棟があれば良いのに」など、医療施設の変更をせずに

ターミナルケアを提供できるようなシステムの希望が出されていた。

患者自身に関しては、自宅退院を予定していたケースでは、「このまま帰ると家族に迷惑をかけてしまう」という、自宅に帰りたい気持ちと同時に家族に迷惑をかけてしまうという負担感、帰ることへの不安などが述べられていた。

ホスピスへの転院を予定していた患者は、「本当は治療を受けたいと思っている」という治療への望み、期待が述べられる一方で、日々増悪する疼痛や出血を自覚しながら、「病院（ホスピス）が見つかって安心した」と転院先が見つかったことに安堵し、同時に「痛みやつらさだけは取って欲しい」「つらいことは嫌だ」という最期の過ごし方の希望について述べられていた。

実施された退院支援活動は、転院の場合、「患者の治療経過や現在の身体状況、予後について医師からの説明内容を把握した上で対象者との面談を持つ」など、主治医や担当看護師と調整しながら支援していた。また、患者・家族に対しては、転院の場合、「患者・家族が希望する病院をできるだけ探す」と同時に、「調整には時間を要する」こともあらかじめ説明し、情報提供を行っていた。ホスピスへの調整では、スムーズに転院ができるように時間の有効活用を家族にアドバイスしていた。

D. 考察

今回の対象者7名のうち、5名が末期がん患者であり、その中で希望通りの退院を迎えた患者は2名であった。

がん患者の家族は、末期の状態であることをすでに主治医から説明され理解しており、ホスピスを含め転院することには同意をしていたが、実際には病状悪化のため退院が困難となっており、がん患者の退院支援のあり方についての課題が推察された。

まず、「退院調整に要する時間の問題」である。がん患者、特に末期がんの患者・家族にとって、ホスピスを含めた医療施設への転院は、医療者がそばにいる安心できる環境であることが多い。本結果では、「できるならば転院はしたくない」という気持ちを持ちつつも、ホスピ

ス等へ転院することや自宅に帰ることに対して前向きにとらえていた。がん患者の在宅移行に関する調査では、退院のタイミングを逸して自宅へ帰ることが不可能になることが多いといわれており、本結果においても転院調整の時間を要している間に、患者の容態が悪化し、死亡するケースが含まれていた。本来、ホスピスに転院した場合でも、数日のうちに転院先で死亡したとすると、患者・家族にとって転院にともなう負担だけが大きく、終末期医療として提供されるホスピスのメリットが十分生かされないという課題も考えられる。

在宅療養へ移行する場合も、介護者にとっては不安を感じながらも複雑なケア方法の習得する必要があり、一定の時間を要するものであり、専門部署のスタッフにとっても社会資源との調整などが必要である。患者・家族にとって訪問看護師は非常に心強く、重要な存在であることが語られ、入院前のカンファレンスなどを含め、実際の退院までの準備に要する時間を予測しながら、できるだけ早期に介入することが重要であることが示唆された。

がん患者の入院時点のADLは自立していることが多く、死亡する数週間前までは自立していることが多いと言われている。今回も、入院時点では自分の身の回りのことができており、外来通院中に急激な症状の悪化とともに緊急入院する経過を辿るケースが多かった。外来通院中に予後については説明を受けているケースが多かったが、今回の緊急入院の後に最終的な療養場所の調整を行う状況となっていた。一方で、治療をすべて終了し自宅退院するケースへの退院支援であったように、主体的に自分のこれからの過ごし方を考えることができたケースもあった。これらより、外来通院中あるいは入院中に現在の治療の効果が期待できる時期なのか否かの判断をできるだけ早期に行いながら、今後の療養場所の調整を含めたギアチェンジのあり方についても患者・家族と話し合っていくことが重要であろう。

次に、「退院後の支援体制の調整」である。末期がん患者の在宅療養には患者・家族の自宅退院への意思が大きく関与するといわれている。末期がん患者の場合、疼痛コントロール、患者

が経口摂取できないことによる栄養管理の問題、点滴管理、ストマ管理などさまざまな処置が必要となっている中、家族とともに患者へケアをすることができる支援体制の整備が特に必要としていることがわかる。また、何かあれば相談する窓口があること、医療機関へ戻ることができることを保障する支援が退院支援として必要なことが示唆されたと考える。

すべてのケースにおいて、退院支援スタッフの対応、支援内容、調整方法などについて満足しているという結果であった。今回、退院支援スタッフは、医師や看護師との説明の場面や家族への介護指導の場にも参加しており、意思疎通が図れていたと考えられる。自宅退院のケースでは、ケア方法の指導や面接の場面において家族の不安な気持ちを受け止め、訴えをじっくり聞くなどの対応を行っていた。専門部署のスタッフは病棟看護師とは違う立場にいるため、主治医や病棟看護師とは違う立場で精神的支援という重要な役割を持つと言える。転院先の調整では、今後の見通しや調整状況など医師との情報交換などを密に行っていきながら、家族と

の面談を実施していた。しかしながら、「ベッドが空くまで」の待機時間に対して多くの家族が不安を持っており、支援に要する時間を考慮した早期の支援開始が必要であることが、患者・家族側からも示唆された。

一方、患者自身についても退院への不安や家族へ負担をかけてしまうという心配事なども抱えていることが分かり、支援プロセスにおいて患者の精神的安定が得られているかどうかという点も評価する必要があると考えられた。

E. 結論

がん患者の退院支援においては、次の療養の場への移行のタイミングを逸しないように、スムーズな退院ができるような早期からの退院支援が必要であると認められた。がん患者の家族は、患者と限られた時間を有意義に過ごしたいとニーズを持っているが、希望する療養環境が得られない場合もあり、外来通院中から入院、終末期ケアへの移行までの期間を見据えた退院支援プロセスの検討が必要であることが示唆された。

がん患者調査:対象者属性

No	年齢	性別	転帰	退院支援の目的	入院形態	インタビュー対象
1	60代	女	自宅退院	在宅支援	緊急	家族
2	60代	女	死亡	転院 (ホスピス)	緊急	家族
3	70代	女	死亡	転院 (ホスピス)	緊急	家族
4	50代	男	死亡	転院 (ホスピス)	予定	家族
5	60代	男	転院 (リハビリ)	転院 (リハビリ)	予定	患者本人 同居者
6	70代	女	転院 (一般)	転院 (一般)	緊急	家族
7	40代	男	自宅	ホスピスに関する 情報提供・相談	予定	患者本人

がん患者調査：インタビュー内容

<p>退院に向けての不安</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痛みもあるので、寝られなかったりとかしたら心配。 ・ 転院先が空くまで待っていて、変なこと（悪化）になったらどうしよう。 ・ 家では見てあげられない。苦しくて無理だと思う。 ・ 今後の自分はどうなるのか…いつホスピスに行くことになるのか？その見極めはどの時点になるのか…。 ・ みんな良い医療を受けたくて、順番待ちをしているから仕方がないけれど、2週間待つのはつらい。 ・ 本当は何度も転院するのはいやだけど。 ・ ここにずっといることはできないことはわかっているので、希望するリハビリをしてくれる病院が見つかるかどうか心配だ。 ・ 嫌な病院には行きたくない。 ・ 歩くときも手伝ってあげなくてはならないし、食事を食べるのも難しいから。 ・ 片時も目を離せないととなると私も困る。 ・ 家族も手伝ってくれるけど、体調管理のことになると不安。 ・ 自分でちゃんとできないかもしれない。食事も何を作ればよいのか…。 ・ 自宅で最後を過ごすのは、迷惑をかけるし自分も休まらないように思う。 ・ 本人も家族も本当は病院にいた方が安心です。 ・ もう少し元気だったら家の方よかったかもしれないけれど、今は先生がそばにいてくれるほうが安心している。 ・ （家族から見て本人は）本当はここにいたいと思っていると思う。 ・ 一時外泊としてくれると安心…ベッドがなくなっても入院できなくなるから。 ・ 本人も私たちが先のことを考えてしまう。残された父のことを本人も心配しています。 ・ 急にどうなるのかな、と漠然とした感じであまり実感がわからない。 ・ 今、私も何をしたらいいのか分からない…。 ・ 自分が病気なので家族の生活のことも心配。個室料金のことも気になる。
<p>今後の希望</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護の方が来てくれると本当に安心。それに、24時間対応してくれると聞いたので…電話でも対応してもらえし。 ・ もしもの時には、ここに入院させてほしい。 ・ 第一希望のホスピスの方が、夫の面会の際の交通手段として都合がよいので、お願いしたい。 ・ 一般病棟に行かないで、直接ホスピスの病棟に転院したい、本人の希望でもあるから。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 痛みだけはとってほしいと本人も言っていますし、それだけをお願いします。 ・ 病院にいる方が本人も安心している。 ・ 本当は家に帰りたいが、栄養が取れない状況では難しいし、言葉の訓練もしたい。 ・ 本人の意思を尊重して看護していただきたい。以前の病院ではひどかったので、本人もつらかったようです。 ・ 家の近くであれば見舞いに行きやすい。個室が必要になった状況であれば、お願いしたい。 ・ 一度帰って、少しでも元気になってくれたらいいなど考えてます。 ・ 準備万端で帰りたいと思う。 ・ 退院は1日2日かもしれないけど…。 ・ ホスピスを紹介してもらって本人も喜んでいます。 ・ 静かに過ごせるので、安心しています。 ・ 家族が自由に入出りできるのでよかったです。 ・ 苦しまないで、楽に過ごせるようにしてほしい。 ・ 苦しまずにいてほしい。 ・ 患者の体のつらさをとってあげたい。 ・ 家族と一緒に時間をたくさんとって、一緒に過ごしたい。兄弟にも会わせたい。 ・ 転院先でしっかりリハビリをして、本人に自信がつけば家に帰りたい。腸瘻がうまくいけば、転院先からも帰れる。
<p>主治医・看護師に対して</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人も担当看護師さんや先生のことにも信頼している。 ・ 外来ではタイミングよく話が聞けないこともあった。 ・ 今年に入ってから、外来ではもしかしたら…という話は聞いていた。現実的ではなかったけれど。 ・ 治療をしますといわれたら、お願いしますという感じです。 ・ 早めに手術もしてもらったし、本当によくしてもらっている。 ・ 2月初めに2月いっぱいはこちらで過ごせると説明を受けていたし、予定通りの流れと言う感じです。 ・ 医師から前からここにはずっといられないと聞いているので、それについては分かっている。 ・ 主治医の先生から緩和ケアの説明をしてもらい、本人は納得しています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人にあと半年という話をしていたけれど、話す前に事前に家族 ・ にしてほしかった。 ・ 主治医の先生から話が聞きたかった。(他の先生：グループが話してくれているが、前から見ている主治医の先生に) ・ 地元の病院で不手際があった。だからこんなことになった。 ・ セカンドオピニオンでここに来て、検査とか入院待ちをしている間にどんどん腫瘍が大きくなって、こんな状態になった。ひどい。 ・ もう少し早く、緩和の話があれば、待つこともなかったかもしれない。 ・ 病棟の看護師さんとは転院とかの話はしていません。先生とセンターの方ですね。
<p>受けている 退院支援に ついて</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ いろいろと探してくれているし、相談できるので安心しています。 ・ 入院してすぐにいろいろと相談にのってもらって、話しやすくて安心しています。 ・ 転院先について、今まで考えていなかった案を教えてくれて、そっかぁと思いました。 ・ いろいろと病院をあたってくれているので、ありがたいです。 ・ お任せするしかない。 ・ いろいろと相談できている。問題ない。 ・ 最初に会ったときに、転院先が決まるのには時間がかかるかもしれないといわれていたので、お任せしています。待っている間の気持ちの整理もつきやすいです。 ・ いろいろと相談できて良いです。 ・ 希望通り見つければと思う。 ・ いろいろと教えてもらって、少し分かった気がする。今度の治療が終わったら退院前にまた教えてもらいたいと思う。 ・ 特に希望することはない。 ・ なんとかして、できるだけ早く転院できないだろうか。 ・ 退院になるのか、外泊になるのか、先生に確認してほしい。 ・ できるだけ家の近くの病院を探してほしい。

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

内科病棟看護師への退院支援教育プログラムの作成とその効果

主任研究者 永田 智子 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野講師
研究協力者 鈴木 樹美 東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野大学院生

研究要旨 【目的】本研究は、研究者が考案した、病棟看護師対象の退院支援教育プログラムによる介入を実施し、その効果を検証することを目的とした。【方法】首都圏にある1210床の特定機能病院であるA病院の内科系一般病床で勤務する病棟看護師246名を対象に、看護部より推薦された4つの内科系病棟の看護師（病棟看護師長含む）102名を介入群、その他5つの内科系病棟の看護師154名を対照群とし、介入群に退院支援教育プログラムを実施した。退院支援教育プログラムの内容は、『勉強会の実施』『定期的なカンファレンスの実施』『退院後の患者宅訪問』とした。退院支援教育プログラムによる介入実施前後に自記式質問紙調査（留置き法）を行い、介入群と対照群を比較した。【結果】有効回答率は73.8%であった。介入後の2群比較において、介入、年齢、役職、教育機関、経験年数、訪問看護実習経験の有無を独立変数、介入前の値を共変量として共分散分析を行なった結果、介入群において訪問看護、難病対策、退院支援専門部署に関する知識の向上および、病棟の退院支援に関する雰囲気向上、病棟からの支援提供の向上が見られた。さらに、退院支援の実践評価として使用した、ディスチャージプランニング評価尺度（DCP-PEM）の下位概念であるスクリーニングの項目が向上するという効果が認められた。【結論】従って本研究における退院支援教育プログラムの有効性が確認された。

A. 研究目的

平成18年度の医療法改正で、切れ目のない医療の提供として「連携」が法的に位置づけられ、急性期を脱した患者を次の療養場所へスムーズに移行する役割が、医療機関に求められるようになった¹⁾。その役割の一つが退院支援である。

退院支援discharge planning(以下DPとする)とは、「個々の患者・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活動・プログラム」である²⁾。日本では、退院計画、退院調整、退院援助、退院支援などの複数の用語が使用されているが、本研究では、退院支援を用いる³⁾。

日本でも、先進諸国と同じように医療費の高騰が問題となっており、診療報酬の改定、診断群分類(Diagnosis Procedure Combination: DPC)の導入などによる在院日数の短縮化が進められている。急性期を脱した患者を次の療養場所へスムーズに移行するため、退院支援専門部署(以下DP専門部署)の設置が進み、その部署で働

く看護師が退院調整看護師として活動している⁴⁾。退院調整看護師には、退院が困難と思われた長期入院患者を退院させることができたなどの効果が示され、日本でも専門職として配置が進んでいる⁶⁾。

一方、DPは特定の専門職のみが行うものではなく、日々の看護の中で行われており、病棟看護師の役割が大きい⁷⁾。

DPには多職種の関わりが必要であり、病棟看護師が協同して取り組まなくては進まない⁸⁻¹²⁾。しかし、病棟看護師と他職種とのコミュニケーションが不足しているために退院が遷延する、病棟看護師が患者の在宅生活をイメージできていない、十分に連携をとらずに退院させたりすると指摘されており、病棟看護師がDPの実践力を高め、主体的にDPに関わる事が重要である¹³⁻¹⁷⁾。

日本の看護基礎教育では、患者の在宅生活を視野にいれ継続的に看護を展開することを目的とし、1996年に「在宅看護論」が新設され、講義・演習・実習が行われている。しかし看護師は、基礎知識は有していても、実際にはDPを行うま

では至らず、卒後の臨床教育が重要であると指摘されている¹⁸⁻²⁰。このため臨床の場でDPの実践力を高めるような教育を行う必要があり、そのためのプログラムを開発する必要があるといえる。

ニュージーランドで行われた介入研究では、病院と別組織に所属するcommunity health nursesが、病棟でDPを行ったことにより、病棟看護師のDPに関する態度の変化が認められている²¹。

日本では病棟看護師へのDPの教育方法として、対象を特定した集合研修や関連知識に関する講義、講義とDPの事例検討、講義と訪問実習などが行われている^{5, 15, 22, 23, 24}。また、病棟の看護師を対象とした訪問看護体験研修、退院調整看護師による集合研修とカンファレンスから成るDPコンサルテーション活動なども行なわれている²⁵⁻²⁷。DPに関する病棟看護師への教育効果を見た先行研究では、入院時のリスクアセスメント票の記入によりDPに早期に取り組んだり、DPの行動が多くなることが明らかにされている²⁸。

しかし、これまでの病棟看護師へのDPの教育においては、DPの教育プログラムの効果について対照群を設け、前後比較を行ない評価した研究は見当たらない。また、病棟看護師のDPの意識と行動を総合的に向上させるには、講義だけではなく、訪問を組み合わせて行うことが効果的と言われる²⁹。また、組織内の個々のメンバーの判断や行動は、組織によって制約するといわれ、病棟単位で介入を行い、組織にも働きかけることが効果的と考えられるが、そのようなプログラムは今まで提案されてこなかった³⁰。

そこで本研究は、病棟毎の病棟看護師を対象としたDPの教育プログラムを考案し介入を行い、その効果を検証することを目的とした。

なお本研究では、知識(knowledge)の普及が人々の態度(attitudes)の変容をもたらし、結果として習慣(practices)や行動(behavior)に変化を及ぼすとするKAB(またはKAP)モデルを基に、病棟看護師の行動変化をもたらすプログラムを考案した³¹。KABモデルは1950年代から使用され、現在でも使用されているモデルである^{32, 33}。

B. 研究方法

1. 対象

A病院の内科系の一般病床に勤務する看護師(病棟看護師長、以下病棟師長とする、を含む)256名

を調査対象とした。看護部より推薦され、看護師長より同意が得られた4病棟の看護師102名を介入群、その他の内科系6病棟の看護師154名を対照群とした。

A病院は、首都圏にある1210床の特定機能病院で、一般病床は1150床、平均在院日数は14.7日(平成18年度)である。A病院では、DP専門部署が平成9年4月に設置され、医師2名、看護師3名(内2名は兼任)、医療ソーシャルワーカー(MSW)3名で構成されている。平成16年11月より、病棟看護師が全成人患者について、入院時に退院支援スコア票(以下スコア票)を用いて、退院困難のリスクのある患者の特定を行なっている。このスコア票により特定した患者、また入院中に退院困難と判断された患者について、依頼票をDP専門部署に提出することにより、DP専門部署によるDPが開始されている。

2. DP教育プログラムの考案および介入

1) DP教育プログラムの考案

ノールズの成人教育理論に則り、まず対象者である病棟看護師のDPに関する教育ニーズを知るため、DPを積極的に実践しようと思っている、一般病床で勤務する看護師5名に任意で意見を求めた。また、篠田らによる退院調整看護師に求められる機能と役割を参考に、病棟看護師に求められる機能と役割を導き出した^{3, 34}。

それらを踏まえて、DPを専門とする研究者らと共に、病棟看護師に必要なDP教育プログラム(以下プログラムとする)の内容を検討した。A病院のDP専門部署に勤務する看護師3名にも、プログラム内容の妥当性について意見を求めた。

プログラムは以下の3点を目標とし、知識の向上に重点をおいた。

- ①DPに関連する各種制度(介護保険制度、訪問看護、障害者自立支援法、難病対策など)の概要を理解できる
- ②DP専門部署の働きを知る
- ③医療管理上の問題、生活介護上の問題についてアセスメントができ、A病院のスコア票を適切に活用できる

上記目標を達成可能とするため、プログラムは、『勉強会』、『定期的なカンファレンス(以下カンファレンスとする)』、『退院後の患者宅訪問(以下訪問とする)』を組み合わせ、病棟単位で介入を行うこととした。