

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

利用者の視点に基づく医療連携・退院支援のアウトカム指標の開発
—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焦点をあてて—

平成18年度～19年度 総合研究報告書

主任研究者 永田 智子

平成20（2008）年 4月

目 次

I. 総括研究報告

利用者の視点に基づく医療連携・退院支援のアウトカム指標の開発 —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焦点をあてて—	1
---	---

II. 分担研究報告

1. 特定機能病院の退院患者に対する追跡調査（神経難病患者調査1）	9
資料① 説明書・同意書	
資料② カルテ・看護記録からの情報収集	
資料③ 入院中インタビュー	
資料④ 退院後訪問インタビュー	
2. 入院中に新たな医療処置を開始して自宅退院する特定機能病院の 神経難病患者に対する追跡調査（神経難病患者調査2）	27
3. 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	39
4. 特定機能病院の退院支援に関する実態 —病棟看護師へのインタビュー調査—	47
資料① H大学病院視察	
資料② K大学医学部附属病院の退院調整看護師研修	
5. 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	63
付録1 調査協力依頼（介入前）	
付録2 調査協力依頼（介入後）	
付録3 調査票（介入前）	
付録4 調査票（介入後）	
付録5 患者用説明書	
付録6 患者用同意書	
付録7 看護師用説明書	
付録8 勉強会資料	

利用者の視点に基づく医療連携・退院支援のアウトカム指標の開発
—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焦点をあてて—

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

研究要旨 患者・家族の療養生活上のニーズに焦点をあてた調査を実施した。平成18年度には、病状や治療に変化があった状態で自宅に退院する患者に焦点を当て、探索的に検討した。その結果、患者・家族は入院中の情報提供に安心感を持つ一方、相談相手がいない、医療者の都合で振り回される、これまでの介護方法を病院で実施できないなどの状況に対して大きな不満を持っていた。退院後の患者は、在宅サービスの導入が遅れても特に不満を感じておらず、医療者は、患者の主観的な評価と、医療者としての客観的な評価を組み合わせることで退院支援を評価していく必要があることが示唆された。平成19年度には引き続き、新しい医療処置を要する状態で自宅に退院する神経難病患者に焦点を当てた研究を行った。患者・家族は、医療処置、緊急時対応、サービス、今後の病状などに不安を抱いていた。入院期間や治療内容等の丁寧な説明と変更時の迅速な対応、医療処置の習得に向けた配慮、医療処置を行う上で見落としやすい注意点のフォロー、医療機器の入念な準備、在宅ケア提供者との密接な連携などが重要と考えられた。また、退院支援を受けるがん患者とその家族に焦点をあてた研究では、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。以上を総合すると、在宅療養への移行の場合、医療処置やケア指導、医療機器の準備、日常生活支援、急変時の対応、在宅ケア提供者との密接な連携などが患者・家族にとって不可欠な退院支援であると考えられた。

さらに、退院支援においては病棟看護師の果たす役割が大きいことから、平成18年度には、特定機能病院に勤務する病棟看護師の退院支援の実践状況と課題を、グループインタビューにより調査した。病棟看護師は、退院支援を要する患者の把握、患者・家族や病院内での働きかけといった支援の実施を行い、自分の受け持ち外の患者に対しても機会を見つけて支援漏れが生じないように努めていた。しかし、他のスタッフや上司の知識・認識不足により、十分な支援が行えなかったり、支援漏れが生じているケースも見られていた。病院全体として、患者のために資する退院支援を目標として掲げ、教育プログラム等を通して全体の底上げを図る必要性が示唆された。それを踏まえ、平成19年度には、病棟看護師への教育プログラム作成を試み、その効果測定を行った。1 特定機能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、4病棟の看護師102名を介入群、5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。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。プログラム実施前後に自記式質問紙調査を行った。有効回答率は73.8%であった。実施後の2群比較において、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であるディスチャージプランニング評価尺度の下位概念「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。これは、病棟看護師の退院支援能力を高め、病院全体の底上げを図るのに有用なプログラムであると考えられた。

A. 研究目的

現在、退院支援が促進され、看護においても病棟・外来・在宅の連携を強化するための取り組み（看看連携）が進められているところである。これらの取り組みは、医療資源の効率的使用・医療費の削減とともに、患者のQOL向上を目指して行われているものであるが、その効果が患者の立場からは見えにくいのが現実である。その一因として、患者の視点からのアウトカムが提示されていないことが挙げられよう。

さらに、退院支援においては、病棟の看護師の役割が大きいと考えられるが、現状では、病棟看護師が退院後の患者のニーズを捉えられていない、などの問題点が指摘されており、病棟看護師に対する教育が必要と考えられた。

そこで、本研究では、まず、特に病状や治療に変化があった状態で自宅に退院する患者に焦点を当て、本人・家族が自覚する退院に向けてのニーズと、それに対して行われた支援とその効果について探索的に検討し、患者・家族の視点から見た望ましい退院支援について検討することを目的とした。平成18年度、および、平成19年度には、神経難病を有し、病状や治療に変化があった状態で自宅に退院する患者に焦点を当て、本人・家族が自覚する退院に向けてのニーズと、それに対して行われた支援とその効果について探索的に検討し、患者・家族の視点から見た望ましい退院支援について検討した。平成18年度『特定機能病院の退院患者に対する追跡調査』（以下、神経難病患者調査1とする）と、平成19年度『入院中に新たな医療処置を開始して自宅退院する特定機能病院の神経難病患者に対する追跡調査』（以下、神経難病患者調査2とする）である。また平成19年度には、『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』（以下、がん患者調査とする）として、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。

また、退院支援においては病棟看護師の果たす役割が大きいことから、特定機能病院に勤務する

病棟看護師が、患者の入院中に、どのように退院支援の必要性を察知し、行動を起こしているか、また、退院支援を実施するうえでどのような課題があるかを、グループインタビューにより調査した。（『特定機能病院の退院支援に関する実態—病棟看護師へのインタビュー調査—』、以下、看護師調査とする）さらに、その結果を踏まえ、平成19年度には、『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』（以下、教育プログラムとする）として、病棟看護師に対する退院支援に関する教育プログラムを開発し、その効果を検証することを目的とした。

B. 研究方法

神経難病患者調査1、2においては、病棟スタッフが基準に該当する患者を選定し、研究者が研究の説明を行い、了解が得られた患者を対象患者とした。

カルテ・看護記録から、基本事項（病名、ADL、症状、家族状況、退院後必要なケアと利用予定のサービス等）に関する情報を収集した。紹介時と退院直前に半構造的面接調査（疾患に対する思い、入院生活における困り事・不安とそれへの対応、療養上の困り事とそれへの対応、今後の療養に対する不安、医療者への要望等）を行った。また、退院に向けての準備状況について、適宜、病棟スタッフへの聞き取りや参加観察を行った。退院後、了解が得られた患者に対して訪問調査を行ない、現在の症状と日常生活、退院後のケア環境、介護状況、サービス利用状況、入院中の情報提供や退院支援への評価等について把握した。

対象患者は、対象となる病棟に1週間以上入院している患者のうち、以下①～③の条件のいずれかに当てはまり、本人あるいは家族とコミュニケーションがとれる患者で、研究参加への同意が得られた成人の患者。本人に同意の能力がない場合は、家族からの同意を得られた者とした。

- ①新たにADLに何らかの障害を持って退院する患者
- ②新たに食事療法・医療処置などが必要となり、退院後も必要な患者
- ③病状の進行がみられ、治癒していない状態で退院する患者

除外基準：心身の状態が不安定で、インタビューを行うことが難しい患者。

がん患者調査においては、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、同意が

得られた患者・家族を対象とした。

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。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とした。

- ① 悪性疾患の診断を受けている患者。
- ② 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。

看護師調査においては、都内の1特定機能病院に勤務する病棟看護師に対し、インタビューの案内を掲示し、希望する者に対しグループインタビューを実施した。インタビューは1時間程度とし、参加者の同意を得て録音し、逐語録を起こして分析した。

教育プログラムにおいては、首都圏にある1210床の特定機能病院の内科系一般病床で勤務する病棟看護師（病棟看護師長を含む）256名を対象とした、准実験研究をおこなった。4病棟の102名を介入群、他の6病棟の154名を対照群とした。介入群には『勉強会』、『定期的なカンファレンス』、『退院後の患者宅訪問』からなるプログラムを実施した。参加状況を把握すると共に、介入前後に留置き法で無記名自記式質問紙調査を行い、両群を比較した。

本研究の実施に当たっては、東京大学医学部倫理委員会の許可を得た（がん患者調査については、A大学医学部倫理委員会）。倫理的配慮としては、逐語録作成にあたり、個人が特定されないよう配慮し、録音後のMD等は施錠できる場所に保管した。また、教育プログラム研究においては、回答者の匿名性を確保しつつ、介入前後で同じ対象者のデ

ータを比較する必要があった。病棟師長に十分説明し、番号のついた質問紙を同じ看護師に配布するよう依頼することでデータの一致性を担保した。看護師は無記名の封筒に自ら封をし、病棟毎に設置された回収袋に入れることにより匿名性の確保に努めた。また、介入期間中はデータ解析を行わないよう配慮した。上記手続きは、東京大学医学部倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 神経難病患者調査1

平成19年1月から3月までに、当該病棟を退院した患者のうち、上記基準に該当し、かつ、研究者との接触が可能だったのは、5名であった。うち、参加への同意が得られた4名に対し、入院中のインタビューを実施した。このうち、2名が自宅退院であったが、1名は遠方であったため訪問調査は行えなかった。1名に対して、退院後の訪問インタビューを実施した。

入院中のインタビューでは、まず現在の病状への思いや今後の病状への不安が多く語られた。今後への不安としては、退院による患者の変化への不安と、将来的な病状の変化に対する不安の両方が語られた。また、介護者の体力や手技への不安も挙げられた。

入院中の看護ケアについては、「病院でも家での介護方法を認めてほしい」という意見が聞かれた。また、付き添っている家族が、自ら介護を行いたいのに、安全上の理由で拒否されたことに対しても、不満が挙がっていた。

退院支援については、「経管栄養の処置はヘルパーにはできないことを教えてもらえて、助かった」といった肯定的な評価がされていた。一方で、「誰がプライマリーナースなのかかわからない。毎日交代で忙しそうなので、相談できない」といった、コミュニケーションに関する問題、「転院先の病院の都合で、急に転院日が決定した。準備に時間がなく、大変である」という退院支援のプロセス上の問題が挙げられていた。

退院後の療養支援への要望としては、「24時間のケアが必要な患者に対し、難病患者のショートステイが必要。家族はリセットできる時間が欲しい。療養型病院では、資源も限られ、技術にも不安があるため、一般病院・特定機能病院でもショートステイを受け入れてほしい」「いったん入院すると、それまで使っていた地域のサービスは無

しになり、退院後一からプランを作り直すことになる。担当者も変わってしまう。退院後は一番不安の多いときなので、継続してほしいのに困る」といった意見が聞かれていた。

退院後にインタビューできた1ケースでは、介護者に以前に親族を介護した経験があり、また、退院後の嚥下機能の悪化を自ら判断してケア方法を変更するといったアセスメント力を持っていた。訪問看護師が訪問して、サービス計画を固めたのは退院1週間後であり、本格的なサービス開始はさらにその翌週であった。退院前から調整会議を開いていた事例であるので、連携がうまくいけば退院した週からサービスを本格導入できるはずであったが、介護者は「1週間程度間が開いたのはやむをえない」と受け止めていた。

2. 神経難病患者調査2

平成19年5月から10月までに、当該病棟を退院した患者のうち、基準に該当し、かつ参加への同意が得られたのは7名であった。このうち、日常生活に介助を要しない、自立レベルの患者2名と、退院後の訪問調査が実施できなかった1名を除いた4名を、本研究の対象者とした。

入院期間について、1週間程度の入院が3週間に延びたケースでは、そのために「予定が変更になり、大変だった」と言う不満が聞かれた。また、どのような状態になったら退院かというような「ある程度のメド」を教えてもらえたらよかったという声もあった。

事例は、全て進行性の疾患を有しており、今回の入院中に何らかの医療処置を新たに開始していた。入院中には、吸引等の医療処置に対して不安の声が聞かれた。しかし、自宅退院後には「(介護者が)早く習得したのが幸이었다」「思ったより簡単にやっています」などの声が聞かれていた。医療処置、特に吸引をサポートする体制については、ヘルパーが看護師から指導を受けている事例があり、医療処置が可能になるまで時間を要していた。医療機器の準備については、退院より数日前に機器を購入・病室に搬入して準備し、退院当日には自宅に搬入・セットしておいたという事例があった。一方、早くから機種を選定し、準備していたにも関わらず、医療者側の調整不足で退院前日に機種変更をしなければならなかった事例もあった。退院後のトラブルとしては、尿カテの折れによる膀胱緊満などがあり、本来なら指導により防ぎ得たものと考えられた。

夜間の介護を担う家族の健康についての不安が聞かれていた。一方で、夜間にヘルパー等が出入りすることについての抵抗感もみられた。また、ショートステイや将来の入院先の受け入れに不安を抱くケース、緊急時の対応について家族が不安を抱いて相談したのに取り合ってもらえなかったことに不満を抱くケースなどがあった。

疾患の説明については、予後まで告げられたことに対して不満を持つケース、「ちょっと酷かな」と感じているケースなどもあったが、その一方で、医師からの説明を最大に活かし、可能なうちにやりたいことをやっておけた、と言うケースもあった。一方、今後の病状の見通しについては様々な不安を有していた。病状自体の進行への不安に加え、サービス体制等への具体的な不安が語られた。

3. がん患者調査

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、家族へのインタビューを実施した。

退院に向けての心境、希望については、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、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、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、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、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。

転院の場合は、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返していた。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。

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。一方、「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、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、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」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の支援が行われていた。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。

4. 看護師調査

1回目のインタビューは3名、2回目のインタビューは2名の参加者を得て行われた。

病棟看護師は、入院時に患者の病状や経過などから支援の必要性を予測したり、「おうちではどうしていたのですか」といった問いかけへの反応から支援の必要性を判断したり、入院中に家族の患者への働きかけを見て退院困難であることを予測したりしていた。また、入院直後だけでなく、入院後の経過に伴う状態の変化にも注意していた。

支援を要する患者に対しては、患者・家族の相談役、退院支援部署の紹介、介護保険の説明、内服薬の説明、カンファレンス実施時の司会、必要書類の作成、医療処置等を要する患者への手技説明・指導などを行っていた。これらの支援は、主にプライマリーによって進められることが多かったが、それが円滑に運ばない場合、師長や他の看護師が退院支援の必要性を指摘することも見られた。

しかし、自らの受け持ちでない場合、支援の必要性があるのではと思っても受け持ちに伝えにくかったり、ローテーションで日々の担当に回ってきた際に必要と思われる連絡を済ませたりと、苦勞していた。また、患者への退院指導や、地域への連絡書類の作成などに手間取ると、時間外勤務になり、上司から「余計な仕事をしている」「仕事が遅い」などと見られることもあった。退院支援の必要性が上司や病棟全体に認識されておらず、スタッフの知識や関心に差があり、やりにくいと感じていた。

また、自分自身や病棟看護師全体が、知識がない、退院後のことを知らない、地域資源のことを知らない、訪問看護師の求めているものを知らない、などの問題意識を持っていた。加えて、医師や他部門の職種が退院支援のことを知らなかったり、在宅療養についての意識が低いという指摘もあった。

5. 教育プログラム

内科病棟看護師に対する教育プログラムの前後で、介入群87名と対照群102名から有効回答を得た（有効回答率：73.8%）。ベースライン時には、両群間で「病棟の退院支援に関する雰囲気」にのみ有意差が認められた（ $p < 0.0001$ ）。介入後の2群比較で、介入の有無、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、介入前の各評価項目の値を共変量として共分散分析を行った結果、介入群では「訪問看護」、「難病対策」、「退院支援専門部署」に関する知識が増すと共に、「病棟の退院支援に関する雰囲気」、「病棟からの支援提供」への評価が向上した。さらに、退院支援の実践評価項目として使用した、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」が向上するという効果が認められた。また、退院支援に対する「態度」についても介入群で改善が認められた。

D. 考察

神経難病患者調査の結果、病状や治療に変化があった状態で自宅に退院することが予測される患者は、入院中も病状・介護等にさまざまな不安を抱えていた。たとえば、新しい医療処置を開始する患者・家族は、医療処置が出来るかどうか、緊急時にはどのように対応したらよいか、必要なサービスが安定して受けられるか、今後病状はどうか、といった点に不安を抱いていた。それに対し、適宜情報提供を受けることにより、安心感を得ていた。一方で、医療者の都合で予定が急に決まってしまう、誰に相談してよいかわからない、などの状況がある場合には大きな不満を有していた。

これらの状況に対し、早めの情報提供・十分な話し合いの必要性が改めて示された。特に、入院期間や治療内容等の丁寧な説明と変更時の迅速な対応、医療処置の習得に向けた配慮、医療処置を行う上で見落としやすい注意点のフォロー、医療機器の入念な準備、在宅ケア提供者との密接な連携などが重要と考えられた。

以前より在宅療養を続けていた患者の場合、「自分たちなり」の介護方法を身につけており、入院中に介護方法が変更されたり、付き添う家族がケアに手出しするのを拒否されたりすることに対して不満を持つ場合があることが明らかになった。在宅と病院でのケアの継続性を図ること、介護に対して積極的な姿勢をもつ家族の能力をうまく生かすことは、入院中のケアの円滑化だけでなく、退院後の療養生活への円滑な移行にも役立つことが期待され、医療者側の対応方法の再検討が必要と考えられた。

また、実際には在宅サービスをより早く導入できたはずなのに、調整に時間がかかった事例があった。ケース自身は調整に時間がかかったことについて、特に問題とは思っていなかった。しかし、患者や介護者の状況次第では、こうした支援開始の遅れにより、病状の悪化等が生じる恐れもあり、調整の遅れを反省して次につなげていく必要がある。退院支援の評価を行う際は、患者・家族による主観的評価に頼らず、専門職があるべき退院支援の基準を示して、それとの相違を評価する客観的評価との両方を組み合わせて実施することが必要であると考えられた。

一方で、退院後のケアプランは、患者・介護者の在宅療養への適応状況によって、徐々に決まっ

ていくものであり、退院直後に完成版を提示できるわけではないことも改めて示された。退院支援では、柔軟性を持ったケアプランを立案し、退院後に気軽に相談できる窓口を明示することが必要であると考えられる。

がん患者においては、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。

看護師調査の結果、今回インタビューした病棟看護師は、既存のスクリーニングシートだけでなく、自らの体験などから、退院支援を必要とする患者を把握しようと努めていた。そして、支援を要する患者に対して、患者・家族への直接の働きかけ、病院内での働きかけ、書類作成などの支援を行っていた。自らの受け持ち外の患者についても、さまざまな機会を捉えて、受け持ち看護師に退院支援の必要性を気づかせたり、実際に支援を行って受け持ち看護師に後から報告したりして、退院支援が漏れないような努力をしていた。

しかし、病棟内での立場、上司の方針などによっては、指摘をすることが難しい場面もあった。さらに、自分の受け持ち患者に対してさえ、時間外で支援を行ったり、不十分な支援しか行えないという現状が明らかになった。また、病棟看護師や他の職種が退院支援や在宅ケアについて知識を十分有していなかったり、認識が不十分である実態も示された。病院全体が、退院支援の必要性を認識し、スタッフのレベルに応じた教育プログラムを遂行し、全体の底上げを図るとともに、各病棟に専門部署とのつなぎ役になれる人材を配置することにより、支援が円滑に行われることが推測された。

看護師調査の結果を踏まえて作成された、内科病棟看護師に対する新たな退院支援教育プログラムでは、知識などに効果が認められた。今回、知識の向上を図るために『勉強会』を実施し、関連する各種制度やDP専門部署について取り上げた。また、『カンファレンス』で新規に訪問看護の導入があったこと、介入病棟では難病を有する患者

が多かったこと、『カンファレンス』へのDP専門部署担当者の同席などにより、『勉強会』での学習を実践の中で繰り返し確認する機会ができ、介入群全体の知識を深めることができた可能性がある。なお、介入群は、DPに関する自主的な勉強を多く行っており、『勉強会』では資料を配布すると共に、最新の情報を得られるようウェブ上の情報や参考文献なども紹介した。その結果、配布資料を基に自主的な学習を行い、知識が向上したことも考えられた。また、「態度」に関しては、『勉強会』で入院時からDPを行う必要性や入院時から在宅生活を意識する重要性について説明したこと、さらに『カンファレンス』により、在宅生活でも継続できるケアへの切り替えについて、事例を通し説明を加えたことにより、DPの必要性が認識され、態度が変化したと考える。また、『勉強会』では、自己学習を促す説明を行ったため、介入群ではDPに必要な社会資源の情報を得るよう態度が変化したと考えられた。さらに、「病棟の雰囲気」及び「病棟の支援提供」に効果が認められたのは、『勉強会』を病棟単位で行い、『カンファレンス』を定期的に行ったことで、病棟全体でDPに取り組もうとする雰囲気、互いに助け合おうという雰囲気が出てきたためと考えられた。本プログラムのように、病棟単位を対象にした介入は、病棟の共通認識を得ることができ、変化を生みやすい方法のひとつと考える。

E. 結論

病状や治療に変化があった状態で自宅に退院する神経難病患者・家族は、医療処置が出来るかどうか、緊急時にはどのように対応したらよいか、必要なサービスが安定して受けられるか、今後病状はどうなるか、といった点に不安を抱いていた。入院中の情報提供に安心感を持つ一方、相談相手がいない、医療者の都合で振り回される、これまでの介護方法を病院で実施できないなどの状況に対して大きな不満を持っており、早めの情報提供・十分な話し合いの必要性が再確認された。特に、入院期間や治療内容等の丁寧な説明と変更時の迅速な対応、医療処置の習得に向けた配慮、医療処置を行う上で見落としやすい注意点のフォロー、医療機器の入念な準備、在宅ケア提供者との密接な連携などが重要と考えられた。退院後の患者は、在宅サービスの導入が遅れても特に不満を感じておらず、医療者は、患者の主観的な評価と、医療

者としての客観的な評価を組み合わせることで退院支援を評価していく必要があることが示唆された。

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。

また、病棟看護師は、退院支援を要する患者の把握、患者・家族や病院内での働きかけといった支援の実施を行い、自分の受け持ち外の患者に対しても機会を見つけて支援漏れが生じないように努めていた。しかし、他のスタッフや上司の知識・認識不足により、十分な支援が行えなかったり、支援漏れが生じているケースも見られていた。病院全体として、患者のために資する退院支援を目標として掲げ、教育プログラム等を通して全体の底上げを図る必要性が示唆された。

それを踏まえ、病棟看護師の退院支援能力を高めるために考案した新たな退院支援教育プログラムの効果を検証した結果、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、病棟の退院支援に関する雰囲気および、病棟からの支援提供の向上、スクリーニングの実践向上が認められた。また退院支援に対する態度についても介入群において改善がみとめられた。以上より、本プログラムによって病棟看護師へ退院支援の教育を行うことにより、個人の知識や態度が向上し、病棟全体へも影響を与えられることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

1. 論文発表

該当無し

2. 学会発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

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

特定機能病院の退院患者に対する追跡調査（神経難病患者調査1）

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
分担研究者 鷺見 尚己 北海道大学医学部保健学科 准教授

研究要旨 病状や治療に変化があった状態で自宅に退院する患者に焦点を当て、本人・家族が自覚する退院に向けてのニーズと、それに対して行われた支援とその効果について探索的に検討した。入院中の情報提供に安心感を持つ一方、相談相手がいない、医療者の都合で振り回される、これまでの介護方法を病院で実施できないなどの状況に対して大きな不満を持っており、早めの情報提供・十分な話し合いの必要性が再確認された。退院後の患者は、在宅サービスの導入が遅れても特に不満を感じておらず、医療者は、患者の主観的な評価と、医療者としての客観的な評価を組み合わせることで退院支援を評価していく必要があることが示唆された。

A. 研究目的

2005年8月に提示された「医療提供体制に関する意見中間まとめ」では、「医療計画制度の見直し等による地域の医療機能の分化・連携の推進」が論点として挙げられている。実際、病診連携・地域医療連携の取り組みが、現在急ピッチで進められている。さらに、退院支援が促進され、看護においても病棟・外来・在宅の連携を強化するための取り組み（看看連携）が進められているところである。

これらの取り組みは、医療資源の効率的使用・医療費の削減とともに、患者のQOL向上を目指して行われているものであるが、その効果が患者の立場からは見えにくいのが現実である。むしろ、「病院から追い出される」「たらい回し」などの否定的なイメージを持たれていることも多い。その一因として、患者の視点からのアウトカムが提示されていないことが挙げられよう。

医療連携や退院支援のアウトカム指標としては「在院日数」「紹介率・逆紹介率」「医療費」などが用いられている。患者側からの指標としては、「療養生活における不安・困り事」「情報ニーズ」「生活・ケアの継続性」などが挙げられるが、指標として整理されておらず、活用されていない。そこで、本研究では、まず、特に病状や治療に変化があった状態で自宅に退院する患者に焦点を当て、本人・家族が自覚する退院に向けてのニーズと、それに対して行われた支援とその効果について探索的に検討し、患者・家族の視点から見た望

ましい退院支援について検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 手順

東京都内の特定機能病院の神経難病患者への対応を主とする1病棟の入院患者を対象とした。

病棟スタッフが基準に該当する患者を選定し、研究者が研究の説明を行い、了解が得られた患者を対象患者とした。（資料①）

カルテ・看護記録から、基本事項（病名、ADL、症状、家族状況、退院後必要なケアと利用予定のサービス等）に関する情報を収集した。（資料②）

紹介時と退院直前に半構造的面接調査（疾患に対する思い、入院生活における困り事・不安とそれへの対応、療養上の困り事とそれへの対応、今後の療養に対する不安、医療者への要望等）を行った。（資料③）入院が長期にわたる場合は、数週間に1回程度、追加面接を行った。また、退院に向けての準備状況について、適宜、病棟スタッフへの聞き取りや参加観察を行った。

退院後、了解が得られた患者に対して訪問調査を行ない、現在の症状と日常生活、退院後のケア環境、介護状況、サービス利用状況、入院中の情報提供や退院支援への評価等について把握した。

（資料④）

入院中のインタビューは、実施直後にインタビュー記録を作成した。退院後インタビューは、対

象者の了解を得て録音し、逐語録を作成した。これらを語られているテーマに沿って分類し、分析した。

2. 対象者の基準

対象となる病棟に1週間以上入院している患者のうち、以下①～③の条件のいずれかに当てはまり、本人あるいは家族とコミュニケーションがとれる患者で、研究参加への同意が得られた成人の患者。本人に同意の能力がない場合は、家族からの同意を得られた者。

①新たにADLに何らかの障害を持って退院する患者

②新たに食事療法・医療処置などが必要となり、退院後も必要な患者

③病状の進行がみられ、治癒していない状態で退院する患者

除外基準：心身の状態が不安定で、インタビューを行うことが難しい患者。

なお、対象選定に当たっては、診療科長・主治医・看護師長の了解を得られた者とした。

患者数は、全体で10～20名程度をめざした。

3. 倫理的配慮

インタビュー用紙、情報収集用紙、データの入ったディスク、録音したMDディスク等は、研究者以外の目に触れぬよう、必要時以外は施錠するなどして厳重に保管し、研究終了後廃棄することとした。研究データは全て、患者の氏名でなく通し番号で個人を識別する。個人を特定しうる情報

(患者名・生年月日・住所等)は、研究データとは異なるファイル、異なるディスクに保存し、別に管理した。対象者には、研究者から、上記の方途について説明し、了解をいただけた方のみを対象とした。その他に、研究への参加はいつでも取りやめられ、診療への影響はないことを繰り返し説明した。なお、本研究の実施に当たっては、東京大学医学部倫理委員会の許可を得た。

C. 研究結果

1. 対象者の概況

平成19年1月から3月までに、当該病棟を退院した患者のうち、上記基準に該当し、かつ、研究者との接触が可能だったのは、5名であった。うち、参加への同意が得られた4名に対し、入院中のインタビューを実施した。このうち、3月までに自宅退院したのは2名、転院したのは1名、入院継続しているのは1名であった。2名の自宅退院者のうち、1名は遠方であったため訪問調査は行えなかった。1

名に対して、退院後の訪問インタビューを実施した(表1)。

2. 入院中のインタビュー

入院中のインタビューでは、まず現在の病状への思いや今後の病状への不安が多く語られた。今後への不安としては、退院による患者の変化への不安(退院により抑制が外れて、対応が難しくなるのではないか、ディープサクションが必要になったらどうするか、など)と、将来的な病状の変化に対する不安(ターミナルケアへの不安など)の両方が語られていた。また、介護者の体力や手技への不安も挙げられた。

入院中の看護ケアについては、「病院でも家での介護方法を認めてほしい」という意見が聞かれた。具体的には、経管栄養の固形化を病院でも実施してほしいが、拒否されたということであった。また、付き添っている家族が、自ら介護を行いたいのに、安全上の理由で拒否されたことに対しても、不満が挙がっていた。

退院支援については、「経管栄養の処置はヘルパーにはできないことを教えてもらえて、助かった」「『さてどうしようかな』と思うと、手助けが現れる。至れり尽せり」といった肯定的な評価がされていた。一方で、「誰がプライマリナーズなのかわからない。毎日交代で忙しそうなので、相談できない」「転院についていやな思い出があるので、いきたくないのだが、そのことは看護師や医師には話せない」といった、コミュニケーションに関する問題、「転院先の病院の都合で、急に転院日が決定した。準備に時間がなく、大変である」という退院支援のプロセス上の問題が挙げられていた。

退院後のケアプランについては、自宅退院が確定している時点で話が聞けたのは1名だけであった。このケースは、「いざ退院してみても、その都度起きた問題に対処する」「ケアプランについては、概略だけ決めてある」と、余裕を持って構えていた。一方、「入院中に転居したため、移転先のサービス状況がわからず不安」というケースもいた。

退院後の療養支援への要望としては、「24時間のケアが必要な患者に対し、難病患者のショートステイが必要。家族はリセットできる時間が欲しい。療養型病院では、資源も限られ、技術にも不安があるため、一般病院・特定機能病院でもショートステイを受け入れてほしい」「いったん入院

すると、それまで使っていた地域のサービスは無しになり、退院後一からプランを作り直すことになる。担当者も変わってしまう。退院後は一番不安の多いときなので、継続してほしいのに困る」といった意見が聞かれていた。

3. 退院後のインタビュー

退院後にインタビューできた1ケースは、退院後に訪問診療・訪問看護・ヘルパー・訪問入浴を利用する予定であった。実際には、訪問看護が訪問して、サービス計画を固めたのは退院1週間後であり、本格的なサービス導入はその翌週、ヘルパーは、さらにその様子を見て導入するという事になっていった。介護者は「こちらの都合で急に明日から来てくれということにはできない。1週間程度間が開いたのはやむをえない」と受け止めていたが、実際には退院前から調整会議を開いていた事例であり、連携がうまくいけば退院した週からサービスを本格導入できるはずであった。

ケアプランについては、退院前に想定していたのは患者の状況が異なることから、必要なケア内容が異なっており、まだ確定していなかった。特に、このケースでは、医療ニーズが高かったため、ヘルパーを導入すべきか迷っていた。しかし、「始まってみなければわからない」と鷹揚に構えていた。

介護者自身については、他の家族の力を借りて気分転換の時間を持っていた。また、他の家族はまだ医療処置を行えないが、いずれ覚えられようとし、現状では介護にゆとりを持っていた。この介護者は、以前に親族を介護した経験があり、また、退院後の嚥下機能の悪化を自ら判断してケア方法を変更するといったアセスメント力を持っていた。

D. 考察

本研究では、病状や治療に変化があった状態で自宅に退院することが予測される患者を対象とした。こうした患者・家族は、入院中も病状・介護等にさまざまな不安を抱えていた。退院に向けては、適宜情報提供を受けることにより、安心感を得ていた。一方で、医療者の都合で予定が急に決まってしまう、誰に相談してよいかわからない、などの状況がある場合には大きな不満を有していた。早めの情報提供・十分な話し合いの必要性が改めて示された。

以前より在宅療養を続けていた患者の場合、

「自分たちなり」の介護方法を身につけており、入院中に介護方法が変更されたり、付き添う家族がケアに手出しするのを拒否されたりすることに対して不満を持つ場合があることが明らかになった。今回は、患者・家族側からの情報収集を中心に行ったが、カルテ・看護記録からの情報を照合すると、こうした行動をとる患者・家族に対して、医療者は「自己流」「困る」などの評価をしていたが、このような姿勢では両者の溝が深まってしまうことが危惧される。在宅と病院でのケアの継続性を図ること、介護に対して積極的な姿勢をもつ家族の能力をうまく生かすことは、入院中のケアの円滑化だけでなく、退院後の療養生活への円滑な移行にも役立つことが期待され、医療者側の対応方法の再検討が必要と考えられた。

退院後インタビューした事例では、実際には在宅サービスをより早く導入できたはずなのに、調整に時間がかかったことが明らかになった。このケースの場合、介護者は地域のケア機関に自ら連絡をとったり、患者の病状の変化に気づいてケア方法を修正したりする能力を有しており、退院直後のサービスが入らない期間も問題なくすごしていた。そして、調整に時間がかかったことについて、特に問題とは思っていなかった。しかし、患者や介護者の状況次第では、こうした支援開始の遅れにより、病状の悪化等が生じる恐れもあり、調整の遅れを反省して次につなげていく必要がある。退院支援の評価を行う際は、患者・家族による主観的評価に頼らず、専門職があるべき退院支援の基準を示して、それとの相違を評価する客観的評価との両方を組み合わせて実施することが必要であると考えられた。

一方で、退院後のケアプランは、患者・介護者の在宅療養への適応状況によって、徐々に決まっていくものであり、退院直後に完成版を提示できるわけではないことも改めて示された。退院支援では、柔軟性を持ったケアプランを立案し、退院後に気軽に相談できる窓口を明示することが必要であると考えられる。

E. 結論

病状や治療に変化があった状態で自宅に退院する患者・家族は、入院中の情報提供に安心感を持つ一方、相談相手がいない、医療者の都合で振り回される、これまでの介護方法を病院で実施できないなどの状況に対して大きな不満を持っており、

早めの情報提供・十分な話し合いの必要性が再確認された。退院後の患者は、在宅サービスの導入が遅れても特に不満を感じておらず、医療者は、患者の主観的な評価と、医療者としての客観的な評価を組み合わせ、退院支援を評価していく必要があることが示唆された。

F. 健康危険情報

該当無し

G. 研究発表

1. 論文発表

該当無し

2. 学会発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当無し

表1 対象者の属性

No	年齢	性別	疾患	自立度	入院前との変化	転帰	インタビュー対象	退院後インタビュー実施
1	65歳	女性	ALS	全介助	PEG造設	自宅退院	家族(夫)	実施
2	72歳	女性	脳梗塞・脳出血	一部介助(ほぼ自立)	ADL介助要	転院	本人	—
3	65歳	女性	ALS	全介助	BiPAP開始	入院中	家族(夫・娘)	—
4	67歳	女性	MS	一部介助	PEG造設	自宅退院	本人	未実施

表2 入院中のインタビュー調査

現在の病状	<p>痛みがひどくて大変</p> <p>感情失禁 認知症のように見られてしまう 本当はみんな分かっているのに…</p> <p>夜間でも1時間半に1回は呼ぶ うなり声 あーあーと呼ぶ</p> <p>本人が、意思の疎通が不自由なために、噴火してしまうのが大変。それに比べれば家事なん</p>
今後の病状への不安	<p>最期が心配。苦しくないように逝かせてやれるか</p> <p>病院にいと、本人も抑制されているが、家に帰ったら爆発するかも。</p> <p>認知症があるので、文字盤などが上手く使えない。ALS協会にもあまりないケースといわれた。意思の疎通が現在一番大きな課題だ。</p> <p>吸引が必要になったら… ディープサクシジョン練習中。ヘルパーには出来ない</p>
病院での介護方法	<p>ケアのやり方、できるだけ在宅の方法を認めて欲しい。全て病院のやり方にあわせさせられる…本人は苦痛、家族は望まない</p> <p>例：経管 在宅では寒天で固めて入れていた 病院だとやってくれない/トイレ、家では抱えて座らせていた</p> <p>家人でもできる、やらせてほしい事は、任せて欲しい</p>
退院に向けた準備	<p>「さてどうしようかな」と思うと、手助けが現れる。例えば、看護師が必要…どういう頼み方があるか…看護師専門のルートが有るのでは…と思っていたら、柳沢さんが来てくれた。いたせりPEGは今週初めからやり方を教えてもらっている。マニュアルを見ながら一人で出来る。仮免。ヘルパーさんに出来ないという事は、病棟で、PEGをやっている看護師さんに「退院したらヘルパーさんにやってもらおう」といったら「できない」といわれて、知った。</p>
病棟スタッフとのコミュニケーション	<p>病棟の看護師は忙しそう。退院後のケアのことは、以前から来てもらっている訪問看護師に電話をかけて相談に乗ってもらっている。プライマリーナースのことなどもよく知らない。</p> <p>以前転院先でいやな思いをしたことがあるので、転院したくない。ただ、そのことは医師や看護師には言えない。</p>
介護負担	<p>退院後、2階に長男家族。長男は仕事、嫁は乳飲み子を抱えている。1階に住んでいるが、自分が出かけたら患者は一人になる。いまどうしようか考えている。</p> <p>自分の体力、健康が心配。</p> <p>リセットできる時間が欲しい。一時預かり</p>
退院後のケアプラン	<p>ケアプランについては、概略だけ決めてある。</p> <p>看護師がきてくれること、お風呂に入れてくれることが一番。</p> <p>ヘルパーは、オムツを早朝・就寝前・お昼に変えるのだが、早朝が一番大変。たくさん出ているし、大便の事も。着替えも必要。他2回はオムツのぱっとだけ変えればいい。ただ、早朝はサービス時間外や割増料金で、使いづらい。退院後の様子を見て決める。</p> <p>PEGはヘルパーさんにできないと聞いた。出かけるときに、PEGはヘルパーには頼めず、看護師に頼まなくては。その分も含め、ケアプランでは余力を残しておきたい。</p> <p>経管栄養を吊り下げる台を、ベッドのリース会社から借りる予定。</p> <p>チューブなどは病院からもらう。</p> <p>いざ退院してみても、その都度起きた問題に対処する。</p>
病院の体制への不満	<p>通院が大変。悪化で救急車で運ばれる場合、入院用の荷物をいったん返されてしまう！ 不便。</p>
退院日決定のプロセス	<p>(転院決定後、金曜日に)相手の病院が急に「来週入院できる」といつてきた。慌てて準備している。相手先の都合で振り回されるのは困る。</p>
制度への不満・要望	<p>退院すると人が交代してしまう。→一番大変な時、指示だしが大変。</p> <p>身体介護を頼まない場合、シップも貼らない、爪も切れない。</p> <p>外出 身体介護で2時間ほど。買い物など、2時間以上ないと本当は厳しい。</p> <p>土地勘のあるヘルパーさんでないと、用事を頼めず、困る。</p> <p>ヘルパーの利用方法がしょっちゅう変わるのが問題。利用者の意見を聞いて欲しい。</p> <p>難病患者のショートステイが必要</p>

表3 退院後のインタビュー調査結果（事例1）

退院支援について	病院での合同カンファレンスは有益だった	私どもの今後の介護に関わる人たちを全部集めて、そこで相互にスケジュールの調整を図るようにして。（退院支援看護師が）直接決めるのではなく、業者全部集めて、それでお互いに打ち合わせをするようになって、今後の計画、顔合わせして、そういう機会を作っている。（訪問看護師）と、（訪問介護）と、ケアマネにしても、うちの本人の症状をですね、どういうふうなっていること、ドクターにも説明がありまして、あらかじめどういうふうに対処したらいいかっていう、専門的なね、アドバイスとか、あるいは質問点とか、その場で即解決ができたので。私どもも、それから看護婦さんとかね、サービス側もほんとに有益だったっていうようなことを。
	サービスが入るのに時間がかかったのは仕方ない	退院に合わせてすぐスタートできるように、入院したときからそういうつもりでは動いてたんですが、やっぱり実際に動くのは退院して、まあ1週間か10日ぐらいかかりましたけど。まあそのぐらいはしょうがないかなとは思いますが、実際はね。
患者の状態とケアについて	退院してから体調はよくなった	退院してきてからは、退院前に比べますと、食欲とかそういうものは盛んになりました。まあテレビ見たり、ラジオ聞くとか、そういったことは退院前はほとんどしなかったんですけど、体力がつくとやっぱりそういうものをね、見聞きするように。体力がついてきた感じはします。
	認知症への対応が大変	ALSが入院前よりかよくなった。ですけども認知症のほうは、どうかねえ。かえって。まあ、だんだん、こう幼児に返っていくような。
	コミュニケーション障害への対応に困っている、不安	どういうふう意思の疎通っていくか。まあ手話のサインみたいなこと、ねえ、って言っても、進行するとそれもだめでしょ。・・・毎日毎日の生活の中で、どうしてもやんなきゃなんないことは、こういう手まねで。・・・それと今、文字
	患者はまだ外に出たくない	もう本人がね、出かせないの。それで、まあ「出てみるか」って、出てみるんですけど、まだ退院してから間もないせいもあると思うんですけど、出たくないって言う。出たいっていうんかが、まだ、何か方法を考えてね。
ケアプランについて	サービスのスケジュールは、始まってみないとわからない	やっぱり、もう正直言って、まだどうなるのかわかりませんのでね。もう先方にお任せして、まあ時間がこちらの予定、都合のいい時間に来てもらえるようになれば、そのようにしたいとは思ってますけども。今のところは、とにかくやってみなければ始まらないということですね。
	ヘルパーは来て何してくれるのかわからない	週2回看護婦さんに清拭とかね、それから胃瘻、導尿のケアをしてもらえれば、で入浴が週に1回ということ。でヘルパーさん来て何をしてくれるのかと。・・・点滴もヘルパーさんはやっちゃいけない。それから胃瘻も無論手出しはできない。導尿もできないと。じゃあ、ただ体拭きだけだったら、今看護婦さんが週2回全部やってもらえるんなら、あとは私ができる範囲内でやっても、別に問題ないんじゃないかと。ヘルパーさんが、何をしてもらったらいいんだろうかと、私が考えても今のところ思いつかないってところはあつね。
	むしろ看護師を増やしたほうがよいのかも思える	だったら看護婦さんに、むしろ1日おきに週に3日入ってもらったほうがいいかなとも、思える。まあ普通の認知症の介護と違いますから。
	身体状況の変化（暴行留置カテーテル導入）により、必要なサービスが変化した	（入院中はオムツに排尿していたが、今は導尿のため）パットの交換だけで、おむつ交換するってことないんでね。で便秘症っていうか、流動食なものでどうしても便秘になってしまうんです。下剤を時々かけて、それでお通じをつけるっていうことなんですけど。その時だけなんです。ですから本当におむつ交換っていうのは、2日に1ぺん、3日に1ぺんくらいしかないわけなんです。
介護について	気分転換に外出し、趣味の時間を持っている	私ですか。私はもう、まあ幸いに長男の嫁がね、よくできてるんで、昼間とか大体週に2回ないし3回ですか、外出の時間をちょっともらってますので。
	他の家族は医療処置を覚えていないが、そのうちできるだろう	（経管栄養を）家で今できるのは私だけなんですけど。まあ見てて、そのうちに見えるだろうとね。
家族によるアセスメントについて	身体状況の変化（悪化）を家族が察する	ただ今まで歯を磨いた後、自分で口をゆすいでたんですけどもね、ここんところ歯を磨いた後、こう口をゆすぐために水を、このうまく舌閉じられないんですね。すると誤飲たびたび起こすようになったのね。それで、歯磨きをもう中止して。それで、ただ水で磨いただけで、後ゆすがないでそのまま済むように。そういうふうにな（ケア方法を変更した）。
家族による手続き等について	もともと親族を介護した経験があったので、役所とのやりとりは順調だった	（親族が）入所する前にいろんな認知症とかこういうのだと、介護保険ってのはまだ10年前はなかったんですが、いろいろなこういう諸制度があると。多少のそういう知識とか経験というのがありましたので、そういうの少しでもあると、どっつきが早いんですから
全般的に	進行が早かったので、困ったといっている暇が無い	困ったっていうか、あまりにも進行が早かったんで、その対応に追われて、もう困ったって考えるような、もう「困った、困った」って言う暇がないようなね。困るといって、もうすぐ行動しなきゃなんないの。ただもう、すぐやらなきゃなんないことだと、もうそれに考えたんだけど、困ったことっていったら、はて何を困ったかなっていう。困ったことばかりでね。とくに困ったっていうのはね。

ケアの場の移行に伴って発生する患者様・ご家族様の 療養生活上のニーズに関する研究 説明書

私ども、東京大学医学部地域看護学教室では、以前より、患者様に安心して退院していただくためのお手伝いの方法について研究をして参りました。

今回、患者様とご家族様の入院中・退院後の心配事・困り事と、それがどのように解決されたか、あるいはされなかったかを調べることにより、入院中の具体的な支援方法を検討する手立てにしたいと考え、研究を計画しました。そこで、あなた様にインタビュー調査にご協力頂きたく存じます。

お願いする内容は、以下の通りです。

- ・ 入院中のインタビュー：患者様・ご家族様に、困っていること、退院後の生活に向けての不安などについてお話を伺います。研究参加に同意をいただいたすぐ後と、退院直前に伺う予定ですが、ご入院の経過によっては追加で伺う場合もあります。（なお、ご体調やご都合を十分配慮して実施いたします）
- ・ 入院中の医療情報の収集：患者様の病状、入院中の経過、退院後の治療のご予定などについて、患者様のカルテなどを拝見したり、担当の看護師に話を伺ったりします。

なお、退院後のインタビューをお願いする場合もあります。その場合は、患者様・ご家族様のご都合のよい日時にお伺いし、退院後の生活のご様子、ご不便なこと、入院中に準備しておいて良かったことなどについて、1時間程度お話を伺います。訪問が難しい場合は、短時間、電話でお話させていただきだけでも結構です。

患者様の個人情報やインタビューのお答えは、他人に知られないように厳重に管理いたします。また、研究結果は、多くの患者様から伺ったことをまとめて公表しますので、患者様の個別の情報が表に出ることは一切ございません。

なお、この研究への参加・不参加によって、患者様の治療や看護に影響が生じることは一切ありません。研究の参加にいったん同意なされた後でも、いつでも参加をとりやめたり、研究の一部を断ったりすることができます。研究者に直接お伝えいただくか、病院の看護師・看護師長にお申し出ください。

研究結果は、患者様・ご家族様の退院後のよりよい生活を支援するために、生かしてまいります。

以上をご理解いただいた上で、研究への参加に同意なされる場合は、別紙にご署名をお願いいたします。

連絡先：〒113-0033 文京区本郷 7-3-1 東京大学医学部地域看護学教室

永田智子（ながた・さとこ） 電話／FAX：03-5841-3649

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② カルテ・看護記録からの情報収集

年齢	性別 男・女	入院日	退院日
主病名：	主病名に◎、合併症に○ <input type="checkbox"/> 悪性新生物 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> その他の心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 血管疾患 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵疾患 <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 腎・泌尿器疾患 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 骨・関節疾患 <input type="checkbox"/> 痴呆 <input type="checkbox"/> その他の精神疾患 <input type="checkbox"/> 眼疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()		
合併症：			
現病歴・既往歴（入院歴含む）：			
入院形態：予定・緊急	入院目的・治療内容：手術・その他の治療・検査・その他 具体的に：		
ADL	入院前	入院時	退院時
食事動作	自立 要介助	自立 要介助	自立 要介助
トイレ動作	自立 要介助	自立 要介助	自立 要介助
尿失禁	なし あり	なし あり	なし あり
便失禁	なし あり	なし あり	なし あり
歩行	自立 要介助	自立 要介助	自立 要介助
整容	自立 要介助	自立 要介助	自立 要介助
更衣	自立 要介助	自立 要介助	自立 要介助
移乗	自立 要介助	自立 要介助	自立 要介助
入浴	自立 要介助	自立 要介助	自立 要介助
階段昇降	自立 要介助	自立 要介助	自立 要介助
症状・障害	入院時		退院時
疼痛	なし・あり→内容・程度・対処		なし・あり→内容・程度・対処
その他の症状	発熱 息切れ 咳・痰 胸痛・胸部不快 むくみ 食欲不振 吐気・嘔吐 便秘・下痢 眩暈 ふらつき 不眠 不安・焦燥感 他 ()		発熱 息切れ 咳・痰 胸痛・胸部不快 むくみ 食欲不振 吐気・嘔吐 便秘・下痢 眩暈 ふらつき 不眠 不安・焦燥感 他 ()
褥創/ その他の創	なし・あり→内容・程度・対処		なし・あり→内容・程度・対処
嚥下障害	なし・あり→程度		なし・あり→程度
意識障害	なし・あり→程度		なし・あり→程度
コミュニケーション障害	なし・あり→内容・程度		なし・あり→内容・程度
聴覚障害	なし・あり→程度		なし・あり→程度
視覚障害	なし・あり→程度		なし・あり→程度
認知症	なし・疑い・あり (MMSE・HDS 点)		なし・疑い・あり (MMSE・HDS 点)
問題行動	なし・あり→内容・程度		なし・あり→内容・程度

