

201101018A・B

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究（政策科学推進研究事業）研究事業

安全・安心な在宅医療を行うための病院と在宅との
中間施設における看護のあり方に関する研究

平成22年度～平成23年度 総合研究報告書

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鶴田 恵子

平成24（2012）年 3月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究（政策科学推進研究事業）研究事業

安全・安心な在宅医療を行うための病院と在宅との
中間施設における看護のあり方に関する研究

平成22年度～平成23年度 総合研究報告書

研究代表者 鶴田 恵子

平成24（2012）年 3月

研究組織

研究代表者 鶴田 恵子 日本赤十字看護大学

研究分担者 川村 佐和子 聖隷クリストファー大学大学院
酒井 美絵子 群馬パース大学
笥 淳夫 工学院大学
原口 道子 財団法人東京都医学総合研究所
田口 実里 日本赤十字看護大学

研究協力者 齋藤 水誉 日本赤十字看護大学大学院修士課程

目 次

I. 総合研究報告

安全・安心な在宅医療を行うための病院と在宅との中間施設における看護の 在り方に関する研究

A. 研究目的	2
B. 研究方法	3
C. 研究結果	5
D. 考察	11
E. 結論	12
F. 研究発表	13
G. 知的所有権の取得状況	13

安全・安心な在宅医療を行うための病院と在宅との中間施設における 看護の在り方に関する研究

研究代表者 鶴田 恵子 日本赤十字看護大学

研究要旨

本研究は、医療依存度が高いまま急性期病院を退院する療養者とその家族が、在宅で医療処置を継続しながら安全に安心して療養できるための、指導・訓練施設の構築と看護のあり方を検討することを目的として、実態調査および指導・訓練の場の検討を行った。調査計画として、平成 22 年度は、入院患者の医療依存度の概要と急性期病院での退院指導、退院調整の実態、医療依存度の高い在宅療養者の実態、中間施設としての機能を持つことが可能な施設での指導状況の実態調査を実施した。その結果を受けて、平成 23 年度はさらに中間施設の機能と想定される施設の実態調査を行い、その内容から中間施設に一定の枠組みを設定し、中間施設での機能と活用のあり方を検討した。その結果、医療依存度が高いまま退院していく患者は高齢者が多く、都市部の患者像は、老々介護で、退院後は医療依存度が高い場合も殆ど在宅へ退院していた。在院日数の短縮により、急性期病院においては治療と並行しての退院指導は限界があり、十分に指導できない現状がみられた。また在宅療養側では、不測の事態への対応については、入院治療の環境下では殆ど起こらないため対応方法が分からず、在宅療養での不安事例が抽出された。このことを踏まえ、中間施設と想定される介護老人保健施設、介護療養型老人保健施設、療養通所介護事業所、連携する地域医療支援病院での医療依存度の高い療養者への関わりの現状を調査した。これらの結果、病院退院後の療養の場と指導方法のパターンを整理し、中間施設として現在既存する施設の機能を踏まえた利用モデル案を作成した。これらから、既存の施設を中間施設として利用する上で、新たな利用方法の検討の必要性が示唆された。また、療養の場は医療依存度の状況から入所と通所が考えられ、いずれも医療対応ができる体制整備が必要であることが示唆された。

病院・中間施設・在宅と療養の場を変更しても、療養者の心身の状況、家族の理解状況に合った指導の継続ができるよう、「療養支援パス」の開発を行った。医療依存度の高い疾患は多数あるが、医療機器を使用し、在宅でも生活管理や危機管理が必要となる慢性閉塞性肺疾患での在宅酸素治療患者に焦点を当て、療養支援パスを開発した。これを作ることで、病院内での指導に不足点がある場合、また療養者の理解度に合わせて複数回必要な場合など、病院が全ての指導を行わなくとも、次の療養の場が残りの指導部分や療養者の個別状況に合わせた指導を実施し、最終的な療養の場に合わせ、指導する看護師もパスに沿って進めることで患者指導に抜けがなく、施設が変わっても指導内容の質を保つことができる。

開発した「療養支援パス」は、急性期医療機関での退院指導と在宅療養者の困難を解決できる枠組みとして、「入院安定期～退院前」「中間施設」「在宅」の療養経過の流れを作り、アウトカムを設定した。パスの内容としては「看護介入」「看護指導」「社会資源」を軸として作成した。作成したものを研究班でディスカッションし、実用可能なものへ洗練化し、完成させた。

A. 研究目的

医療制度構造改革による医療機能分化が進む中、急性期病院と在宅との中間施設とされていた介護療養病床の廃止及び医療療養病床の縮小が進められてきた。従来の介護療養病床は施設への転換が求められ、国としては転換のための支援策として、規模に応じた基準の緩和や交付金による転換助成等を実施しているところであるが、転換は進んでいない現状である。また、医療依存度の高い療養者への施設として新たに介護療養型老人保健施設を創設したが、これも十分とはいえない状況である。

医療依存度が高いまま退院する患者は、医療機器を装着していたり、医療的処置が必要であったりという状態である。例として、大腸がんの術後にてストーマを造設した患者や術後の神経障害にて自己導尿が必要となる患者、慢性の呼吸疾患のために在宅酸素が必要となる患者、インシュリン等の自己注射が必要となる患者、腹膜透析の導入時の患者等が考えられる。このような患者に対しては、退院前に医療機器や器材の取り扱い方法などについて看護師等から患者と家族に説明がなされ、その手技の習得状況を看護師が確認した後に退院している。しかし、その時に習得する方法は病院という環境下での方法であり、自宅での環境を想定しての実施でないことが多い。そのため、退院後に病院と在宅での環境の違いに患者が戸惑うこともあることから、自宅の状況・日常生活に合わせた環境の中での指導が必要であると考えられる。このような在宅での医療が必要な患者および家族に対して、生活に合わせた医療の方法を考えその方法を習得していく場、つまり、医療を生活の中にどのように取り込むかを考え学ぶ場を作り、医療処置等の指導・リハビリテーションを実施していくことが必要であると考えられる。

そこで本研究では、医療依存度が高いまま急性期病院を退院する療養者と家族が、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための指導・訓練施設の構築と看護のあり方を検討することを目的とした。

研究計画として、平成22年度は、急性期病院の退院患者における退院時の状況と継続的な医療の必要性に関する実態調査、急性期病院の退

院指導の現状調査、医療依存度の高い在宅療養者の生活適応上の困難に関する実態調査、訓練施設となり得る介護老人保健施設・介護療養病床の現状調査を行った。

平成23年度は、22年度の結果を受け、医療依存度の高い療養者への指導・訓練施設の構築の検討として、既存施設の利用可能性を検討する上での施設調査、施設調査の結果を踏まえての病院と在宅をつなぐ看護のあり方についての検討、医療依存度の高い療養者に対して病院から中間施設、中間施設を経て在宅療養まで支える看護提供の具体的方法の検討を行った。

本研究は、医療と在宅とをつなぐ方法として、看護が中心となって療養生活をサポートする中間施設の構築を新たな提案として検討している。

本研究の意義として、例えば大腸がんの患者の場合、罹患率は人口10万対34.6名であり、その3分の1が直腸がんであると言われている。直腸がんの場合、ストーマを造設することが多く、多くの患者が対象となることが考えられる。また、慢性閉塞性肺疾患（Chronic obstructive pulmonary Disease：COPD）患者は530万人（日本呼吸器学会，2004）と言われ、慢性呼吸不全状態となった場合、在宅酸素療法（Home Oxygen therapy：HOT）への導入が検討され、体調管理はもとより、医療機器の取り扱いも習得していかなければならない。さらに、入院先から転院するケースが4%であり、中間施設を利用することにより、在宅への移行もよりスムーズになると考える。

なお、本研究は、医療と在宅とをつなぐ中間施設としての新たな提案であり、医療を生活の中へ取り込むことへの支援である。その上で、今回は、国内において人口と比較し、長期療養施設の少ない「都心」に焦点を当てて研究を進めた。

本研究の成果は、医療機器・医療処置のための指導・訓練施設を作り、そこで退院後の生活に合わせた技術を習得することは、退院後の自宅での生活を安全に安心して過ごすことにつながり、療養者の満足が上がることとなる。また、重症度の高い患者においても、症状の安定を見ながら技術習得をする期間・機会となることから、重症度の高い患者も在宅への移行をスム

ズに行うことが可能となる。そのため、在院日数の短縮化にもつながる。さらに、今まで術後の技術力の問題でトラブルが発生し再入院していた症例も、このような在宅と同じような環境下での訓練を行うことで再入院率が減り、医療の投入量の減少・医療費の削減につながることも期待される。

B. 研究方法

1. 方法

本研究では、医療依存度の高い療養者が安全、安心して在宅療養が行えるようになるための指導・訓練施設の構築を実現化するために、現在の医療状況を把握するための実態調査と、それを踏まえての中間施設の在り方の検討、中間施設の具体的活用の検討を行った。

平成22年度は、医療依存度の高いまま退院していく患者の退院前後の状況の実態調査および病院における教育・指導方法の現状調査、在宅で医療機器を使用している療養者や医療処置を実施している療養者の技術習得の過程と困難等の事例収集、これらの事例をもとにした指導・訓練施設の看護内容の検討を行うこととした。さらに、指導・訓練施設を運用する場の検討として、既存の施設の利用の可能性等を検討していくこととした。

そのため、以下の4つの研究を実施した。

- a. 急性期病院における退院時の患者の状況と退院後の医療の必要性に関する実態調査
- b. 医療依存度の高い患者に対する急性期病院での退院指導の実際
- c. 医療依存度の高い在宅療養者の生活適応までの困難調査
- d. 介護老人保健施設、介護療養病床の施設の現状調査

平成 23 年度は、これらをもとにした指導・訓練の看護内容の検討、さらに、指導・訓練施設を運用する場の検討として、既存の施設の利用の可能性等を検討した。これらにより、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための指導・訓練施設の構築と看護のあり方を明らかにした。

そのため、以下の3つの研究を実施した。

- e. 指導・訓練施設の既存施設の利用可能性の検討
- f. 病院と在宅をつなぐ看護のあり方についての検討
- g. 慢性閉塞性肺疾患患者の療養を支援する中間施設を活用した「療養支援パス」の開発

2. 対象

平成 22 年度

平成22年度の研究調査では、a. b. の研究については都心にある急性期病院を対象とした。aでは既存のデータ集積で、6か月間の看護サマリー調査を実施し、b. では医療処置のあるまま退院する患者の多い病棟の看護師および退院支援部門の看護師を対象とした。

c. の研究では、在宅療養中の療養者及び家族と訪問看護師を対象とした。

d. の研究では医療依存度の高い療養者を受け入れている介護老人保健施設を対象とした。

平成23年度

e. の研究については、平成 22 年度の結果を踏まえ、医療依存度の高い療養者を受け入れている長期療養型施設において、様々な形態があることから、形態の異なる 4 施設を抽出した。

- ・療養通所介護事業のネットワークにおいて積極的な活動を実施している管理者が管理する事業所で、医療依存度の高い療養者を受け入れている長期療養型施設として、在宅療養支援として訪問看護および療養通所介護サービスを実施する既存施設 (A 施設)。
- ・急性期病院である施設のうち、在宅移行支援としてシステムを構築している病院を選定し、在宅移行支援として「療養支援ナース」を配置し、積極的な取り組みを実施している医療機関 (B 病院)。
- ・介護療養病床からの転換型の介護療養型老人保健施設であり、地方に設置され、医療依存度の高い療養者を受け入れるにあたり、看護職員数が基準より多く配置され、介護療養病床からの転換から医療依存度の高い入所者を受け入れられる施設設備を有する施設 (C 施設)。
- ・医療過疎地にあり、公益社団法人によって

運営されている保健福祉センターと有床診療所に隣接する複合施設の一部として設置されている診療所併設型の介護老人保健施設（D施設）。

f. の研究は、平成 22 年度・平成 23 年度の研究で収集したデータを対象とした。

g. の研究は、既存の資料および平成 22 年度・平成 23 年度の退院支援のデータを対象とした。

3. 調査方法

【平成 22 年度】

a. 調査票を用いた実態調査

直近1年間に退院した患者の退院時の状況および退院後の療養の場に関する記録の閲覧。なお、ここでいう記録は、調査に必要な事項が網羅されている「看護サマリー」とした。

[調査項目]

- ①患者の背景；年齢，疾患名，居住区域，家族構成
- ②退院時の患者の状態；チューブ・ドレーン等の装着物の有無，医療機器の使用の有無，医療処置の継続の有無と退院前指導の状況
- ③退院先；自宅，家族・親戚宅，老人福祉施設，老人保健施設，医療施設等
- ④退院時指導の状況；退院指導に関する記述

b. c. 参加観察および面接調査

[面接内容]

■病棟看護師

- ①医療機器を装着したまま退院する患者や医療処置を必要とする状態で退院する患者への退院指導の方法と内容
- ②退院指導にかかる時間
- ③退院後に医療行為を実施できるようにするために特に注意する点

④患者の特徴(高齢，独居もしくは夫婦2人暮らし等)による指導上の工夫

■退院支援部門看護師

- ①退院支援の看護師が関わる患者の状態
- ②在宅で医療処置を必要とする患者の退院支援の内容
- ③自宅への退院と施設への退院(転院)を選択する時の判断

④退院後に医療行為を実施できるようにするために特に配慮する事項

d. 施設調査および看護責任者への半構成的面接調査

面接内容は、職員配置状況、近隣との医療連携体制、医療依存度の高い利用者の現状と設備上および人的資源上の工夫、現状の問題点と今後の課題について伺い、施設ごとに指導・訓練施設の利用可能性について分析した。

なお、平成 22 年度の研究期間は、平成 22 年 5 月から平成 23 年 3 月であった。

【平成 23 年度】

e. 施設調査および看護責任者へ半構成的面接調査

面接内容は、職員配置状況、近隣との医療連携体制、医療依存度の高い利用者の現状と設備上および人的資源上の工夫、現状の問題点と今後の課題について伺い、施設ごとに指導・訓練施設の利用可能性について分析した。

f. 病院と在宅をつなぐ看護のあり方についての検討

平成 22 年度から 23 年度の④、⑤の調査結果を踏まえ、退院後の療養者が在宅において医療処置を安心して実施できる環境を整えるための看護のあり方について、研究メンバー全員でディスカッションを行った。ディスカッションにより、病院退院後、在宅への移行ルートが 5 パターンあることを確認し、その中から本研究課題に該当するパターンの絞り込みを行った。さらに、該当する中間施設、および、その利用可能性を検討した。

g. 慢性閉塞性肺疾患患者の療養を支援する中間施設を活用した「療養支援パス」の開発

療養支援パスの開発について、呼吸器ケアの急性期医療に携わった経験のある看護師 8 名（看護管理者、集中ケア認定看護師、感染管理認定看護師、訪問看護経験者含む）でワーキンググループを立ち上げ、アウトカム、職種、実

践内容を検討し素案を作成した。それを基に研究会メンバーでディスカッションして修正し、専門家の助言を得て洗練化をした。

なお、平成 23 年度の研究期間は、平成 23 年 5 月から平成 24 年 1 月であった。

4. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会にて承認を得た後に実施した(承認番号 2010-58)。本研究への参加は自由意思であり、研究参加を拒否した場合であっても不利益は被らないこと、参加後の途中辞退も可能であることを説明した。報告書等により公表する場合は、施設名を匿名化し、特定されないよう十分に配慮することを約束した。また、本研究で得られたデータは、研究者が責任を持って厳重に保管し、本研究の目的以外では使用しないことを約束した。本研究の成果は報告書としてまとめるほか、関係学会での発表を行うことを説明し、研究成果については結果がまとまり次第郵送にてお渡しすることとした。これらの内容について、文書および口頭にて説明し、同意書への署名を持って同意を得た。

C. 研究結果

a. 急性期病院における退院時の患者の状況と退院後の医療の必要性に関する実態調査の結果

本研究は、医療依存度の高い療養者が安全に、安心して在宅療養が行えるようになるための指導・訓練施設の構築を実現化するために、このような患者の退院前後の状況の実態として、急性期病院における退院時の患者の状況と退院後の医療の必要性を明らかにすることを目的とした。

研究方法は後ろ向き非介入研究であり、都心にある急性期病院1か所の退院サマリーを調査対象とした。調査項目は①患者の背景；年齢，疾患名，居住区域，家族構成(同居者の有無)②退院時の患者の状態；チューブ・ドレーン等の装着物の有無，医療機器の使用の有無，医療処置の継続の有無と退院前指導の状況③退院先；自宅，家族・親戚宅，老人福祉施設，老人保健

施設，医療施設等④退院時指導の状況とした。

倫理的配慮は研究者の所属する大学の研究倫理審査委員会にて承認を得た後に実施した。また、対象となる医療機関の研究倫理に関する委員会に研究計画書等を提出し、委員会の承認を得た後に実施した。

研究結果として、対象病院は都心にある700床規模の急性期病院1か所とした。

データは、電子カルテ上で確認が可能であった看護サマリー6か月分をデータとした。

サマリー数のみ6か月分の一般病棟を対象とした。サマリー内容の収集に当たっては、看護部研究担当者より、退院後も医療依存度の高い患者の入院している病棟を教えていただき、該当する病棟のみのデータを収集することとした。

全病棟13病棟あり、6か月分の看護サマリー数は6316件であった。また、看護サマリー数の傾向としては外科系等の病床回転率の高い病棟のサマリー数が多い傾向にあった。サマリーデータの収集は、看護部研究担当者より、研究の目的に合わせ、退院後も医療依存度の高い患者の入院している病棟を教えていただき、該当するK病棟のみのデータを収集することとした。

K病棟は呼吸器科を主として、感染症科と耳鼻咽喉科の患者が入院する病棟であった。6か月間の退院サマリー数は507件であり、全病棟6316件の8%であった。K病棟のサマリー507件のうち、分析には死亡退院および作成途中のものを除いた477件を用いた。

K病棟の患者の年齢構成は60歳代が最も多く24.4%、次いで70歳代が23.1%という結果であり、60歳以上が65.3%を占めていた。疾患では、肺がん、肺炎(誤嚥性肺炎含む)、間質性肺炎、気管支ぜんそく、抗酸菌症、副鼻腔炎等であった。若年層では、喘息、抗酸菌症、気胸、副鼻腔炎が多かった。

同居者の状況では、配偶者が最も多かったが、70代以上となると子供と同居という場合もあった。また、配偶者の記載がある中で、配偶者以外の記載がなかったものが80~90%であり、さらにこの中で配偶者のみの世帯である可能性は、子供が自立している50代以降であると考えられ、60代以上の75~90%は配偶者のみの世帯と考えることができた。

退院後、医療処置を必要としたものは、477名中70名であり、14.7%であった。年齢が高くなるほど医療処置を必要としている人の割合が30%から40%程度と高くなる傾向にあった。病棟の特徴から在宅酸素の患者が多い傾向にあり、特に、60歳代11名、70歳代20名、80歳代16名と60歳代以降に患者が集中していた。退院先はほぼ全員が自宅に退院している状況であった。特別養護老人ホームから入院した患者は、特別養護老人ホームに戻るが、自宅から入院して特別養護老人ホームに退院していく患者はいなかった。

在宅酸素導入・導入中の患者は53名であり平均年齢73.3歳であった。このうち独居者は5名おり、夫婦のみの世帯は18名であった。独居者5名のうち3名は自宅に退院したが、社会的な支援が必要な状況であった。配偶者のみの世帯ではサマリー中に具体的な記述があった6名は72歳以上の高齢の方で、配偶者も要介護状態であった。再入院の患者は指示の酸素量が守れず呼吸状態が悪化したケースであり、新規導入の患者では退院指導の課題を残したままの退院となるなど、高齢者が医療機器を用いて在宅療養を行う課題が多く見られた。

今後は安心して安全な在宅療養ができるよう、患者の状態や能力・自宅の環境に合わせた退院指導ができる教育機能を備えた施設などの方策を考えていく必要があると考えられた。

b. 医療依存度の高い患者に対する急性期病院での退院指導の実際の結果

本研究の目的は、医療依存度が高いまま退院していく患者が安全に安心して在宅療養が行えるための方策を検討するための基礎資料として、急性期病院における看護師が行う退院指導の内容を明らかにすることである。

研究方法は半構成面接による質的研究であり、都内急性期病院の看護師4名のインタビューデータをもとに分析を行った。分析方法は意味内容の類似性を元に分類し、カテゴリー化した。インタビュー内容は①医療依存度が高い患者の状態②退院支援の内容④指導内容で特に注意する点とした。

倫理的配慮として、研究者の所属する大学の

研究倫理審査委員会および研究参加施設の倫理審査会の承認を受け実施した。研究参加の自由意思、匿名性、個人情報保護、目的外使用の禁止について約束した。

研究結果として、参加病院は都心にある一般病棟入院基本料7対1の体制を整えている急性期病院1施設であった。研究参加者は呼吸器内科を中心とした病棟の看護師2名および退院調整部門の看護師2名であり、看護師経験は5年～11年であった。インタビュー時間は平均51分であった。逐語録の分析の結果、病棟看護師の内容はコード数234、サブカテゴリー数90、カテゴリー数29、退院調整看護師の内容はコード数263、サブカテゴリー数81、カテゴリー数24であった。退院調整を行う対象は、高齢者、高齢で独居の方、医療機器（ドレーン等）をつけて帰る等医療処置を継続する方、人工肛門造設者、在宅酸素導入者、医療処置を「やる気」がない方、ADLが低下した方、医療処置の実施に心配が強い方等であった。退院指導の内容として、退院後の安全の確保という視点では【指導で大切なことは安全性の確保】のために【理解の限界を考慮した指導】【患者・家族の能力に合わせた指導の工夫】が行われていた。そのためには、【ポイントを絞っての退院指導の実施】【訪問看護の導入も視野に入れた退院指導の実施】を行い、患者・家族ができる範囲での退院指導を行うとともに、訪問看護につないでいくことがわかった。また、退院調整部門では【その人らしく療養できるための退院調整を行う】ことを大切に、病棟との定期的なカンファレンスを実施し、生活背景やその人の生き方、家族や社会的資源の状況を踏まえた調整を行っていた。また、地域に安全につながるために【患者にかかわる人が集まる退院支援カンファレンスの開催】を行い、退院後にかかわるケアマネージャーや訪問看護師を含めた病棟とのカンファレンスを実施していた。【在宅での療養が孤立しないようにかかわる接着剤としての退院調整看護師】という姿勢をもっていた。急性期病院では退院支援に時間をかけられない状況の中で、患者の安全な在宅療養のために、ポイントを絞っての指導の工夫と訪問看護とのカンファレンス等での確実な連携の実施が重要であることが示

唆された。また、今後は、療養者の安全を確保し、その人らしく療養できるためには、急性期病院での入院中の退院指導の在り方を再考し、高齢独居者や高齢夫婦、不安が強い方など、入

院中に十分な指導ができないような方、24時間のケアが必要な方の実践を踏まえた退院指導をじっくりと行える場の設定が必要であると考えられる。

【退院指導の方法】

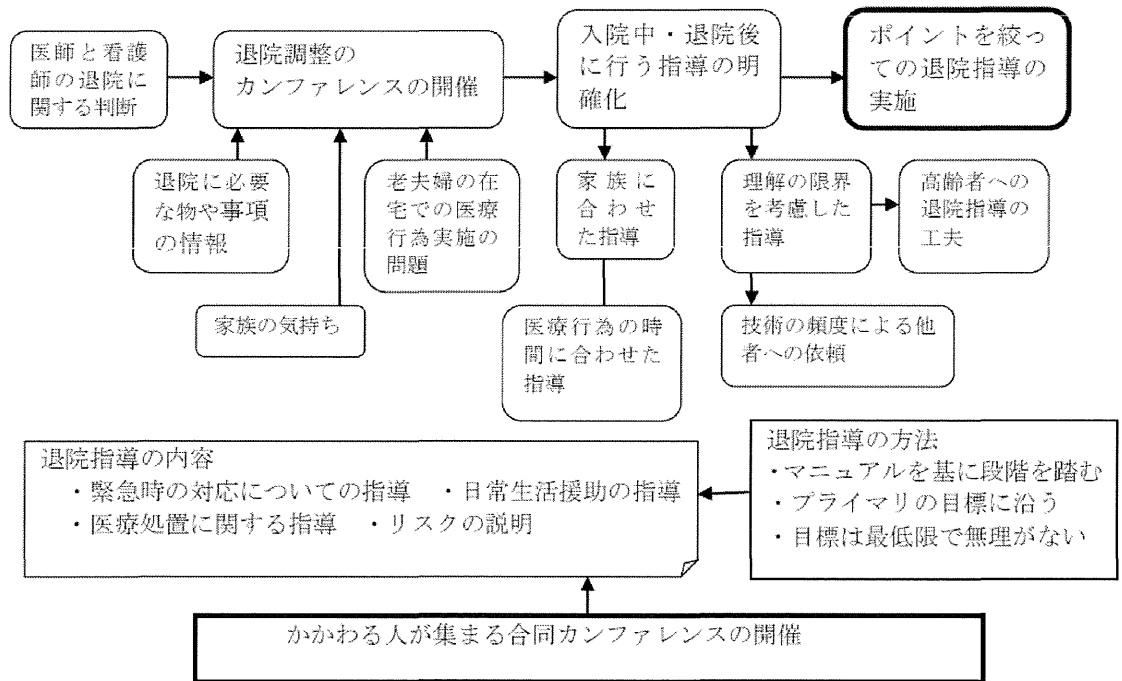


図1 病棟看護師が行う退院指導の構造

【退院調整の方法】

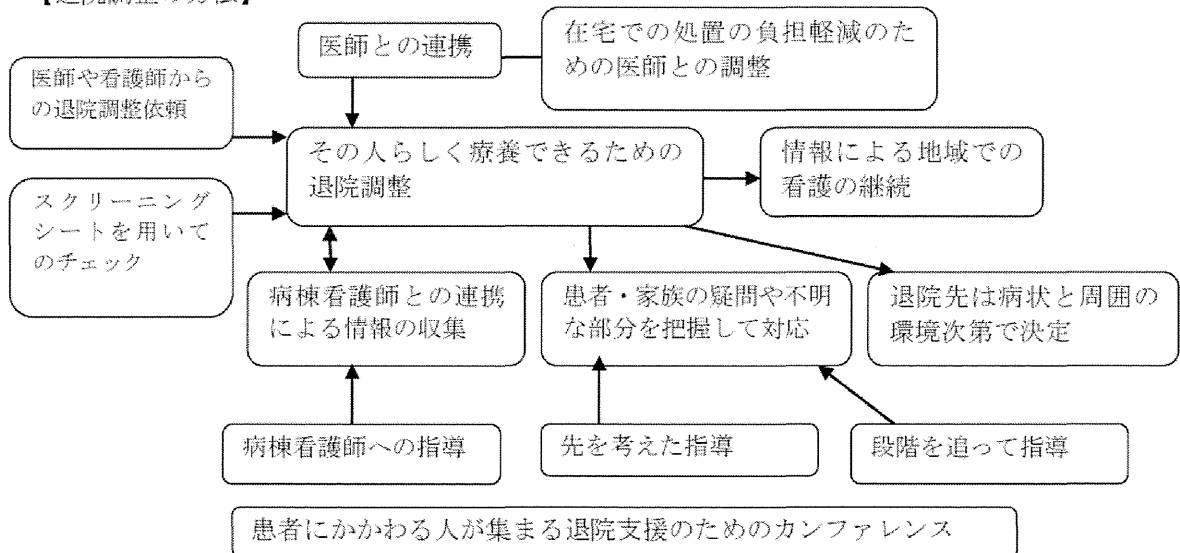


図2 退院調整看護師が行う退院調整の構造

c. 医療依存度の高い在宅療養者の生活適応までの困難調査の結果

本研究は、在宅で医療処置を要する療養者の退院後の在宅での技術習得の過程と困難な状況を把握し、在宅において医療処置が安全かつ安心して行えるようにするために必要な療養者・家族のニーズを明らかにすることを目的として、在宅療養者・家族2組と当該療養者の訪問看護を担当する看護師2名に対する面接調査および訪問看護場面の参加観察を実施した。

結果として、療養者・家族は、手技そのものの流れについては、比較的理解していたが、予期せぬトラブルに対する対処および判断への困難や療養者の生命にかかわる医療処置を担うことに対する責任を感じていた。

在宅医療処置に関する療養者・家族に対する指導に際しては、療養者の病状変化に応じて、受入れ状況や理解状況を確認しながら関わるすべての家族に対して説明を行い、十分な手技の練習や知識の習得、更に精神的な不安の軽減ができるように、療養者・家族の状況に合わせた適切な指導開始のタイミングを検討して、十分な指導期間を確保することが必要である。同時に、在宅移行に向けた在宅療養環境（緊急時トラブル時の医師・看護師の支援体制の確保）の調整や在宅医療処置方法の病院と在宅の間での調整が必要である。

指導方法については、在宅において療養者・家族が後から指導内容を確認できるようにわかりやすい文書を用いるなどの工夫をして、基本的な手技や知識とともに療養者個々の個別性に合わせた指導を行う。更に、一連の手技や機器操作に慣れるための体験や、入院中にトラブル対応やアラーム対応を看護師の前で経験できるように、療養者・家族が確実かつ自信をもって行えるための指導を段階的かつ継続的に行うことが必要である。指導内容については、基本的な手技の流れや物品使用方法・管理方法・留意点・想定されるトラブル・危険性とその予防法の説明をわかりやすく実施する。更に、異常時・トラブル時の判断の仕方や異常時・トラブル時の対処方法に何らかの手技の習得を要する場合の対処方法及びその練習が必要である。更に、

在宅移行後の医療機器に合わせた指導や使用物品とその使用方法および継続的な入手方法などの説明が必要である。

在宅への移行後は、療養者・家族の状態は変化するため、医師または看護師はトラブルの有無に関わらず、在宅移後の定期的な医療処置の状態の確認を行い、定期的な療養者の健康管理、家族の医療処置に関する習得状況の確認することなどにより、療養者・家族による安全な在宅医療処置の継続を支援していくことが重要である。

家族は、医療機器操作の困難や責任の重さに対する恐怖、危険性に対する恐怖などを抱えており、医療処置に対する不安を最小限とするために指導期間を十分に確保するとともに、在宅医療処置に関する手技や知識の習得の確認のみではなく、療養者・家族の精神的な支援も含めたケアが必要である。

今後、これらの在宅医療処置に関するニーズを満たすための在宅移行期の支援の在り方を踏まえた検討をしていくことが、在宅医療処置の安全性の確保のためには重要である。

d. 介護老人保健施設、介護療養病床の施設の現状調査の結果

本研究の目的は、医療依存度が高いまま退院した患者が、安全かつ安心して在宅療養を行うための方策を検討するための基礎資料として、病院と在宅との中間にある施設としての介護老人保健施設において、医療依存度が高いままどのように利用しているか、その現状を明らかにすることとした。

研究方法は、施設の実態調査であり、地方および都心に設置されている介護老人保健施設2施設に対し、施設見学および看護責任者へ半構成的面接調査を実施した。面接内容は、職員配置状況、近隣との医療連携体制、医療依存度の高い利用者の現状と設備上および人的資源上の工夫、現状の問題点と今後の課題について伺い、施設ごとに分析した。

結果および考察として、A施設は地方にある医療法人のリハビリテーション病院に併設された施設であり、入所定員は150名であった。B施設

は医療法人で、同法人内に複数の介護老人保健施設等を所有し、入所定員は160名であった。両施設とも同規模であり、稼働率96%で推移していた。看護・介護職員の配置状況は、両施設とも、基準の3対1以上を上回り、2.2対1の配置としていた。また、入所者の介護度、認知症の状況自立性に合わせてフロアを選択し、入所者の機能に合わせていた。平均介護度は、A施設は3.47であり重症化傾向であり、B施設も3.3で推移していた。入所者の医療依存度の現状では、A施設では、胃瘻増設者が17名と約11%であり、嚥下困難から吸引も同様に必要であった。また、一時的に点滴治療、創傷のケア、ターミナル期の補助的酸素投与が現在行われていた。B施設では、胃瘻増設者、ストーマ管理、インスリン使用者が常時4~5名入所している現状であった。内服薬については、入所時に多量に持ち込まれる持参薬を医師が確認し、必要なものみに選別し、薬剤師が整理していた。両施設とも看護職が内服薬をセッティングし、内服の補助は介護職が行っていた。また、看護・介護職員の人員配置については、食事や更衣等日常生活の補助に人手を要する朝・夕の時間帯や、入浴介助など日によって人員数を調整していた。また、設備上では、吸引・酸素の配管がないことから、ポータブルの吸引機器、酸素ポンプを活用して医療依存度の高い入所者に対応していた。徐々に身体機能が低下し、ターミナル期になる入所者に対し、看取りの関わりは、医師・看護職は慣れているものの、多くの介護職には身近なものではないことから、現在教育を計画している段階であり、A施設では一部看取りも行っているが、B施設では教育段階で行っていなかった。考察として、現状では介護老人保健施設では、入所者を「預かること」が前提にあり、看護職が指導・訓練として本人および家族へ関わっている事例はなかった。また、現在の看護職員数では、指導・訓練に携わることは難しいと考えられる。介護老人保健施設の利用では、介護保険適応であり、医療材料・薬品等は施設の持ち出しとなる現状であり、診療報酬と介護報酬のあり方、看護職の配置数、施設設備についても検討する必要があると考えられる。

e. 指導・訓練施設の既存施設の利用可能性の検討

本研究は、医療依存度が高いまま退院した療養者が、安心かつ安全に在宅療養が行えるようになるために、在宅への移行をサポートできる指導・訓練施設の構築を検討するため、平成22年度に調査結果を反映し、指導・訓練施設を運用する場について更に施設を選定、調査数を拡大し、病院と在宅の中間施設としての介護老人保健施設等既存の施設の実態を把握し、指導・訓練施設としての利用の可能性を検討することを目的とした。

研究方法は施設の実態調査であり、調査施設は、在宅療養支援として訪問看護および療養通所介護サービスを実施している療養通所介護事業所1か所、在宅移行支援システムを構築している急性期の1医療機関、介護療養病床からの転換型介護療養型老人保健施設1施設、医療過疎地にあり有床診療所と隣接された介護老人保健施設1施設とした。調査は、施設見学および看護責任者へ半構成的面接調査を実施し、面接内容は、職員配置状況、近隣との医療連携体制、医療依存度の高い利用者の現状と設備上および人的資源上の工夫、現状の問題点と今後の課題について伺い、施設ごと指導・訓練施設の利用可能性について分析した。

結果および考察として、療養通所介護事業所においては、在宅支援および在宅移行に向けた支援として有用に活用されているサービスである「泊り」について、現在制度上の裏付けを持っていない。日中の時間帯については「療養通所介護」に基づく報酬、夜間については自己負担による利用となっている現状である。また、介護療養型老人保健施設及び介護老人保健施設は、医療施設となっているが、医療保険が入所のみでは使えない現状にある。施設内での一時的な医療提供は、療養者の持ち込みまたは施設からの持ち出しとなっている。今回調査施設となった2施設は、診療所併設型であることから、外来通院の形態で医療を受け、それをもとに指導・訓練をすることは、施設設備上可能ではないかと考える。また、在宅移行へ向け、地域と関わりを持ちながらサポートする体制を強化している急性期病院の事例から、病院・中間

施設の経由を想定しても、双方の連携が密にでき、限られた病院側・施設側の看護職員が効果的に関わることができると思う。指導・訓練の実施において重要となる看護職については、療養通所介護事業所では、医療ニーズに対して安全性を確保するために、療養者の定員数を削減して対応していた。介護療養型老人保健施設では、療養病床からの転換時看護職を削減していないため、人材は確保されていた。実際に、指導・訓練を展開する上では、マンパワーの確保に加え、指導・訓練の実施が可能な看護職の育成、医療保険の適応など医療費の負担にかかる費用の確保、隣接された診療所との連携による必要な機材の利用ができるなど、施設空間および人的資源の活用が十分になされていることが、中間施設としての機能が持つ背景として必要と考える。

f. 病院と在宅をつなぐ看護のあり方についての検討

本研究は、医療依存度が高いまま急性期病院を退院する療養者と家族が、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための指導・訓練施設の構築と看護のあり方を検討することを目的としている。そこで、指導・訓練の場の検討として、介護療養型老人保健施設、居宅療養介護施設の施設調査とヒアリングおよび急性期病院の退院支援部門での活動とその成果のヒアリングを実施してきた。

そこでここでは、平成 23 年度の核施設のヒアリング結果および平成 22 年度の本研究の調査結果を踏まえ、既存の施設の利用の可能性も合わせて、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための指導・訓練施設および看護のあり方を検討した。研究の目的は、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための、病院と在宅をつなぐ看護のあり方を明らかにすることである。

研究方法は、平成 22 年度の本研究結果および平成 23 年度の調査結果を踏まえ、退院後の療養者が在宅において医療処置を安心して実施できる環境を整えるための看護のあり方について、研究メンバー全員でディスカッションを行った。ディスカッションにより、病院退院後、

在宅への移行ルートが 5 パターンあることを確認し、その中から本研究課題に該当するパターンの絞り込みを行った。さらに、該当する中間施設、および、その利用可能性を検討した。

結果および考察として、本研究における病院と在宅をつなぐルートとしては、以下の 5 パターンがあると考えられた。

①病院から中間施設に入所または入院し、自宅に帰るパターンであり、中間施設は介護老人保健施設や介護療養型老人保健施設、療養病床が当てはまる。

②病院から自宅に退院するが、療養者本人が中間施設に通い、退院指導の不足部分や不十分な知識を補い、安全に療養が続けられるようにしていくパターンである。この場合の中間施設は療養通所介護や小規模多機能と訪問看護を組み合わせたもの、通所リハ施設、施設でのデイケアも含まれることとなる。

③病院から直接自宅に退院するが、①や②のパターンでの施設で行う指導内容等を訪問看護で実施していくというパターンである。必要なサービスを実施するためには、1 日の中での訪問時間や回数は療養者の状況に応じて適切に計画していく必要がある。

④病院から自宅へ退院するが、その病院が持っている訪問看護部門から自宅に訪問を行うパターンである。情報は病院が持っていることから、患者の状況等を反映した指導を続いて実施することができ、患者も安心して受けることができるパターンである。

⑤病院から自宅に退院し、その後、病院外来や診療所に患者が通院したり訪問したりするというパターンである。この中で本研究に合致しているのは①であり、中間施設の看護のあり方としては、医療を行う場としての 24 時間対応できる看護師の配置、医療機器の設定や療養者の身体変化に対応できるような医師・看護師の配置もしくはすぐに対応可能な医師の確保・連携体制整備をとる必要がある。また、医療保険適応となるような制度の整備も今後必要となると考えられ、このような課題への対応が必要となる。

g. 慢性閉塞性肺疾患患者の療養を支援する中間施設を活用した「療養支援パス」の開発

本研究は、安全・安心な在宅医療を行うための病院と在宅との中間施設における看護のあり方について、療養支援の方法として、病院と在宅との間に中間施設の設置を仮定し、そこで在宅療養に向けて療養指導を実施することを検討した。医療機器の装着は様々な例があるが、対象者が多い慢性閉塞性肺疾患患者の在宅酸素療法（Home Oxygen Therapy：以下、HOT）導入を一例として挙げ、具体的方法として、病院・中間施設・在宅において、必要な指導が明確となる「療養支援パス」を開発した。本研究の目的は、病院から中間施設を経由し、在宅へ速やかに移行できるための療養支援パスを開発し、中間施設として検討される既存の施設での活用課題について検討することである。

研究方法は、療養支援パスの開発について、呼吸器ケアの急性期医療に携わった経験のある看護師8名（看護管理者、集中ケア認定看護師、感染管理認定看護師、訪問看護経験者含む）でワーキンググループを立ち上げ、アウトカム、職種、実践内容を検討し素案を作成した。それを基に研究会メンバーでディスカッションして修正し、専門家の助言を得て洗練化した。

結果および考察として、療養支援パスの開発において、実施可能性の高いものと考え、地域要件として人口や医療機関が多く、既存の中間施設とされる介護老人保健施設等が少なく、医療機関から在宅へ直接移行されるところに課題があるとし、東京を中心とした都市部での運用を条件とした。ワーキンググループは2回開催し、中間施設内だけで指導の完結を目指し、枠組みと指導内容を検討した。それを基に、研究メンバーでは、平成22年度の本研究結果において、急性期医療機関での退院指導と在宅療養者の困難状況を明らかにしたため、それを解決できる枠組みとして、「入院安定期～退院前」「中間施設」「在宅（訪問看護）」の流れで横軸とし、それぞれの施設・看護のアウトカムを設定し、それを達成するための「看護アウトカム」「看護介入」「看護指導」と「社会資源」を縦軸に設定して、どこの場所でもどの程度できているか具体的に共有できる1枚のチェックリスト形式で

作成した。その内容を呼吸器ケアの専門家や訪問看護師より助言を得て、実用可能なものへ洗練化を図った。

それらをどのように運用するかについて、中間施設または在宅等で活用される可能性のある「訪問看護ステーション」「療養通所介護事業所」「小規模多機能型居宅介護」「介護老人保健施設」「病院（外来）」「在宅療養支援診療所」それぞれについて、施設の機能や現状を踏まえ、活用の可能性について考察した。

D. 考察

急性期病院の看護サマリーによる調査の結果、医療機器を装着したり医療処置を継続して必要としたりしたまま退院する患者が14%程度おり、その多くは高齢者であることがわかった。さらに、高齢独居の患者や高齢者のみの世帯である患者もおり、このような方々には退院後の訪問看護につなぐ必要性があることが考えられる。また、高齢世帯の患者の場合、医師の指示が理解されていないため守れず、状態が悪化して再入院したケースや、退院指導期間では機器の操作の指導がしきれずに退院となったケースもあった。このような場合、入院日数にとらわれ過ぎず、手技を身に着られる場を設ける必要があると考えられる。

急性期病院で行われる退院指導では、短い入院日数や煩雑な看護業務の中で患者の療養環境に合わせた退院指導を行う困難が語られた。このような中でも、短期間で必要な指導を行うためには、指導のポイントを絞ったり、必要最低限の内容や機器にしたりと様々な工夫がなされていた。一方でもっと時間があれば指導が十分に行うことができ、患者も安心して退院できるという考えも持っていた。また、病棟外に配属されている退院調整部門の看護師が安全に療養生活を送るために、訪問看護ステーションや在宅医をも含めた合同カンファレンスを実施し、退院する患者の情報共有ができる機会を設けていた。このようなことは、急性期病院や地域にとって非常に効率的で、医療の必要な患者が地域で抜け落ちることなく医療が確実に継続されていく方法であると考えられる。なお、退院調整を担当している看護師が医療の必要な患者数

に十分に対応できているかについては検討の余地がある。

在宅療養者の医療処置を行いながらの生活では、療養者・家族は、予期せぬトラブルに対する対処および判断への困難や療養者の生命にかかわる医療処置を担うことに対する責任を感じていた。さらに、家族は、医療機器操作の困難や責任の重さに対する恐怖、危険性に対する恐怖などを抱えてもいた。そのため、療養者の病状変化に応じた、関わるすべての家族に対して説明を行い、十分な手技の練習や知識の習得、更に精神的な不安の軽減ができるように、十分に指導期間を取りながら指導を行う必要があると考えられる。その内容としては機器等の使用方法や手技以外に、想定されるトラブル・危険性とその予防法、異常時・トラブル時の判断の仕方や異常時・トラブル時の対処方法も含まれる必要があると考える。また、在宅移行に向けた在宅療養環境の調整や在宅医療処置方法の病院と在宅の間での調整が必要であると考えられる。

介護老人保健施設等の現状については、介護老人保健施設は入所者を<預かる>ことが前提であった。そのため、看護職が指導・訓練として本人および家族へ関わっている事例はなかった。また、現在の看護職員数は少なく、現状のままでは医療機器を導入した患者に対する指導・訓練に携わることは難しいと考えられる。また、介護老人保健施設の利用では、介護保険適応であり、医療材料・薬品等は施設の持ち出しとなる現状であり、診療報酬と介護報酬のあり方、看護職の配置数、施設設備についても、今後、検討する必要があると考えられる。

医療依存度の高い療養者が安全、安心して在宅療養行えるようになるための指導訓練施設を構築するために、既存の施設の指導・訓練施設の利用可能性について検討を行った。地方の急性期病院の看護職が中心となって在宅移行へ向け地域との関わりを持ちながら移行をサポートする「療養支援ナース」を組織化した看護の先駆的な取り組みや、「泊まり」を取り入れた療養通所事業所での看護の先駆的な取り組みから、病院と在宅の中間施設においては看護が要になることが重要と考えられる。

病院と在宅をつなぐルートとして5パターンがあると考えた。本研究のテーマである病院と在宅を繋ぐ中間施設は、5パターンのうち2パターンがあてはまる。

まずは病院から中間施設に入所または入院し、自宅に帰るとパターンである。既存施設としては、介護老人保健施設や、介護療養型老人保健施設、療養病床があてはまる。

次のパターンは、病院から自宅に退院するが、療養者本人が中間施設に通い、退院指導の不足部分や不十分な知識を補い、安全に療養が続けられるようにしていくパターンである。この場合の中間施設は療養通所介護や小規模多機能と訪問看護を組み合わせたもの、通所リハ施設、施設でのデイケアも含まれることとなる。

中間施設として2パターンを想定して、看護実践内容の標準化するために「退院前（病院）」「中間施設」「在宅（訪問看護）」に分けて共通のツールとなる「療養支援パス」を開発した。

本研究は、人口の集中した首都圏および隣接する高齢化が急激に予測される地域における、病院と在宅をつなぐ中間施設に焦点をあて取り組んでおり、22年度に実施した首都圏の急性期病院の調査で医療依存度の高い退院患者のデータから、対象者の多い慢性閉塞性肺疾患患者の在宅酸素療法導入を例にして在宅療養支援パスを開発した。

中間施設として想定した入所型・通所型の2パターンについて既存施設で「療養支援パス」の活用可能性について検討を行い、実証の必要性が認められた。

E. 結論

医療依存度が高いまま急性期病院を退院する療養者と家族が、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための指導・訓練施設の構築と看護のあり方を検討することを目的として、退院患者の実態調査、急性期病院における退院指導の現状調査、在宅で医療機器を使用している療養者・家族生活適応の過程と困難の調査、指導・訓練施設の可能性として介護老人保健施設等の調査を行った。

その結果、在院日数が短縮された急性期病院では、医療処置が必要な患者が指導・訓練が不

十分なまま退院しているため、在宅療養において患者や家族は医療処置に関して困難さを感じていることが明らかになった。病院と在宅の中間施設として制度化された介護老人保健施設は、医療処置の必要な利用者への指導・訓練はされていない現状も明らかになった。23年度は療養病床から転換した介護老人保健施設や「泊まり」試行している通所介護へも拡げて施設調査を予定している。医療処置が必要なまま急性期病院を退院した患者が、安全・安心な在宅療養を行うために既存施設の活用を含めて、指導・訓練を強化できる看護あり方について提言を纏める予定である。さらに、安全・安心な在宅療養支援の視点から慢性期病床の機能区分のあり方についても検討を予定している。

医療依存度の高い療養者を安全・安心に病院から在宅に移行していくためには、病院と在宅の中間施設における、看護職による療養支援が必要である。中間施設としては入所型と通所型の2パターンが想定される。

入所型中間施設は、既存施設として介護老人保健施設や、介護療養型老人保健施設、療養病床があてはまる。

通所型中間施設は、既存施設としては療養通所介護や小規模多機能と訪問看護を組み合わせたもの、通所リハ施設、施設でのデイケアも含まれることとなる。

既存の施設を病院と在宅をつなぐ中間施設として活用するためには、従来の看護業務を変更していく必要があり、標準化した看護実践を示す療養支援パスの活用は有効と考えられる。

また、中間施設が、医療依存度の高い療養者を引き受けていくためには、医療体制・看護体制の整備や医療機器の管理や設備面について、医療保険の制約についても検討する必要がある。さらに、中間施設の実証的な研究が急務であるとする。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

- ・ 医療依存度の高い患者に対する急性期病院での退院指導の実際. 酒井美絵子.
平成23年度 第15回 日本看護管理学会年次大会. p.118.
- ・ 介護老人保健施設における医療依存度の高い入所者の実態と看護の現状. 田口実里.
平成23年度 第15回 日本看護管理学会年次大会. p82.
- ・ 安全・安心な在宅移行支援のための「療養支援パス」の開発. 酒井美絵子.
平成24年度 第16回 日本看護管理学会年次大会.

G. 知的所有権の取得状況

なし。

