

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

早期退院を可能にするケア・マネジメント

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2016-02-20 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 島内, 節, 乗越, 千枝 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/481

早期退院を可能にするケア・マネジメント

しまのうち せつ
島内 節

東京医科歯科大学保健衛生学科地域看護学教授

のり こし ち え
乗越 千枝

東京医科歯科大学保健衛生学科大学院地域看護学



早期退院の必要性を先進諸外国の現状やわが国の研究論文から考察し、わが国の早期退院の実現のため、問題点や課題を明らかにし、ケア・マネジメントやシステムづくりの重要性について述べる。

■早期退院のためのケア・マネジメントの必要性とわが国において検討すべき事項

慢性疾患患者や高齢者が増加している現在、療養の場が病院から在宅へと移行し、在宅ケアの利用者は多くなっている。その中で継続したケアが求められ、地域の社会資源やサービスの連携が必要となり、ケア・マネジメントが重要になっている。ケア・マネジメントは地域ケアで行われることが多いが、施設内でも必須である。

既に先進諸外国では対象者の入院時から退院後までを考えた病院
内ケア・マネジメントが行われている。アメリカでは DRG/PPS
(Diagnostic Related Groupings/Prospective Payment System, 診
断群別包括事前支払い方式) の診断別在院日数と平均的コストの規定
によりクリティカル・パス(ケアマップ)が導入されているが、そ
の内容を見ると入院の1日目から Discharge Plan が盛り込まれて
おり、ホームケアを見すえたケア・マネジメントが行われている。
Discharge Planning とは患者とその家族の退院後の適切なケアプ

● 早期退院を可能にするケアシステム——新たなアイデアと実践紹介

ランづくり利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体としてのプロセス（AHA）であるとしている¹⁾。

手島は、英語では Discharge Planning は、個々の患者への退院に関する援助計画（Discharge plan）と、それを保証するための病院全体としてのプロセスあるいはプログラム（Discharge Planning）に区別されているが、翻訳ではどちらも「退院計画」という同一の言葉が使われていることが多い²⁾としており、Discharge Planning を「退院計画」「退院計画プログラム」という用語で表している。

アメリカでは、決められた予算と在院日数の中で、必要なサービスを提供し、ケアの質を保つためのマネジド・ケアがアプローチの1つとして生まれたが、経済効率に加え、患者の QOL の維持・向上、再入院の予防、ケアの質の保証・向上、そして地域の連携強化などの有効性が確認されている。

わが国では現在、在宅ケアサービスの利用者は増加し、訪問看護ステーションが全国で2,000カ所以上設立され、需要は伸びているが、そのケアの質は保証されているとは言えない。また、施設と地域の連携は不十分である。このような実情から、ケアは断片的で、非効率的・非効果的なものに陥りやすく、在宅ケアサービスの提供者の個人的な資質にケアの質が左右されやすい。

病院等の施設から家庭へ療養の場がスムーズに移行し、効率的・効果的な継続ケアが提供され、退院後に再入院することなく、患者の QOL を維持・向上していくには、入院直後から、退院後の生活を考えた目標を立て退院計画を進めていくことが必要であり、退院時に精神的、身体的、社会的な準備がどれだけ出来ているかに大きく影響されるだろう。また、退院計画は病院などの施設内だけで行われるものではなく、利用者の住む地域の社会資源によっても変わってくるため、その地域のサービスを把握し、在宅ケアのマネジメントが出来るケア提供者との協力によってなされることが望ましいと考える。

また、これから公的介護保険法による新介護システムが導入されるようになると、チームによってケアプランを立てることが必須と

なるが、退院計画も利用者のケアにかかわるケア提供者がチームで遂行していかなければ、利用者の満足度の高いケア提供にはならないだろう。

アメリカでは退院計画についての研究が多くなされているが、日本では退院計画についての研究はまだ数少ない。アメリカでは Discharge Planning の効果については在院日数、再入院率、満足度、再入院費用、退院後のヘルスケアサービスにかかった費用から研究されている^{3,4)}。

日本における退院をめぐる看護援助及び看護領域における研究としては、退院指導及び継続ケアの研究がなされている。

池田らは高齢者の自宅退院においての問題点とニーズの分析とその変化を追っているが、退院時の援助の希望は順に、(1) 日常生活面、(2) 健康面、(3) 精神面であった⁵⁾。困ることは、(1) 健康面、(2) 日常生活面、(3) 精神面の順であった。そして、アセスメントの点からは地域での患者の生活の視点の必要性を挙げている⁵⁾。また、石川らが行った退院を控えた高齢者の不安に関する要因分析では、疾患に関する不安が高いこと、またその不安に影響する要因では、性別、家族構成、ADL レベル、判断能力、家庭における役割(生きがい、家族関係)があった⁶⁾。

池上らによると退院したがない高齢者はスムーズに退院した患者よりも疾患や機能障害・日常生活・社会生活の不安が大きいことがわかった⁷⁾。

このようなことから退院につきまとう患者の不安に対しての援助が必要なことがわかる。

疾患や身体に対する指導で、日本の現状から家族などの介護者の負担軽減、介護力の評価と介護者への指導、社会資源の利用、医療機関による継続的ケアの必要性が挙げられる。阿曾らによる調査報告では介護者も高齢者である場合、看護を受ける予備軍であることも考え、保健医療機関は在宅ケアが適切に展開出来るように関連機関との連携の必要性を述べている⁸⁾。

また、大河原らの研究では脳神経系患者の在宅療養では ADL

表 1 入院患者の退院をスムーズにするため看護職が取り組んでいること¹³⁾ (複数回答)

患者への退院指導の実施	81.3%
家族への看護・介護指導の実施	69.6%
退院時サマリーの作成・活用	67.1%
訪問看護ステーション・開業医・ 福祉関係者等との連携	49.0%
訪問看護の実施	44.2%
退院計画の策定	26.0%

表 2 退院決定への看護職の関与¹³⁾
(複数回答)

看護職が提供する患者情報をも考慮し、医師が決める	84.3%
医師、看護職、その他の職種を交えたカンファレンスで決定する	19.8%
医師だけで決定し、看護職はほとんど関与していない	18.3%
実質的にはほとんど看護職の判断で決める	1.4%

※一般病棟が「ある」と回答した病院
2,543（100％）に対する割合

レベルの低い場合に短期間で死亡の傾向があるが、家族の介護意欲が高ければ患者は長期にわたり在宅療養を継続しているという⁹⁾。これは日本では在宅介護の役割が家族に大きくかかっているということではないだろうか。このように、患者の退院時に看護の必要性は明らかになってきている。

氏家らは総合病院における在宅看護の研究で退院時指導のあり方として、「①訪問看護の独立部門を設けること、②医師の患者のQOLを考えた医療への理解、③①の部門は、看護職を中心としても、それを支えられる専門知識を有し、実践する事務職員とその教育の充実、④MSWとの共働関係、⑤PT・OTの協力、⑥これらをシステム化することが欠かせない」と述べている¹⁰⁾。

また退院後の患者・家族の不安を軽減することは退院指導だけでは十分とは言えず、病状の悪化や緊急時の医療提供とともに、生活面でのサポートの充実が必要である¹¹⁾。

以上のような退院に関する研究から日本においても Discharge Planning の導入は有効ではないかと考える。実際に、石垣らは高齢者終末期癌患者に対する Discharge Planning のシステム化を試みており（本誌 p. 55 参照）、Discharge Planning に必要な事項として、①Discharge Planning team, ②Discharge Planning



coordinator, ③合意形成システム, ④諸記録の整備を挙げている¹²⁾。

またソーシャルワーカーによる退院計画の導入の試みがなされているが、日本においてまた看護領域における取り組みはこれからである。日本看護協会ニュース第363号(1997年8月15日), 1997年9月号「看護」(Vol. 49, No. 11, p. 214)において入院患者に対して退院をスムーズにするための看護職の取り組みの現状が示されていた(表1, 表2)¹³⁾。これらは退院時の看護ではあるが、早期退院を目指したケア・マネジメントとは言えない部分が多い。しかしこのような取り組みがケア・マネジメントの基礎づくりの一部としては有効と言える。調査時点は1996年11月, 対象者は, 日本看護協会会員が勤務する全病院の看護部長, またはそれに代わる職名の者6,241人で, 有効回答は2,977(有効回収率47.7%)である。

なぜ病院ケアから在宅ケアへのシフトがスムーズに出来ないのか

病気をもち、医療的ケアを必要としながらも在宅で過ごしたいと思う人、また病院医療は必要ではないが、在宅ケアが出来ないので入院している例は多いと考えられる。現状では以下のような問題点があり、在宅ケアへの移行がスムーズに行われていない。

1. 病院側の問題

(1) 在院日数の予測, 在宅ケアが可能か否かの判断などを入院後出来るだけ早期に決定し, 移行の準備を開始する必要があるが, 退院の決定や職員間の共有化の時期が遅いために, 在宅ケア機関や社会資源(制度, 人, 物, ケアの間)など利用の準備が間に合わず, 待ち時間を要する。

(2) 院内スタッフに在宅ケアのためのアセスメントやケアプランの訓練がなされておらず, 在宅ケアへの移行の情報が曖昧で在宅ケアニーズが明確に捉えられていない。

(3) 病院側で在宅ケアのシステムや社会資源を知らず、患者の在宅生活を可能にする条件づくりのための社会への働きかけの方法がわからない。

(4) 在宅ケアにしっかり結びつけるために、時間を避くことが出来る専任者がおらず、それぞれのスタッフが同一条件で働いているので時間的余裕がなく、ケア・マネジメントが出来ていない。

2. 在宅ケア提供側の問題

(1) 退院にあたっての在宅ケア利用の手続き方法や利用可能な社会資源を積極的に病院側に送ったり、情報伝達をしていない（病院側からも求めない）。

(2) 慢性的なマンパワー不足があるために、病院から連絡があっても初回訪問が遅れたり、継続的な訪問が困難であったりする。

(3) 保健医療福祉の機関に働く人に退院患者の実態をよく把握し、協力し合える要となるケア・マネジャーが存在していなかった。そのことが在宅ケア開始や効率的なケアの提供を遅らせた最大の要因である。

(4) 在宅ケアのための財源拡大を図らなければ、マンパワー確保は困難である。

以上の問題を克服することが病院から在宅ケアへのスムーズなシフトを可能にする条件と言えよう。

■早期退院を可能にするケア・マネジメント能力・技術

1. 在宅ケアニーズを明確化するためのアセスメント能力

患者が在宅療養生活をする上でのニーズを入院中、しかも出来るだけ早期に、本人の心身・社会的条件、家族の条件、住宅条件、受診や買い物等のアクセスを含めて正確にアセスメントする必要がある。ここで準備を早期に行う必要があるのは、在宅ケアの準備に一定の時間がかかる場合が多いからである。



2. ニーズに基づく専門職共同によるケアプラン作成

病院ケアから在宅ケアへの移行に際して、在宅生活に必要とされる条件（本人、家族、環境条件）を包括的に捉え、専門職、本人、家族間でニーズを共有化する必要がある。そのニーズに基づいて関係するだろうと思われる病院内や在宅ケア関係機関の各種専門職と本人、家族が参加して（本人・家族の条件で参加出来ない時には意向を十分に反映させる）、退院計画のためのカンファレンスを共同で行い、ケアプランを立てる能力が必要である。ここでは合理的にケアプランを作成していくために、それぞれの専門職や本人、家族の判断、技術、手順、意見の相違における調整方法を学習し、応用していける能力を必要とする。

3. 退院に向けて、本人や家族への日常生活、セルフケア、介護技術の教育

本人や家族に対して、健康の判断と日常生活の過ごし方、セルフケア能力の向上、またその事例にとって特に必要とされる介護力の指導も必要である。

4. 退院に向けての家族・家庭条件の準備、在宅ケア機関との連携と社会資源の調達

病院内の専門職、特に看護職またはソーシャルワーカー、出来れば両者の共同によって患者のニーズに対応出来るように社会資源情報を収集し、在宅ケア機関との連携を日常的に行う訓練が必要である。

以上 1～4. の準備においては、病院内専門職はこれまでに十分な学習・訓練の機会がなかったので、研修を行い、かつ意識的な訓練と工夫をくり返し、ケア・マネジャーとしての力量の向上を図るとともに病院内スタッフ間の共通理解を進める必要がある。

■早期退院のためにどのようなシステムを確立すれば良いか

1. 早期退院とスムーズな在宅ケア移行のための先進諸外国のシステム

早期退院のためのケア・マネジメントが有効に機能するためには、病院内のシステム、一方で地域ケアシステムにおける在宅ケアシステムづくりが重要である。システムがないところではどんな有能なケア・マネジャーもその機能を果たすことは出来ない。

既に先進諸外国では早期退院と在宅ケアへのスムーズな移行に向けてのシステムが、ある程度確立されている。わが国はこれからである。わが国のシステム形成を考える上で、諸外国の例を示し、わが国で早期退院システムの確立に向けて何を準備すべきかを述べる。

イギリスでは以前からリエゾンナースを設置し、退院患者の在宅ケアを含めて各種地域ケアに結びつけていたが、1990年に各自治体にサービス供給計画とその公表、ケア・マネジメント、多くはソーシャルワーカーによる体制を義務付けた「NHS (National Health Service) 及びコミュニティ・ケア法」が成立した。これによって病院と自治体が協議して退院計画を作成、実施、モニタリングをしている。さらに、効果的な運営のために各自治体が工夫しながら改善を重ねている。デンマーク、スウェーデンでは、病院は地域ケア組織とタイアップして在宅ケアの職員を交えて退院計画を作成し、地域側で受け皿を用意している状況がある。カナダでは州によって異なっているものの退院後すぐにヴィクトリアン訪問看護協会等の在宅ケア機関が対応している。地域側のケア・コーディネーターが病院へ出向き、入院中、病院職員とともに利用者のアセスメントと退院計画を立て在宅ケアの申請を受け付けている。

以上の国々は、公的病院が計画的に建設され、継続ケアを要する事例には入院中から病院側と地域ケア機関が共同して退院計画を立て、早期退院とスムーズな在宅ケアへの移行体制を確立している。

一方、アメリカでは入院直後から、マネジド・ケアが開始され、病院側が退院計画を単独で行い、在宅ケアが必要な事例については



在宅ケア機関に対して連携し、その後のケアはすべてその機関に任せるといふ、明確な役割区分がなされている。これは病院・在宅ケアともに民間供給であり自由選択性という資本主義社会の反映が、このようなシステムにも浸透していると考えられる。

いずれにしても上記のような国々では、入院早期より退院計画を立て、在宅ケアへのスムーズな移行を可能にするシステムが確立している。

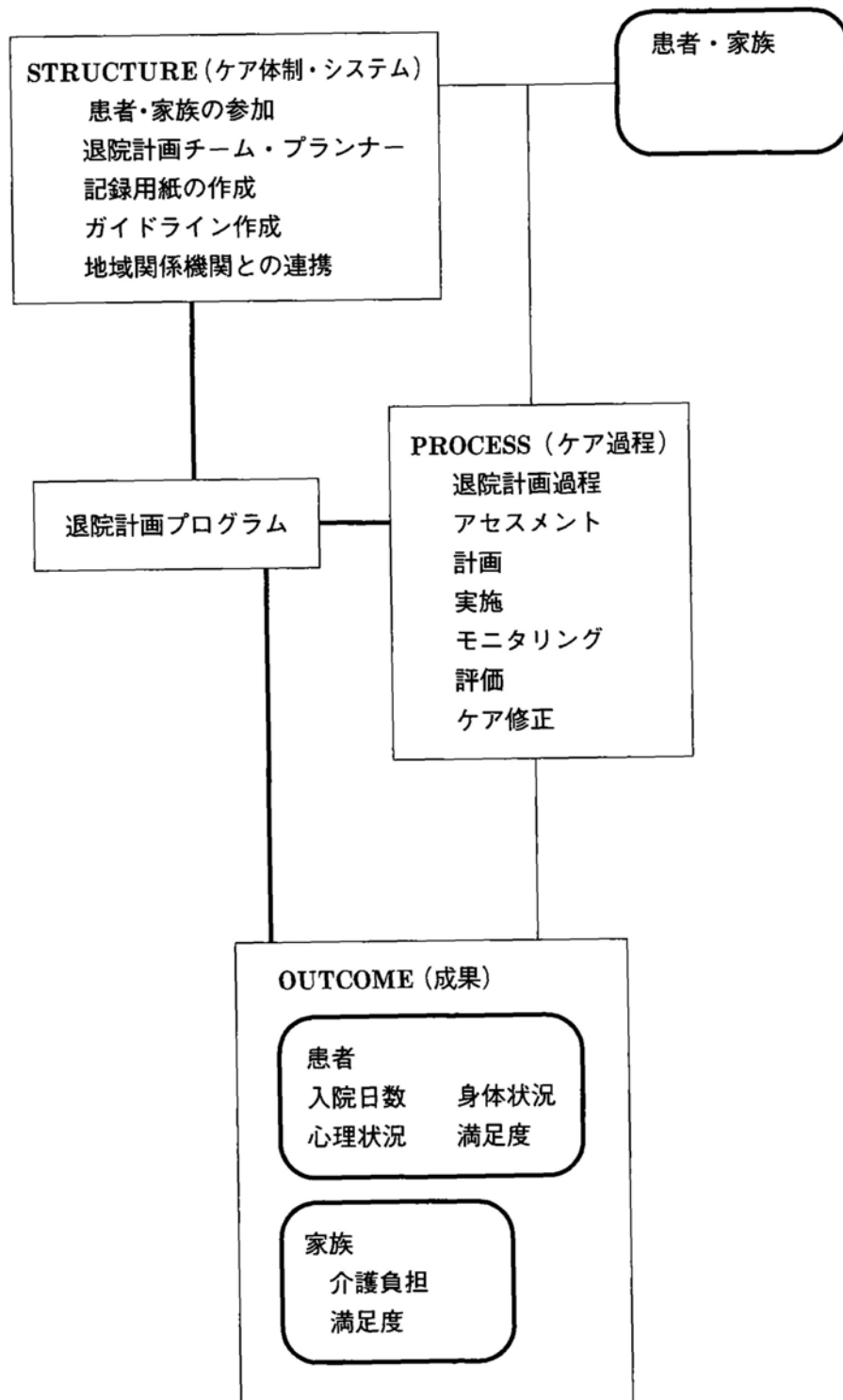
2. 早期退院を可能にするシステム確立のためのわが国の課題と方法

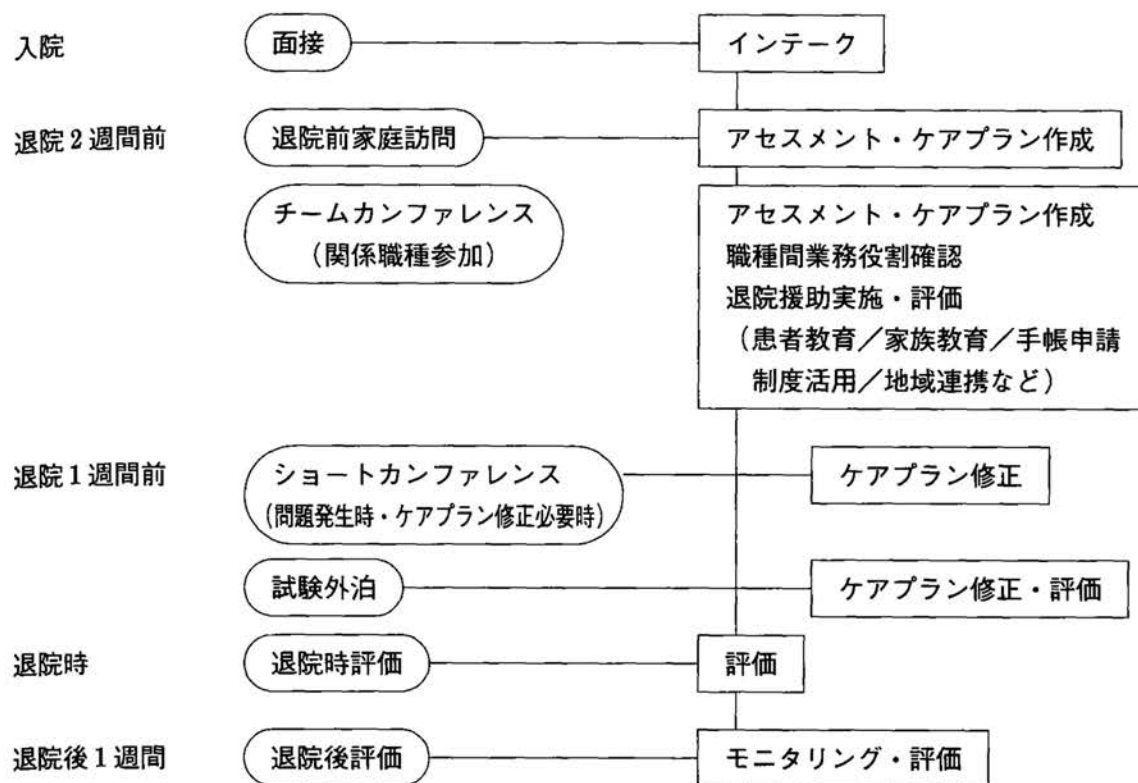
(1) 病院内の早期退院システムづくり

- ①病院各管理部門の管理者が早期退院の意義と方法を理解し、リーダーシップをとり、スタッフ活動の支援体制づくり
- ②入院後、出来るだけ早期に退院計画を立てることとそのチーム編成
- ③退院計画の専門部門の設置
- ④退院計画の専任者（Discharge Planner）の設置
- ⑤退院計画のためのアセスメント、ケアプランの学習・訓練と役割・業務分担
- ⑥在宅の利用可能な資源の情報収集・利用法・在宅生活の条件づくりの学習・訓練
- ⑦本人・家族の退院計画への参加体制
- ⑧退院計画に関する書式、文書の整備と管理体制
- ⑨退院計画のガイドライン作成
- ⑩地域医療保健福祉関係機関の連携体制づくり・高齢者調整会議・総合相談窓口・介護保険法が成立すればケアプラン会議の活用
- ⑪退院計画と実施に関する評価方法の確立

(2) 在宅ケアにおける退院患者の受け皿としてのシステムづくり

- ①区市町村から当該区市町村の住民がよく利用する病院に対して在宅ケア利用の手続き方法や利用可能な社会資源の提供
- ②担当可能性のある事例を病院から連絡を受けて入院後出来るだ





退院計画手順

入院時	患者・家族との面接を行い、退院時の希望・退院先の希望を把握する。
入院から退院2週間前	退院アセスメントを行う。患者・家族よりデータ収集を行うが、患者・家族に対して承諾を得て、個別に各30分のインタビューを行う。自宅退院希望時、必要と判断した場合（マヒ、後遺症などによりADL及びIADLが低下している場合等の入院前の生活がこのままでは困難である場合）は、家庭訪問を行う。 アセスメント、ケアプランを作成する。
退院2週間前	作成したアセスメント、ケアプランを資料として、担当病棟看護婦・医師・PT・MSW等の関係職種でのチームカンファレンスを行い、ケアプランの修正を行う。この時に、可能な限り患者・家族の参加を求める。参加が出来ない場合は、患者・家族にケアプランの承諾を得る。ケアプランの中で役割確認を行う。社会資源活用時には地域医療保健福祉機関への連携を始める。
退院2週間前から退院まで	ケアプランに沿って退院援助を行っていく、問題の発生時などのケアプランの修正が必要な時は適宜行い、また必要時チームカンファレンスを開く。退院前1週間を目やすに試験外泊を行い、評価・ケアプラン修正を行う。
退院1～2日前	退院時評価を行い、地域連携機関への最終確認・退院計画サマリーの送付。搬送準備。
退院後1週間	退院後に家庭訪問し、生活状況などを患者・家庭にインタビューを行う。

図2 退院計画過程

● 早期退院を可能にするケアシステム——新たなアイデアと実践紹介

け早期に退院計画を病院スタッフと共同で作成

- ③ケア・マネジャーやケア・コーディネーターの専任体制
- ④本人・家族の退院計画と在宅ケアプランへの参加体制
- ⑤アセスメントの学習をし、在宅ケアプランを多様な職種と共同で作成
- ⑥各事例に対するケアの役割分担・スケジュールの明確化
- ⑦アセスメント・ケアプラン等に関する書式・文書の整備と管理体制
- ⑧在宅ケアを保健医療福祉の地域ケアシステムの中にしっかり位置付け、事例の必要に応じてサービスが受けられるように柔軟な運営のあり方を確立
- ⑨退院からのアクセスや在宅ケアの評価方法の確立

▨在宅ケアに向けての退院計画のあり方に関する実践と研究

本論文内容に合致する実践研究を都内の某病院を拠点に取り組んでいる。方法は図1, 2の通りであり、これを見れば退院計画の方法と在宅ケアへのマネジメントプロセスがフローチャートとして理解出来るかと考える。今後、この成果をまとめることにより、病院内でのあり方に焦点を当てた在宅ケアに向けての早期退院を可能にするケア・マネジメントのあり方を具体的に報告出来ると考えている。

▨引用・参考文献

- 1) 手島陸久ほか編：退院計画，10，中央法規，1996.
- 2) 手島陸久：退院計画 病院に求められる新しい機能—7 諸外国における動向と日本における課題，53 (5)，p. 474~478，1994.
- 3) M. D. Naylor et. al: Comprehensive Discharge Planning for Hospitalized Elderly, Annals of internal Medicine, 120 (12), p. 999~1006, 1994.
- 4) E. P. Cable et. al: Discharge planning Effect on Length of Hospital Stay, Archives of Physical Medicine and rehabilitation, 64, p. 57~60, 1983.
- 5) 池田敏子ほか：高齢者の自宅退院における問題点及びニーズの分析——退院時の実態調査から，岡山大学医療技術短期大学紀要，5，p. 23~27，1994.

- 6) 石川享子ほか：宅退計画をひかえた高齢者の不安に関する要因分析，第26回日本看護学会集録（老人看護），p. 77～79，1995.
- 7) 池上澄子ほか：何が高齢者患者を退院に対して消極的にさせてしまうのか，臨床看護研究の進歩，2，p. 156～161，1990.
- 8) 阿曾洋子ほか：高齢者の入退院の動向および退院患者の在宅ケアのあり方について，公衆衛生，55（5），p. 348～353，1991.
- 9) 大河原千鶴子ほか：病院からみた継続看護の必要性に関する研究——退院後在宅ケア継続とほか施設入所ケースの比較ならびに在宅ケースの追跡，看護展望，16（1），p. 86～94，1991.
- 10) 氏家幸子ほか：総合病院における在宅看護への移行決定に関する研究，大阪大学医療技術短期大学紀要，20，p. 1～14，1992.
- 11) 氏家幸子ほか：看護職の実施した高齢者の退院指導に関する研究，大阪大学医療技術短期大学紀要，21，p. 15～26，1993.
- 12) 石垣靖子ほか：Discharge planning のシステム化に関する研究，長寿科学総合研究平成4年度報告書，p. 227～232，1993.
- 13) 日本看護協会ニュース：変革期における看護管理の課題に関する調査，363，1997.